9 | ATÖLYE (HASTA VE YAŞLI HİZMETLERİ ALANI)

9

ATÖLYE

HASTA VE YAŞLI HİZMETLERİ ALANI

DERS KİTABI

T.C. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI

Mesleki ve Teknik
Anadolu Lisesi

ATÖLYE
HASTA VE YAŞLI HİZMETLERİ

9

DERS KİTABI

YAZARLAR
Ahmet ÇELEBİ
Başak DOLGUN ÇORUH
Emre ÇORUH
Keziban ATBAŞ

T.C. MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI

HAZIRLAYANLAR

DİL UZMANI ARZU ZANBAK

GÖRSEL TASARIM UZMANI ERDOĞAN KOÇAK

İSTİKLÂL MARŞI

Korkma, sönmez bu şafaklarda yüzen al sancak;
Sönmeden yurdumun üstünde tüten en son ocak.
O benim milletimin yıldızıdır, parlayacak;
O benimdir, o benim milletimindir ancak.

Çatma, kurban olayım, çehreni ey nazlı hilâl!
Kahraman ırkıma bir gül! Ne bu şiddet, bu celâl?
Sana olmaz dökülen kanlarımız sonra helâl.
Hakkıdır Hakk'a tapan milletimin istiklâl.

Ben ezelden beridir hür yaşadım, hür yaşarım.
Hangi çılgın bana zincir vuracakmış? Şaşarım!
Kükremiş sel gibiyim, bendimi çiğner, aşarım.
Yırtarım dağları, enginlere sığmam, taşarım.

Garbın âfâkını sarmışsa çelik zırhlı duvar,
Benim iman dolu göğsüm gibi serhaddim var.
Ulusun, korkma! Nasıl böyle bir imanı boğar,
Medeniyyet dediğin tek dişi kalmış canavar?

Arkadaş, yurduma alçakları uğratma sakın;
Siper et gövdeni, dursun bu hayâsızca akın.
Doğacaktır sana va'dettiği günler Hakk'ın;
Kim bilir, belki yarın, belki yarından da yakın

Bastığın yerleri toprak diyerek geçme, tanı:
Düşün altındaki binlerce kefensiz yatanı.
Sen şehit oğlusun, incitme, yazıktır, atanı:
Verme, dünyaları alsan da bu cennet vatanı.

Kim bu cennet vatanın uğruna olmaz ki feda?
Şüheda fışkıracak toprağı sıksan, şüheda!
Cânı, cânânı, bütün varımı alsın da Huda,
Etmesin tek vatanımdan beni dünyada cüda.

Ruhumun senden İlâhî, şudur ancak emeli:
Değmesin mabedimin göğsüne nâmahrem eli.
Bu ezanlar -ki şehadetleri dinin temeli-
Ebedî yurdumun üstünde benim inlemeli.

O zaman vecd ile bin secde eder -varsa- taşım,
Her cerîhamdan İlâhî, boşanıp kanlı yaşım,
Fışkırır ruh-ı mücerret gibi yerden na'şım;
O zaman yükselerek arşa değer belki başım.

Dalgalan sen de şafaklar gibi ey şanlı hilâl!
Olsun artık dökülen kanlarımın hepsi helâl.
Ebediyyen sana yok, ırkıma yok izmihlâl;
Hakkıdır hür yaşamış bayrağımın hürriyyet;
Hakkıdır Hakk'a tapan milletimin istiklâl!

Mehmet Âkif Ersoy

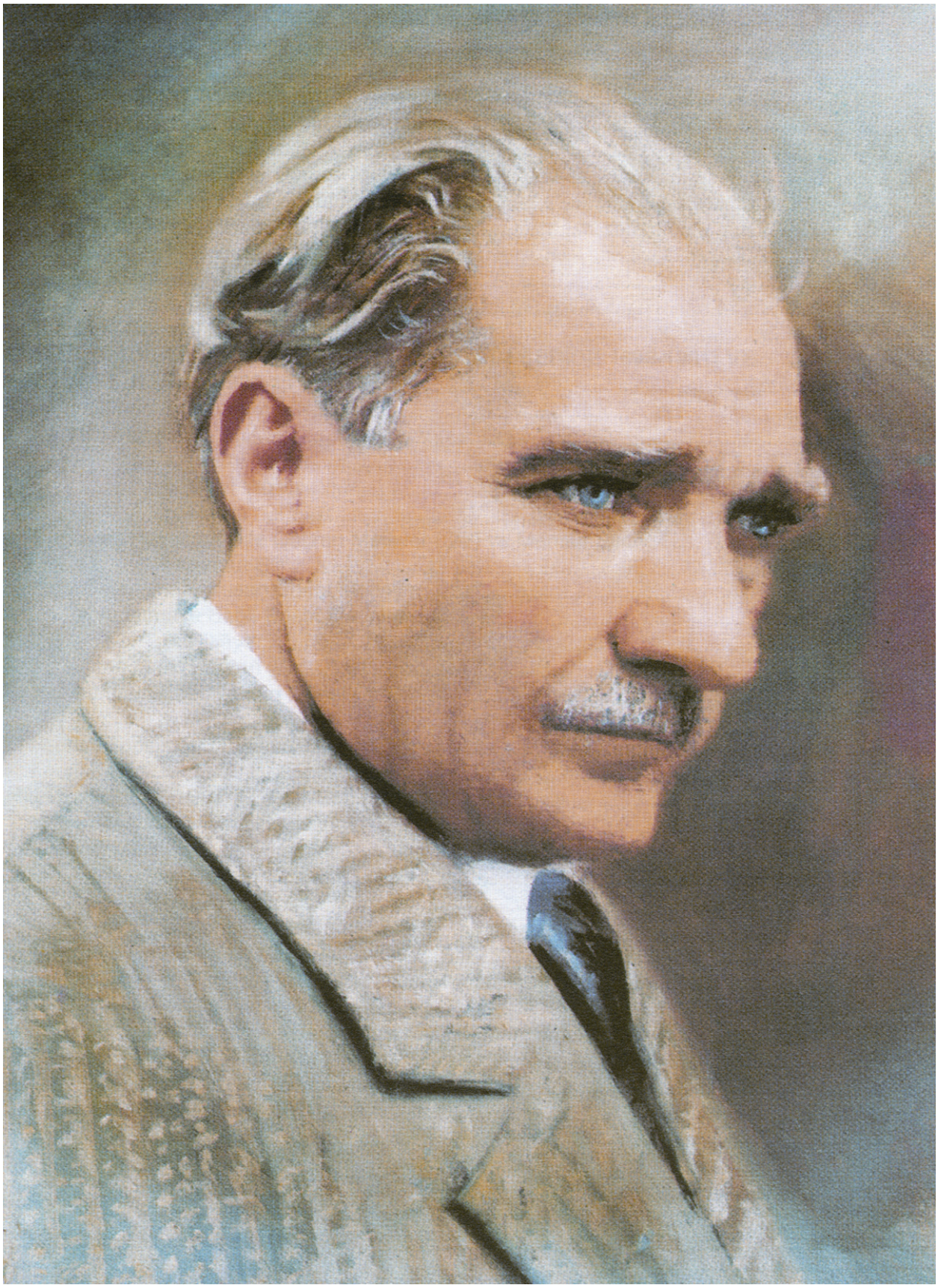
GENÇLİĞE HİTABE

Ey Türk gençliği! Birinci vazifen, Türk istiklâlini, Türk Cumhuriyetini, ilelebet muhafaza ve müdafaa etmektir.

Mevcudiyetinin ve istikbalinin yegâne temeli budur. Bu temel, senin en kıymetli hazinendir. İstikbalde dahi, seni bu hazineden mahrum etmek isteyecek dâhilî ve hâricî bedhahların olacaktır. Bir gün, istiklâl ve cumhuriyeti müdafaa mecburiyetine düşersen, vazifeye atılmak için, içinde bulunacağın vaziyetin imkân ve şeraitini düşünmeyeceksin! Bu imkân ve şerait, çok namüsait bir mahiyette tezahür edebilir. İstiklâl ve cumhuriyetine kastedecek düşmanlar, bütün dünyada emsali görülmemiş bir galibiyetin mümessili olabilirler. Cebren ve hile ile aziz vatanın bütün kaleleri zapt edilmiş, bütün tersanelerine girilmiş, bütün orduları dağıtılmış ve memleketin her köşesi bilfiil işgal edilmiş olabilir. Bütün bu şeraitten daha elîm ve daha vahim olmak üzere, memleketin dâhilinde iktidara sahip olanlar gaflet ve dalâlet ve hattâ hıyanet içinde bulunabilirler. Hattâ bu iktidar sahipleri şahsî menfaatlerini, müstevlîlerin siyasî emelleriyle tevhit edebilirler. Millet, fakr u zaruret içinde harap ve bîtap düşmüş olabilir.

Ey Türk istikbalinin evlâdı! İşte, bu ahval ve şerait içinde dahi vazifen, Türk istiklâl ve cumhuriyetini kurtarmaktır. Muhtaç olduğun kudret, damarlarındaki asil kanda mevcuttur.

Mustafa Kemal Atatürk



MUSTAFA KEMAL ATATÜRK

İÇİNDEKİLER

1.1. ÇALIŞMA ALANINDA BİREYSEL İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ 16
1.1.1. Çalışan Güvenliği 16
1.1.2. Çalışma Ortamında Alınacak Güvenlik Tedbirleri 17
1.1.3. El Yıkama Çeşitleri 18
1.1.4. Koruyucu Ekipmanlar 21
1.1.5. Tıbbi Atıklar 24
1.1.6. Beyaz Kod Uygulaması 26
1.1.7. Mobbing 26
1.1.8. Çalışma Alanında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı 27
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.1 28
Öğrenci Beceri Değerlendirme Tablosu 1 29
1.1.9. Atıkların Kaynağında Toplanması 29
1.2. HASTA VE YAŞLININ FİZİKSEL YAŞAM ALANINI DÜZENLEME 30
1.2.1. Hasta ve Yaşlı Bireyde Ortaya Çıkan Değişimler 30
1.2.2. Fiziksel Yaşam Alanı Kavramı 32
1.2.3. Ev İçi Yaşam Alanı Düzenleme İlkeleri 35
1.2.4. Ev Ortamı ve Çevrenin Değerlendirilmesi 38
1.2.5. Hasta ve Yaşlının Fiziksel Yaşam Alanını Değerlendirme 39
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.2 42
Öğrenci Beceri Değerlendirme Tablosu 2 43
1.2.6. Hasta Odası Düzenleme 43
1.3. HASTA VE YAŞLI YATAĞI YAPMA 44
1.3.1. İçinde Hasta ve Yaşlı Olmayan Yatak Yapımı (Boş Yatak) 44
1.3.2. Yatak Yapımında Dikkat Edilecek Noktalar 44
1.3.3. Boş Hasta ve Yaşlı Yatağı Yapma 46
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.3 49
1.4. İÇİNDE HASTA VE YAŞLI OLAN YATAĞI YAPMA 50
1.4.1. İçinde Hasta ve Yaşlı Olan Yatağı Yapma 51
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.4 55
1.4.2. Şok Yatağı Yapma 56
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.5 57
1.5. HASTA VE YAŞLININ YAŞAM ALANINDA GÜVENLİK TEDBİRLERİ ALMA 58
1.5.1. Hasta ve Yaşlı Güvenliği 58
1.5.2. Hasta ve Yaşlının Yaşam Alanında Güvenlik Tedbirleri Almanın Önemi 58
1.5.3. Hasta ve Yaşlının Yaşam Alanında Alınacak Güvenlik Tedbirleri 59
1.5.4. Düşmelerde Riski Belirlemek İçin Kullanılan Ölçekler 64

1.5.5. Hasta ve Yaşlının Yaşam Alanını Güvenlik Tedbirlerine Göre Düzenleme 65
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.6 67
1.5.6. Hasta ve Yaşlının Düşme Açısından Riskini Belirleme 68
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.7 71
1.6. HASTA VE YAŞLININ SOSYAL YAŞAMINI DÜZENLEME 72
1.6.1. Sosyal Yaşam 72
1.6.2. Sosyal Yaşamı Düzenlemenin Önemi 73
1.6.3. Hasta ve Yaşlının Sosyal Yaşamını Düzenlemede Temel İlkeler 73
1.6.4. Hasta ve Yaşlının Haftalık Sosyal Aktivite Planını Düzenleme 77
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.8 80

ÖĞRENME BİRİMİ 2

KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI

2.1. EL YÜZ BAKIMI 82
2.1.1. Hijyen 82
2.1.2. Kişisel Hijyen 84
2.1.3. El ve Tırnak Bakımı 86
2.1.4. Yüz Temizliği ve Bakımı 86
2.1.5. Göz Bakımı 87
2.1.6. Burun Temizliği ve Bakımı 88
2.1.7. Kulak Temizliği ve Bakımı 88
2.1.8. Hasta ve Yaşlıya El Bakımı Yapma 90
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.1 94
2.1.9. Hasta ve Yaşlıya Yüz (Göz, Burun, Yüz, Kulak) Bakımı Yapma 95
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.2 98
2.2. AĞIZ BAKIMI 100
2.2.1. Ağız Hijyeni 100
2.2.2. Ağız Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar 103
2.2.3. Bilinci Kapalı Olan Hasta ve Yaşlının Ağız Bakımı 103
2.2.4. Hasta ve Yaşlıya Ağız Bakımı Yapma 105
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.3 108
2.2.5. Bilinci Kapalı Hasta ve Yaşlıya Ağız Bakımı Yapma 109
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.4 112
2.3. SAÇ VE SAKAL BAKIMI 113
2.3.1. Saç Bakımı 113
2.3.2. Sakal Bakımı 114
2.3.3. Hasta ve Yaşlıya Saç Bakımı Yapma 115
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.5 117
2.3.4. Hasta ve Yaşlıya Sakal Bakımı Yapma 118
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.6 120
2.4. AYAK BAKIMI 121
2.4.1. Ayak Temizliği ve Bakımı 121
2.4.2. Hasta ve Yaşlıya Ayak Bakımı Yapma 123
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.7 126

ÖĞRENME BİRİMİ 3

VÜCUT TEMİZLİĞİ

VÜCUT TEMİZLİĞİ

3.1. HASTA VE YAŞLI KIYAFET DEĞİŞİMİ 128
3.1.1. Kıyafet Değişiminin Genel Amaçları 128
3.1.2. Kıyafet Değişiminde Dikkat Edilecek Noktalar 129
3.1.3. Kıyafet Seçiminde Dikkat Edilecek Noktalar 129
3.1.4. Hasta ve Yaşlının Kıyafetlerinin Çıkarılması Ve Giydirilmesi 130
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.1 134
3.2. HASTA VE YAŞLININ GENİTAL BÖLGE TEMİZLİĞİ 136
3.2.1. Perine ve Koltuk Altı Bakımının Amaçları 137
3.2.2. Perine ve Koltuk Altı Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar 137
3.2.3. Hasta ve Yaşlının Genital Bölge Temizliği 138
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.2 142
3.2.4. Hasta Ve Yaşlı Koltuk Altı Temizliği 143
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.3 145
3.3.HASTA VE YAŞLIYA BANYO YAPTIRMA 146
3.3.1. Hasta ve Yaşlıda Banyo Bakımının Amaçları 146
3.3.2. Hasta ve Yaşlı Banyo Çeşitleri 146
3.3.3. Banyo İçi Güvenlik Önlemleri 147
3.3.4. Hasta ve Yaşlıya Banyo Yaptırma 149
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.4 152
3.4. YATAK BANYOSU 153
3.4.1. Yatakta Baş Banyosu 153
3.4.2. Yatakta Baş Banyosu Uygulaması 154
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.5 158
3.4.3. Hasta ve Yaşlıda Hazır Saç Bonesi Kullanımı 159
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.6 161
3.4.4. Baş Biti Olan Hasta ve Yaşlıda Saç Bakımı 162
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.7 164
3.4.5. Yatakta Vücut Banyosu 165
3.4.6. Yatakta Vücut Banyosu Uygulaması 166
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.8 170

ÖĞRENME BİRİMİ 4

BOŞALTIM İHTİYAÇLARI

4.1. HASTA VE YAŞLIYA ÖRDEK VEYA SÜRGÜ VERME 172
4.1.1. Ördek ve Sürgü Verme 173
4.1.2. Ördek ve Sürgü Kullanımında Dikkat Edilecek Noktalar 174
4.1.3. Hasta ve Yaşlıya Ördek/ Sürgü Verme Uygulaması 176
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.1 180
4.2. HASTA VE YAŞLIYA PREZARVATİF KATETER UYGULAMASI 181
4.2.1. Üriner Kateter 181
4.2.2. Geçici Mesane Kateterizasyonunun Uygulandığı Durumlar 182
4.2.5. Kalıcı Üriner Kateter Bakımı 186
4.2.6. Kalıcı Üriner Kateter Bakımı Yapılırken Dikkat Edilecek Noktalar 186
4.2.7. İdrar Torbasının Boşaltılması 187

4.2.8. Hasta ve Yaşlıya Kalıcı Üriner Kateter Uygulaması 188
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.2 192
4.2.9. Kalıcı Üriner Katater Bakımı Uygulaması 193
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.3 195
4.2.10. Hasta ve Yaşlıya Geçici Üriner Kateter Uygulaması 196
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.4 199
4.2.11. Hasta ve Yaşlıya Prezervatif Kateter Uygulaması 200
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.5 203
4.3. İDRAR VE GAİTASINI TUTAMAYAN HASTA VE YAŞLIYA BAKIM UYGULAMALARI 204
4.3.1. İdrar ve Gaitasını Tutamayan Hasta ve Yaşlıya Bakım 204
4.3.2. Üriner İnkontinans Nedenleri 204
4.3.3. Üriner İnkontinans Tipleri 205
4.3.5. Üriner İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Verilirken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar 208
4.3.6. Fekal İnkontinans 209
4.3.7. Fekal İnkontinansı Olan Hastalarda Dikkat Edilecek Noktalar 211
4.3.8. Üriner İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Uygulamaları 213
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.6 216
4.3.9. Fekal İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Uygulamaları 217
ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.7 220

KAYNAKÇA 222
GENEL AĞ KAYNAKÇASI 224
GÖRSEL KAYNAKÇA 226

KİTABIMIZI TANIYALIM

Öğrenme birimi kapak fotoğrafını gösterir.

Öğrenme birimine ait alt konu başlıklarını gösterir

Öğrenme birimindeki alt başlıkları gösterir.

Üniteye ait kavramlar

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ	KAVRAMLAR	ÖĞRENME BİRİMİ KONULARI
» Çalışan güvenliği ve çalışma ortamında alınacak güvenlik tedbirlerini, » Kişisel koruyucu ekipmanları ve kullanımlarını, » Tıbbi atıkların toplanmasını, » Hasta ve yaşlıda ortaya çıkan değişiklikleri, » Hasta odası düzenlemeyi, » Bir üçü ortamın hasta ve yaşlı açısından değerlendirilmesini, » İçinde hasta olan ve olmayan hasta yatağı yapmayı, » Yaşam alanında alınacak güvenlik tedbirlerini, » Sosyal yaşamı ve hasta/yaşlının sosyal yaşamını düzenlemeyi öğreneceksiniz.	» Kişisel koruyucu ekipmanlar » Fiziksel yaşam alanı » Hasta odası » Huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi » Sosyal yaşam » Düşmeler » Hasta yatağı » Tıbbi atık	» 1.1.ÇALIŞMA ALANINDA BİREYSEL İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ » 1.2.HASTA VE YAŞLININ FİZİKSEL YAŞAM ALANINI DÜZENLEME » 1.3. HASTA VE YAŞLI YATAĞI YAPMA » 1.4. İÇİNDE HASTA VE YAŞLI OLAN YATAĞI YAPMA » 1.5. HASTA VE YAŞLININ YAŞAM ALANINDA GÜVENLİK TEDBİRLERİ ALMA » 1.6. HASTA VE YAŞLININ SOSYAL YAŞAMINI DÜZENLEME

Öğrenme biriminin numarasını gösterir.

ÖĞRENME BİRİMİ 1

YAŞAM ALANINI DÜZENLEME

Öğrenme biriminin adını gösterir.

Öğrenme biriminin adını gösterir

Öğrenme birimine ait alt konu başlığını gösterir.

ÖĞRENME BİRİMİ KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI

KONU 2.1. EL YÜZ BAKIMI

BİLGİ YAPRAĞI

Konu anlatımını gösterir.

Hazırlık Çalışmaları alanını gösterir.

HAZIRLIK

1."Kişisel hijyen" denince aklınıza neler geliyor? Günlük yaşamda hangi kişisel hijyen kurallarını uygularız ?
2.El ve yüz bakımı neden önemlidir?

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya el, göz, kulak, burun ve yüz bakımı yapmak.

GİRİŞ

Sağlıklı bir birey beden temizliği, boşaltım, giyim gibi kişisel bakım ihtiyaçlarını başkasının yardımına ihtiyaç duymadan karşılayabilir. Hasta ve yaşlı birey ise yaşın ilerlemesi ve sağlık sorunlarının ortaya çıkması nedeniyle kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekebilir veya tek başına kişisel bakımını yapamayabilir. Bu amaçla hasta ve yaşlının kişisel bakım uygulamalarının yapılabilmesi için hijyenle ilgili kavramlar, kişisel hijyen kapsamı içerisinde yer alan temel ilkeler el hijyeni, eldiven kullanımı ve yüz, göz, kulak, burun bakımı yapma hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

2.1.1.Hijyen

Birey ve toplumun sağlığının korunması amacıyla gerçekleştirilen tüm uygulamalar ve bu kapsamda alınan temizlik önlemleri ***hijyen*** olarak tanımlanır. Hijyen uygulamalarının amacı sağlığa zarar verebilecek her türlü mikroorganizmanın kişi, ortam veya nesnelerden uzaklaştırılmasıdır. Bu sayede hijyen uygulamaları, zararlı mikroorganizmaların çoğalmasını engelleyerek enfeksiyon hastalıklarının oluşmasını önler. Hijyen uygulamaları; yaşam ortamları, çevre, eşya, besinlerin hijyen uygulamalarını ve kişisel hijyen uygulamalarını kapsar.

Şekil 2.1: El hijyeni

-Hijyenle İlgili Kavramlar

Temizlik: Mikroorganizmaların üremesi ve yayılmasını önlemek amacıyla yüzeylerde bulunan kir ve organik maddelerin fiziksel olarak uzaklaştırılması işlemidir.

Temizlikle hijyen aynı anlamda değildir. Temizlikte basit düzeyde ortamdaki kirden arındırma işlemi varken hijyen özellikle bulaşıcı hastalıklara sebep olabilecek mikroorganizmaların uzaklaştırılması işlemlerini ifade eder.

Bilgi notları alanını gösterir.

Uygulama yaprağını gösterir.

ÖĞRENME BİRİMİ: YAŞAM ALANINI DÜZENLEME

KONU: 1.1.8. Çalışma Alanında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

Öğretmen tarafından uygulama için yeterli görünen süre bu kısma yazılacak.

AMAÇ

Çalışma alanında kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile çalışanların bireysel güvenliğini sağlamak.

Uygulama Esnasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımında hasta ve yaşlıya verilen bakıma ve bu bakımın niteliğine dikkat edilir. Koruyucu ekipman giyme sırası şöyledir:

1. Bone
2. Önlük
3. Maske
4. Yüz koruyucu ya da gözlük
5. Eldiven

Kullanılacak Malzemeler

- Tek kullanımlık önlük
- Tek kullanımlık maske
- Gözlük ve yüz koruyucu
- Tek kullanımlık eldiven
- Tek kullanımlık bone
- El yıkama için dezenfektan

Uygulama İşlem Basamakları

1. İşlem öncesi eller, "El Yıkama Standardı"na uygun olarak yıkanır ve tek kullanımlık havlu ile kurulanır.
2. Bone, saçlar içinde kalacak şekilde giyilir.
3. Tek kullanımlık önlük, sağ ve sol el aynı anda olacak şekilde önlüğün dış kısımlarına dokunulmadan giyilir.
4. Önlüğün arka kısımlarında kalan bağcıklar, diğer hasta ve yaşlı bakım elemanının yardımıyla önlüğün herhangi bir yerine dokunulmadan bağlanır.

Öğrenci beceri değerlendirme formunun adını gösterir.

İşlem basamaklarını gösterir.

Uygulama ile ilgili notların alınması gereken kısmı gösterir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.5

Hasta ve Yaşlıya Kondom Kateter Uygulama

Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Ellerі, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	3
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	1	3
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	3
Hasta ve yaşlıya kimlik doğrulaması yapma	0	2	3
Hasta ve yaşlının bilinç durumunu değerlendirme	0	2	3
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	3
Hasta/yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	3
Odanın kapısını kapatarak veya hasta yatakları arasında bulunan perde/paravanı kapatarak mahremiyeti sağlama	0	2	3
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	3
Yatak seviyesini uygun şekilde ayarlama	0	1	3
Çalışılan taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	3
Hastanın alt çamaşırlarını çıkarmasını sağlama,çıkarma	0	1	3
Yatak koruyucu örtüyü hastanın altına yerleştirerek yatağın kontamine olmasını önleme	0	2	3
Hastaya supine pozisyonu verme	0	2	3
Perine bölgesini değerlendirme	0	2	3
Perine bölgesinin temiz ,kuru ve kuru olmasını sağlama	0	2	3
Steril eldivenleri tekniğine uygun giyme	0	2	4
Steril delikli kompresi açarak üretra görülecek şekilde yerleştirme	0	2	4
Steril kompresi tekniğine uygun açarak uygun yere serme	0	2	3
Steril malzemeleri kontamine etmeden steril örtünün üzerine yerleştirme	0	2	4
Perine temizliğini antiseptik solüsyonla uygun şekilde yapma	0	2	4
Kondom kateteri yumuşak hareketlerle takma	0	2	3
Yapışkanlı elastik bandı penisin etrafına spiral şekilde sarma	0	2	3
Kondom kateterin uç kısmına idrar torbasını bağlama	0	2	3
İdrar torbasını mesane seviyesinden aşağıya yatak kenarına asma	0	1	3
Penisi renk, görünüm, ağrı vb. yönlerden değerlendirme	0	1	3
İşlem bitiminde kirli malzemeleri toplama ve hastanın üstünü örtme	0	1	3
Hastaya uygun pozisyon verme	0	1	3
Yatak kenarlıklarını kaldırma	0	1	3
Kirlileri uygun stıcklıtutularına atma	0	2	3
Eldiven çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	1	3
Hastaya yapılan uygulamaları bakım ve gözlem formlarına kaydetme	0	2	3
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME

….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.

….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.

….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ

Bu öğrenme biriminde;

- Çalışan güvenliği ve çalışma ortamında alınacak güvenlik tedbirlerini,
- Kişisel koruyucu ekipmanları ve kullanımlarını,
- Tıbbı atıkların toplanmasını,
- Hasta ve yaşlıda ortaya çıkan değişimleri,
- Hasta odası düzenlemeyi,
- Ev içi ortamın hasta ve yaşlı açısından değerlendirilmesini,
- İçinde hasta olan ve olmayan hasta yatağı yapmayı,
- Yaşam alanında alınacak güvenlik tedbirlerini,
- Sosyal yaşamı ve hasta/yaşlının sosyal yaşamını düzenlemeyi öğreneceksiniz.

KAVRAMLAR

- Kişisel koruyucu ekipmanlar
- Fiziksel yaşam alanı
- Hasta odası
- Huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi
- Sosyal yaşam
- Düşmeler
- Hasta yatağı
- Tıbbi atık

ÖĞRENME BİRİMİ KONULARI

- 1.1.ÇALIŞMA ALANINDA BİREYSEL İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ
- 1.2.HASTA VE YAŞLININ FİZİKSEL YAŞAM ALANINI DÜZENLEME
- 1.3. HASTA VE YAŞLI YATAĞI YAPMA
- 1.4. İÇİNDE HASTA VE YAŞLI OLAN YATAĞI YAPMA
- 1.5. HASTA VE YAŞLININ YAŞAM ALANINDA GÜVENLİK TEDBİRLERİ ALMA
- 1.6. HASTA VE YAŞLININ SOSYAL YAŞAMINI DÜZENLEME

ÖĞRENME BİRİMİ 1

YAŞAM ALANINI DÜZENLEME

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1."İş güvenliği" denince aklınıza neler geliyor? İş güvenliği uygulamaları neleri kapsıyor olabilir?
2.El yıkama uygulaması günlük hayatta hangi açılardan önemlidir?

AMAÇ

Çalışma alanında bireysel iş sağlığı ve güvenliğini sağlamak.

GİRİŞ

Çalışma alanında bireysel iş sağlığı ve güveliğinin sağlanması için çalışan güvenliği, çalışan ortamında alınacak güvenlik tedbirleri, kişisel koruyucu ekipmanlar, tıbbi atık ve mobbing kavramları hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

1.1.1. Çalışan Güvenliği

Şekil 1.1: İş kazaları

İş güvenliği; çalışma ortamında meydana gelebilecek kazaların, yaralanmaların ve meslek hastalıklarını oluşturan risklerin belirlenmesi, azaltılması ve ortadan kaldırılması için yapılan tüm faaliyetlerdir. İş güvenliğinde temel amaç; çalışanların her açıdan korunmasını sağlamak, güvenli bir çalışma ortamı sunmak, yapılan iş yüzünden ortaya çıkabilecek kaza ve meslek hastalıklarını önleyerek çalışanın tam bir iyilik hâlinde kaliteli bir iş yaşamı sürebilmesini temin etmektir.

6 Nisan 2011 tarihinde, 27897 sayılı Resmî Gazete'de "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" yayınlanmıştır. Bu yönetmelikte **hasta ve çalışan güvenliği** kavramı, sağlık hizmeti sunumunda hasta ve çalışanların zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçler ile ilgili alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarına yönelik faaliyetler olarak tanımlanmıştır.

Sağlık hizmetleri; kişilerin sağlının korunması için devlet hastaneleri veya özel sağlık kuruluşları tarafından verilen tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin tamamı olarak tanımlanabilir. **Sağlık çalışanı** kavramı ise sadece hekim ve hemşireyi değil sağlık kuruluşlarının çeşitli riskleri altında [kontamine (zararlı mikroorganizma bulaşmış) olmuş doku parçaları ile temas, kesici ve delici alet yaralanmaları, enfeksiyon riski vb.] hizmet veren ücretli, kadrolu, sözleşmeli tüm çalışanları kapsar. Nitelikli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunulması; sağlık çalışanlarının kendilerini güvende hissetmelerine, bağlılık duygusunu uyandıran bir kurum kültürüne, kişisel koruyucu ekipmanların kullanımı dâhil çalışan güvenliği tedbirlerinin uygulandığı bir çalışma ortamının oluşturulmasına bağlıdır.

1.1.2. Çalışma Ortamında Alınacak Güvenlik Tedbirleri

6 Nisan 2011 tarihinde 27897 sayılı Resmî Gazete' de yayınlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" te "Çalışma Güvenliği Uygulamaları" beş ana başlıkta yer almıştır. Bu başlıklar şunlardır:

1. Çalışan güvenliği programının hazırlanması
2. Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması
3. Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması
4. Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması
5. Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması

Hasta ve yaşlıya verilen bakımın kalitesini arttırmak, bulaşıcı hastalıklardan korunmak ve bu hastalıklara karşı erken önlem almak için tüm sağlık çalışanlarına düzenli aralıklarla hastalık etkeni taramaları yapılmalıdır.. Özellikle riskli alanlarda çalışan tüm sağlık çalışanlarına Sağlık Bakanlığının talimatları doğrultusunda aşı uygulamalarının yapılması gereklidir. Sağlık çalışanlarına yapılan aşılar bazı durumlarda hastalıklara yakalanmadan önce profilaksi (korunma) amacıyla da uygulanmaktadır.

Sağlık çalışanlarına bakım işlemleri esnasında enfeksiyon bulaşmasını önlemek için koruyucu önlemler almak gerekir. Bu önlemler şunlardır:

- El yıkama işlemi standartlara uygun olarak gerçekleştirilmelidir.
- Maske, bone, eldiven gibi koruyucu ekipmanlar tıbbi gereksinimlere ve kullanım talimatnamelerine uygun olarak kullanılmalıdır.
- Kesici ve delici aletler için uygun atık kutusu kullanılmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının yakalandıkları bulaşıcı hastalıklar ve geçirdikleri iş kazaları dikkate alındığında risk olarak ilk sırada kesici ve delici alet yaralanmaları gelmektedir. Bu riskin ortadan kaldırılması için kesici ve delici tıbbi atık kutusu kullanımı gereklidir.
- Kontamine (kirlenmiş) olmuş aletler ve eşyalara temas edilmesi hâlinde dikkatli olunmalı ve bunlar izole edilerek taşınmalıdır.
- Sağlık çalışanlarının çalışma güvenliğini sağlamak ve onlara yönelik fiziksel saldırıları önlemek için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Sağlık hizmetleri kapsamında çalışan her bireyin hasta ve hasta yakını tarafından sözel, fiziksel ya da istismar edici saldırılara maruz kalması sağlık çalışanlarına şiddet olarak adlandırılır. Sağlık Bakanlığı, sağlık çalışanlarına yönelik şiddet vakalarındaki artışa dikkat çekmek için "Sağlıkta Şiddete Hayır!" adlı bir kampanya başlatmıştır. Yandaki görselde kampanyaya destek veren futbolcuları görmekteyiz (Görsel 1.1).

Görsel 1.1: "Sağlıkta Şiddete Hayır!" kampanyasına destek veren futbolcular

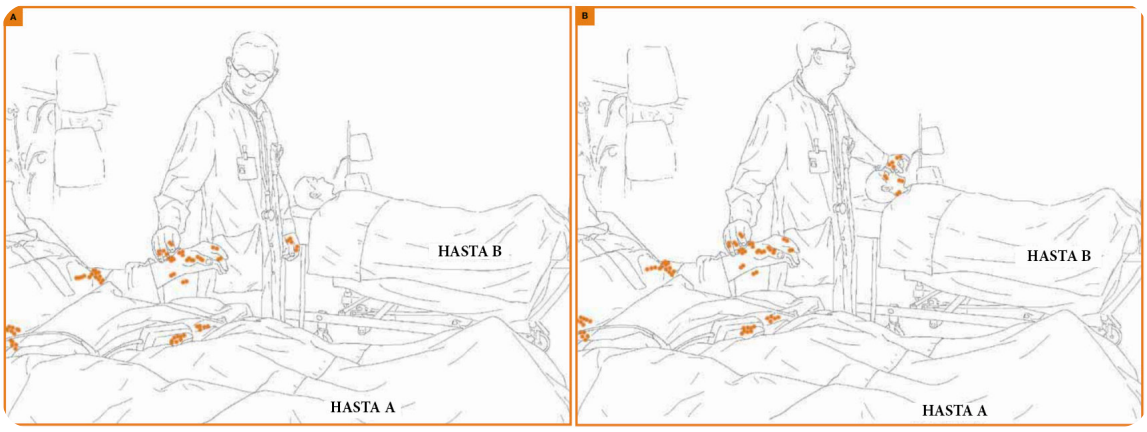
2019 yılında ortaya çıkan ve tüm dünyayı etkisi altına alan Covid-19, bulaşma özelliği olan viral (virüsler ile bulaşan) bir hastalıktır. Covid-19 salgını ile kişisel koruyucu ekipman (maske, siperlik, eldiven vb.) kullanımının toplum sağlığını korumadaki önemi anlaşılmıştır. Sağlık çalışanları, toplum sağlığı için hayatlarını ortaya koymaktadır. Salgınla mücadelede kahramanca görev yapan sağlık çalışanları insanların takdirlerini kazanmıştır.

Sağlık çalışanlarına şiddeti önlemek amacıyla 08.04.2020 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi'ne sunulan "Sağlık Hizmetleri Temel Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Teklifi" *15.04.2020* tarihinde kabul edilmiştir. Kanun, 17.04.2020 tarih ve 31102 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu Yasayla, kamu ve özel sağlık kuruluşlarındaki sağlık çalışanları ve yardımcı sağlık çalışanlarına görevleri sebebiyle kasten yaralama, tehdit, hakaret veya görevi yaptırmamak için direnme suçlarının işlenmesi hâlinde Türk Ceza Kanunu'na göre verilecek cezalar yarı oranında artırılacak ve ertelenemeyecektir. Yine bu yasal düzenlemeyle şiddete uğrayan sağlık çalışanlarına, hastaya sağlık hizmeti verebilecek başka bir sağlık çalışanının olması hâlinde hizmetten çekilme hakkı da tanınmıştır.

1.1.3. El Yıkama Çeşitleri

Enfeksiyon hastalıklarının en yaygın bulaşma yolu ellerdir. Çünkü günlük yaşamımızda çevre ile doğrudan temas hâlinde olan uzvumuz ellerimizdir. Özellikle sağlık çalışanlarının tedavi ve bakım hizmeti verirken el hijyenine dikkat etmesi gerekir. Çünkü kontamine olmuş el, çapraz enfeksiyona sebep olur. Çapraz enfeksiyon; zararlı mikroorganizmaların bakım ve tedavi veren sağlık çalışanının elinden hastaya ve steril malzemelere , enfeksiyon etkeni bulunan hastadan sağlık çalışanına ya da sağlık çalışanının eliyle hastadan hastaya bulaşmasıdır (Şekil 1.2).

El hijyeni sadece ellerin doğru tekniklerle yıkanması değildir. Bunun yanında ellerin ne zaman yıkanması gerektiğinin bilinmesi ve yıkanması, doğru şeklide kurulanması, kullanılacak el yıkama ürünlerinin doğru seçilmesi ve cilt bakımının yapılması da el hijyeninin aşamalarındandır. El hijyeninin tamamlayıcısı ise doğru şekilde eldiven kullanılmasıdır.



Şekil 1.2: Çapraz enfeksiyon

Dünya Sağlık Örgütü, Birleşmiş Milletler tarafından yapılan çalışmalar sonucunda 7 Nisan 1948 tarihinde kurulmuştur. DSÖ Anayasası'nın yürürlüğe girdiği 7 Nisan tarihi, her yıl ''Dünya Sağlık Günü" olarak kutlanmaktadır. DSÖ'nün kuruluş amacı, tüm insanlığın mümkün olan en yüksek sağlık düzeyine ulaştırılmasıdır. DSÖ bu amaç doğrultusunda uluslararası sağlık çalışmalarının eşgüdümünü sağlar.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), sağlık çalışanlarının hangi durumlarda ellerini yıkaması gerektiğini 5 endikasyon (kullanım alanı) kuralı ile açıklamıştır. Buna göre;

1.Hasta ile temastan önce,

2.Aseptik (Hastalık yapıcı mikroorganizmalardan arındırma) işlemlerden önce,

3.Vücut sıvıları ile temastan sonra ,

4.Hasta ile temastan sonra ,

5.Hasta çevresi ile temastan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.

El yıkama işlemi, ellerin su ve sabun ile yıkanmasıdır. Günlük yaşamda kişisel hijyen uygulamasının bir parçasıdır. Sağlık kuruluşlarında ise hastalar ile sağlık personeli arasında enfeksiyon bulaşma riskini engellemek amacıyla uygulanmaktadır. Enfeksiyon hastalıklarından korunmada tüm toplum tarafından uygulanabilecek en etkili, hızlı ve ekonomik yöntem el yıkamadır. El yıkama sosyal el yıkama, hijyenik el yıkama ve cerrahi el yıkama olmak üzere üç gruba ayrılır.

-Sosyal El Yıkama

Sosyal el yıkama, günlük hayatta sıkça kullandığımız ellerin temas gerektiren her türlü rutin işlemden sonra su ve sabunla yıkanmasıdır. Burada amaç, ellerdeki gözle görülür kiri ve geçici florayı (vücudun herhangi bir bölgesindeki derinin üst tabakasına yerleşen mikroorganizma topluluğu) uzaklaştırmaktır. Derinin alt katmanlarında bulunan kalıcı flora, yıkama işleminden etkilenmez. Eller her kirlendiğinde, yemek öncesi ve sonrasında, tuvalet ihtiyacı giderildikten sonra ve günlük yaşamda rutin olarak yıkanmalıdır. Hasta ve yaşlıya verilen bakım işlemleri öncesi ve sonrasında (el bakımı, ayak bakımı, ağız bakımı vb.) sosyal el yıkama gerçekleştirilir.

Sosyal el yıkama işlem basamakları şunlardır:

- Eller ve kollarda takılar varsa çıkarılır.
- Musluk açılıp eller ıslatılır ve ve sabun avuca alınır.
- Eller, avuç içleri ve parmak araları başta olmak üzere 15-20 saniye yıkanır ve yıkama sırasında parmakları da kapsayacak şekilde kuvvetlice ovuşturulur.
- Eller, su ile durulanır ve bilekten başlanarak kâğıt havlu ile kurulanır.
- Aynı kâğıt havlu ile musluk kapatılır.

-Hijyenik El Yıkama

Geçici florayı tamamen uzaklaştırmak amacıyla antiseptik (hastalık yapabilen mikroorganizmaların yok edilmesi amacı ile kullanılan kimyasallar) madde içeren sabun kullanılarak gerçekleştirilen el yıkama çeşididir. Bu yıkamada kalıcı flora kısmen etkilenir. Hasta ve yaşlıyla temastan önce ve sonra, hasta ve yaşlıya ait vücut sıvısı ve örneklerinin alınması ya da taşınması vb. durumlarda hijyenik el yıkama uygulanmalıdır. Yıkama işlemi en az 20-30 saniye sürmelidir.

Hijyenik el yıkama işlem basamakları şunlardır:

- Eller, ılık suyun altında ıslatılır.
- 3-5 milim sabun veya antiseptik özellikli sabun, ellere alınıp köpürtülür.
- El ayaları, en az beş kez birbirine sürtülür.
- El sırtları, diğer elin ayası ile en az 5 kez ovulur.
- Bir el diğer elin sırtına yerleştirilerek parmaklar birbirine geçirilir ve iyice yıkanır.
- Aynı hareket diğer el için de tekrarlanır.
- Her iki elin parmak uçları ve tırnakları diğer elin ayasına en az 5 kez sürtülerek temizlenir.
- Bu işleme en az 15-30 saniye kadar devam edilir.
- Her iki el, akan su altında durulanarak kurutucu ya da kâğıt havlu ile kurulanır.
- Eğer alkol bazlı kendiliğinden kuruyan antiseptik kullanılıyorsa tercih edilen miktarda solüsyon avuç içine alınır ve tüm el yüzeyine yayılır. Eller, kuruyana kadar 15-25 saniye ovuşturulur.

Sağlık kuruluşlarının yapıları gereği sağlık çalışanlarının iş yükleri fazladır. Bu nedenle sağlık kuruluşları, zamanlarını iyi kullanmak ve hızlı hareket etmek zorunda kalan sağlık çalışanları için hastanenin ihtiyaç duyulan bölümlerinde (ünite girişi veya hasta yatağı başlarında) alkol bazlı el antiseptikleri bulundurur. Sağlık çalışanları gerekli durumlarda el hijyeni sağlamak için alkol bazlı el antiseptiği kullanabilir ve bu durumlarda ellerini yıkamalarına gerek yoktur.

Şekil 1.3: Hijyenik el yıkama broşürü (Sağlık Bakanlığı)

-Cerrrahi El Yıkama

Hijyenik el yıkama esnasında geçici floranın uzaklaştırılması işlemi vardır. Cerrahi el yıkamada ise elde bulunan kalıcı flora (cilt altında derin tabakalarda yer alan mikroorganizmalar) mikroorganizma sayısının azaltılması önemlidir. Cerrahi el yıkama genellikle hasta ve yaşlıya uygulanacak cerrahi girişimler öncesinde tercih edilir. Cerrahi el yıkama işleminde diğer el yıkama işlemlerinden farklı olarak steril fırça da kullanılmaktadır.

Cerrahi el yıkama işlem basamakları şunlardır:

- Gün içerisinde yapılan ilk uygulama ise parmaklar, tırnaklar ve tırnak altları steril fırçayla 30 saniye süreyle steril fırçayla fırçalanmalıdır.
- Yeteri kadar (5ml) antiseptik [povidon iyod / klorheksidin içeren (cerrahi girişimlerden önce cilt dezenfeksiyonu ve cerrahi aletleri sterilize etmek için kullanılan bir dezenfektan ve antiseptik)] solüsyon avuç içine alınmalı, tırnak uçlarından başlanarak parmak, parmak araları, el, ön kol ve dirsekten dört parmak yukarıya kadar ovalanarak yıkanmalıdır.
- Yıkama işlemine parmak uçlarından başlanır ve işlem, dirseklere doğru devam eder.
- Durulama işlemi parmak uçlarından dirseklere doğru yapılmalıdır. Eller daima dirsek üstü seviyede tutulmalı, suyun dirsekten aşağıya inişi önlenmelidir. Eller, steril havluyla kurulanmalıdır.
- Steril havlu, sterilliği bozulmadan başka bir personel tarafından açılıp uzatılmalıdır.
- Solüsyonun türüne göre cerrahi el yıkama süresi 2-6 dakika olmalıdır.
- Yıkama işlemi esnasında herhangi bir yere dokunulursa eller kirlenmiş kabul edilir. Bu durumda cerrahi el yıkama işlemine ilk adımdan başlanır.

1.1.4. Koruyucu Ekipmanlar

Hasta ve yaşlı bakım uygulamalarında koruyucu ekipmanın kullanım amacı, verilecek bakım uygulamalarında kontaminasyonun önlenmesidir. Koruyucu ekipmanlar; bone, önlük, maske, gözlük, yüz koruyucu ve eldivendir.

-Eldiven Kullanımı

Bakım uygulamaları esnasında eldiven kullanımının amacı, çapraz enfeksiyonu önlemektir.

Eldiven kullanımı ile bulaşma riski tamamen ortadan kalkmaz. Bu nedenle eldiven kullanımı, el yıkama yerine bir alternatif olarak kullanılmaz.

Hasta ve yaşlı bakım elemanı ellerini; bakım uygulamalarına başlarken, eldiven giymeden önce ve uygulama bitiminde eldiven çıkardıktan sonra standartlara uygun olarak yıkamalıdır. Yapılan işlemin özelliği dikkate alınarak bulaşma riskinin yüksek olduğu durumlarda çift eldiven giyilebilir. Bakım işlemi esnasında hasta ve yaşlının kontamine vücut bölgesine dokunulduktan sonra vücudunun başka bir bölgesine daha temas edilecekse eldiven değiştirilmelidir. Bakım vermek için başka bir hasta ve yaşlıya geçildiğinde eldiven mutlaka değiştirilmelidir. Hasta ve yaşlı bakım elemanın elinde doku bütünlüğünün bozulduğunu gösteren kesik, çizik, açık yara var ise rutin işlemler de dahil tüm işlemlerde kendi iş güvenliğini sağlamak için eldiven kullanmalıdır. Koruyucu ekipmanların giyilmesi işleminde eldiven en son giyilmelidir.

Eldiven en önemli iş güvenliği önlemlerinden biridir. Aynı eldiven kullanılarak iki farklı işlemde asla bulunulmamalıdır.

Eldiven giyilirken şunlara dikkat edilmelidir:

Görsel 1.2: Eldiven giyme

- Yapılacak uygulamaya uygun tipte (steril, non-steril vb.) ve kişinin eline uygun boyutta (s-m-l vb.) eldiven kullanılmalıdır.
- Eller, eldiven giyilmeden önce el yıkama standartlarına uygun olarak yıkanmalıdır. Yıkamanın mümkün olmadığı durumlarda ise alkol bazlı el dezenfektanı ile ovalanmalıdır.
- Eldivenler, giyilen önlüğün kol manşetlerinin üzerine gelecek şekilde çekilmelidir (Görsel 1.2).

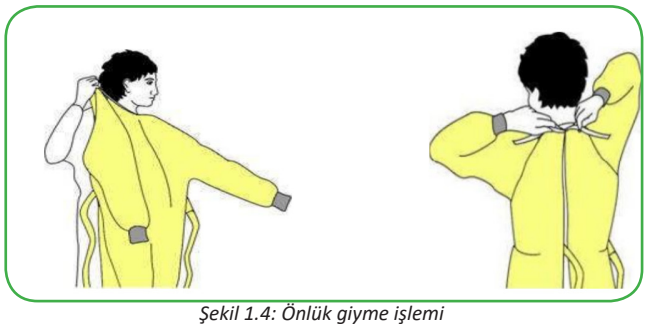
Eldiven çıkarılırken şunlara dikkat edilmelidir:

- Elin üzerinden sıyrılan eldivenin iç tarafı dışına doğru çevrilir.
- Çıkarılan eldiven, diğer el içerisinde tutulur.
- Eldiven çıkarılan eldeki parmakla diğer eldiven bilekten sıyrılır.
- Her iki eldivenin iç tarafının dışa doğru çevrilmesiyle oluşan küçük torba şeklindeki tıbbi atık, kurallarına uygun olarak atılır (Görsel 1.3).

Görsel 1.3: Eldiven giyme

1.1.4.2.Önlük kullanımı

Önlük giyilirken şu kurallara dikkat edilmelidir:



Şekil 1.4: Önlük giyme işlemi

- Kullanılacak önlük, yapılacak uygulamanın özelliğine göre seçilmelidir.
- Önlük, kullanacak kişiye uygun boyutlarda olmalıdır. Kişinin boyutlarına uygun önlük bulunmadığı durumlarda önlük küçük ise bir tane önden, bir tane arkadan olacak şekilde iki önlük kullanılmalıdır.
- Önlük, kişinin sırt bölgesinden bağlanmalıdır.

Önlük çıkarılırken şu kurallara dikkat edilmelidir:

- Önlük çıkarma işlemine önlüğün bağlanan iplerinin çözülmesiyle başlanır. Ardından önlük, omuz kısmından tutularak çıkarılır.
- Önlüğün dış tarafı kontamine olduğu için dış yüzü içe gelecek şekilde çevrilir.
- Önlük, iç yüzeyine temas edilmeden yuvarlayarak katlanır.
- Çıkarma işlemi bittiğinde önlüğün sadece temiz olan iç tarafı görünür olmalıdır.

Şekil 1.5: Önlük çıkarma işlemi

-Maske Kullanımı

Maske takarken şu kurallara dikkat edilmelidir:

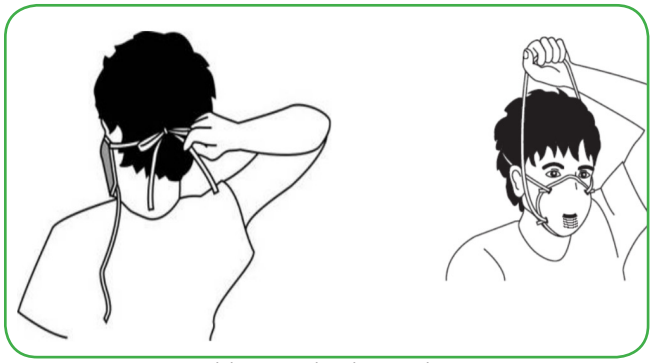
- Maske, kullanacak olan kişinin yüzüne uygun olmalıdır.
- Maske takarken burun, ağız ve çene tam olarak maskenin içine alınmalıdır.
- Maske, takıldıktan sonra vücut sıvıları (tükürük, salya, sekresyonlar vb.) ile kontamine olursa değiştirilmelidir.
- Maskeler tek kullanımlıktır, ikinci kez kullanılmamalıdır.
- Maskeler bireysel kullanıma uygundur, ortak maske kullanılamaz.
- Maskenin kontamine olan dış yüzeyine çıplak el ile temas edilmemelidir.
- Özel durumlarda kullanılmak üzere N95, FFP3 gibi mikroorganizmalara karşı koruma gücü yüksek maske çeşitleri vardır.

Şekil 1.6: Maske yandan görünüş

Şekil 1.7: Maske önden görünüş

Maske çıkarılırken şu kurallara dikkat edilmelidir:

- İlk olarak maskenin alt taraftaki bağları çözülmelidir..
- Maskenin kontamine olan dış yüzeyi ile temas edilmemelidir.
- Maske, bağlarından tutularak atılmalıdır (Şekil 1.8).



Şekil 1.8: Maske çıkarma işlemi

-Gözlük ve Yüz Koruyucusu Kullanımı

Şekil 1.9: Gözlük kullanımı

Şekil 1.10: Yüz koruyucu kullanımı

Gözlük ve yüz koruyucu kullanırken şu kurallara dikkat edilmelidir:

- Gözler ve yüzün tamamı kapatılmalıdır (Şekil 1.9).
- Kullanılacak gözlük ve yüz koruyucusu, kişinin yüzüne tam olarak oturmalı ancak yüzünü sıkmamalıdır.
- Eldiven çıkarma işleminden sonra çıkarılan gözlük ve yüz koruyucusunun ön kısmına temas edilmemelidir.

Şekil 1.11: Gözlük çıkarma

Şekil 1.12: Yüz koruyucu çıkarma

-Bone Kullanımı

Hasta ve yaşlıya uygulanacak bakım işlemleri ve cerrahi girişimler sırasında saçların dökülmesinin önlenmesi ya da saçlardan dökülen partiküllerden hasta ve yaşlının korunması amacı ile bone kullanılmalıdır. Kullanımı oldukça basittir. Bone, iki elle lastikli kısmından tutulup açılır ve saçların tamamını içine alacak şekilde baş bölgesine yerleştirilir.

Giyme Sırası	**Çıkarma Sırası**
Bone	Eldiven
Önlük	Bone eldiven
Maske	Gözlük ve yüz koruyucu
Gözlük ve yüz koruyucu	Önlük
Eldiven	Maske

Tablo 1.1: Koruyucu Ekipmanları Giyme ve Çıkarma Sırası

1.1.5. Tıbbi Atıklar

Sağlık hizmetlerinde, insan sağlığını korumak ve geliştirmek amacıyla gerçekleştirilen çeşitli uygulamalar esnasında tehlikeli atıklar ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetleri sunumunda ortaya çıkan atıklar, sağlık çalışanları ve hastalar açısından yaralanmalara ve yangı hastalıklarının bulaşmasına sebep olabilir. Tıbbi atıkların çalışan güvenliği açısından ilgili yasal mevzuat çerçevesinde imha edilmesi çalışan güvenliği ve çevre sağlığının korunması açısından gereklidir.

Ülkemizde tıbbi atıkların yönetimi esasları, 25.01.2017 tarih, 29959 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanan 'Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği' içerisinde yer almaktadır. Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği uyarınca atıklardan, üretilmesinden imha edilmesine kadar geçen sürede atık üreticileri ve yerel yöneticiler sorumludurlar.

Tehlikeli tıbbi atıklar toplanmasından taşınmasına, geçici depolanmasından imha edilmesine kadar diğer atıklardan ayrı işlem görmesi gerektiği için bir amblemle diğerlerinden ayrılmaktadır. Tıbbi atıkların diğer atıklardan ayrılması amacıyla Şekil 1.13' te görülen uluslararası biyotehlike amblemi kullanılır.

Şekil 1. 13: Uluslararası biyotehlike amblemi

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıkları 4 ana başlık altında toplamıştır. Bu sınıflandırma tabloda görüldüğü şekildedir.

Sağlık Kurumlarından Kaynaklanan Atıklar	
1-Evsel Nitelikli Atıklar	Genel Atıklar Ambalaj Atıkları
2-Tıbbi Atıklar	Enfeksiyöz(enfeksiyon yapan) Atıklar Patolojik(normal anatomik yapıda olmayan) Atıklar Kesici ve Delici Atıklar
3-Tehlikeli Atıklar	
4-Radyoaktif Atıklar	

Tablo 1. 2: Sağlık Kurumlarından Kaynaklanan Atık Çeşitleri

-Tıbbi Atıkların Toplanması

Evsel nitelikli atıklar, siyah plastik torbalarda toplanırlar ve sadece bu iş için ayrılmış taşıma araçları ile geçici deposuna veya konteynerine götürülür. Evsel nitelikli atıklar, toplanması sırasında tıbbi atıklar ile karıştırılmaz. Atıkların karıştırılması durumunda ise hepsi tıbbi atık kabul edilir ve ona göre işlem yapılır.

Ambalaj atıkları yani kâğıt, karton, plastik ve metal ambalaj atıkları kontamine olmamaları şartıyla mavi plastik torbalarda toplanırlar. Serum ve ilaç şişesi gibi cam ambalaj atıkları dahi kontamine olmamışsa ambalaj atığı olarak toplanır.

Tıbbi atıklar, sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Tıbbi atıkların toplanmasında kırmızı özel plastik torbalar kullanılır. Bu torbanın teknik özellikleri şunlardır:

Görsel 1.4: Delici ve kesici tıbbi atık kutusu

- Yırtılma, delinme, patlamaya ve taşımaya dayanıklı olmalıdır.
- Sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olmalıdır.
- Torbaların çift kat kalınlığı 100 mikron olmalıdır.
- Torbaların kaldırma kapasitesi en az 10 kg olmalıdır.
- Torbanın üzerinde 'Dikkat Tıbbi Atık' ibaresi ve uluslararası biyotehlike amblemi olmalıdır.

Tıbbi atıkların bir alt grubu olan kesici ve delici atıklar ise diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak özel plastik veya lamine kartondan yapılmış kutular içinde toplanmalıdır (Görsel 1.4). Şırınga, enjektör ve diğer

tüm deri altı girişim iğneleri, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar kesici ve delici tıbbi atık kutusuna atılır. Bu kutular 3/4 oranında doldurulmalı ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kutuların ağızları kapatılmalıdır.

Sağlık kuruluşlarında oluşan tehlikeli atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak toplanmalı ve Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne göre bertaraf edilmelidir.

Tıbbi ve evsel nitelikli atıklar ayrı ayrı olarak ünite içlerinde taşınmalıdır. Bu atıkları taşıyan araçlar turuncu renkli olmalı, üstünde uluslararası biyotehlike amblemi ve "dikkat tıbbi atık" ibaresi bulunmalıdır.

Radyoaktif atıklar; radyoterapi (kanser hastalığında ışın kullanarak yapılan tedavi) veya laboratuvar araştırmalarından artan sıvılar, kontamine olmuş cam eşya, ambalaj vb. atıklardır. Radyoaktif madde içerirler. Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Mevzuatı hükümlerine göre toplanıp uzaklaştırılırlar.

1.1.6. Beyaz Kod Uygulaması

Dünya Sağlık Örgütü şiddeti "kişinin kendisine, karşısındaki bireye, gruba, topluma karşı yaralanma, ölüm, psikolojik zarar ve kayıpla sonuçlanan ya da sonuçlanması muhtemel olan fiziksel güç uygulaması veya fiziksel güç uygulama tehdidinde bulunması" olarak tanımlamıştır. Beyaz kod; sağlık çalışanları herhangi bir şiddet olayına maruz kaldıklarında müdahale edip güvenlik gücü desteği sağlamak, güvenlik tedbirlerini almak ve olayları analiz etmek için kurulmuş bir sistemdir.

Sağlık çalışanları başlarına gelen şiddet olaylarını bildirmek için 24 saat kesintisiz hizmet veren "113" numaralı telefonu kullanabilir ya da ***www.beyazkod.saglik.gov.tr*** adresinde yer alan bildirim formunu doldurarak yetkililere ulaşabilirler. Eğer şiddete maruz kalan kişiler beyaz kod bildirimini kendileri yapmadılarsa olayla ilgili tutanaklarına istinaden kurum yetkilisi tarafından ***www.beyazkod.saglik.gov.tr*** adresindeki bildirim formu doldurulur. Eş zamanlı olarak olayın ilgili kurumun hukuk birimine ve adli mercilere intikal ettirilmesi sağlanır. İlgili birimlerden gelen değerlendirmeler sonucu şiddete maruz kalan çalışanların avukatlık hizmetleri birimiyle iletişime geçmesi sağlanır.

1.1.7. Mobbing

Görsel 1.5: İş yerinde mobbing

Mobbing kelimesinin kökeninde, latince anlamı kararsız kalabalık olan "mobile valgus" kelimesinden türemiş olan "mob" kelimesi vardır. Mob sözcüğü aynı zamanda İngilizcede kanun dışı şiddet uygulayan gruplar anlamına gelir. Mob kökünün İngilizce ek almış biçimi olan ***mobbing*** ise sözlük anlamıyla rahatsızlık ve sıkıntı verme, psikolojik olarak şiddet uygulama ve taciz anlamlarına gelir.

Mobbing, çalışma ortamında diğer çalışanlar ya da işverenler tarafından uygulanan psikolojik bir terördür. Bireylere kendi makamlarının üstleri ya da çalışma arkadaşları tarafından düzenli olarak uygulanan her tür aşağılama, kötü davranış, şiddet ve taciz gibi davranışları ifade eden anlamlar içermektedir (Görsel 1.5).

Sağlık alanında verilen hizmetler, doğası gereği ekip çalışmasını esas alan bir yapıya sahiptir. Hasta ve yaşlı bireyin bir sağlık kuruluşuna başvurup herhangi bir sağlık sorunu için tedavi almasına giden süreçte onlarca hatta yüzlerce sağlık çalışanı sürecin içerisinde doğrudan ya da dolaylı olarak yer almaktadır. Ekip çalışmasının bu denli önemli olduğu, kararların anlık alınması gereken bir çalışma ortamında sağlık çalışanlarının mobbing etkisi altında kalmaları, verilen sağlık hizmetlerinin kalitesini olumsuz etkileyecektir.

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.1.8. Çalışma Alanında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Çalışma alanında kişisel koruyucu ekipman kullanımı ile çalışanların bireysel güvenliğini sağlamak.

Uygulama Esnasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Kişisel koruyucu ekipmanların kullanımında hasta ve yaşlıya verilen bakıma ve bu bakımın niteliğine dikkat edilir. Koruyucu ekipman giyme sırası şöyledir:

1. Bone
2. Önlük
3. Maske
4. Yüz koruyucu ya da gözlük
5. Eldiven

Kullanılacak Malzemeler

- Tek kullanımlık önlük
- Tek kullanımlık maske
- Gözlük ve yüz koruyucu
- Tek kullanımlık eldiven
- Tek kullanımlık bone
- El yıkama için dezenfektan

Uygulama İşlem Basamakları

1. İşlem öncesi eller, el yıkama standartlarına uygun olarak yıkanır ve tek kullanımlık havlu ile kurulanır.
2. Bone, saçlar içinde kalacak şekilde giyilir.
3. Tek kullanımlık önlük, sağ ve sol el aynı anda olacak şekilde önlüğün dış kısımlarına dokunulmadan giyilir.
4. Önlüğün arka kısımlarında kalan bağcıklar, diğer hasta ve yaşlı bakım elemanının yardımıyla önlüğün herhangi bir yerine dokunulmadan bağlanır.

5. Tek kullanımlık maske, maskenin tel bulunan kısmı (maskenin burna tam olarak oturmasını sağlar) burun üzerinde kalacak ve katlı bulunan bölüm dış tarafta kalacak şekilde ağız ve burun tamamen örtülerek giyilir. Üst taraftaki ipler kulakların üzerinden geçirilir, alt kısımda kalan ipler boyun arkasında fiyonk olacak şekilde bağlanır.

6. Gözlük, kulak bölgesine yakın kısımdan eldivensiz ancak el hijyeni sağlanmış eller ile burun üzerine tam oturacak biçimde takılır.

7. Yüz koruyucu siperlik, alın kısmına tüm yüzü koruyacak biçimde sabitlenerek takılır.

8. Eldiven giyimine kendi kullandığınız el ile değil diğer el ile (sağ elinizi aktif kullanıyorsanız sol el ile) başlanır.

9. Steril tek kullanımlık eldiven paketi açılır.

10. Eldiven steril kısmına temas edilmeden giyilir. Eldivenin kıvrılmış kısımları önlüğün kol kısmı üzerine çekilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.1	
Çalışma Alanında Bireysel İş Sağlığı ve Güvenliği	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	**UYGULAMAYI YAPAMADI**	**UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR**	**UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI**
İşleme başlanırken ellerin hijyenini sağlama	0	5	10
Saçlar içinde kalacak şekilde bone giyme	0	3	5
Önlük giyme işlemini yapma	0	2	5
Önlük giyme işleminde steril bölümleri kontamine etmeden giyme	0	5	10
Maskeyi tekniğine uygun olarak takma	0	5	10
Maske takarken ağız ve burnu tam olarak maske içerisinde bırakma	0	5	10
Gözlük takma işlemini yapma	0	5	10
Koruyucu siperlik kullanımı işlemini yapma	0	5	10
Steril eldiven takma işlemini yapma	0	5	10
Eldivenin steril kısmını kontamine etmeden giyme	0	5	10
Koruyucu ekipmanları doğru sıralama ile kullanma	0	5	10
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.1.9. Atıkların Kaynağında Toplanması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Çalışma alanında atık yönetimi sayesinde bireysel iş sağlığı ve güvenliği sağlamak.

Uygulama Esnasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Uygulama esnasında sağlık kuruluşlarından kaynaklanan atıklara, Tıbbi Atıklar Kontrol Yönetmeliği'ne uygun olarak işlem yapılır. Çeşitli atıklar, ilgili torba ve kutular ortamda bulunur. İşlem hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından ilgili yönetmeliğe uygun olarak gerçekleştirilir.

Kullanılacak Malzemeler

- Siyah evsel atık torbası ve uygun kova
- Mavi ambalaj atığı torbası ve uygun kova
- Kırmızı tıbbi atık torbası ve uygun kova
- Kesici ve delici tıbbi atık kutusu
- Hasta ve yaşlının kişisel bakımında kullanılmış spançlar (katlanmış gazlı bez)
- Hasta ve yaşlıda kullanılmış enjektör
- Cam şişeler
- Endüstriyel gıda atıkları

Uygulama Açıklaması

Evsel atıklar, ambalaj atıkları, tıbbi atıklar ve kesici ve delici tıbbi atıkların Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği'ne uygun olarak kaynağında atılmasını sağlar.

Öğrenci Beceri Değerlendirme Tablosu 1		
	Toplam	**Öğrencinin Aldığı Puan**
Evsel ve ambalaj atıklarını uygun şekilde atma	40 Puan	
Tıbbi atıkları uygun şekilde atma	30 Puan	
Kesici ve delici tıbbi atıkları uygun şekilde atma	30 Puan	
TOPLAM	100 puan	

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.2. HASTA VE YAŞLININ FİZİKSEL YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Fiziksel yaşam alanı denince aklınıza neler geliyor? Sizin fiziksel yaşam alanınızı anlatınız.
2.Hasta odası denince aklınıza neler geliyor? Hasta odasında bulunması gereken malzemeler neler olabilir?

AMAÇ

Hasta ve yaşlının fiziksel yaşam alanını düzenlemek.

GİRİŞ

Hasta ve yaşlının yaşam alanının düzenleyebilmesi için hastalık ve yaşlılık ile ortaya çıkan değişimler, fiziksel yaşam alanı, hasta odası, huzurevleri ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri, fiziksel yaşam alanında alınması gereken tedbirler, ev ortamı ve çevrenin değerlendirilmesi hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

1.2.1. Hasta ve Yaşlı Bireyde Ortaya Çıkan Değişimler

İnsan hayatı çeşitli dönemlerden oluşur ve yaşlılık bunlardan birisidir. Yaşlanma insanın fiziksel ve ruhsal yönden gerilemesi ile ortaya çıkan doğal bir olaydır. Yaşlanmanın biyolojik, psikolojik ve sosyo-kültürel açısından çeşitleri tanımları yapılmaktadır. Biyolojik açıdan yaşlanma, kişinin zaman içerisinde anatomik ve fizyolojik yapısındaki değişikleri ifade eder. Psikolojik açıdan yaşlanma, kişinin zihinsel kabiliyeti ve işlevlerinin azalması ile davranışlarındaki uyum yeteneğinin kaybolması şeklinde ifade edilir. Sosyo-kültürel açıdan yaşlanma; toplumların yaşlanmaya bakış açısını, yaşlı bireyin sosyal hayattan uzaklaşması ile başa çıkmasını ve ölümle ilgili yaklaşımlarını ifade eder. Yaşlanma ile birlikte hareket kabiliyeti azalır, zihin bazı işlevlerini yerine getiremez hâle gelir ve bağışıklık sistemi zayıflar. Bunlar yaşlanma ile ortaya çıkan sorunlardan sadece bazılarıdır. Yaşlılıkta kişilerin sosyal, psikolojik, fiziksel ihtiyaçlarında geçmiş yıllara göre çeşitli farklılıklar görülür.

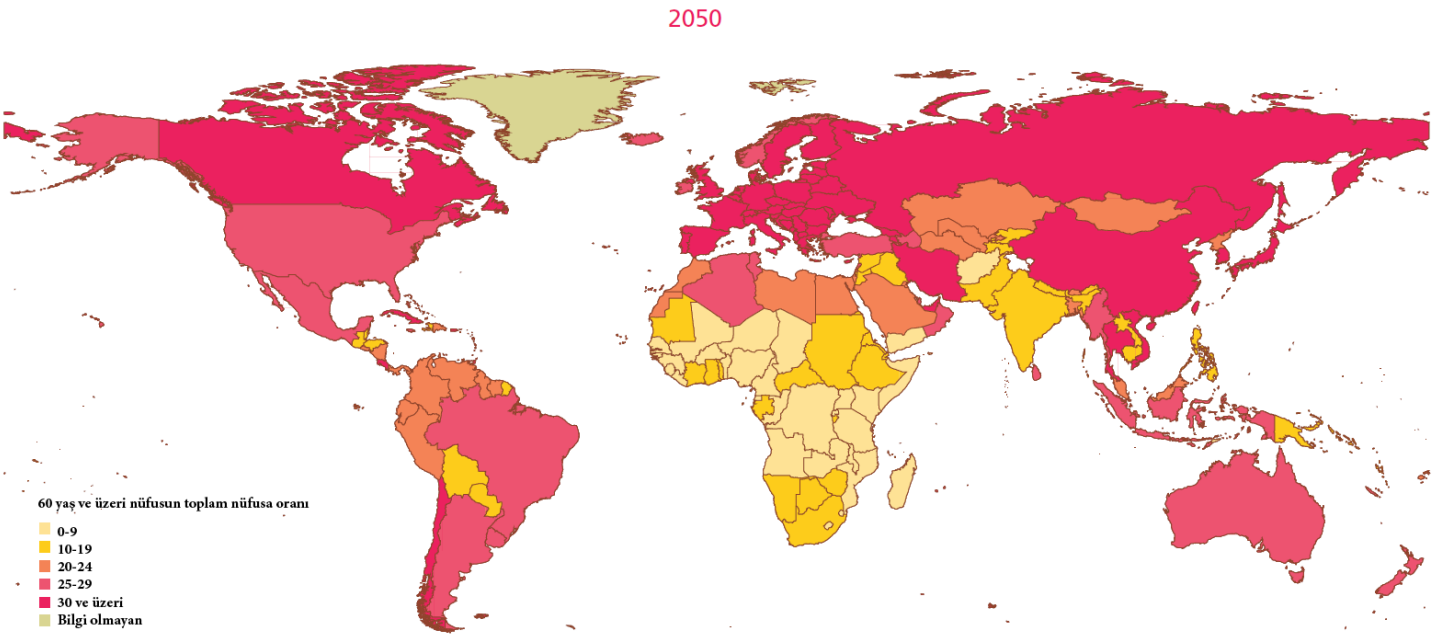
Görsel 1.6: İleri yaş

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) yaşlılığı "çevresel faktörlere uyum sağlayabilme yeteneğinin azalması" olarak tanımlamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) yaşlılığı 3 ana evrede ele almıştır. Bu evreler şunlardır:

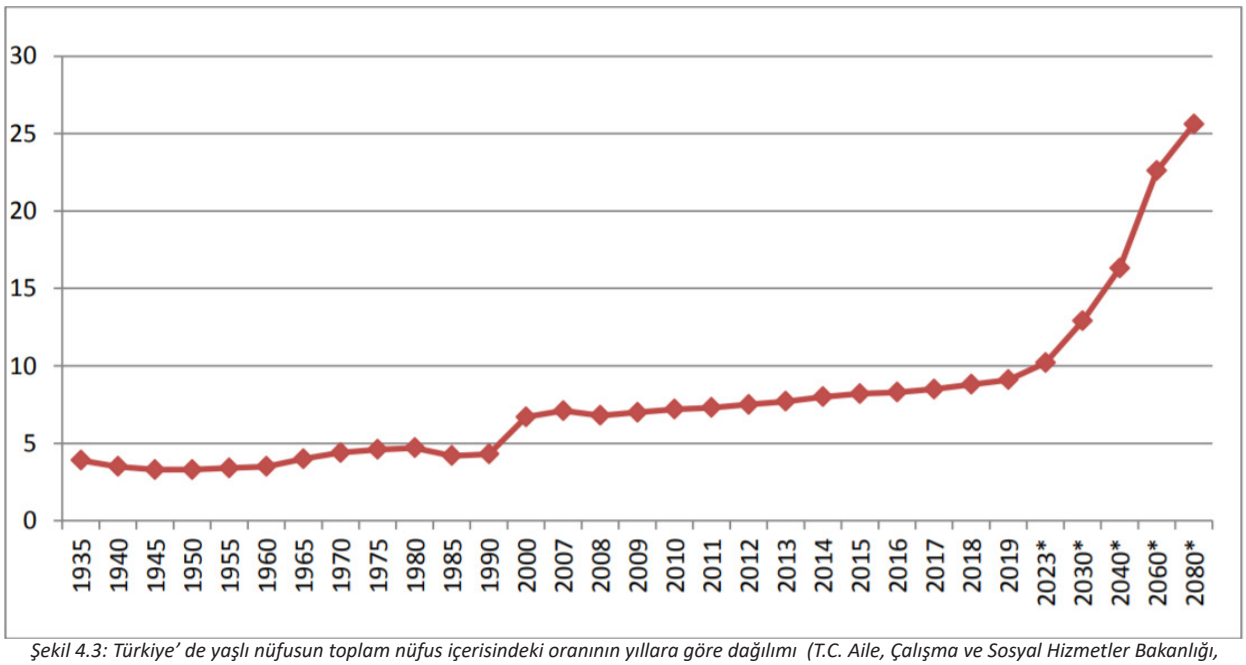
- 65-75 yaş arası erken yaşlılık evresi
- 75-85 yaş arası orta yaşlılık evresi
- 85 yaş ve ötesi ileri yaşlılık evresi

Dünya genelinde yaşam standartlarının yükselmesi, sağlık alanındaki ileri tetkik ve tedavilerin artması, dengeli ve yeterli beslenme konusunda daha bilinçli davranılması vb. nedenler insanların yaşam sürelerini uzatmakta, dünya nüfusu içerisinde yaşlı nüfus oranını arttırmaktadır. Dünyada yaşlı nüfusun 2050 yılında 2 milyar kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir.

Toplumların demografik yapıları, özellikle son yüzyıl içerisinde büyük bir değişim geçirmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin neredeyse tamamının nüfusu daha önce benzeri olmayan bir yaşlanma yaşamaktadır. Yaşlanan toplum kavramı, İtalya ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerde son yıllarda belirginleşmiştir. Şekil 1.14' te görüldüğü üzere 2050 yılına gelindiğinde yaşlı nüfus oranının dünya genelinde artacağı tahmin edilmektedir.

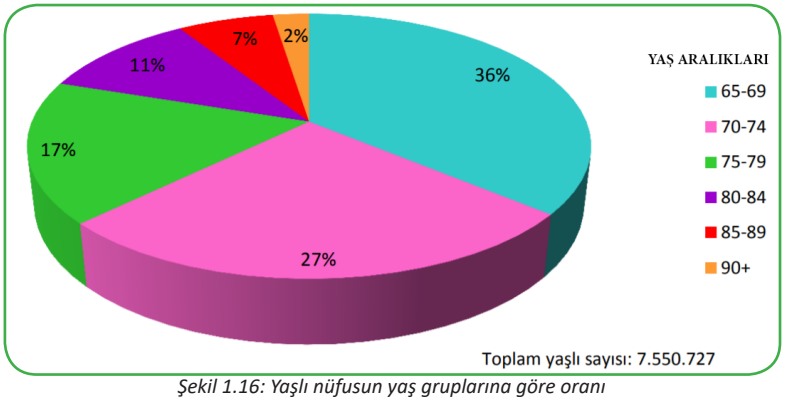


Şekil 1.14: 2050 Yılında Dünya Nüfusu İçerisinde Yaşlı Nüfusun Tahmini Oranı (Birleşmiş Milletler, 2012)



Şekil 4.3: Türkiye' de yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisindeki oranının yıllara göre dağılımı (T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2020)

Diğer ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus artmaktadır. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığımızın, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğünce 2020 Mart ayında ''Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni'' yayınlanmıştır. Bu bültene göre ülkemizde 65 yaş üstü 7.550.727 vatandaşımız yaşamaktadır. Bu kişilerin toplam nüfusumuzdaki oranı ise %9,1' dir. 2023 yılında bu sayının 8.867.951, 2040 yılında 16.373.971 olacağı öngörülmektedir (Şekil 1.15).



Şekil 1.16: Yaşlı nüfusun yaş gruplarına göre oranı

Şekil 1.16' da görüldüğü üzere ülkemizdeki yaşlıların %63' ü Dünya Sağlık Örgütü tarafından genç yaşlı olarak tanımlanan grupta yer almakta, %28' i ise orta yaşlı grubunda yer almaktadır.

Yaşlı nüfus oranındaki bu artış ve demografik yapıda yaşanılan değişim, evde ve kurumda yapılan bakım faaliyetlerinin hem dünyada hem de ülkemizde daha planlı ve özenli olmasını gerektirmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sağlığı "Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam iyilik hâlidir." şeklinde tanımlamıştır. Hastalık ise kişinin doku ve hücrelerinde yapısal ve işlevsel açıdan normalin dışında değişikliklerin oluştuğu durumdur. Kişi sağlığını kaybetmesi durumunda hasta olarak adlandırılır. Hasta bireyde de günlük yaşamını etkileyen ve çeşitli işlemlerde destek almasını gerektiren değişimler görülmektedir.

İleri yaş ile birlikte görülme sıklığı artan bir başka sorun kronik ve bulaşıcı olmayan hastalıklardır. Bulaşıcı olmayan hastalıklar (BOH); herhangi bir enfeksiyon etkeni ile ilişkilendirilmeyen, bulaşıcı olmayan, çoğu kez uzun süreli olan (kimi zaman yaşam boyu sürebilen) ve yavaş seyirli bir dizi hastalığı ifade eder. Sık görülen bulaşıcı olmayan hastalıklar şunlardır: kalp ve damar hastalıkları, kanserler, kronik solunum yolu hastalıkları, obezite, diyabet (kan şekerinin yüksekliği), alzheimer [alzaymır (Beyin hücrelerinin zamanla ölümüne bağlı olarak gerçekleşen hafıza kaybı, bilişsel işlev kaybı)], psikiyatrik sorunlar, böbrek hastalıkları. DSÖ istatistiklerine göre dünya üzerinde her yıl 41 milyon insan, BOH kapsamına giren hastalıklara yakalanarak hayatını kaybetmiştir.

İleri yaştakilerin daha konforlu bir yaşam sürmeleri adına konut içinin ve yaşam alanının düzenlenmesi gereklidir. Bu durum aynı zamanda çeşitli sağlık sorunları olan bireyler için de geçerlidir. Bireyin sağlığını çeşitli sebepler [trafik kazaları, kronik hastalıklar, ampütasyon (bir organın tamamen ya da bir kısmının cerrahi olarak kesilmesi) işlemleri, çeşitli cerrahi girişimler sonrası vb.) ile kaybetmesi günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmek için destek alma ihtiyacını ortaya çıkarır. Yaşlanmanın gerçekleşmesiyle hareket kabiliyetinde azalma olur. Bu durumda hasta ve yaşlının kişisel bakım uygulamalarında destek alması ve günlük yaşam faaliyetlerini yerine getirmek için çeşitli yardımcı araç gereçleri kullanması gerekir. Hasta ve yaşlı bireyde yaşanan bu değişimer sonucunda birey artık zamanının büyük kısmını evde ya da bakım hizmeti aldığı kurum içerisinde geçirmek durumunda kalmaktadır. Hasta ve yaşlı bireyin zamanının büyük kısmını geçirdiği bu ortamlarda, güvenliğinin sağlanması ve yaşam kalitesini artırmak için yaşam alanlarının düzenlenmesi gerekir.

Ülkemizde 29 Nisan 2009 tarihinde "Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması ve Korunmasına İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Tebliğ" yayınlanmış, 2011 yılında ise bu tebliğ ''Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik" olarak düzenlenmiştir.

Bu yönetmelikte özellikle hastanın düşerek yaralanmasının önlenmesi ile ilgili tedbirler ve engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması başlıkları yer almaktadır.

1.2.2. Fiziksel Yaşam Alanı Kavramı

Yakın zamana kadar ileri yaştaki insanların büyük çoğunluğu aileleri ile birlikte hayatlarına devam ediyordu. Günümüzde ailesi ile yaşayan yaşlıların sayısı azalırken yalnız başına yaşayan yaşlıların sayısı artmış durumdadır. Tek başına yaşamını sürdüren yaşlılarımızın sağlıklı ve mutlu olmaları için yaşam kalitelerinin yükseltilmesi gerekir. Beslenme ihtiyacının bireysel farklılığına uygun karşılanabilmesi, sağlık ve giyim ihtiyaçlarının karşılanması, yeterli düzeyde maddi gelirinin bulunması, bireysel durumuna uygun bir evinin olması ve çevre şartlarının da durumuna uygun olarak düzenlenmesi yaşlıların yaşam kalitelerinin belirlenmesinde evrensel ölçütler arasında yer almaktadır.

Ülkemizde tek başına yaşayan yaşlıların oranının her yıl artış gösterdiği görülmektedir. 2019 yılı verilerine göre toplam yaşlı nüfusunun %18,2'si tek başına yaşamaktadır. Tek başına yaşayan 1.373.521 yaşlının %75,7'si kadın, %24,3'ü erkektir.

Dünyanın demografik yapısında meydana gelen değişimle Birleşmiş Milletler Genel Kurulunda "Yaşlılık İlkeleri" belirlenmiş ve kabul edilmiştir. Buna göre her yaşlı uygun ve güvenli bir çevrede yaşamalı, yaşadıkları çevre onların kapasitelerini artıracak özelliklere sahip olmalıdır.

Bireyin günlük yaşamını gerçekleştirdiği ev, iş ortamı ve diğer ortamlar birey için fiziksel yaşam alanı olarak tanımlanır. Birey günlük hayatındaki tüm faaliyetlerinde fiziksel yaşam alanının etkisi altındadır. Örneğin; otomobiliyle iş yerine giden birisi, araç koltuğunun insan vücudunun anatomik yapısına uygun olmamasından kaynaklanan çeşitli sağlık sorunları yaşayabilir.

Fiziksel yaşam alanı farkında olmasak da bizi fiziksel ve psikolojik olarak sürekli etkilemektedir. Bireyin durumu gözetilmeden oluşturulmuş fiziksel yaşam alanı, çeşitli kazalar yaşanmasına sebep olmaktadır. Özellikle 65 yaş üstü bireylerde en büyük kazalardan biri düşmelerdir. Bu kişilerde düşmeler, hayati fonksiyon bozukluklarına sebep olabilmektedir. Düşmelerin sıklıkla yaşanması kişilerde sadece fiziksel sorunlar değil, çeşitli psikolojik sorunlar da yaratmaktadır. Düşmelerin önlenmesinde ise yaşam alanının kurallara uygun düzenlenmesi ve hastanın bireysel farklılığına uygun olarak tedbirler alınması çok etkilidir.

-Sağlık Kurumlarında Hasta Odası

Yataklı servisler, sağlık kurumlarında hastaların tedavi ve bakım sürecinin gerçekleştirildiği birimlerdir. Yataklı servislerde hastaların geçirdiği süre ve aldıkları bakım hizmetleri tedavi sürecinin en önemli bileşenleridir. Hastalar sağlık kurumlarında tedavi alırken zamanlarının çoğunu odalarında geçirmektedirler. Bu sebeple hasta odaları işlevsellik ve konfor açısından hasta, refakatçi, sağlık çalışanlarının tüm beklentilerini karşılayacak özellikte olmalıdır. Sağlık kurumlarındaki hasta odaları "Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi" doğrultusunda düzenlenir.

Hasta odası hastanın fiziksel ve psikolojik ihtiyaçlarını karşılayabilecek, sağlık çalışanlarının verdiği hizmetleri olumlu yönde etkileyecek özellikte olmalıdır. Hasta, odada bulunan eşyalara kolay ulaşabilmeli ve odadaki eşyaların nasıl kullanıldığını bilmelidir.

"Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği"ne göre yataklı tedavi kurumlarında hasta odalarının bir veya iki kişilik olarak düzenlenmesi esastır. Ancak kurumun fiziki şartlarına göre daha fazla hastanın kalabileceği çok yataklı hasta odaları da düzenlenebilir. Tek yataklı hasta odaları en az dokuz metrekare alana sahip olmalıdır. Birden çok yataklı hasta odaları ise hasta yatağı başına en az yedi metrekare alan düşecek şekilde düzenlenmelidir. Odalarda banyo, tuvalet ve lavabo bulunmalı; ıslak zeminlerde yer döşemeleri kayarak düşmeyi engelleyen malzemelerden yapılmalıdır. Hasta odası düzenlemede dikkat edilecek kurallar şunlardır:

- Birden fazla yatak bulunan odalarda, donanıma ve yataklara geçiş mümkün olacak şekilde her yatağın ayak kısmının önünde 110 cm ve iki yatak arasında 120 cm'lik açıklık olmalıdır.
- Tek kişilik odalarda yatağın ayak kısmı ve her iki yanında 110 cm'lik bir açıklık bulunmalıdır. Bu özellikler ile birlikte hasta odasının ebatı en az 15 m^2 olmalıdır.
- Odanın duvar rengi hastayı rahatlatacak şekilde doğal, yumuşak ve pastel renklerden seçilmelidir.
- Hastane içinde ve hasta odalarında tekerlekli sandalye ile geçişi engelleyecek şekilde seviye farkı olan yerlere uygun bağlantı rampaları yapılmalıdır.
- Oda içinde bulunan tuvalet kapısının eni en az 90 cm olmalı ve kapıların tamamı dışarıya doğru (oda içine) açılmalıdır.
- Hasta odalarındaki duşlu tuvaletler ise el yıkama donanımı dâhil 3,35 m^2 den küçük olmamalıdır.
- Her hasta odasında, hastaların uzun kıyafetlerini katlamadan asabileceği ve kişisel eşyalarını koyabileceği kendisine ait bir gardırop veya dolap olmalıdır.

- Birden fazla yatağın bulunduğu odalarda görsel mahremiyet paravan ya da perde kullanımı ile sağlanmalıdır. Hasta, odadaki diğer hasta ve ziyaretçilerin kendisini görmesinden rahatsız olabilir. Mahremiyetin korunmasına yönelik oda düzenlemesi, hastanın tuvalete veya lavaboya erişimini engellememelidir.

- Tüm pencerelerin zeminden yüksekliği en az 90 cm ,odaların tavan yükseklikleri 270 cm olmalıdır.

- Odalarda engelli hastalar için tutunma barları bulunmalıdır. Lavabo, banyo ve tuvaletlerde tekerlekli sandalye manevrasına imkân verecek şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Hastaların gerektiğinde kullanabileceği yatak başı bağlantılı çağrı zili ve oda kapısı üzerinde hemşirenin görebileceği özellikte lamba düzeneği bulunmalıdır. Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde de çağrı sistemi bulunmalıdır.

- Hastaların ve personelin kullandığı bütün alanlar, yeterli gün ışığı ile (doğal aydınlatma) birlikte enerji kaynaklarından (yapay aydınlatma) yararlanılarak aydınlatılır.

- Hasta odalarında ısı, ortalama 18-22 C° arasında olmalı ve yaz kış aynı ısı korunmalıdır. Odalarda gaz ve duman verebilecek ısıtma araçları kullanılmamalıdır.

- Hasta odasının temizliği kontrol edilmelidir.

- Hasta odasındaki nem oranı %30-60 arasında olmalıdır. Gerekli durumlarda hastanın soluduğu havanın nemi özel cihazlarla da (buhar makinesi, nemlendirici) arttırılabilir.

- Silinebilir özellikte olmayan hasta yatakları için yatak koruyucu (alez) kullanılır.

- Hasta odasında hasta ya da refakatçinin oturabileceği bir sandalye ve gerektiğinde refakatçinin yatıp dinlenebileceği pozisyon verilebilen bir koltuk veya kanepe bulunmalıdır.

- Hasta odasında en az bir adet alkol bazlı antiseptik el solüsyonu ve mümkünse hastanın yakınlarıyla görüşebileceği sabit oda telefonu, televizyon ve mini buzdolabı olmalıdır.

- Tekerlekli yataklar, tekerlekli sandalyeler, boş sedyeler hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde frenleri kilitli olarak bırakılmalıdır.

- Hastanın kullandığı terlikler, kaygan tabanlı olmamalıdır.

- Yemek masası, sandalye ve kişisel eşyaların koyulduğu etajer hastanın rahat ulaşabileceği şekilde konumlandırılmalıdır.

-Huzurevleri ve Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri

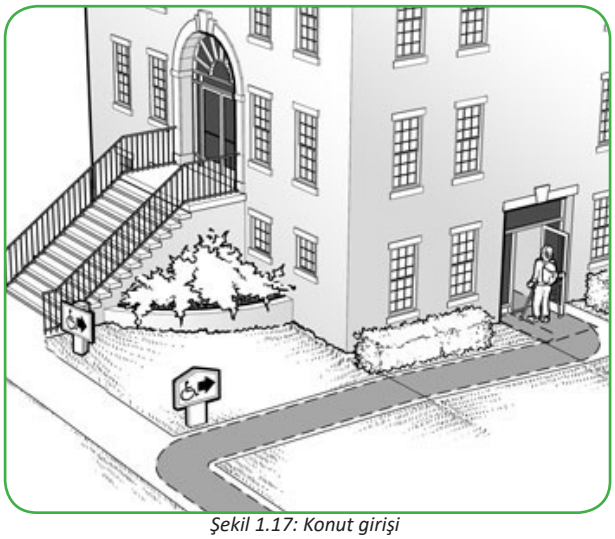
"Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği"nde huzurevi ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri ile ilgili bilgiler yer almaktadır. ***Huzurevi,*** 60 yaş ve üzerindeki yaşlı kişileri huzurlu bir ortamda korumak, bakmak ve bu kişilerin sosyal ve psikolojik gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulan yatılı sosyal hizmet kuruluşu olarak tanımlanmaktadır. ***Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezi*** ise yaşlı kişilerin yaşamlarını sağlık, huzur ve güven içinde sürdürmeleri amacıyla kendi kendilerini idare edebilecek şekilde rehabilitasyonlarının sağlandığı, tedavi edilemeyecek durumda olanların ise sürekli olarak özel bakım altına alındığı yatılı sosyal hizmet kuruluşları olarak tanımlanmaktadır. Bu merkezlerin fiziksel olarak nasıl düzenleneceği ilgili yönetmelikte belirtilmiştir. Yapılan tüm düzenlemeler yaşam alanı düzenleme kurallarına göre yapılmalıdır.

Ev ortamına uygun olarak döşenen yaşlı odalarında, kalacak yaşlı sayısı kadar karyola, yatak, etajer, gardırop, sandalye ve koltuk bulundurulur. Her odada bir masa olması esastır. Odalardaki mobilyaların ahşap malzeme olması tercih edilir.

Hasta odasında kişinin yatarken rahatlıkla basabileceği mesafede bir alarm butonu olmalıdır. Olanaklar ölçüsünde dâhili telefon bulundurulur. Odalardaki banyo ve tuvaletlere, yatay ve düşey ray takılır. Odanın geceleri hafif bir şekilde aydınlatılması sağlanır. Tüm oda donanımının sık silinmeye uygun malzemeden yapılmış olmasına dikkat edilir. Zemin, halı ile kaplanmamalı ve parça halı tercih edilmelidir. Olanaklar ölçüsünde zemin anti-statik ya da anti-bakteriyel malzeme ile döşenmelidir. Oda kapılarının tekerlekli sandalye ve yürüteçlerin rahat hareket edebileceği genişlikte olmasına özen gösterilir. Yatakların üzerine, yatak koruyucu alez serilir (Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği).

1.2.3. Ev İçi Yaşam Alanı Düzenleme İlkeleri

Hasta ve yaşlının yaşam kalitesinin yükseltilebilmesinde ve kazaların önlenmesinde günlük yaşamının büyük bir bölümünün geçtiği konut ve çevresinin kişinin durumuna uygun olması büyük önem taşımaktadır. Hasta ve yaşlının ev ve dış ortamı, günlük yaşam aktivitelerine göre düzenlenmelidir. Amacı hasta ve yaşlı güvenliğini sağlamak olan bu düzenlemeler, kazaların önlenmesinde son derece önemlidir. Bu güvenlik önlemleri hasta ve hasta yakınına görsel ya da yazılı materyal hazırlanarak hatırlatılabilir veya önlemler listelenerek bir kâğıda yazılabilir.



Şekil 1.17: Konut girişi

Konut Girişleri

Apartman ya da müstakil ev girişlerinde, merdivenler yerine kolayca yürünebilecek rampalar tercih edilebilir. Bu alanlarda kullanılacak malzemelerin mutlaka kaymayı önleyici yapıya sahip olması gereklidir. Konut girişlerine yakın bölümlerde hasta ve yaşlının destek alarak güvenle geçiş yapabilmesini sağlayan korkuluklar bulunmalıdır (Şekil 1.17).

Konut İçi Düzenlemeler

- Apartman ve konut girişlerinin ve diğer tüm ortamların aydınlatması yeterli olmalıdır.
- Apartman ve konut girişlerindeki her türlü düğme ve prizin zeminden yüksekliği en fazla 90-110 cm arasında olmalıdır. Düğmeler, karanlıkta görülebilecek fosforlu yapıda olmalıdır.
- Çok katlı binalarda merdivenin yanı sıra asansör de bulunmalıdır. Asansör kabinleri, 110x140 cm ölçülerinde olmalıdır.
- Kapıların genişliği 90-100 cm arasında olmalıdır. Kapılar içeriden kolayca açılabilecek şekilde güvenli olmalıdır. Kapılarda eşik bulunmamalıdır. Kapı kolları kavraması kolay yapıda olmalıdır.
- Hasta ve yaşlının yorulduğunda dinlenebilmesi için kapıya yakın yerlerde oturma alanları oluşturulması iyi olacaktır.
- Telefon, konut içinde rahat ulaşılabilir yerde olmalıdır. Hasta ve yaşlının acil durumlarda kullanacağı telefon numaraları, telefonun yakınında ve kolayca görebileceği yere asılmalıdır. Acil ve gerekli telefon numaraları büyük harf ve numaralarla büyük kâğıtlara yazılmalıdır. Hasta odasında birden fazla telefon bulunmalı ve bunlar hastanın en sık kullandığı yerlere bırakılmalıdır.

- İlaçlar kendi kutularında, ışık almayan, serin ve güvenli bir yerde saklanmalıdır. Yanlış ilaç kullanımını önlemek adına ilaçların üzerine uyarılar yazılmalıdır.
- Zeminde kaymaya sebep olabilecek özellikteki kilim, halı vb. bulunmamalıdır.
- Konut içindeki ıslak zeminlerde kaymayı önleyici yer döşemesi tercih edilmelidir.
- Konut içinde zemin ıslak bırakılmamalı, hemen kurulanmalıdır.
- Hasta ve yaşlı ev içerisinde tabanları kaydırmaz özellikte terlik, ayakkabı kullanmalıdır.
- Merdiven basamakları eşit, uygun genişlikte ve yükseklikte olmalıdır. Merdivenlerin her iki tarafında hasta ve yaşlının rahatça tutunabileceği dayanıklı tırabzanlar bulunmalıdır.
- Mobilyalar, duvarlara ve köşelere dayanmalıdır. Masaların ayakları dışa doğru çıkıntılı olmamalıdır. Sandalye ve koltuklar çok yüksek ve derin olmamalıdır. Düşmeyi engellemek için yumuşak oturaklı ancak destek kolları sert ve sağlam yapıda olan sandalye ve koltuklar tercih edilmelidir.
- Elektronik aletlerin fiş ve prizleri takılıp düşmeye neden olacak şekilde açıkta olmamalıdır. Fiş ve prizler geceleri ve acil durumlarda rahatlıkla görünebilir özellikte olmalıdır.
- Ocak ve fırın gibi elektrikli cihazların bakımları düzenli olarak yapılmalı ve bunların kullanımı kolay olmalıdır. Elektronik cihazlar alınırken güvenlik kilidi olan modeller tercih edilmelidir.
- Kullanılmayan eşyalar varsa bunlar düşmeleri önlemek için ortadan kaldırılmalıdır.

Görsel 1.6: Banyo ve tuvalet

- Tuvalet, banyo küveti ve duş etrafında düşmeyi engelleyecek tutunma barları bulunmalıdır. Tutunma kolları duvara yatay eksende olmalı ve iyi sabitlenmelidir (Görsel 1.6). Tutunma barlarının çapının 4-5 cm, zeminden yüksekliğinin ise 90-100 cm arasında olması tercih edilir.
- Islak zeminlerde kullanılan yer döşemeleri kaygan bir yüzeye sahip olmamalıdır. Zeminlerde kaymayan halı, paspas vb. malzemelerin kullanımı önemlidir.
- Kullanılacak terliklerin kaymayı önleyen yapıda olması şarttır.
- Banyo ve tuvalet kapısı dışa doğru açılmalıdır.
- Havalandırma ve aydınlatma yeterli olmalıdır. Yatak odası yakınında banyo ve tuvalet bulunmalıdır. Yatak odası ile banyo ve tuvalet arasındaki ulaşımı zorlaştıracak düzenlemelerden kaçınılmalıdır.

Görsel 1.7: Yatak odası

- Sık kullanılan kıyafetler kolay ulaşılabilir yerde olmalıdır.
- Dolapların tutma kolları kolay kavranabilir nitelikte olmalıdır. Dolapta kapaklarının açılmasıyla devreye giren ışıklandırma sistemi bulunmalıdır.
- Yatak odasındaki mobilyaların seçimi ve yerleşimi tekerlekli sandalye, koltuk değneği ve baston gibi araç gereçler kullanan hasta ve yaşlının rahatlıkla dolaşabileceği biçimde yapılmalıdır (Görsel 1.7).
- Yatak başında hasta ve yaşlının telefon, bardak, ilaç gibi sık kullanılan eşyalarını koyabileceği, kullanımı rahat bir komindin veya masa bulunmalıdır.

Görsel 1.8: Mutfak

- Mutfak tezgâhı, bireyin yetişebileceği ve rahatlıkla kullanabileceği yükseklik ve uzunlukta olmalıdır.
- Mutfak dolaplarının raf yüksekliği için ideal ölçü 140 cm'dir. Bu nedenle yüksekliğin en fazla 150 cm olacak şekilde ayarlanması gerekir.
- Mutfakta yer alan alt dolapların raf yüksekliği için ideal ölçü 40 cm' dir.
- Tekerlekli sandalye kullanan hasta ve yaşlı için tezgâh altında sandalye girecek ölçüde boşluk olması gerekir.
- Masaların kenarları keskin olmamalıdır.
- Mutfakta kullanılan araç gereçlerin çalışır vaziyette olup olmadığının anlaşılması için düğmelerine belirgin işaretler konmalıdır.
- Kullanılan elektrikli aletlerin kabloları lavaboya ve ocağa uzak olmalıdır.
- Ocak ve fırının yanında kolay tutuşma özelliği olan herhangi bir cisim bulunmamalıdır.

1.2.4. Ev Ortamı ve Çevrenin Değerlendirilmesi

Ev ortamı ve çevrenin değerlendirilmesi, hasta ve yaşlının yaşamını güven içinde ve kaliteli bir şekilde geçirmesi açısından önemlidir. Ancak kişi, yaşam alanı fiziksel anlamda değerlendirilmeden önce hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından hem fizyolojik hem de ruhsal yönden değerlendirilmelidir. Hasta ve yaşlı bakım elemanı kişinin durumunu gözlemlemeli ve yaşam alanının hasta ve yaşlının gereksinimlerine uygun olup olmadığını değerlendirmelidir. Hasta ve yaşlının bilişsel, psikolojik ve sosyal açıdan değerlendirilmesi hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından birçok ölçek kullanılarak yapılabilir.

Dünya üzerinde geriatrik değerlendirme açısından kullanılacak ölçekler ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Macquarie (Makori) Üniversitesinin 2001 yılında yaptığı çalışmada ortaya koyduğu üzere Home Assessment Profile (Ev Ortamı Değerlendirme Profili) kişinin yaşam alanındaki tehditlerin tespit edilmesinde kullanılan geçerli ve güvenilir bir ölçektir.

Hasta ve yaşlının yaşam alanındaki fiziksel tehlikelerin değerlendirilmesi ve bunlara özgü önlemlerin alınmasında ise Home Assessment Profile [(Ev Ortamı Değerlendirme Profili) adında bir ölçek kullanılır. Bu ölçek ile yaşam alanının bölümleri, yaşam alanı düzenleme ilkeleri temel alınarak değerlendirilir ve alana tehlike açısından bir puan verilir. Puanlamada 0-2 arası bir puan kullanılır. Tehlikenin olmadığı durumlarda 0, düşük düzeyde tehlike durumlarında 1, orta ve yüksek tehlike durumlarında 2 puanı verilir. Hasta ve yaşlının bu tehlike puanı verilen alanı ne sıklıkla kullandığı öğrenilir. Örneğin, hasta ve yaşlının evinin mutfağını günde kaç kez kullandığı sorulur. Yaşam alanındaki tüm ortamlar kullanılma sıklığına göre puanlanır. Kullanım sıklığı puanlamasında 0-5 puan aralığı kullanılır. Düşük puanlar o alanın kullanılmadığını, yüksek puanlar o alanın sıklıkla kullanıldığını ifade eder. Tehlike puanı ve kullanma sıklığı puanları çarpılarak ortamın HAP puanı belirlenir. Hasta ve yaşlı bakım elmanı tarafından ev ortamı ve çevreninin değerlendirilmesi için HAP puanları kaynak teşkil eder. Bu ölçek ile yapılan değerlendirme sonrasında daha güvenli bir ortam sağlanması adına alınması gereken önlemler, hasta ve yaşlıya ya da onların ailesine hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından açıklanır ve önlemlerin uygulamaya geçirilmesi önerilir.

Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Kalite ve Akteditasyon Daire Başkanlığı tarafından yapılan çalışmalar sonucunda, hasta ve yaşlıların fiziksel yaşam alanlarında en sık yaşadıkları düşme sorunu ile ilgili bir ölçek geliştirilmiş ve ölçeğe ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî' ye atfen "İtakî Düşme Riski Ölçeği" denilmiştir. İtakî Düşme Risk Ölçeği'nde, kişinin düşme riski belirli maddelere göre puanlamaktadır. Ortaya çıkan puana göre değerlendirme yapılmaktadır. Bunun sonucunda hastanın düşmeler açısından riski ortaya konulmuş olur ve gerekli tedbirler alınır (Bu konu "Düşmelerde Riski Belirlemek İçin Kullanılan Ölçekler" konusunda detaylı olarak anlatılacaktır). İtakî Düşme Risk Ölçeği, yetişkin kişiler için kullanılmaktadır. 16 yaş ve altı için ise Sağlık Bakanlığı tarafından "Harezmî Düşme Risk Ölçeği" adı altında geçerli ve güvenilir bir ölçek geliştirilmiştir.

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.2.5. Hasta ve Yaşlının Fiziksel Yaşam Alanını Değerlendirme**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının fiziksel yaşam alanını düzenlemek.

Uygulama Değerlendirme Ölçeği

Türkçe karşılığı ev içi ortam değerlendirme profili olan Home Assessment Profile (HAP) ile hasta ve yaşlının ev ortamı, fiziksel yaşam alanı düzenlenmesi açısından değerlendirilir ve gerekli önlemlerin bu değerlendirmeye göre alınması sağlanır.

Tehlike Puanı: Ortamın yaşam alanı düzenleme kurallarına uygun olup olmadığına göre verilen puandır.

0: Tehlike yok
1: Hafif tehlikeli (%10-40 arasında tehlikeli)
2: Orta şiddette tehlikeli (% 41-100 arasında tehlikeli)

Frekans Puanı: Hasta ve yaşlının ne sıklıkla o ortamı kullandığını ifade eder.

0: Asla
1: Ayda bir defa veya daha az
2: Haftada bir defadan az
3: Haftada 2-3 defa
4: Günde 1-2 defa
5: Günde ikiden daha fazla

Evdeki tüm yaşam alanlarının tehlike puanı ve frekansı (kullanılma sıklığı) aşağıdaki formüle göre hesaplanmaktadır.

Skor büyüdükçe hasta ve yaşlı için yaşam alanında kaza yaşama riski artar.

Toplam Puan=Tehlike Puanı x Frekans Puanı

Hasta ve Yaşlının Ev Ortamı İle İlgili Alınan Bilgi Formu

Parkinson hastalığı olan 67 yaşındaki erkek hastanın ev ortamı ilgili bilgiler şunlardır:

Mutfağın giriş kısmında halı vardır ve kaydırmaz özellikte değildir. Zemin, hastanın daha önce düşmesine sebep olan bir malzeme ile kaplanmıştır. Buzdolabı, herhangi bir sabitleme işlemine tabi tutulmamıştır. Mutfak lavabosu ile fırın arasında kısa bir mesafe bulunmaktadır. Mutfak oldukça dardır. Sandalyelerin yan tarafında herhangi bir tutma aparatı bulunmamaktadır. Mutfak ışıklandırması da oldukça yetersizdir. Mutfakta kullanılan elektrikli aletlerin fişleri lavaboya yakın konumdadır. Hasta, mutfağı günde bir iki defa kullandığını belirtmiştir.

Yatak odası ve banyo arasındaki mesafe uzundur. Yatak odasındaki dolaplar duvara sabitlenmemiştir. Zeminde kaydırmaz özelliği olmayan bir halı bulunmaktadır. Yatak odası, evin en karanlık odasıdır ve dış cepheye açılan bir penceresi bulunmamaktadır. Kapı girişinde 3 cm yüksekliğinde bir eşik bulunmaktadır. Hasta, yatak odasını günde en az 4 defa kullandığını belirtmiştir.

Banyo kapısı girişinde 5 cm yüksekliğinde bir eşik bulunmaktadır. Banyo döşeme malzemeleri, kaygan yapıdadır. Banyo ve tuvalette tutunma barları bulunmamaktadır. Aydınlatma yeterli seviyededir. Banyoda küvet bulunmaktadır. Tuvalet ve banyo kapısı içeriye doğru açılmaktadır. Hasta, banyo ve tuvaleti günde 5-6 kez kullandığını belirtmiştir.

Kullanılacak Araç Gereç

- Home Assessment Profile (Ev Ortam Değerlendirme Profili) formu
- Hasta ve yaşlının ev ortamı ile ilgili alınan bilgi formu

İşlem Basamakları

1. Hasta ve yaşlının ev ortamı ile ilgili bilgi formu dikkatlice okunur.

2. Ev ortam değerlendirme profili açıklamaları dikkatlice okunur.

3. Hasta ve yaşlının ev ortamı ile ilgili bilgi formundaki bilgiler analiz edilerek ev ortam değerlendirme profilinde ilgili kısımlara tehlike puanları ve frekanslar işlenir.

4. Tehlike puanları ve frekanslar çarpılır.

5. Çarpım işlemi sonuçları, ev bölümü ile ilgili puan kısmında toplanır.

6. Hasta ve yaşlının ev ortamı değerlendirme profilinde, evin farklı bölümlerinin aldığı puanlar karşılaştırılır.

7. Hasta ve yaşlının ev ortamı ile ilgili alınması gereken önlemler sıralanır.

Home Assessment Profile(Ev Ortam Değerlendirme Profili)	Tehlike puanı	Frekans(Görülme Sıklığı)	TP. F(Tehlike puanı ile frekans çarpılır)
Mutfak			
Aydınlatma giriş			
Aydınlatma ışıklandırma			
Zemin eşikler			
Zemin halı			
Zemin yüzey			
Depo-dolaplar			
Mutfak masası			
Sandalye			
Buzdolabı			
Lavabo			
		Puan:	
Yatak Odası			
Aydınlatma giriş			
Aydınlatma ışıklandırma			
Zemin eşikler			
Zemin halı			
Zemin yüzey			
Dolaplar			
Yatak			
Diğer			
		Puan:	
Banyo			
Aydınlatma giriş			
Aydınlatma ışıklandırma			
Zemin eşikler			
Zemin halı			
Zemin yüzey			
Klozet			
Lavabo			
Küvet veya duş kabini			
Diğer			
		Puan:	

(KARA, YILDIRIM, GENÇ, & EKİZLER, 2009)

Uygulamaya İlişkin Değerlendirmeler

1. Hasta ve yaşlının ev içi ortamlarını, ev ortamı değerlendirme profili ile yapmış olduğunuz değerlendirme sonucuyla karşılaştırarak risk açısından değerlendiriniz.

2. Hasta ve yaşlıdan alınan bilgi formu sonrasında sizlerin öngördüğü riskleri önlemek adına hangi önlemlerin alınması gerektiğini sıralayınız.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.2	
Hasta ve Yaşlının Fiziksel Yaşam Alanını Değerlendirme	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
HAP için mutfağın frekans değerini doğru verme	0	3	6
HAP için mutfağın tehlike puanını doğru aralıklarda verme	0	3	6
HAP için mutfağın genel tehlike puanı hesaplamasını doğru şekilde yapma	0	3	6
HAP için yatak odası frekans değerini doğru verme	0	3	6
HAP için yatak odası tehlike puanını doğru aralıklarda verme	0	3	6
HAP için yatak odası genel tehlike puanı hesaplamasını doğru şekilde yapma	0	3	6
HAP için banyo frekans değerini doğru verme	0	3	6
HAP için banyo tehlike puanını doğru aralıklarda verme	0	3	6
HAP için banyo genel tehlike puanı hesaplamasını doğru şekilde yapma	0	3	7
Mutfak ve banyonun tehlike açısından karşılaştırmasını yapma	0	3	7
Mutfak ve yatak odasının tehlike açısından karşılaştırmasını yapma	0	4	7
Yatak odası ve banyoyunun tehlike açısından karşılaştırmasını yapma	0	4	7
Mutfakta alınması gereken önlemleri açıklama	0	4	8
Yatak odasında alınması gereken önlemleri açıklama	0	4	8
Banyoda alınması gereken önlemleri açıklama	0	4	8
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.2.6. Hasta Odası Düzenleme**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta odasını ilgili yönetmelikler doğrultusunda düzenlemek.

Kullanılacak Araç Gereçler

- İki hasta karyolası
- Hasta yatağı için nevresim takımları
- İki adet alez
- Etajer
- Yemek masası
- Refakatçi koltuğu
- Oda ısı ölçer
- Nem ölçer
- Paravan
- Tekerlekli sandalye
- Hasta dolapları
- Komindin
- Metre

Uygulama Açıklaması

Hasta odası, sağlık kurumlarında hastanın bakım hizmetlerini aldığı ortamdır. 1.2.2.1 "Sağlık Kurumlarında Hasta Odası" konusu içinde verilen bilgiler doğrultusunda hasta odası, iki hastanın bakım alacağı şekilde düzenlenir. Odanın ısı, nem ve gürültü kontrolü gerçekleştirilir. Bakım işlemleri esnasında hastanın mahremiyetinin korunmasına yönelik düzenleme yapılır.

Uygulama Değerlendirmesi

İlgili yönetmelikler doğrultusunda yapılan uygulamada odadaki eşyaların yerleşiminin düzenlenmesi, ısı, nem ve gürültü kontrolünün yapılması ve mahremiyeti koruyacak düzenlemelerin yapılması gereklidir.

Öğrenci Beceri Değerlendirme Tablosu 2		
	Toplam	**Öğrencinin Aldığı Puan**
Odadaki eşyaların yerleşiminin düzenlenmesi	40 Puan	
Isı, nem ve gürültü kontrolü	30 Puan	
Mahremiyeti sağlayacak düzenleme yapılması	30 Puan	
TOPLAM	**100 puan**	

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Hasta yatağı yapma kavramı sizler için ne ifade ediyor?
2.Hasta yatağının düzenlenmesinde kullanılan malzemeler neler olabilir?

AMAÇ

Hasta ve yaşlı yatağının tekniğine uygun olarak yapılmasını sağlamak.

GİRİŞ

Hasta ve yaşlıların büyük çoğunluğu zamanını yatağında geçirmektedirler. Bu yüzden hasta yatağının temiz, kullanışlı ve konforlu ürünlerden oluşması gerekmektedir.

Kullanılacak yatak takımları seçilirken hasta ve yaşlının alerjen durumu dikkate alınmalı, yatak takımının da kolay temizlenebilir olmasına dikkat edilmelidir.

Temiz ve konforlu yataklar;

- Hasta ve yaşlının tedavi sürecinin hızlı ve iyi geçmesini,
- Hasta ve yaşlının fiziksel ve psikolojik olarak rahat hissetmesini sağlamaktadır.

Hasta yatağı yapma, yapılış şekline göre içinde hasta ve yaşlı olmayan (boş) yatak yapımı ve içinde hasta ve yaşlı olan (dolu) yatak yapımı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

1.3.1. İçinde Hasta ve Yaşlı Olmayan Yatak Yapımı (Boş Yatak)

İçinde hasta ve yaşlı olmayan yatak yapımı; yatağa bağımlı olmayan hastalarda yatak takımları kirlendiğinde, hasta ve yaşlı istediğinde, banyodan sonra, gerekli görüldüğü zamanlarda, hasta ve yaşlı taburcu olduğunda ve gün aşırı tekniğine uygun olarak yapılır.

1.3.2. Yatak Yapımında Dikkat Edilecek Noktalar

- Eller, işlem öncesi ve sonrasında el yıkama standartlarına göre yıkanmalıdır. İşlem uygulanırken yine kirlenirse tekrar yıkanmalı ve işleme öyle devam edilmelidir. Yıkama sırasında yüzük, bileklik vb. takılar mutlaka çıkarılmalıdır.
- Hasta ve yaşlı bakım elemanı kontaminasyonu önlemek ve can güvenliğini sağlamak için eldiven giymeli, ağzı ve burnunu tamamen kapatan tek kullanımlık maske takmalıdır.
- Hasta ve yaşlı yatak yapımında, temiz ve kirli takımlar birbirine karıştırılmamalıdır.
- Kirli takımlar toplanırken dikkat edilmeli, çevre kirletmemelidir.
- Kirli takımlar asla yere atılmamalıdır.
- Hasta ve yaşlı mahremiyetine özen gösterilmelidir.
- Hem hasta ve yaşlı bakım elemanı hem de hasta yönünden vücut mekaniği ilkelerine dikkat edilmelidir.
- Yatak yapımı için gerekli malzemeler eksiksiz bir şekilde ve kullanım sırasına göre kolayca ulaşılabilecek temiz bir alanda hazır bulundurulur.

- Yatak yapımı daima temiz alandan kirli alana, baş ucundan ayak ucuna ve yakın taraftan uzak tarafa doğru yapılmalıdır.
- Hasta ve yaşlı yatak yapımında çarşaflarda kırışıklık olmamasına; çarşaf, ara muşambası, ara çarşafın gergin olmasına dikkat edilmelidir.
- Hastanın döndürülmesi ve hareket ettirilmesi sırasında deri bütünlüğü korunmalı, derinin tahriş olması engellenerek yatak yaralarına karşı tedbirli olunmalı ve hastaya nazik davranılmalıdır.
- Yatak yapımı sırasında kirli takımların hasta ve yaşlı bakım elemanının üniformasına değmemesine özen gösterilmelidir.
- Yatağa bağımlı hastalarda mutlaka sıvı geçirmez alez veya ara muşambası ve ara çarşaf kullanılmalıdır.
- Hasta ve yaşlının bilinci açıksa yatak yapımı birlikte planlanmalıdır.
- Hasta ve yaşlının bakıma mümkün olduğunca katılımı sağlanmalıdır.

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.3.3. Boş Hasta ve Yaşlı Yatağı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Boş hasta ve yaşlı yatağının tekniğine uygun olarak yapılmasını sağlamak.

Kullanılacak Malzemeler

- Yastık
- Yastık kılıfı
- Ara çarşaf
- Yatak çarşafı
- Nevresim
- Sıvı geçirmez ara muşambası veya alez
- Battaniye
- Pike
- Eldiven
- Tek kullanımlık maske
- Temizlik bezi
- Dezenfektan
- Kirli arabası

İşlem Basamakları

- Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
- Eldivenler ve maske tekniğine uygun olarak giyilir.
- Açık olan kapı kapatılır ve pencereler açılır.
- Boş yatak yapımı için gerekli malzemeler kullanım sırasına göre hazırlanır. En alttan üste doğru; pike, yastık kılıfı, nevresim, mevsime göre battaniye, ara çarşafı, ara muşambası, yatak çarşafı, alez veya yatak koruyucu sırası ile hazırlanır ve kolayca alınabilecek bir yere yerleştirilir.
- Rahat hareket edebilmek için yatak etrafındaki sandalye ve etajer yataktan uzaklaştırılır.
- Kirli yatak takımları çıkarılmadan önce yatak düz konuma getirilir ve yatak kenarlıkları indirilir.
- Kirli yatak takımları, mikroorganizmaların ortama karışmaması için savurulmadan dikkatlice toplanmalı ve yere atılmamalıdır.

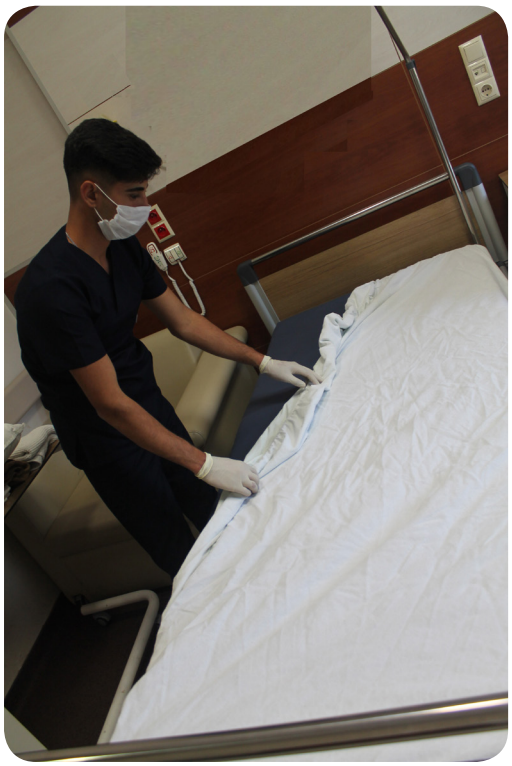
- Kirli takımlar, kirli arabasına atılır. Kirli arabası yoksa yastık kılıfı sandalye arkasına geçirilip kirli torbası olarak kullanılmalıdır (Görsel 1.9).

Görsel 1.9: Kirli yatak takımlarının kirli arabasına atılması

- Kirli yatak takımlarına temas ettikten sonra eldivenler değiştirilmeli, eller mutlaka yıkanmalıdır.

- Yatağa vücut sıvısı, kan vb. değmişse yatak silinmeden kesinlikle temiz takımlar serilmemelidir. Temizlik bezi ve dezenfektan ile yatak silinmelidir.

- Yatak yapımı için ilk olarak yatak koruyucu serilir (Görsel 1.10).



Görsel 1.10: Yatak koruyucunun serilmesi

- Yatak koruyucunun üzerine uygun boyuttaki yatak çarşafı serilir. Bu işlemde çarşaf, yatak üzerinde katları düzgün bir şekilde ayrılarak açılır. Çarşafın önce köşeleri zarf şeklinde katlanır sonra da kalan kısmı gergin bir şekilde şiltenin altına alınır. Çarşaf lastikliyse önce bir tarafı sonra diğer tarafı şilteye geçirilir.

- Çarşaf üzerine ara çarşafı, bel ve kalça arasına denk gelen bölgeye de gerekiyorsa ara muşambası veya alez gergin bir şekilde serilir.
- Ara çarşaf, muşamba veya alez yatağın iki tarafına sıkıştırılarak sabitlenir (Görsel 1.11).

Görsel 1.11: Ara çarşaf ve ara muşamba kenarlarının yatağın altına alınarak sabitlenmesi

- Battaniye veya pike, nevresimin içine yerleştirilir.
- Yastık kılıfları değiştirilir ve düzeltilerek başucuna yerleştirilir.
- Battaniye, açık yatak yapılacaksa ayak ucuna akordeon şeklinde üçe katlanarak konulur.
- Kapalı yatak yapılacaksa battaniye ya da pike, yastığın altına doğru yerleştirilir. Ayak ucu kısmı, şiltenin altına alınır.
- Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler toplanır ve kirli arabasına atılır. Kirli çarşaflar yıkanmak üzere çamaşırhaneye gönderilir. Enfekte bir materyal varsa ayrı bir torbaya yerleştirilir ve tıbbi atık hükümlerine göre bertaraf edilmek üzere ayrı toplanır.
- Pencereler kapatılır.
- Etajer ve sandalye yerine yerleştirilerek oda düzeni tekrardan sağlanır.
- İşlem bitiminde eldivenler ve maske çıkarılır ve eller, el yıkama standarlarına göre yıkanır.
- İşlem kayıt edilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.3	
Boş Hasta ve Yaşlı Yatağı Yapımı	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	**UYGULAMAYI YAPAMADI**	**UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR**	**UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI**
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Yatak yapımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Eldivenleri ve maskeyi tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Yatak kenarlıklarını indirme	0	2	4
Kirli yatak takımlarını savurmadan dikkatlice toplama	0	3	6
Kirli yatak takımlarına temas ettikten sonra eldivenleri değiştirme ve elleri yıkama	0	3	6
Yatağa vücut sıvısı, kan vb. değmiş ise dezenfektanlar ile yatağı sildikten sonra temiz takımları serme	0	3	6
Yatak koruyucu serme	0	3	6
Yatak koruyucu üstüne çarşafı serme	0	3	6
Ara çarşafı serme	0	3	6
Bel ve kalça arasına denk gelen bölgeye ara muşambasını gergin bir şekilde serme	0	3	6
Ara çarşafı ve ara muşambayı yatağın iki tarafına sıkıştırma	0	3	6
Battaniye veya pikeyi nevresime geçirme	0	3	6
Yastık kılıflarını değiştirme	0	3	6
Açık yatak yapımında battaniyeyi akordeon şeklinde katlayarak ayak ucuna koyma	0	3	6
Kapalı yatak yapımında battaniye ya da pikeyi yastık altına yerleştirme	0	3	6
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Eldivenleri ve maskeyi tekniğine uygun olarak çıkarma, elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
Yapılan işlemleri kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
....
.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.İçinde hasta olan bir yatakta, yatak takımları nasıl düzenlenebilir?
2.Şok denince aklınıza neler geliyor?

AMAÇ

İçinde hasta ve yaşlı olan yatağın tekniğine uygun olarak yapılmasını sağlamak.

GİRİŞ

İçinde hasta ve yaşlı olan yatağın yapılması, yatağa bağımlı hasta veya yaşlıyı yatağından kaldırmadan yatak takımlarının tekniğine uygun olarak değiştirilmesidir. Yatak yapımı sırasında yapılan düzenlemeler yatan hastayı rahatsız etmeden yapılmalıdır. İçinde hasta ve yaşlı olan yatak yapımı uzun süre hareketsiz yatmak zorunda olan hastaların (uzuv kırıkları, zorunlu yatak istirahati olanlar vb.), felçli ya da kısmi felçli hastaların, yeni ameliyattan çıkmış olup yataktan kalması sakıncalı hastaların vb. olması durumunda yapılır.

Yatak yapımına başlamadan önce hasta veya yaşlının ağrısı veya solunum sıkıntısı olduğu saptanırsa yatak yapımı ertelenebilir ya da sadece kirli parçaların değişimi yapılabilir. Aşırı kirlilik veya ıslaklık yoksa yatak düzeltilip gerginleştirilebilir. Yatak yapımı sırasında hijyen koşullarının sağlanması ve pratik hareket edilmesi önemlidir. Boş yatak yapımı malzemelerinden farklı olarak gerekli ise perine bakım malzemeleri de hazırlanmalıdır.Hasta ve yaşlı yatağı yapılış ve kullanım amacına göre şok yatağı olarak da yapılabilir.

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.4.1. İçinde Hasta ve Yaşlı Olan Yatağı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

İçinde hasta ve yaşlı bulunan yatağın yapılmasını sağlamak.

Kullanılacak Malzemeler

- Yastık
- Yastık kılıfı
- Ara çarşaf
- Yatak çarşafı
- Nevresim
- Sıvı geçirmez ara muşambası veya alez
- Battaniye
- Pike
- Eldiven
- Kişisel koruyucu önlük
- Bone
- Maske
- Gerekliyse perine bakım malzemeleri
- Kirli arabası

İşlem Basamakları

- Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
- Yatak yapımı için gerekli malzemeler hazırlanır.
- Kişisel koruyucu önlük, maske, bone ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
- İşlem, hastaya açıklanır. Hastanın soruları varsa yanıtlanır ve hastadan izin alınır.
- Yatak içindeki hasta ve yaşlıdan, yatak yapımı için bakım elemanına mümkün olduğu kadar yardımcı olması istenir.

- Temiz yatak takımları, kullanım sırasına göre yatak yanına getirilir.
- Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlamak için perde veya paravan çekilir. Kapı kapatılır ve pencereler açılır, oda içindeki ziyaretçiler dışarı çıkarılır.
- Yatak, düz pozisyona getirilir. Eğer mümkünse rahat çalışabilmek için yükseltilebilir.
- Hasta ve yaşlıya boşaltım ihtiyacı olup olmadığı sorulur. Hastanın boşaltım ihtiyacı varsa ona sürgü/ ördek verilir. Boşaltım sonrası perine bakımı uygulanır.
- Perine bakımından sonra el hijyeni sağlanır ve eldivenler değiştirilir.
- Hasta ve yaşlının işlem esnasında üşümemesi için üzerine pike örtülür.
- Battaniye ve nevresim, pike altından hasta yaşlının ayak ucuna doğru çekilerek alınır. Battaniye çıkarılarak etajer veya sandalye üzerine bırakılır. Çıkarılan nevresim, kirli kısmı içte kalacak şekilde toparlanarak kirli arabasına atılır.
- Yastık, hastanın başının altından alınır ve yastığın kılıfı çıkartılır. Yastık kılıfı, kirli arabasına atılır. Yastık, battaniye üzerine bırakılır. Yastık kirli ise yenisi ile değiştirilir. Kirli yastık, yıkanmak üzere kirli arabasına atılır.
- Yatak takımları rahat çıkarabilmek için gevşetilir.
- Hastanın bulunacağı taraftaki yatak kenarlığı hasta ve yaşlının düşmesini engellemek için mutlaka kaldırılır.
- Hasta ve yaşlı bakım elemanı işlemi kolaylaştırmak için kendine yakın taraftaki yatak kenarlığını indirir.
- Yatağı tek kişi yapacak ise hastaya yatağın uzak kenarında sırtı hasta ve yaşlı bakım elemanına dönük olacak şekilde lateral (yan yatış) pozisyonu verilir (Görsel 1.12).

Görsel 1.12: Yan yatış pozisyonu verilen hasta ve yaşlının yatak kenarına çekilmesi

- Hasta ve yaşlıyı yatak içinde hareket ettirirken hastanın altında bası uygulayacak herhangi bir malzeme (serum seti, branül vb.) olmamasına dikkat edilmelidir.
- Yatağın boş olan yarısındaki kirli takımlar, yatağın ortasına doğru rulo yapılıp hastayı rahatsız etmeyecek şekilde altına itilerek toplanır (Görsel 1.13).

Görsel 1.13: Kirli takımların rulo yapılarak hastanın altına itilmesi

- Yatağın yarısına temiz takımlar (sırasıyla temiz alez ,çarşaf, ara muşamba, ara çarşaf) rulo yapılarak ya da kıvrılarak yerleştirilir (Görsel 1.14).

Görsel 1.14: Yatağın yarısına temiz takımların rulo yapılarak yerleştirilmesi

- Yakın taraf yatak kenarlığı kaldırılır ve uzak tarafa geçilerek yatak kenarlığı indirilir. Hasta, temiz takımların olduğu yönde önce sırt üstü pozisyona getirilir. Ardından hastanın altından rulo yapılarak ya da katlanarak sokulan temiz çarşafın olduğu yöne lateral (yan yatış) dönmesi sağlanır.

- Yatağı iki hasta ve yaşlı bakım elemanının yaptığı durumlarda hasta, lateral pozisyonda yüzünün dönük olduğu hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından düşmemesi için omuz ve diz bölgesinden tutulmalıdır. Döndürme ve pozisyonlandırmada iki kişi aynı anda hareket etmeli, birisi daima komut vermeli ve hasta, bu komuta göre hareket ettirilmelidir. Yaşlı bakım elemanlarından biri, hasta ve yaşlıyı tutarken diğeri de bir önceki adımda anlatılanları uygulamalıdır.

- Hastanın altına rulo hâline getirilerek ya da kıvrılarak sokulan kirli takımlar, hastanın altından çekilip çıkarılarak toplanır ve kirli sepetine atılır (Görsel 1.15).

Görsel 1.15 :Kirli takımların toplanması

- Eldivenler, kirli takımlara temas ettikten sonra temiz yatak takımları serilmeden önce çıkarılır. Eller yıkanır ve yeni eldivenler giyilir.

- Rulo hâlinde bulunan alez, temiz çarşaf, ara çarşaf ve ara muşamba veya alez çekilerek açılır, gergin bir biçimde yatağın altına alınır.

- Çarşafın önce köşeleri zarf şeklinde katlanır sonra da kalan kısmı gergin bir şekilde şiltenin altına alınır. Çarşaf lastikliyse önce bir tarafı sonra diğer tarafı şilteye geçirilir. Ara çarşaf, muşamba veya alez yatağın iki tarafına sıkıştırılarak sabitlenir (Görsel 1.16).

Görsel 1.16: Rulo şeklindeki temiz alez, çarşaf, ara çarşaf ve ara muşamba veya alezin açılıp yatağın iki tarafına sıkıştırılarak sabitlenmesi

- Yastık kılıfı değiştirilir ve yastık, hasta ve yaşlının başının altına yerleştirilir.

- Hasta, yatağın ortasına çekilir. Yatak kenarlığı kaldırılır ve hastanın üstüne başı açık kalacak şekilde battaniye veya pike örtülür (Görsel 1.17). Battaniye veya pikenin alt ucu, yatağın ayak ucunun altına sokularak sıkıştırılır.

Görsel 1.17: Hasta ve yaşlının yatak ortasına çekilip yatak kenarlığının kaldırılması

- Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

- Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler ortamdan alınarak kirli sepetine atılır.

- Paravan veya perde kullanılmışsa kaldırılarak oda düzeni sağlanır.

- Eldivenler, kişisel koruyucu önlük, bone ve maske çıkarılır. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

- Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.4	
İçinde Hasta ve Yaşlı Olan Yatak Yapımı	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	2
Yatak yapımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	1	2
Kişisel koruyucu önlük, maske, bone ve eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	2
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	2
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	2
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	2
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	2
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Paravanı veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	2	4
Yatağı düz pozisyona getirme eğer mümkünse rahat çalışabilmek için yükseltme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya boşaltım ihtiyacı olup olmadığını sorma varsa hastaya sürgü/ ördek verme	0	2	4
Boşaltım sonrası perine bakımı uygulama	0	2	4
Perine bakımından sonra el hijyenini sağlama ve eldivenleri değiştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının işlem esnasında üşümemesi için üzerine pike örtme	0	2	4
Battaniye ve nevresimi, pike altından hasta yaşlının ayak ucuna doğru çekme	0	2	4
Battaniyi çıkararak etajer veya sandalye üzerine bırakma	0	2	4
Çıkarılan nevresimi, kirli kısmı içte kalacak şekilde toparlanarak kirli arabasına atma	0	2	4
Yatak takımlarını rahat çıkarabilmek için gevşetme	0	2	4
Hastanın bulunacağı taraftaki yatak kenarlığını hasta ve yaşlının düşmesini engellemek için mutlaka kaldırma	0	2	4
Hasta ve yaşlıyı yatak içinde hareket ettirirken hastanın altında bası uygulayacak herhangi bir malzeme olmamasına dikkat etme	0	2	4
Yatağın boş olan yarısındaki kirli takımları yatağın ortasına doğru rulo yapıp hastayı rahatsız etmeyecek şekilde altına iterek toplama	0	2	4
Yatağın yarısına temiz takımları rulo yaparak ya da kıvırarak sırası ile yerleştirme	0	2	4
Rulo hâlinde bulunan alez, temiz çarşaf, ara çarşaf, ara muşamba veya alezi çekerek açma ve gergin bir biçimde yatağın altına alma	0	2	4
Hasta ve yaşlıyı yatağın ortasına çekme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Battaniye veya pikeyi örtme	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	1	2
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	1	2
Yatak kenarlığını kaldırma	0	1	2
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri çıkarma, elleri standartlara uygun şekilde yıkama	0	1	2
Yapılan işlemleri kaydetme	0	1	2
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.4.2. Şok Yatağı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Şok yatağının yapılmasını sağlamak.

Kullanılacak Malzemeler

- Yastık
- Yatak koruyucu
- Ara muşambası
- Yastık kılıfı
- Temizlik bezi
- Dezenfektan solüsyon
- Ara çarşaf
- Yatak çarşafı
- Nevresim
- Sıvı geçirmez ara muşambası veya alez
- Battaniye
- Pike
- Eldiven
- Kişisel koruyucu önlük
- Maske
- Gerekliyse perine bakım malzemeleri
- Kirli arabası

İşlem Basamakları

- Şok yatağı yapımında da içinde hasta ve yaşlı olan yatak yapımı işlem basamakları uygulanır.
- Burada hasta ve yaşlıya şok pozisyonu verilir.

Bunun için şu işlem basamakları uygulanır:

- Hasta, sırt üstü yatırılır.
- Hastanın başının altındaki yastık alınır.
- Göğüs, karın ve kalçalar düz pozisyonda tutulup hayati organlara kan akımını artırmak amacıyla bacakların altına, diz altı yastığı ya da yastık konularak 30-40 cm yükseltilmesi sağlanır.
- Yatağın ayak ucu yükseltilerek de aynı pozisyon verilebilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.5	
Şok Yatağı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	**UYGULAMAYI YAPAMADI**	**UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR**	**UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI**
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	3	6
Yatak yapımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	3	6
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	3	6
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	3	6
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	3	6
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	3	6
Hasta ve yaşlıyı sırt üstü yatırma	0	4	8
Hastanın başının altındaki yastığı alma	0	4	8
Göğüs, karın ve kalçayı düz pozisyonda tutma	0	4	8
Bacakların altına diz altı yastığı ya da yastık konularak 30-40 cm yükseltme	0	4	8
Yatağın ayak ucunu yükselterek de aynı pozisyonu verme	0	4	8
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	3	6
Yatak kenarlığını kaldırma	0	3	6
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri çıkarma, elleri standartlara uygun şekilde yıkama	0	3	6
Yapılan işlemleri kaydetme	0	3	6
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1. Kaza denince aklınıza neler geliyor? Yaşadığınız ya da gördüğünüz kazalara örnek verebilir misiniz?
2. Günlük hayatınızda kazalardan korunmak için yaşam alanlarınızda ne gibi güvenlik önlemleri bulunmaktadır?

AMAÇ

Hasta ve yaşlının yaşam alanında güvenlik tedbirlerini almak.

GİRİŞ

Hasta ve yaşlının yaşam alanında güvenlik tedbirlerini almak için hasta ve yaşlı güvenliği kavramı, hasta ve yaşlının yaşam alanında güvenlik tedbirleri almanın önemi ve alınması gereken tedbirler hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

1.5.1. Hasta ve Yaşlı Güvenliği

Hipokrat andının temelinde yer alan "önce hastaya zarar verme" ilkesinden hareketle hasta güvenliği kavramı ortaya çıkmıştır. Hasta güvenliği, bakım hizmetlerinden dolayı ortaya çıkacak hataların ve bu hatalar sonucunda doğacak zararın azaltılması için yapılan uygulamalar olarak tanımlanabilir. Hasta güvenliğinin sağlanmasında bireyin yaşamanın büyük çoğunluğunu geçirdiği yaşam alanında güvenlik tedbirleri alınması önemli yer tutar.

Hasta ve yaşlılarda kazalara en çok neden olan düşmeler, yaşlıların en sık yaralanma ve ölüm nedenlerindendir. Düşme, sağlıklı erişkin bir insan için çoğu zaman hayati bir risk taşımaz. Ancak hasta ve yaşlı için hayati riskler taşımaktadır. Düşmelerin %75' i kişinin yaşamını sürdürdüğü ev ortamında olur. Özellikle ayağa kalkma, oturma anlarında düşmelerin yaşandığı bilinmektedir (Görsel 1.18). Düşmeler, yaşam alanlarında alınabilecek güvenlik tedbirleri ile azaltılabilir ya da tamamen önlenebilir.

Görsel 1.18: Yaşlının destek ile kalkması

Ev kazaları ve düşmeler

Kaza; meydana gelmeden önce alınacak tedbirler ile önlenebilen, beklenmedik bir anda ortaya çıkan, kişilerin canları ya da mallarını kaybetmelerine sebep olan olay olarak tanımlanmaktadır. Hasta ve yaşlıda en sık yaşanan kaza tipi, ev kazalarıdır. Düşmeler genellikle hasta ve yaşlıda kalıcı hasar bırakmaktadır. DSÖ' nün ileri yaş olarak nitelediği kişilerde yaşanan düşme olayları sonucu, düşen yaşlıların %20' sinin hayatını kaybettiği görülmektedir. Bu durumun önlenmesi için güvenli bir yaşam ortamı oluşturulması gerekir.

1.5.2. Hasta ve Yaşlının Yaşam Alanında Güvenlik Tedbirleri Almanın Önemi

Hasta ve yaşlının evinde, bulunduğu toplumsal alanlarda ve tedavi olduğu sağlık kurumlarında meydana gelen kazalar onların can güvenliği için ciddi bir tehlike oluşturmaktadır. Düşmeler kişilerde sakatlıkla sonuçlanan sağlık sorunları yaratmakla birlikte ciddi bir ölüm sebebi de olmaktadır. Hasta ve yaşlıda meydana gelen psikolojik sorunlar ve fiziksel değişim, kişinin aldığı ilaçlar ve çevresel etmenler düşmelerin temel sebepleridir. DSÖ, sağlık bakım hizmetlerinin kalitesinin ölçümünde en temel kavramın hasta güvenliği olduğunu vurgulamaktadır. DSÖ' ye göre verilen bakım hizmetleri sırasında özensiz davranılması, bakım standart ve talimatnamelerine uygun olmayan bakım işlemlerinin yapılması ve hasta ve yaşlının kullandığı araç gereçler düşmelerin sebepleri arasındadır.

Hasta ve yaşlıların sağlık açısından kaliteli bir yaşam sürmesi ve güvenliğinin sağlanması için düşmeleri önlemek ve yaşam alanlarında gerekli güvenlik tedbirlerini almak gereklidir. Güvenlik tedbirleri alınırken hasta ve yaşlının cinsiyeti, sağlık durumu vb. etkenler dikkate alınarak bireye özel işlemler yapılmalıdır.

Görsel 4.8: Yaşlının ev ortamında bakım desteği alması

1.5.3. Hasta ve Yaşlının Yaşam Alanında Alınacak Güvenlik Tedbirleri

Düşme riski olan hasta ve yaşlılar için aşağıdaki önlemler alınmalıdır:

1. Hasta ve yaşlı yatağında yatarken ihtiyacı olan malzemeleri uzanıp almak isteyebilir. Bu sırada düşüp yaralanmaması için yatağın yanına kişinin ulaşabileceği konuma yemek masası, komindin, sandalye vb. eşyaların yerleşimi sağlanmalıdır.

2. Hasta ve yaşlı uzun süre yatakta uzanır pozisyonda kalabilir. Ayağa kalkerken düşme sorunu yaşamasın diye yataktan ve oturduğu yerden kalkarken mutlaka desteklenmelidir.

3. Hasta ve yaşlının yaşadığı ortamda bulunan araçların tekerlekleri lastikli olmalı ve bu araçlar kilitlenebilme özelliğine sahip olmalıdır. Bu yolla kayma ve düşmelerin önüne geçilebilir.

4. Yaşam alanlarındaki banyo ve merdivenler, kaymayı engelleyici malzemeler ile kaplanmalıdır.

5. Düşmelerin engellenmesi için yatak kenarlıkları ve gerekli ise tespit edici malzemeler kullanılır. Yatak kenarlıkları indirilip herhangi bir işlem yapıldıktan sonra mutlaka tekrar kaldırılmalı. Hasta ve yaşlının çeşitli sebeplerle düşmesinin önlenmesi için yatağa tespit edilmesi gerekiyorsa tespit çok kısıtlayıcı olmamalı, dört saate bir gevşetilmeli ve hastaya egzersiz uygulatılmalıdır.

6. Hasta ve yaşlının kullandığı terlik ve ayakkabıların tabanı kaymayı ve düşmeyi önleyecek biçimde olmalıdır. Terlik ve ayakkabı, kişinin ayak numarasına uygun alınmalıdır.

7. Hasta ve yaşlının yaşam alanına serilen halının kısa tüylü olması sağlanmalıdır.

8. Hasta ve yaşlının bulunduğu ortamdaki paspasların tabanı, kaymayı önleyici malzeme ile kaplanmış olmalı ve çift yönlü bantla zemine sabitlenmelidir.

9. Merdivenlerin başında ve sonunda elektrik düğmeleri bulunmalıdır. Merdivenlerin başına ve sonuna gece lambaları takılarak aydınlatma yetersizliğinden kaynaklanabilecek kazaların önüne geçilmelidir.

10. Basamakların kenarları kaymaz ve renkli şeritler ile belirgin hâle getirilmelidir. Basamaklar, eşit ve uygun genişlikte olmalıdır.

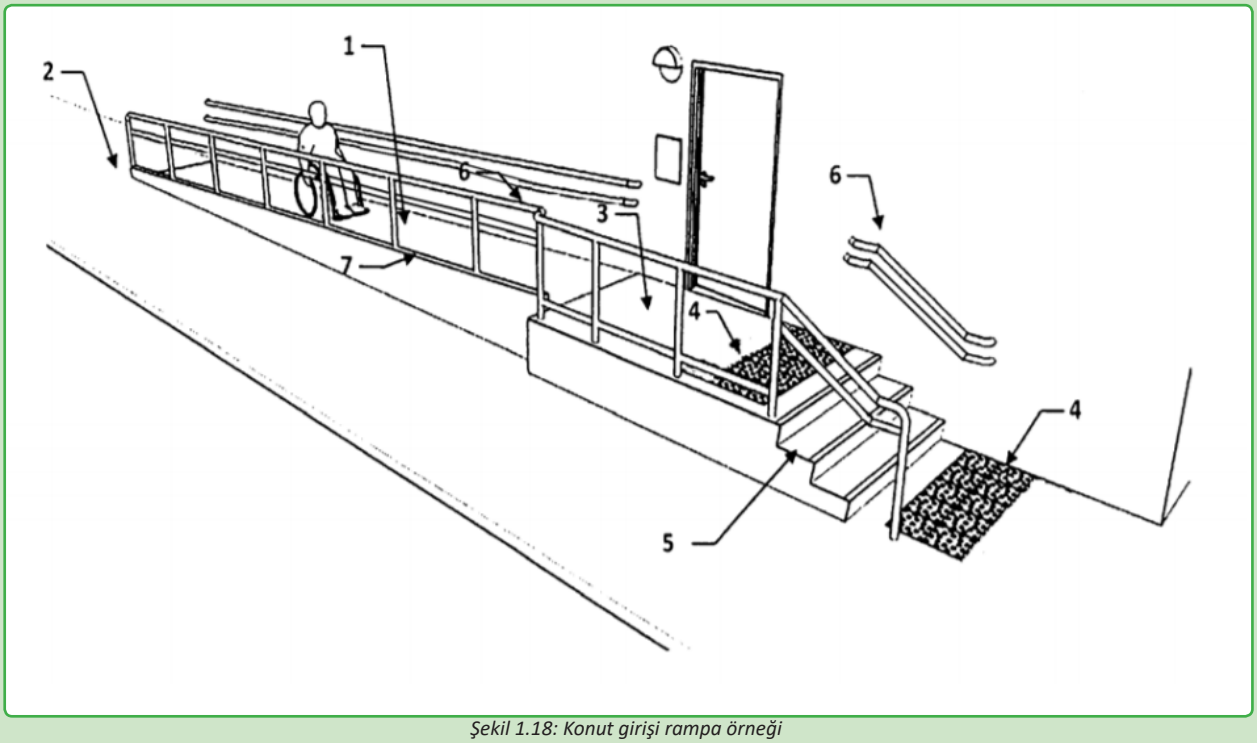
11. Merdivenlerin iki tarafına da duvardan 2,5-5 cm uzak olacak şekilde kolayca kavranabilen tırabzanlar yerleştirilmelidir.

12. Kapıların genişlikleri 90-100 cm arasında olmalı ve tekerlekli sandalye kullanımı açısından dönüş mesafesi ayarlanmalıdır.

13. Kapı kollarının zeminden yüksekliği 90-110 cm arasında olmalıdır.

14. Kapı kenarları, bulunduğu duvarla aynı renk olmamalı mümkünse zıt renkte olmalıdır.

15. Konut, kurum girişlerinde rampa bulunmalı ve rampa varsa eğimi % 5 olmalıdır.



Şekil 1.18: Konut girişi rampa örneği

Şekil 1.18 Açıklaması

1.Rampa eğimi (en fazla %5)

2.Sahanlık (yapılarda merdiven başları ve kapı önlerinde bırakılan düz alan)

3.Kapı önünde sahanlık (en az 150 cm x 150 cm)

4.Merdiven başında ve sonunda hissedilebilir uyarıcı yüzey (60 cm)

5.İşaretlenmiş tamamlayıcı merdiven

6.Rampa ve merdivenin iki tarafında korkuluk koruma bordürü (en az 5 cm)

16. Acil durumlar açısından işitilebilir ve görülebilir alarmlar bulunmalıdır.

17. Yaşam alanında bulunan banko ve tezgâhlar, tekerlekli sandalye kullanan hasta ve yaşlı varlığına göre düzenlenmelidir.

Şekil 1.19 Açıklaması

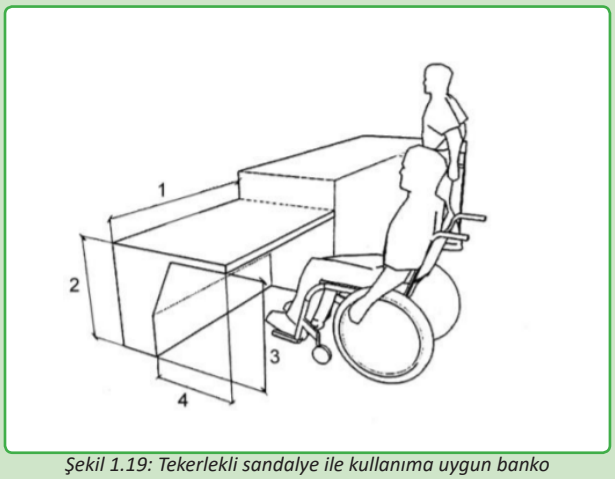
1.Bankonun uzunluğu (en az 90 cm)

2.Bankonun üst kotu (en fazla 86 cm)

3.Bankonun alt kotu (en az 75 cm)

4. Bankonun derinliği (en az 49 cm)

(T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU BAŞKANLIĞI, 2012)



Şekil 1.19: Tekerlekli sandalye ile kullanıma uygun banko

18. Havlu askılıklarının tutunma yeri olmalı ve havlu kaymamalıdır.

19. Küvet ve duş zeminine kaymayı engelleyen ve emici özelliği olan paspaslar yerleştirilmelidir.

20. Hasta ve yaşlının yıkanmak amacıyla kullandığı alanlara (küvet, duş etrafı vb.) tutunma yerleri eklenmelidir.

21. Yatak yüksekliği, transfer güvenliğini sağlamak açısından 46 cm olmalıdır.

22. Yatak kenarları, hasta ve yaşlının oturması esnasında çökmemesi için sağlam olmalıdır.

23. Hasta ve yaşlının yaşam alanında alçak sandalye bulunmamalıdır.

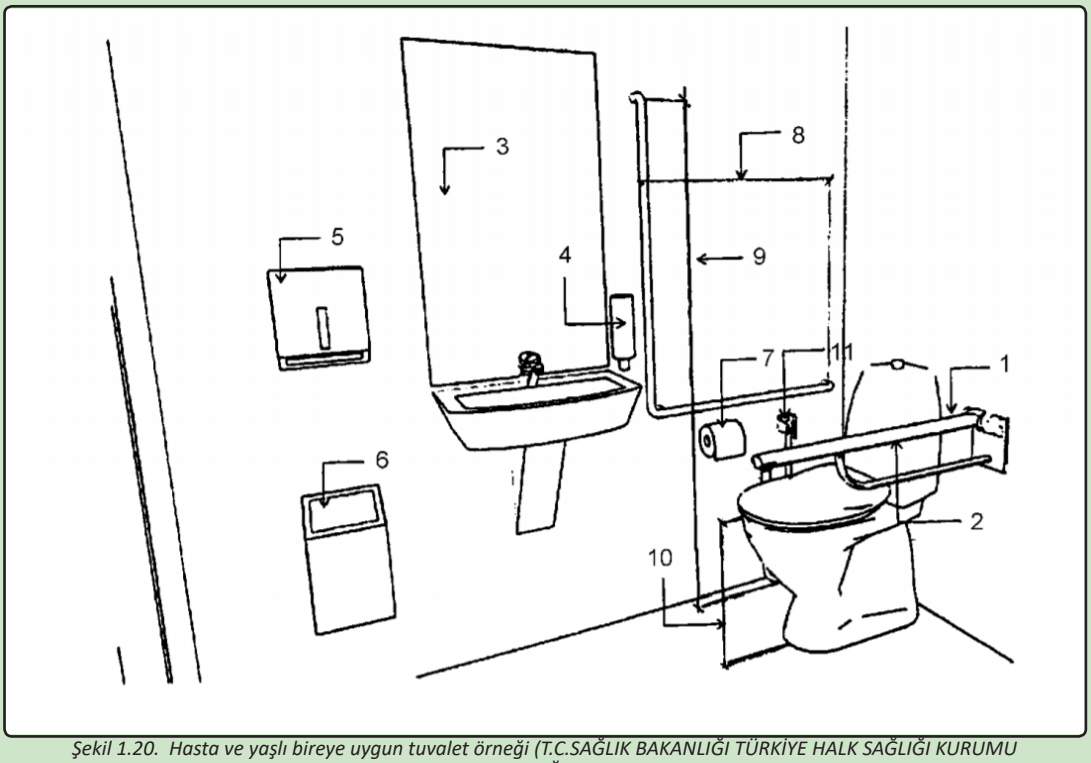
24. Hasta ve yaşlının günlük hayatında sıklıkla kullandığı banyo, tuvalet ve mutfakta kullandığı eşyalar kişinin rahat ulaşabileceği şekilde konumlandırılmalıdır.

25. Hasta ve yaşlının yaşam alanında bulunan elektrikli, gazlı vb. araçların gösterge düğmelerinin açık ve kapalı konumlarının net bir şekilde anlaşılması kazaların önlenmesi açısından şarttır.

26. Hasta ve yaşlının yaşam alanının havalandırması yeterli olmalıdır.

27. Hasta ve yaşlının çok sıcak ya da çok soğuk bir suyla ile banyo etmemesi gerekir. Bu nedenle banyoda kullanılan suyun ısısı ayarlanabilir olmalıdır.

28. Tuvaletlerin yan duvarına tutunma yerleri eklenmelidir.



Şekil 1.20. Hasta ve yaşlı bireye uygun tuvalet örneği (T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU BAŞKANLIĞI, 2012)

Şekil 1.20 Açıklaması

1. Katlanabilir tutunma çubuğu
2. Tutunma çubukları (klozet yüksekliğinden 25-35 cm yukarıda)
3. Ayna (yerden yüksekliği en fazla 90 cm-en üst noktası en fazla 190 cm)
4. Sıvı sabunluk (yerden yüksekliği 80-110 cm arasında)
5. Kâğıt havluluk veya el kurutma makinesi (yerden yüksekliği 80-110 cm)
6. Çöp kutusu
7. Tuvalet kâğıdı (en az 43 cm – en fazla 48 cm yüksekliğe yerleştirilmiş)
8. Tutunma çubuğunun başlangıç noktası(yerden en az 60 cm yükseklikte)
9. Tutunma çubuğunun en üst kısmı(yerden en az 170 cm yükseklikte)
10. Klozet yüksekliği (en az 43 cm – en fazla 48 cm yükseklikte)
11. Taharet musluğu (en az 43 cm – en fazla 48 cm yüksekliğe yerleştirilmiş)

29. Hasta ve yaşlının acil durumlarda kolaylıkla ulaşabileceği bir telefon ve acil durumlarda arayacağı yerlerin telefon numaralarının yazılı olduğu bir telefon rehberi bulunmalıdır.
30. Kullanılan elektrikli araç gereçlerin kablo uzantıları ocak, fırın vb. malzemelere yakın olmamalıdır.

31. Ocak ve fırın etrafında kolay tutuşabilecek malzemeler yer almamalıdır.

32. Ocak düğmelerinin açık ve kapalı konumlarının kolaylıkla fark edilebilecek özellikte olması ve ocak düğmelerinin işaretlenmesi gereklidir.

33. Yemek pişirirken oluşabilecek kazalara karşı gaz emniyeti olan ve otomatik kapanma özelliği bulunan ocaklar tercih edilmelidir.

34. Hasta ve yaşlının takılıp düşmesine sebep olabilecek uzun ve sarkan kıyafetler tercih edilmemelidir.

35. Yaşam alanlarında zemine sıvı döküldüğünde hemen temizlenmelidir.

36. Yiyeceklerin kesildiği alan iyi ışıklandırılarak kazaların engellenmesi gerekir.

37. Yaşam alanında mümkünse hiçbir eşik bulunmamalıdır, var olan eşiklerse kişinin takılıp düşmesini önlemek için halı ile kaplanmalıdır.

38. Yaşam alanında yerdeki eşyalar, hasta ve yaşlının basıp düşmesini ve takılmasını önlemek için kaldırılmalıdır.

39. Hasta ve yaşlının hekim istemi üzerine aldığı ilaçların kullanımını ayrıntılı olarak gösteren plan ve takvim hazırlanması gerekir. Bu takvim, hasta ve yaşlının rahatlıkla görebileceği bir konumda bulunmalıdır.

40. Kullanılan her ilaç, kendi kutusunda tutulmalı ve ilaçların karışması engellenmelidir. İlaç kutularının üzerine ilacın kullanım şekli ve dozu açık, okunaklı bir şekilde yazılmalıdır.

41. Hasta ve yaşlıların doktor reçetesi dışındaki ilaçları ve bitkisel karışımları kullanmaları engellenmeli ve bu konuda onlara gerekli bilgilendirme yapılarak uyarılmalıdır.

42. Hasta ve yaşlının yaşam alanı sürekli havalandırılmalı, ter ve kötü kokunun havaya karışması önlenmelidir. Oda havasının üçte birinin değişimini sağlamak için saat başı odanın havalandırılması gerekir.

43. Hasta ve yaşlı odasının nem oranı %30-60 aralığında tutulmalı, odadaki kuruluğu engellemek için radyatörlerin üzerine üstü açık su kapları konulmalıdır.

44. Odada canlı çiçek bulundurulması oksijen seviyesini azalttığı için odada canlı çiçek bulundurulmamalıdır.

45. Çöpler, oda içerisinde hava kirliliğine ve kötü kokuya neden olabileceğinden biriktirilmeden uygun şekilde atılmalıdır.

46. Yaşlı ve hastanın yaşam alanlarında onun sağlığını olumsuz etkileyebilecek gürültü yapıcı bütün etkenler ortadan kaldırılmalıdır.

47. Yatakların kontamine olması durumunda temizliği nispeten güç olduğu için kirlenmemesine gayret edilmelidir. Kirlendiğinde de enfeksiyon riski nedeniyle beklenilmeden uygun temizlik maddeleri ve dezenfektan kullanılarak temizlenmelidir. Deterjan ve dezenfektanların kokusunun hasta ve yaşlıyı rahatsız etmemesine dikkat edilmelidir.

1.5.4. Düşmelerde Riski Belirlemek İçin Kullanılan Ölçekler

Hasta ve yaşlının sağlık durumu ve özel gereksinimleri dikkate alınarak güvenlik tedbirleri kapsamında yaşam alanı düzenlenmelidir. Risklerin tespit edilmesi ve kişiye özgü tedbirlerin alınması için dünyada birçok ölçek kullanılmaktadır. Sağlık Bakanlığının sağlıkta kalite standartları kapsamında yaptığı çalışmalar ***"hasta güvenliği"*** kavramının bir parçasıdır ve hasta düşmesinin önlenmesini amaçlamaktadır. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından bu kapsamda dünyada kullanılan ölçekler bilimsel olarak incelenmiş ve sağlık kurumlarında uygulanan farklı ölçekler gözden geçirilmiştir. Bu çalışmaların sonucunda uygulanması kolay ve anlaşılır bir form tasarlanmıştır. Bu yeni ölçek, ünlü Türk bilim adamı Şemseddin-i İtakî 'nin adıyla anılan ***"İtakî Düşme Riski Ölçeği"*** dir.

İtakî Düşme Riski Ölçeği'nde düşmelere sebep olabilecek 19 risk faktörü yer almaktadır. Yüksek risk faktörleri 5 puan, düşük risk faktörleri 1 puan olarak puanlandırılmıştır. Hasta ve yaşlıda bahsi geçen risk faktörü var ise bu başlıktan 1 ya da 5 puan alacaktır. Kişi ölçekteki risk faktörlerine göre değerlendirildiğinde 5'in altında bir puan alıyorsa düşük risk, 5'in üstünde puan alıyorsa yüksek risk grubunda yer almaktadır.

İtakî Düşme Riski Ölçeği; yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (ilk değerlendirme), post- operatif (cerrahi işlemler sonrasında) dönemde, bölüm değişikliğinde, hasta düşmesi durumunda, risk faktörleri kapsamındaki durum değişiklikleri yaşandığında kullanılmalıdır.

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.5.5. Hasta ve Yaşlının Yaşam Alanını Güvenlik Tedbirlerine Göre Düzenleme**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının yaşam alanını güvenlik tedbirlerine göre düzenlemek.

Uygulama Esnasında Dikkat Edilmesi Gerekenler

Hasta ve yaşlı bakım elemanı, hasta ve yaşlının yaşam alanını güvenlik tedbirlerine göre değerlendirir.Hasta ve yaşlının yaşam alanını güvenlik tedbirlerine göre düzenlerken önce uzman sağlık personeli ile görüşülmeli, hasta ve yaşlının özel bir durumunun [alzheimer hastalığı, tekerlekli sandalye kullanımı, bir uzuvda ampütasyon (uzuv kaybı), ağır psikolojik rahatsızlık vb.] olup olmadığı tespit edilmelidir. Çünkü alınacak tedbirler kişinin özel durumuna göre farklılık gösterebilir.

Kullanılacak Araç Gereçler

- Hasta karyolası
- Halı, kilim
- Komindin
- Yemek masası
- Hasta banyosu
- Hasta tuvaleti
- Oda ısı ölçer
- Nem ölçer

Uygulama İşlem Basamakları

1. Hasta ve yaşlının yaşamını sürdürdüğü alanların girişinde eşik bulunmamasını sağlar. Eşiğin bulunduğu durumlarda ise gerekli düzenlemeleri yaptırır.
2. Hasta ve yaşlının yaşam alanındaki tüm kapıları uygunluk yönünden değerlendirir. Özellikle tekerlekli sandalye kullanan hasta ve yaşlının hareket kabiliyetini kısıtlayacak düzenlemeler varsa giderir.
3. Hasta ve yaşlının yaşam alanında ısının 20-22˚C arasında, nem oranının %30-60 arasında olmasını sağlar.
4. Hasta ve yaşlının yaşam alanında aktif bir havalandırma olmasını sağlar.
5. Hasta ve yaşlının yaşam kalitesi açısından ortamın gürültü düzeyini değerlendirir ve gerekli önlemleri alır.

6. Yaşam alanında bulunan zemin ve halıları güvenlik açısından değerlendirir ve gerekli önlemleri alır.

7. Hasta ve yaşlının kullandığı yatağın kenarlarının oturma sırasında çökmeden yeterli desteği verecek sağlamlıkta olup olmadığını ve yatak yüksekliğinin transfer açısından uygunluğunu kontrol eder.

8. Hasta ve yaşlının takılıp düşmesine sebep olabilecek uzun ve sarkan kıyafetlerinin olup olmadığını kontrol eder.

9. Hasta ve yaşlının kullandığı tuvaleti güvenlik açısından değerlendirir ve gerekli önlemleri alır.

10. Hasta ve yaşlının ihtiyacını karşılayacak komindin, yemek masası vb. eşyaların yatağının etrafında olması için düzenleme yapar.

11. Banyoda hasta ve yaşlının düşmesini engelleyecek tutunma araçlarının varlığını araştırır ve gerekli önlemleri alır.

12. Küvet, duş kabini ve banyo zemininin kaymayı engelleyici malzemelerle kaplı olmasını sağlar.

13. Yaşam alanındaki tüm ortamlarda yeterli aydınlatma olmasını sağlar.

14. Yaşam alanında bulunan tüm rafların hasta ve yaşlının boyuna uygunluğunu kontrol eder ve gerekli önlemleri alır.

15. Yaşam alanındaki tüm mobilyaların dengeli ve güvenli olmasını sağlar.

16. Hasta ve yaşlının ilaç takibini (doğru doz, doğru zaman, doğru yol) düzenler.

17. Hasta ve yaşlının transferinin güvenli bir şekilde yapılması için yatak ve zemin arasındaki mesafeyi kontrol eder.

18. Yaşam alanının zemininde bulunan ve hasta ve yaşlının takılıp düşmesine neden olabilecek tüm eşyaların kaldırılır.

19. Hasta ve yaşlının yaşam alanında acil durumlarda hemen ulaşabileceği bir telefon ve acil durum rehberi bulundurur.

20. Sık kullanılan klozetin ve mutfak eşyalarının elle uzanılacak mesafede bulunmasını sağlar.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.6	
Hasta ve Yaşlının Yaşam Alanında Güvenlik Tedbirleri	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Hasta ve yaşlının yaşamını sürdürdüğü evin girişinde eşik bulunmamasını sağlama varsa burada gerekli düzenlemeleri yapma	0	2	4
Kapıların genişliğini düzenleme	0	2	4
Odaların ısı ve nem düzeyini uygun hâle getirme	0	2	4
Yaşam alanında havalandırma düzeni oluşturma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Yaşam alanındaki gürültü seviyesini düzenleme	0	2	4
Hasta yatağının uygunluğunu denetleme	0	2	5
Tuvalette tutunma barlarının bulunmasını sağlama	0	2	4
Banyoda tutunma barlarının bulunmasını sağlama	0	3	6
Hasta ve yaşlının yatağının ve etrafındaki eşyaların yerleşimini düzenleme	0	3	6
Banyodaki eşyaların kaymasını önlemek için gerekli önlemleri alma	0	3	6
Tüm ortamlarda yeterli aydınlatma bulunmasını sağlama	0	3	6
Yaşam alanındaki rafları, hasta ve yaşlının boyuna göre düzenleme	0	3	6
Mobilyaların dengeli ve güvenli olmasını sağlama	0	3	6
İlaç takibi için önlemleri alma	0	3	6
Yatak ile yer arasındaki güvenli mesafeyi sağlama	0	3	6
Yaşam alanının zemininde bulunan eşyaları takılıp düşmeye sebep olabileceği için uzaklaştırma	0	4	6
Yaşam alanında telefon ve acil durum rehberi bulunmasını sağlama	0	3	6
Sık kullanılan eşyaları ulaşılabilir konumlara getirme	0	3	6
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.5.6. Hasta ve Yaşlının Düşme Açısından Riskini Belirleme**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının yaşam alanınında kendisi için risk oluşturan durumları tespit etmek.

Hasta ve yaşlı açısından temel sorunlardan olan düşmelerin önlenmesi için Sağlık Bakanlığının geliştirmiş olduğu "İtakî Düşme Riski Ölçeği" talimatlarına uygun olarak kullanılmalıdır.

Kullanılacak Araç Gereçler

- İtakî Düşme Riski Ölçeği
- Hasta ve yaşlının öyküsü

Uygulama Açıklaması

Hastanın öyküsündeki bilgiler dikkate alınarak İtakî Düşme Riski Ölçeği'nde yer alan 19 madde dikkatlice değerlendirilir. Ölçekteki madde ile hastanın durumu örtüşüyorsa maddenin karşısında bulunan puan kısmı işaretlenir. 19 madde içerisinde 11 madde 1 puan değerinde, 8 madde 5 puan değerindedir. 19 maddenin değerlendirilmesi bittiği zaman puanlar toplanır. Değerlendirme sonucunda 5 puan altında kalan hasta, düşme açısından risk altında görülmezken 5 puan ve üstündeki hastalar düşme için risk altındadır. Toplam puan ne kadar yüksek ise düşme riski o oranda yükselecektir. Hastanın düşme riskinin yüksek olduğunu belirtmek için odasında dört yapraklı yonca figürü kullanılmalıdır (Şekil 1.21).

Şekil 1. 21: Dört yapraklı yonca figürü

Hasta Öyküsü

67 yaşındaki erkek hastanın diyabet (kan şekeri yüksekliği) ve hipertansiyon (kan basıncı yüksekliği) hastalığı bulunmaktadır ve bilinci açıktır. Hasta 20 gün önce odasında düşmüştür. Yürüteç kullanan hastanın görme açısından bir engeli bulunmamaktadır. Üriner (idrarın geçtiği ve depolandığı yapıların bütünü) ya da fekal (dışkı ile ilgili) anlamda inkontinans (istemli olarak idrar, gaz ve dışkı yapabilme yeteneğinde bozulma) sorunu yoktur. Yürüme alanında fiziksel engeli bulunmamaktadır. Hasta, sağlık çalışanlarının sorularına cevap verebilmektedir. Bedensel engeli olmayan hasta, yürürken denge sorunları yaşayabilmektedir. Intravenöz (toplardamar içine), infüzyon (damar içine sıvı verilmesi) gibi bir ekipman kullanmamaktadır. Kronik hastalıkları nedeni ile günde 5 ilaç almaktadır. Son 15 gündür antidiyabetik kullanmaktadır. Baş dönme sorunu ve ortastatik hipotansiyonu (yatar ya da oturur pozisyondan ayağa kalkıldığında anlık yaşanan kan basıncı düşüklüğü) yoktur.

İTAKÎ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ

Hastanın Adı Soyad:
Yattığı Birim :
Riski Değerlendirme Tarihi:

	Risk Faktörleri	Puan
1	65 yaş ve üstü.	1
2	Bilinci kapalı.	1
3	Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.	1
4	Kronik hastalık öyküsü var.	1
5	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.	1
6	Üriner/ fekal kontinans bozukluğu var.	1
7	Görme durumu zayıf.	1
8	4’ ten fazla ilaç kullanımı var.	1
9	Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı var.	1
10	Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.	1
11	Yürüme alanında fiziksel engel(ler) var.	1
12	Bilinci açık, koopere (iletişim kurabilen) değil.	5
13	Ayakta/yürürken denge problemi var.	5
14	Baş dönmesi var.	5
15	Ortastatik hipotansiyonu var.	5
16	Görme engeli var.	5
17	Bedensel engeli var.	5
18	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	5
19	Son 1 hafta içerisinde riskli ilaç kullanımı var .	5
	TOPLAM	

Risk Düzeyi Belirleme Tablosu	
Düşük Risk	Toplam puanı 5’in altında.
Yüksek Risk	Toplam puanı 5 ve 5’in üstünde (dört yapraklı yonca figürü kullanılır).

Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir. İtakî Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin hastalarda kullanılır.

İtakî Düşme Riski Ölçeği Bilgilendirme Tablosu	
Kronik Hastalık	-Hipertansiyon -Diyabet -Dolaşım sistemi hastalıkları -Sindirim sistemi hastalıkları -Artrit (eklem iltihabı) -Paralizi (felç) -Depresyon -Nörolojik (sinir sistemi ile ilgili) hastalıklar
Hasta Bakım Ekipmanları	-Intravenöz infüzyon -Solunum cihazı -Kalıcı katater (vücut boşluğuna, damarına veya kanalına sokulabilen bir tüp) -Göğüs tüpü vb.
Riskli İlaçlar	-Narkotikler [uyku verici her türlü psikoaktif (sinir sistemini etkileyip beyin işlevinde azalma, bilinç kaybı vb. değişikler yapabilen) kimyasal madde] -Benzodiazepinler (kaygı bozukluğu, nörolojik baygınlık vb. durumlarda kullanılan bir ilaç grubu) -Antikoagülanlar (kanın pıhtılaşmasını engelleyen ilaç grubu) -Antidiayebetikler (diyabet tedavisinde kullanılan ilaçlar) vb.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.7	
Hasta ve Yaşlının Düşme Açısından Riskini Belirleme	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	**UYGULAMAYI YAPAMADI**	**UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR**	**UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI**
İtakî düşme riski ölçeği 1.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 2.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 3.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 4.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 5.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 6.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 7.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 8.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 9.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 10.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	2	5
İtakî düşme riski ölçeği 11.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtakî düşme riski ölçeği 12.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtakî düşme riski ölçeği 13.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtakî düşme riski ölçeği 14.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtakî düşme riski ölçeği 15.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtakî düşme riski ölçeği 16.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtakî düşme riski ölçeği 17.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtakî düşme riski ölçeği 18.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtaki düşme riski ölçeği 19.maddeyi hasta öyküsüne uygun puanlama	0	3	5
İtaki düşme riski ölçeğini düzey belirleme tablosuna uygun değerlendirme	0	3	5
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Sosyal yaşam kavramı sizler için ne ifade ediyor? Sosyal yaşamınızda gerçekleştirmiş olduğunuz faaliyetlerden örnekler verebilir misiniz?
2.Hobi denince aklınıza neler geliyor? Sizlerin hobileri nelerdir?

AMAÇ

Hasta ve yaşlının sosyal yaşamını düzenlemek.

GİRİŞ

Hasta ve yaşlının sosyal yaşamını düzenleme uygulamalarının gerçekleştirilebilmesi için sosyal yaşam, sosyal yaşamı düzenlemenin önemi ve sosyal yaşamı düzenlemede temel ilkeler hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

1.6.1. Sosyal Yaşam

Yaşlanma kişinin sadece yaşının ilerlemesi değil aynı zamanda fiziksel, ruhsal bir değişim süreci geçirmesidir. Bu değişim, sosyal yaşam içerisinde de gerçekleşir. Birey, sosyal yaşam içerisinde artık eskisi kadar aktif olamayabilir. İnsanlar hayatları boyunca aile içerisinde (anne, baba, kardeş vb.) ve iş yaşamında (başkan, müdür vb.) birçok sıfat taşır. Hayatlarının her aşamasında çeşitli roller üstlenir. Ancak birey yaşın ilerlemesiyle aktif üretimden uzaklaşabilir, yaşamsal faaliyetler için bağımlı ve tüketici durumuna gelebilir. Yaşlıların genel sağlık durumlarını iyileştirmek için sosyal yaşam içerisinde aktif olmaları sağlanmalıdır.

Yaşlı bireyler aile yapımız için önemlidir . Sosyal yaşam içerisinde çeşitli rolleri vardır. Onların ellerinden bu roller alındığında kendilerini işe yaramaz ve toplumsal yaşamdan uzak hissetmektedirler. Bu durum fiziksel ve psikolojik birçok sorunu tetiklemektedir. Bu sebeple yaşlıların sosyal yaşam içerisinde yer almaları için gerekli düzenlemelerin yapılması gerekir.

Dünya Sağlık Örgütü 2005 yılında yaşlıların yaşamlarını kolaylaştırmak adına "Yaşlı Dostu Kent" adı altında çalışmalar yapmıştır. Yaşlı Dostu Kent adı altında yapılan çalışmalar, şehirlerin yaşlı nüfusun ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde organize edilmesini ve yaşlıları sosyal yaşamın içerisinde aktif hâle getirecek düzenlemeleri kapsamaktadır. DSÖ konu ile ilgili "Yaşlı Dostu Kentler Rehberi" yayınlamıştır. Rehberde yaşlı dostu kent kavramı içerisinde sekiz temel faaliyet ile ilgili sunulan hizmetlerin düzenlenmesinin önemi üzerinde durulmuştur. Bu temel faaliyet alanları şunlardır:

1.Dış mekânlar ve binalar

2.Ulaşım

3.Konut

4.Sosyal katılım

5.Toplumsal yaşama dâhil olma ve toplumun yaşlıya saygısı

6.Vatandaşlık görevini yerine getirme ve iş gücüne katılım

7.Bilgi edinme ve iletişim

8.Toplum destek ve sağlık hizmetleri

Yaşlı Dostu Kent kapsamında yer alan 49 kente ait bilgiler DSÖ'nün "Yaşlı Dostu Şehirler Küresel Ağı" adlı web sayfasında (***http://www.who.in***) yayınlanmaktadır. Antalya'nın Muratpaşa ve İstanbul'un Kadıköy ilçesi Yaşlı Dostu Kent kapsamındadır. Bu belediyeler, ilçelerine ait bilgileri DSÖ'nün ilgili web sayfasında yayınlamaktadırlar. Kimi belediyelerimiz ise ağa katılarak Yaşlı Dostu Kent olmak için çalışmalarına devam etmektedir.

Yaşlılıktaki sosyal problemler zaten var olan sağlık sorunlarının daha da ağır yaşanmasına neden olur. Yaşlının cinsiyeti ve yaşadığı sağlık sorunları, sosyal yaşamını etkileyen temel faktörlerdir. Bu yüzden sosyal yalnızlık problemine çözüm aranırken cinsiyet ve daha önceki sağlık problemleri mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

1.6.2. Sosyal Yaşamı Düzenlemenin Önemi

İnsan doğası gereği sosyal bir canlıdır. İnsanların aile içerisinde, çalışma ortamında, arkadaş gruplarında çeşitli görevleri ve sorumlulukları bulunmaktadır. Bunlar sosyal yaşamımızın bir parçasıdır. İnsan çeşitli uğraşlar ile zamanını değerlendirir ve bu uğraşlardan bazılarını hobi edinir. Hasta ve yaşlı birey ise yaşamış olduğu hastalıklar ya da ileri yaşın getirmiş olduğu çeşitli sorunlar yüzünden bu sosyal yaşamın içerisinde bazı unsurlardan uzak kalmaktadır.

Doğumundan itibaren yaşamını anlamlı kılmaya çalışan insanın özellikle ileri yaş ve hastalık dönemlerinde sosyal yaşamının düzenlenmesi gerekmektedir. Hasta ve yaşlı birey, ailesi ve kendisine bakım hizmeti veren kişilerin de destekleri ile sosyal yaşam alanı içerisine çekilmelidir.

Hasta ve yaşlı bireylerin her birinin özel durumları söz konusudur. Bu nedenle onların sosyal hayatın içerisinde yer alması için bu özel durumlarının dikkate alındığı kendine has yöntemlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Aile, yaşlının sosyalleşmesinde çok etkilidir. Aile ile geçirilen zaman ve birlikte yapılan çeşitli etkinlikler yaşlının kendisini sosyal yaşamın aktif bir bireyi olarak hissetmesini sağlar.

Bireyin yemek yeme, giyinme, tuvalet ihtiyacını karşılama, banyo yapma gibi günlük etkinliklerini herhangi bir destek almadan yapabilme ihtimali olduğu durumlarda kendisinin yapması sağlanmalıdır. Günlük yaşam aktivitelerini destek almadan giderebilecek durumdaki bireye destek vermeye çalışmak sanılanın aksine olumsuz etkiler yaratabilmektedir.

1.6.3. Hasta ve Yaşlının Sosyal Yaşamını Düzenlemede Temel İlkeler

Hasta ve yaşlı bireyin kendisini sosyal yaşamın bir parçası olarak görebilmesi, yaşam amacını kaybetmemesi, yaşamış olduğu çeşitli zorlukların üstesinden gelebilmesi için yeterli psikolojik desteğinin olması amacıyla sosyal yaşamının temel ilkelere göre düzenlenmesi gerekmektedir. Bu temel ilkeler şunlardır:

Sosyal ilişkilerin kurulması, sosyal yaşamın vazgeçilmez bir parçasıdır. Hasta ve yaşlı bireyin ailesi ve arkadaşları ile sosyal ilişkisini sürdürmesi, onun fiziksel ve psikolojik sağlığı açısından çok önemlidir.

Sosyal yaşamın düzenlenmesinde hasta ve yaşlının bağımsızlık durumu, yalnız yaşaması, kurumda ya da ailesiyle yaşaması, günlük aktivitelerinde desteğe ihtiyaç duyma durumu, engellilik durumu, yaşı, kronik hastalıkları, sosyo-ekonomik durumu dikkate alınmalıdır.

Sosyal yaşamı düzenlerken Roger ve arkadaşları tarafından ile sürülen yaşam modeli de kullanılır. Bu yaşam modeli kişinin hayatını oluşturan ögeler arasındaki ilişkilerin tamamını kapsamaktadır. Aslında bu model sadece hasta kişiler için değil sağlıklı kişiler için de geçerlidir. Bu modele göre birey için 12 yaşamsal aktivite saptanmıştır ve bu aktiviteler şunlardır:

- Güvenli bir çevrenin sağlanması ve sürdürülmesi
- İletişim
- Solunum
- Yeme ve içme
- Boşaltım

- Kişisel temizlik ve giyim
- Beden ısısının kontrolü
- Hareket
- Çalışma ve eğlenme
- Cinsel yaşam
- Uyku
- Ölüm

Kişinin yaşam aktiviteleri, günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantal (yardımcı) günlük yaşam aktiviteleri olmak üzere iki başlık altında ele alınır. Gün içerisinde yapılan her faaliyet GYA kapsamında sayılır. Ancak temel olarak GYA içerisinde hareketlilik ve kendine bakım başlıkları vardır. Enstrümantal (yardımcı) günlük yaşam aktivitelerinde ise ev içi (günlük ev işleri, telefon kullanma vb.) ve ev dışı (araç kullanma, işe gitme vb.) faaliyetler yer almaktadır.

Sanatsal Faaliyetler: Hasta ve yaşlının zamanını iyi kullanması için yapılan sanatsal faaliyetlerin hem kişiye hem çevresine olumlu etkileri vardır. Bu bireyler resim, seramik, boncuk, örgü, kumaş, biçki, ebru, cam boyama, müzik, drama vb. sanat dalları ile ilgilenebilirler. Hasta ve yaşlının çeşitli kurslara katılarak ya da kendisinde var olan becerileri geliştirmeye çalışarak sanatsal faaliyetlerde yer alması, genel sağlık durumu ve sosyal yaşamı açısından önemlidir.

Hasta ve yaşlının ilgilenebileceği sanat dallarından bazıları şunlardır:

1.Seramik: Kayaların dış etkiler ile parçalanması sonucu oluşan kil, kaolen vb. maddelerin yüksek ısıda pişirilmesi ile oluşur. Halk arasında pişmiş toprak olarak da bilinmektedir. Hasta ve yaşlının bu sanat dalı ile ilgilenmesi çevresi ile iletişim kurması ve özgün materyaller üretmesi açısından oldukça önemlidir. Ancak seramik çalışmalarında yoğurma gibi oldukça fiziksel güç gerektiren basamaklar vardır. İhtiyaç duyan kişilere bu aşamalarda destek verilmelidir.

Görsel 1.20: Yaşlı grubunun sanatsal faaliyeti

2.Örgü: Şiş, tığ gibi araçlar kullanılarak yapılan çeşitleri vardır. Özellikle kadınların yatkın olduğu bir uygulamadır. Yapımı kolay ve ekonomiktir. Yaşlının zamanını iyi değerlendirmesi için iyi bir aktivitedir. Aynı zamanda ortaya çıkardığı ürünler ile ekonomik bir kazanç da elde edebilir.

3.Boncuk: Kültürümüzde önemli yeri olan bir uygulamadır. Hediyelik eşya hazırlamada kullanılır. Nazar boncuğu, boncuk oyası ve giysilerde süsleme amaçlı kullanılır.

4.Cam ve Kumaş Boyama: Ciddi bir emek ve dikkat gerektirmektedir. Cam boyama yapılırken ya-

ralanmalara karşı dikkatli olunmalıdır. Hasta ve yaşlının sağlığı açısından faydalı bir uygulamalıdır.

5.Müzik: İlk çağlardan itibaren müziğin insan üzerinde etkisi olduğu bilinmektedir. Müzik, hasta ve yaşlının ruh hâlini olumlu anlamda etkileyip mutlu olmasını sağlayabilir. Kişinin kendi zevkleri doğrultusunda müzik dinlemesi, koro gibi etkinliklerde yer alması ve eğer yapabiliyorsa çeşitli müzik aletlerini kullanması sağlanmalıdır. Bu durumda hasta ve yaşlı hem müziğin manevi etkisini hissedecek hem de bir grup içerisinde yer aldığı için sosyalleşecektir.

Sağlık: Hasta ve yaşlı bireyin sağlık konusunda sağlık kuruluşlarından ve evde bakım hizmetlerinden faydalanması sağlanmalıdır. Bu bireyler günlük hayatlarını idame ettirebilmek adına düzenli olarak tedavi almak durumunda olabilirler. Hasta ve yaşlı bireyin en düşük çabası ile en hızlı sürede sağlık sistemine ulaşımı sağlanmalıdır. Hekim istemi üzerine düzenli olarak alınan bir tedavi (ilaç tedavisi, egzersiz vb.) varsa bunların zamanları iyi takip edilmeli, özellikle kronik hastalığı olan bireylerde ilaçların dozu ve zamanı konusunda destek olunmalıdır.

Hobi: Evde ya da kurumda (rehabilitasyon merkezleri, huzurevleri, yaşlı bakım merkezleri vb.) yaşayan hasta ve yaşlıların yaşama amacını kaybetmemeleri, fiziksel ve zihinsel açıdan dinç kalmaları, sosyal ilişkiler kurmaları adına çeşitli hobiler edinmeleri teşvik edilmelidir. Hasta ve yaşlı bireyin sağlık durumu dikkate alınarak kendisinin de zevk alacağı çeşitli hobiler edinmesine destek verilmelidir. Hasta ve yaşlı tiyatro etkinlikleri, dans etkinlikleri, bahçe işleri, çiçekçilik vb. etkinliklere yönlendirilmelidir.

Fiziksel Aktivite: Hasta ve yaşlı bireyin sağlık durumu dikkate alınarak günde yarım saat fiziksel aktivite yapması teşvik edilir. Gün içerisinde hafif tempolu yürüyüş gibi zorlayıcı olmayan egzersizlerin yapılması bireyin hem fiziksel hem psikolojik açıdan iyi olmasını sağlayacaktır (Görsel 1.21). Hasta ve yaşlıda uygulanan fiziksel aktivite çeşitleri şunlardır:

Görsel 1.21: Fiziksel aktivite

***Aerobik aktivitesi:** Sağlığı korumak ve geliştirmek için solunumu hızlandırıcı aktiviteler ile dokulara daha çok oksijen gitmesini sağlayan ve müzik eşliğinde yapılan tempolu fiziksel egzersizlerdir. Bu aktiviteler dolaşım ve solunum sistemlerini güçlendirir, oksijen tüketimini arttırır ve kalori yakılmasını sağlar. Yürüyüş, koşma, bisiklet, yüzme, tenis vb. bu aktiviteler içinde sayılabilir. Kişinin egzersize karşı toleransı basit bir test ile ortaya konulabilir. Eğer kişi egzersiz esnasında konuşmakta güçlük yaşıyor ise egzersiz kişiye yoğun geliyordur. Yüksek tempolu egzersizler kalbi yorar ve kaslarda yırtılmaya sebep olur. Bu nedenle aktivite programı hasta ve yaşlının sağlık durumu dikkate alınarak hazırlanmalıdır.

***Kuvvetlendirme egzersizleri:** Kişilerde kuvveti, dayanıklılığı, hareketliliği ve dengeyi geliştiren kuvvetlendirme egzersizlerine aerobik ile başlanması önerilir. Kuvvetlendirme egzersizleri kol, kalça, bacak, omuz gibi geniş kas grupları açısından faydalıdır. Serbest ağırlık ya da kompleks aletler kullanılarak yapılabilir.

***Germe egzersizleri:** Germe ve gevşeme olarak uygulanır ve egzersiz programında olması gerekir. Eklemlerin esnekliğini sağlayarak hasta ve yaşlıyı düşmelerden korur. Yaşlılarda büyük eklemlerde esnekliğin kaybolmasıyla hareketlilikte kısıtlamalar görülebilir. Bu sebeple kalça, diz, gövde ve omuz esnekliğine ağırlık verilmelidir.

***Denge- Koordinasyon Egzersizleri:** Özellikle ileri yaşta denge ve koordinasyonda meydana gelen olumsuz değişimler yürümeyi zorlaştırır ve düşmelere sebep olur. Yapılan araştırmalar denge egzersizlerinin yaşlılarda düşmeleri %50 oranında azalttığını ortaya koymuştur.

Denge egzersizlerine yatakta başlanır. Oturma dengesi sağlandıktan sonra ayakta denge çalışılmaya başlanır. Zorluk seviyesi giderek artar. Her hareket 25-30 saniye yapıldıktan sonra diğer harekete geçilmelidir.

Fiziksel hareket anlamında koordinasyon; belirli bir amaca yönelik olarak iskelet, kas ve sinir sistemini uyum içerisinde çalıştırabilmektedir. Hareketler kişi tarafından hatasız olarak yapılmaya başlandığında hızlandırılır. Burada temel amaç hastanın günlük yaşam aktivitelerinde bağımsız olmasını sağlamaktır.

Yaşam Alanı: Hasta ve yaşlı bireyin çeşitli sağlık sorunları bulunmaktadır. Bu sorunlar kendisinin günlük yaşamının büyük çoğunluğunu geçirdiği ev ya da kurumda çeşitli tedbirler alınmasını gerektirmektedir. Bu tedbirlerin temel amacı hasta ve yaşlı bireyin ev ortamında olabildiğince az destek alarak kendisi ile ilgili temel günlük aktiviteleri idame ettirebilmesidir. Bu sayede hasta ve yaşlı birey, sosyal yaşamın içerisinde kendisi olarak yer alabilecektir. Özellikle yaşlılarda en temel psikolojik sorunlardan birisi düşme korkusudur. Yaşlı bireyin evi, kendisinin düşerek zarar görmesine meydan vermeyecek şekilde fiziksel yaşam alanı düzenleme kurallarına uygun olarak düzenlenmelidir.

Medya: Hasta ve yaşlı bireyin ülke ve dünyada meydana gelen güncel gelişmelerden kopmaması gerekir. İnsanın kendisini yaşadığı dünyanın bir parçası olarak hissedebilmesinin ön koşullarından biri de çevrenin farkında olabilmesidir. Bu sebeple hasta ve yaşlı bireyin gazete ve dergi okuması teşvik edilmelidir.

Ulaşım: Hasta ve yaşlı bireyin sosyal yaşamda yer alabilmesi için kendisinin fiziksel durumuna uygun toplu taşıma olanaklarının sağlanması gereklidir. Hasta ve yaşlı birey, kendi özel durumuna uygun olarak olabildiğince az destek ile ulaşım faaliyetini gerçekleştirebilmelidir.

Aile: Hasta ve yaşlı bireyin sosyal yaşamının düzenlenmesinde en önemli kavramlardan biri ailedir. Hasta ve yaşlının düzenli olarak ailesiyle vakit geçirmesi teşvik edilmelidir. Aile üyeleri ile bu durum hakkında görüşmeler yapılabilir. Ancak beraber geçirilen vakit içerisinde hasta ve yaşlı bireyin aktivitelere aktif olarak katılması için düzenlemeler yapılmalıdır. Örneğin, bireyin sağlık durumu dikkate alınarak aile üyeleriyle yapboz yapması sağlanabilir.

ÖĞRENME BİRİMİ **YAŞAM ALANINI DÜZENLEME**

KONU **1.6.4. Hasta ve Yaşlının Haftalık Sosyal Aktivite Planını Düzenleme**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının haftalık sosyal aktivite planı düzenlemek.

Uygulamaya Değerlendirme Ölçeği

Hasta ve yaşlı bireyin bir haftalık sosyal aktivite planı yapılacaktır. Bu planlamada tabloda verilen 5 aktivite grubunun yer alması gereklidir.

SANAT	• Yöresel şarkı ve türkü söyleme veya dinleme • Enstrüman çalma • Koro aktivitesi • Ritim tutma • Oyunlara eşlik etme • Boncuklar ile kolye yapımı • Boncuklar ile bileklik yapımı • Seramik hamurdan meyve yapımı • Seramik hamurdan kelebek yapımı • Örgü aktivitesi • Kalıp çalışması (kumaş-ahşap boyama) • Desenleme (kumaş-ahşap boyama) • Basit resim yapımı
HOBİ	• Tiyatro etkinlikleri • Bahçe işleri • Ahşap boyama • Çiçekçilik • Maket yapımı • Balık tutma • Müze ziyareti • Fotoğraf çekme
FİZİKSEL AKTİVİTE	• Hafif tempolu aerobik egzersizleri • Orta tempolu aeronik egzersizleri • Üst ekstremite kuvvetlendirme egzersizleri • Alt ekstremite kuvvetlendirme egzersizleri • Bel ve karın kuvvetlendirme egzersizleri • Üst ekstremite germe egzersizleri • Alt ekstremite germe egzersizleri • Denge egzersizleri • Koordinasyon egzersizleri
SAĞLIK	• Günlük ilaç takibi • Gün içerisindeki vital (yaşam) bulguların takibi • Düzenli sağlık kontrolleri • Hekim önerisine uygun beslenme planı
AİLE	• Aile üyeleri ile yüz yüze zaman geçirme • Aile üyeleri ile çeşitli teknolojik araçlar vasıtasıyla görüntülü görüşmeler yapma • Aile üyeleri ile çeşitli aktiviteler gerçekleştirme

Yapılacak olan haftalık sosyal yaşam planında 5 başlıktan aktivitelerin yer alması gerekmektedir. Hasta ve yaşlının sağlık durumu, ev ya da bakım aldığı kurumdaki durum, ailevi durumu vb. etkenler dikkate alınarak birey için özel bir haftalık plan yapılması gerekmektedir.

Hasta ve Yaşlı Hakkında Bilgi Formu

66 yaşındaki kadın yaşlımız; 14' ü kadın, 13' ü erkek olmak üzere 27 kişiden oluşan özel bir huzurevinin tek kişilik bir odasında 4 yıldır kalmaktadır. 32 yıl devlet memurluğu yaptıktan sonra emekli olmuştur. 56 yaşında iken eşini kaybetmiştir. Yaşlımızın iki oğlu bir kızı vardır. Çocuklarından sadece kızı kendisiyle aynı şehirde yaşamakta, iki oğlu da yurt dışında ikamet etmektedir. Yaşlımızın 4 yaşında bir kız torunu vardır. Kızı ve torunu kendi özel sebeplerinden dolayı sadece pazar günleri 12.00-18.00 saatleri arası ziyarette bulunabilmektedirler. Yaşlımız alzheimer, diyabet ve hipertansiyon hastasıdır. Bu hastalıkları ile ilgili sabah, öğle ve akşam olmak üzere günde 3 kere ilaç tedavisi almaktadır. Yaşlımız hobi olarak örgü ve seramikle ilgilenmektedir. Hafif tempolu aerobik egzersizleri yapmasında uzmanlar tarafından bir sakınca görülmemiştir. Yaşlımız, huzurevindeki diğer konuklarla oluşturdukları bir koro ekibinde aktif olarak görev almaktadır Huzurevi koro çalışmaları çarşamba günleri 12.00-17.00 saatleri arasında yapılmaktadır. Salı günleriyse seramik atölyesi etkinlikleri yapılmaktadır. Hipertansiyon hastalığı sebebiyle gün içerisinde düzenli kan basıncı ölçümü yapmalıdır. Yaşlımızın boşaltım faaliyetleri bakımından herhangi bir yardımcı araç kullanma ihtiyacı bulunmamaktadır.

Kullanılacak Araç Gereçler

- Hasta ve yaşlı hakkında bilgi formu
- Haftalık sosyal aktivite planı

İşlem Basamakları

1. Hasta ve yaşlı hakkındaki bilgi formu dikkatlice okunur.

2. Haftalık sosyal yaşam düzenleme kuralları dikkate alınarak uygulama değerlendirme ölçeğinde verilen 5 ana aktivite grubu değerlendirilir.

3. Hasta ve yaşlının durumuna uygun olan aktivitelerin seçimleri yapılır.

4. Yapılan seçim işleminin 1 haftalık süreç içerisine dağılımı yapılır.

Pazartesi:
Salı:
Çarşamba:
Perşembe:
Cuma:
Cumartesi:
Pazar:

Uygulama Değerlendirilmesi

-Haftalık sosyal aktivite planlamasında 5 aktivite grubundan seçim yapılması

-Hasta ve yaşlı bireyin sağlık durumu dikkate alınarak sağlık takibinin planlanması

-Hasta ve yaşlı birey için sosyal ve psikolojik açıdan oldukça önemli olan aile ile zaman geçirme aktivitesinin plan ve koordinasyonu

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 1.8	
Hasta ve Yaşlının Haftalık Sosyal Aktivite Planı Düzenleme	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Pazartesi günü için düzenleme yapma	0	3	7
Salı günü için düzenleme yapma	0	3	7
Çarşamba günü için düzenleme yapma	0	3	7
Perşembe günü için düzenleme yapma	0	3	7
Cuma günü için düzenleme yapma	0	3	7
Cumartesi günü için düzenleme yapma	0	3	7
Pazar günü için düzenleme yapma	0	4	7
Sosyal yaşamı düzenlerken sanat aktivitelerine yer verme	0	4	7
Sosyal yaşamı düzenlerken hobi aktivitelerine yer verme	0	4	8
Sosyal yaşamı düzenlerken fiziksel aktivitelere yer verme	0	4	8
Sosyal yaşamı düzenlerken sağlıkla ilgili takiplere yer verme	0	4	8
Sosyal yaşamı düzenlerken aile ile ilgili sosyal etkileşime yer verme	0	6	10
Beş aktivite grubunun orantılı biçimde sosyal yaşam planında yer almasını sağlama	0	6	10
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ

Bu öğrenme biriminde;

- Hijyen kavramını ve kişisel hijyen uygulamalarının neler olduğunu,
- Hasta ve yaşlıya el bakımı yapmayı,
- Hasta ve yaşlıya yüz bakımı yapmayı,
- Ağız hijyenini, dişlerin fırçalanması ve diş ipi kullanımını,
- Protez diş bakımını,
- Hasta ve yaşlıya ağız bakımı yapmayı,
- Bilinci kapalı hasta ve yaşlıya ağız bakımı yapmayı,
- Hasta ve yaşlıya saç bakımı yapmayı,
- Hasta ve yaşlıya sakal bakımı yapmayı,
- Hasta ve yaşlıya ayak bakımı yapmayı öğreneceksiniz.

KAVRAMLAR

- Hijyen
- Enfeksiyon
- Kontamine
- Kişisel hijyen
- Abeslang
- Protez diş
- Diş ipi
- Sebum

ÖĞRENME BİRİMİ KONULARI

- 2.1. EL YÜZ BAKIMI
- 2.2. AĞIZ BAKIMI
- 2.3. SAÇ VE SAKAL BAKIMI
- 2.4. AYAK BAKIMI

ÖĞRENME BİRİMİ 2

KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.“Kişisel hijyen” denince aklınıza neler geliyor? Günlük yaşamda hangi kişisel hijyen kuralları uygulanır?
2.El ve yüz bakımı neden önemlidir?

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya el, göz, kulak, burun ve yüz bakımı yapmak.

GİRİŞ

Sağlıklı bir birey beden temizliği, boşaltım, giyim gibi kişisel bakım ihtiyaçlarını başkasının yardımına ihtiyaç duymadan karşılayabilir. Hasta ve yaşlı birey ise yaşın ilerlemesi ve sağlık sorunlarının ortaya çıkması nedeniyle kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılamakta zorluk çekebilir veya tek başına kişisel bakımını yapamayabilir. Bu amaçla hasta ve yaşlının kişisel bakım uygulamalarının yapılabilmesi için hijyenle ilgili kavramlar, kişisel hijyen kapsamı içerisinde yer alan temel ilkeler el hijyeni, eldiven kullanımı ve yüz, göz, kulak, burun bakımı yapma hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

2.1.1. Hijyen

Birey ve toplumun sağlığının korunması amacıyla gerçekleştirilen tüm uygulamalar ve bu kapsamda alınan temizlik önlemleri ***hijyen*** olarak tanımlanır. Hijyen uygulamalarının amacı sağlığa zarar verebilecek her türlü mikroorganizmanın kişi, ortam veya nesnelerden uzaklaştırılmasıdır. Bu sayede hijyen uygulamaları, zararlı mikroorganizmaların çoğalmasını engelleyerek enfeksiyon hastalıklarının oluşmasını önler. Hijyen uygulamaları; yaşam ortamları, çevre, eşya, besinlerin hijyen uygulamalarını ve kişisel hijyen uygulamalarını kapsar.

Şekil 2.1: El hijyeni

-Hijyenle İlgili Kavramlar

Temizlik: Mikroorganizmaların üremesi ve yayılmasını önlemek amacıyla yüzeylerde bulunan kir ve organik maddelerin fiziksel olarak uzaklaştırılması işlemidir.

Temizlikle hijyen aynı anlamda değildir. Temizlikte basit düzeyde ortamdaki kirden arındırma işlemi varken hijyen özellikle bulaşıcı hastalıklara sebep olabilecek mikroorganizmaların uzaklaştırılması işlemlerini ifade eder.

Enfeksiyon: Hastalık yapma gücüne sahip çeşitli mikroorganizmaların canlı bir organizmaya çeşitli yollar ile bulaşması (solunum yolu, kan yolu vb.) ve bu ortamda üremesi ile canlı organizmada gerçekleştirdiği rahatsızlıklara verilen genel isimdir.

Septik: Sağlığa zararlı mikroorganizmaları içeren ortama denir.

Aseptik: Sağlığa zararlı mikroorganizmalardan temizlenmiş ortama denir. Sağlık kurumlarında yapılan tıbbi girişimler aseptik ortamda gerçekleştirilir.

Kontaminasyon: Hastalık yapabilecek etmen ve mikroorganizmaların (virüs, bakteri vb.) herhangi bir yüzeye bulaşmasıdır.

Çeşitli etmenler dolayısıyla kontamine (zararlı mikroorganizma bulaşmış) olduğu düşünülen araç gereçler, hasta ve yaşlıya yapılacak uygulamalarda kullanılmamalıdır.

Patojen: Hastalık yapabilme gücü barındıran her türlü organizma ve maddedir.

Dekontaminasyon: Uygulamalar esnasında sağlık açısından güvenlik sağlanması için kullanılacak her türlü cansız maddelerde bulunan patojen mikroorganizmaların uzaklaştırılması ya da yok edilmesi işlemidir.

Asepsi: Hastalık yapabilme gücüne sahip mikroorganizmaların bir konakçı üzerinden ya da bir ortamdan uzaklaştırılması uygulamasıdır. Sağlık kurumlarında asepsi; dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antiseptik işlemler yoluyla sağlanır. Canlı yüzeyler (deri, doku vb.) ve insanlar ile teması olan cansız yüzeylerde (cerrahi araç gereçler vb.) bulunan hastalık yapabilecek mikroorganizma sayısını azaltmak için uygulanır.

Aseptik teknik: Sağlık kuruluşlarında enfeksiyon riskini azaltmak ve mikroorganizmaların insan vücudundaki bir bölgeyi enfekte (patojen mikroorganizmanın bulaşarak yayılması) etmesini engellemek adına yapılan işlemlere denir.

Dezenfeksiyon: Cansız maddeler ya da yüzeylerde (hasta ile teması olan tıbbi araçlar, hasta odası vb.) bulunan hastalık yapabilme gücüne sahip, dirençli olma özelliği barındırmayan mikroorganizmaların yok edilmesi uygulamasıdır.

Dezenfeksiyon işleminde kullanılan kimyasal maddelere ise ***dezenfektan*** adı verilir.

Sterilizasyon: Cansız yüzeyler üzerinde yer alan bütün mikroorganizmaların (sporlar da dâhil) çeşitli fiziksel ya da kimyasal uygulamalar ile yok edilmesi işlemidir (Görsel 2.1).

Steril: Mikroorganizmaların her türlüsünden arındırılmış olan anlamına gelir.

Antisepsi: Enfeksiyonu önlemek amacıyla canlı doku üzerindeki veya içindeki patojen mikroorganizmaların kimyasal maddelerle arındırılması işlemidir. Antisepsi işleminde kullanılan kimyasal maddelere ***antiseptik*** denir.

Görsel 2.1: Otoklav cihazı ile sterilizasyon işlemi

Hasta ve yaşlıya uygulanacak doku bütünlüğünü bozan işlemlerde, cerrahi enfeksiyon adı verilen bulaşmayı engellemek için kullanılacak tüm cerrahi aletlerin ve vücuda verilecek ilaçların steril olması şarttır.

2.1.2. Kişisel Hijyen

İnsan vücudu hem kendisinin oluşturduğu çeşitli salgı ve atıklar yoluyla hem de dış ortamda yer alan kir, toz ya da mikroorganizmalarla kirlenebilmektedir. İnsanlar günlük yaşamlarında, vücutlarında çeşitli sebepler ile oluşan kirlerden, kötü kokulardan arınmak adına çeşitli hijyen uygulamalarına ihtiyaç duyarlar. Bu uygulamalara ***kişisel hijyen uygulamaları*** adı verilir. Bu uygulamalar, sağlıklı insanlar için doğal hayat akışının bir parçasıdır. Hasta, engelli ya da yaşlı bireylerin sağlığının korunması için kişisel hijyen ihtiyaçlarının karşılanması ya da bu ihtiyaçların karşılanmasında kişiye yardım edilmesi tıbbi bakım içerisinde yer alır.

Kişisel hijyen uygulamalarındaki amaçlar şunlardır:

- Hasta ve yaşlı bireyin rahatlamasını ve kendini iyi hissetmesini sağlamak.
- Hastalık ve ileri yaş ile birlikte sorunlar oluşabilecek deri yapısında sağlığı sürdürmek ve deri bütünlüğünü korumak.
- Salgılar ve vücudun kirlenmesi gibi nedenlerle oluşan kötü kokuları arındırmak.
- Hasta ve yaşlının bedeninin genel görünümünde iyileşme sağlamak.
- Kaslarda rahatlama sağlayarak kas gerilimi yaşanmasını engellemek.
- Bireyin iç ve dış etmenlerle kirlenmesine sebep olacak vücut salgılarını, atıklar ve mikroorganizmaları uzaklaştırmak.
- Hasta ve yaşlı bireylerin bedeni ile ilgili duygu ve düşüncelerini iyileştirmek.

Kişisel hijyen uygulamaları şunlardır:

- El hijyeni ve bakımı
- Tırnak temizliği ve bakımı
- Göz temizliği ve bakımı
- Yüz temizliği ve bakımı
- Burun temizliği ve bakımı
- Kulak temizliği ve bakımı
- Ağız, diş temizliği ve bakımı
- Saç temizliği ve bakımı
- Sakal temizliği ve bakımı
- Vücut temizliği ve bakımı
- Ayak temizliği ve bakımı
- Genital bölge temizliği ve bakımı
- Düzenli vücut banyosu yapılması
- Çamaşır temizliği
- Tuvalet alışkanlığı ve temizliği
- Temizlik uygulamalarında sabun ve su kullanılması
- Kişiye özel tırnak makası, havlu, tarak, diş fırçası, terlik vb. araçların kullanımı

Şekil 2.2: Kişisel hijyende kullanılan araçlar

-Kişisel hijyen uygulamalarında dikkat edilmesi gereken noktalar

- Hasta ve yaşlı bireylerin her birinin kişisel hijyen gereksinimleri, alışkanlıkları ve sağlık durumları farklıdır. Kişisel bakım ihtiyaçları karşılanırken bu farklılıklar göz önüne alınmalı ve kişiye özgü bakım hizmeti verilmelidir.

- Kişisel hijyen uygulamalarında kullanılacak malzemeler, hasta ve yaşlının durumu göz önüne alınarak sağlık kuruluşunun imkânları ölçüsünde hazırlanmalıdır.

- Tüm bakım uygulamalarında işlem öncesi hasta ve yaşlının kimlik doğrulaması yapılmalıdır. Kimlik doğrulaması sözel olarak ya da hasta ve yaşlıya takılan bileklik kontrol edilerek yapılır.

- Kişisel bakım uygulamalarından önce hasta ve yaşlının o günkü sağlık durumu gözlemlenerek kendisi adına oluşturulan bakım planı incelenmeli ve var ise kendisine bakım veren diğer kişilerden hasta ve yaşlının durumu hakkında bilgi alınmalıdır.

- Kişisel hijyen uygulamaları öncesinde, hasta ve yaşlı bireye yapılacak işlemler ile ilgili sade, anlaşılır bir dille açıklayıcı bilgi verilmeli ve bireyin uygulama ile ilgili onayı alınmalıdır. Hastanın aklına takılan sorular varsa anlayışlı ve sabırlı bir şekilde cevaplanmalıdır.

Uygulama öncesi hasta ve yaşlı bireyin onayının alınması; hasta ve yaşlı bakım elemanı ile hasta ve yaşlı arasında işbirliği sağlanması, hasta ve yaşlının uygulama esnasındaki korku ve kaygısının azalması açısından önemlidir.

- Kişisel hijyen uygulamaları esnasında hasta ve yaşlı ile sürekli iletişim kurulmalıdır. Hasta ve yaşlının sağlık durumu dikkate alınarak uygulamalara aktif olarak katılması sağlanmalıdır.

- Kişisel hijyen gereksiniminin başkası tarafından karşılanması bireyin utanmasına ve kendini rahatsız hissetmesine neden olur. Bu nedenle bireye yapılacak uygulamalar sırasında kişinin fizyolojik olarak rahatlamasının yanı sıra psikolojik açıdan da rahatlamasına yardımcı olunmalıdır.

- Hasta ve yaşlı bakım elemanı, kişisel hijyen uygulamalarını olabildiğince hızlı ve mesleki etik değerlere uygun şekilde yürütmelidir. İşlem sırasında bireyin vücut bütünlüğünün korunmasına dikkat edilmelidir.

- Hasta ve yaşlı bireye yapılacak uygulamaların öncesinde kişinin mahremiyetini korumak amacıyla paravan veya perdenin çekilmesi, kapı ve pencerelern kapatılması ve ziyaretçilerin çıkarılması sağlanarak ortamın uygun hâle getirilmesi gereklidir.

- Hasta ve yaşlıya uygulanacak kişisel bakım işlemlerinde kişinin mahremiyeti düşünülerek odada sadece hasta ve yaşlı bakım elemanı bulunmalıdır.

- Hasta ve yaşlı bakım elemanı, kişisel hijyen uygulamaları esnasında aseptik teknikler doğrultusunda kendi kişisel hijyenine ve ortam hijyenine dikkat etmelidir.

- Eller enfeksiyon hastalıklarının önlenmesi için bakım öncesinde, gerekli durumlarda bakım sürecinde ve bakım işlemi sonrasında yıkama standartlarına uygun olarak yıkanmalıdır.

- Hasta ve yaşlı bakım elemanı, yapacağı bakım uygulamasının özelliğine ve hasta ve yaşlının sağlık durumuna göre kişisel koruyucular (eldiven, maske, önlük, bone vb.) kullanmalıdır.

- Çalışma güvenliği düşünülerek vücut mekaniği kurallarına uygun olarak işlem yapılmalıdır.

- Hasta ve yaşlı bakım elemanı, bakım uygulamaları sırasında hasta ve yaşlının yaşamsal bulgularını (solunum, nabız vb.) ve deri sağlığını (cilt rengi, bası yarası oluşumu, enfeksiyon vb.) gözlemlemeli ve herhangi bir sorun tespit ettiğinde uzman sağlık personeline haber vermelidir.

- Yapılan bakım uygulamaları, uygulama esnasında oluşan problemler, hasta ve yaşlı ile ilgili gözlemler ve diğer işlemlerin tamamı hasta ve yaşlının bakım planında kayıt altına alınmalıdır.

2.1.3. El ve Tırnak Bakımı

Kişisel hijyen uygulamalarında ilk adım, el temizliğidir. Gündelik hayatımızda her türlü işlemde kullanılan eller, enfeksiyon hastalıkları açısından büyük risk taşımaktadır. Eller, dış ortamda yer alan mikroorganizmaların vücudumuza taşınmasında aktif rol alır. Tırnak dipleri ise mikroorganizmaların kolaylıkla yerleşip üremeleri için elverişli bir yapıya sahiptir. Bu nedenle el temizliği sırasında tırnak diplerini de temizlemek gerekir.

Görsel 2.2: Tırnak bakımı

-El ve tırnak bakımında dikkat edilecek noktalar

- El tırnakları uzadığında hasta ve yaşlıya zarar vermemesi ve tırnak diplerinde kirin birikmemesi için kişiye özel tırnak makası ile kesilmeli veya törpü ile kısaltılmalıdır (Görsel 2.2).

> *Tırnakların törpü ile kısaltılması özellikle diyabet (şeker hastalığı) ve dolaşım sorunu olan hasta ve yaşlılarda daha güvenilir bir yöntemdir.*

- El tırnakları kalınlaşmış ve sertse yumuşatıldıktan sonra tırnak batmasını önlemek için oval bir şekilde kesilmelidir.
- Tırnak etlerinin kesilmesi, mikroorganizmaların bu bölgeye girişine neden olur. Bu nedenle tırnaklar kesilirken derin bir kesim işlemi yapılmamalı ve tırnak etlerinin kesilmemesine dikkat edilmelidir.
- Mikroorganizmalar, tırnak diplerine yerleştiği için bu bölgenin temizliği özenle yapılmalıdır.
- El ve tırnaklarda kuruluk varsa nemlendirici losyonlar kullanılmalıdır.
- El ve tırnak bakımında kullanılan malzemeler hasta ve yaşlı bireye özel olmalı, ortak kullanılmamalıdır.
- El ve tırnaklarda gözlemlenen anormal bir durum varlığında (enfeksiyon, yara, kızarıklık vb.) uzman sağlık personelinden yardım alınmalıdır.

2.1.4. Yüz Temizliği ve Bakımı

Yüz derisi, insan vücudunun diğer bölümlerinden farklı olarak daha ince ve hassas bir yapıdadır. Bu nedenle yüz temizliği önemlidir. Dış dünya ile sürekli temas hâlinde olan ve çok kirlenen yüz, düzenli olarak temizlenmelidir. Yüz temizliği yapılması kirleri uzaklaştırmanın yanında yüzdeki dolaşımı attırır ve hasta ve yaşlı bireyde rahatlama sağlar.

-Yüz bakımında dikkat edilecek noktalar

Görsel 2.3: Hasta ve yaşlıda yüz temizliği

- Hasta ve yaşlıya yüz temizliği yaparken önce kişiye sabun kullanılması ile ilgili tercihi sorulur. Eğer kişi sabun kullanılmasını isterse yüz öncelikle sabunlu su ile daha sonra da duru su ile silinmelidir.

- Duru su ile silme işlemi yapılırken yüzde sabun kalmamasına dikkat edilmelidir. Sabunun deride kalması derinin kurumasına, tahriş olmasına ve PH değerlerinde değişime sebep olur.

- Yüz temizliği sonunda hasta ve yaşlıya özel olan yüz havlusu ya da tek kullanımlık havlu ile yüz kurulanmalıdır. Kurulama yapılırken yüzün tahriş olmaması için işlem nazikçe yapılmalıdır.

- Yüz temizliği uygulamalarında silme işlemi yüzün merkezinden dış taraflara doğru yapılmalıdır. Alından başlanarak burun yanları, yanaklar ve çene silinmelidir (Görsel 2.3).

- Silme işlemi sırasında yüzün bir bölgesinde kullanılan spanç(gazlı bez) yüzün diğer bölgelerinde kullanılmamalı, her yüz bölgesi için farklı spanç tercih edilmelidir. Eğer silme işlemi bez ile yapılıyorsa yüzün her bölgesi için bezin farklı bir tarafı kullanılmalıdır.

2.1.5. Göz Bakımı

Görsel 2.4: Göz damlası kullanımı

Göz, fizyolojik olarak gözyaşı sayesinde düzenli olarak yıkanır. Göz kapağı ve kirpiklerse göze yabancı cisimlerin girmesini engelleyen birer kalkan görevi görür. Bu nedenle gözün bakım ihtiyacı azdır. Ancak bilinci kapalı hastalarda göz kapaklarının tam kapanmaması, gözlerde kuruma ve yara gibi sorunlar meydana getirir. Göz kırpma refleksinin olmaması ya da azalması, göz kapakları ve kirpiklerin diplerinde biriken salgının kuruyup kabuklanmasına yol açar. Bu sebeplerle bilinci kapalı ya da göz kırpma refleksi olmayan hasta ve yaşlıya, gözünden cerrahi işlem geçirmiş ya da gözü tahriş olmuş, enfeksiyon gibi sorunları olan bireylere göz bakımının verilmesi gerekir. Ayrıca gözlük veya lens(kontak) kullanan ya da gözü protez (eksik bir organın yerini tutması için takılan yapay organ veya parça) olan hasta ve yaşlının da göz bakımında özel gereksinimleri bulunur. Göz bakımının amacı; gözün iç kantüsünde (göz kapaklarının birleştiği nokta, gözün köşesi) ya da kirpiklerde birikerek kuruyan göz salgılarının temizlenmesi, gözlerde kuruma ve enfeksiyonun engellenmesi ve hasta olmayan gözün korunmasıdır.

-Göz bakımında dikkat edilecek noktalar

- Göze yapılacak bakım uygulaması öncesi ellerin hijyeni sağlanmalıdır.

- Göz temizliğindeki temel kural, silme işleminin iç kantüsten dış kantüse doğru ve tek bir hareketle yapılmasıdır.

- Göz bakımında temizlik işlemi için serum fizyolojik tercih edilmelidir. Temizlik, serum fizyolojik yoksa ılık su ve gazlı bez ile yapılmalıdır.

- Göz çevresinde kurumuş, kabuklaşmış salgılar (çapak) varsa önce bunlar ıslak kompreslerle (katlanmış gazlı bez) yumuşatılmalı sonra göz bakımı yapılmalıdır.

Göz bakımı yaparken gözün tahriş olmasını ya da yanmasını engellemek için sabun kullanılmaz.

- Silme işlemi esnasında gözün anatomik yapısına ve göz içindeki yapılara zarar vermemek için göze baskı uygulanmamalıdır.

- Bilinci kapalı hasta ve yaşlılara göz bakımı yaplırken uzman sağlık personelinin istemine uygun olarak belirli saat aralıkları ile serum fizyolojik (tuzlu su) veya suni (yapay) gözyaşı kullanılarak gözler nemlendirilmelidir. Hasta ve yaşlının göz kapaklarının uyku saatlerinde göz koruyucu ped ya da koruyucu spançlar kullanılarak kapalı olması sağlanmalıdır.

- Hasta ve yaşlı, gözlük ya da lens kullanıyorsa göz bakımı uygulanırken bunların da temizliği yapılmalıdır.

- Hasta ve yaşlı bakım elemanı göz bakımı yaptığı kişinin gözünde aşırı çapaklanma, kızarıklık veya akıntı olduğunu tespit ederse durumu uzman sağlık personeline bildirmelidir.

- Göz bakımında hekimin istemine uygun olan göz damlası veya krem kullanılmalıdır (Görsel 2.4).

2.1.6. Burun Temizliği ve Bakımı

Burun temizliğinde kâğıt bir mendil kullanılarak burun salgıları temizlenir. Hasta ve yaşlının burnu, serum fizyolojikle ıslatılmalı ve pamuklu çubuk yardımıyla temizlenmelidir.

Hasta ve yaşlıda nazogastrik sonda (burun sondası) takılı ise sondanın yaptığı basınç ile burun içinde kabuklanma, hassasiyet ve kanama meydana gelebilir (Görsel 2.5). Hasta ve yaşlı bakım elemanı bu durumda her gün hasta ve yaşlının sondasını kontrol eder. Burun sondasının kaymasını önlemek için kullanılan flaster (yapışkan bant) ıslaksa hemen değiştirilmelidir. Çünkü flaster ıslak bırakılırsa burun derisini yumuşatır ve derinin tahriş olmasına neden olur.

Görsel 2.5:Nazogastrik sondası olan hasta ve yaşlı

2.1.7. Kulak Temizliği ve Bakımı

Kulak temizliği; kulak kepçesinin ve kulak memesinin sabunlu bir bez kullanılarak silinmesi, durulanması ve kurulanması aşamalarını içerir. Silme işleminden sonra kulak arkası ve kulaklar kesinlikle kurulanmalıdır. Kulak içine temizlik amacıyla herhangi bir nesne (pamuklu çubuk vb.) itilerek uygulama yapılmamalıdır. Hasta ve yaşlı işitme cihazı kullanıyorsa cihazın arızalı olup olmadığı kontrol edilmelidir (Görsel 2.6) Cihaz üzerinde vücut kiri, atıkları ve yağı varsa bunlar temizlenmelidir.

Görsel 2.6: İşitme cihazı kullanan hasta

Hasta ve yaşlı bakım elemanı, bakım uygulamalarının tamamında kişisel hijyen uygulamalarında dikkat edilmesi gereken genel kurallara uymalıdır.

Hasta ve yaşlı, el ve yüz bakım tekniği hakkında bilgilerndirilmeli ve kişinin kendi bakımını yapması sağlanmalıdır. Hastalık, bilincin açık olmaması, engellilik, güçsüzlük, ileri yaş sorunları gibi nedenlerle kendi bakımını bağımsız bir şekilde gerçekleştiremeyecek hasta ve yaşlılar; yakınlarından veya refakatçiden yardım almalıdır. Hasta ve yaşlı, el ve yüz bakımını kendi yapamayacak durumdaysa ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi veya bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır.

ÖĞRENME BİRİMİ **KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI**

KONU **2.1.8. Hasta ve Yaşlıya El Bakımı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya el ve tırnak bakımı yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Kişisel koruyucular (eldiven, maske,önlük, bone vb.)
- Böbrek küvet veya orta boy kap
- Sabunlu ılık su
- Duru su
- Silme bezi (temizleme pedi)
- Kurulama bezi
- Kâğıt havlu
- Sıvı geçirmez örtü
- El tırnak makası (kişiye özel)
- Nemlendirici veya vazelin
- Tıbbi atık kutusu

El temizliğinde tek kullanımlık hijyenik temizleme süngerleri ya da hasta vücut temizleme mendilleri de tercih edilebilir.

Kullanılan malzemeler standart olarak verilmiştir. Malzemeler; hastanın durumuna, sağlık kuruluşunun donanımına, bakımın verildiği sağlık ünitesine, hastanın imkânlarına vb.ne göre değişiklik gösterebilir.

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.

2. El ve tırnak bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır (Görsel 2.7).

Görsel 2.7: Kullanılacak malzemeler

3. Kişisel koruyucu önlük, bone, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya ya da hasta yakınına uygulamaya yönelik açıklama yapılır ve uygulama için onay alınır.
5. Hasta ve yaşlı ya da hasta yakınının bakım hakkında soruları varsa yanıtlanır.
6. Malzemeler uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana yerleştirilir.
7. Kapı ve pencereler kapatılır. Mahremiyetin korunması için gerekli ise perde veya paravan çekilir.
8. İşlem yapılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.
9. Hasta ve yaşlıya sağlık durumunu dikkate alınarak fowler (oturur) ya da supine (yatar) pozisyonu verilir.
10. Kişinin elleri ve el tırnakları; doku bütünlüğünde bozulma, enfeksiyon, mantar, kuruluk gibi sağlık sorunları açısından değerlendirilir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.
11. Sıvı geçirmez örtü ellerin altına gelecek şekilde serilir.
12. Hasta ve yaşlının giysisi dirseğe kadar sıyrılır.

Tırnak bakımı gerekiyorsa şu işlem basamakları uygulanır:

1. Ellerin altına kâğıt havlu yerleştirilir.

2. Tırnak makası kullanılarak el tırnakları yuvarlak şekilde kesilir (Görsel 2.8). Tırnakta sertleşme varsa ve elde herhangi bir enfeksiyon, hastalık, dolaşım sorunu, yara yoksa tırnaklar ılık suda bir süre bekletildikten sonra kesilebilir.

3. Uzak taraftan başlanarak parmak araları da dâhil elin tüm bölümleri, küvet içindeki ılık sabunlu suda silme bezi kullanılarak yıkanır. (Görsel 2.9)

Görsel 2.8: Tırnak kesimi

Görsel 2.9: Ellerin sabunlanması

4. Eller, yıkama işlemi bittikten sonra duru su bulunan kap içerisinde durulanır (Görsel 2.10)

Görsel 2.10: Ellerin durulanması

5. Eller, nemli yer kalmayacak şekilde kurulama bezi ya da kâğıt havlu ile nazikçe kurulanır.

6. Aynı işlem diğer el için tekrarlanır.

7. El ve tırnaklar için hasta ve yaşlıya uygun nemlendirici kullanılır.

8. Nemlendirici, dairesel heraketlerle masaj yapılarak el ve tırnaklara yedirilir.

9. Bakım sonrası kullanılan malzemeler temizlenir ve tek kullanımlık olan kâğıt havlu, eldiven gibi malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır (Görsel 2.11).

Görsel 2.11:İşlem sonrası malzemelerin tıbbi atık kutusuna atılması

10. Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

11. İşlem yaparken indirilmiş yatak kenarlığı kaldırılır.

12. İşlem bitiminde kişisel koruyucular çıkarılır ve eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

13. Hastaya yapılan işlemler hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.1	
Hasta ve Yaşlıya El Bakımı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
El bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucuları tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya yakınının sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlama	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Kişinin el ve tırnaklarını değerlendirme, gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Hasta ve yaşlı el ve tırnak bakımını kendi yapamayacak durumda ise ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi, bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır. Bakımı yapabilecek biri varsa bilgilendirme yapılarak hasta ve yaşlının el ve tırnak bakımının yapılması sağlanır.			
Ellerin altına sıvı geçirmez örtü serme	0	2	4
Hasta ve yaşlının giysisini dirseğe kadar sıyırma	0	2	4
Tırnak bakımı için ellerin altına kâğıt havlu yerleştirme	0	2	4
El tırnak makası ile tırnakları yuvarlak şekilde kesme	0	2	4
Hasta ve yaşlının elini küvet içindeki sabunlu suda yıkama	0	2	4
Elleri duru su ile durulama	0	2	4
Elleri kurulama bezi ya da kâğıt havlu ile kurulama	0	2	4
Aynı işlemleri diğer el için tekrarlama	0	2	4
El ve tırnaklar için uygun nemlendirici kullanma	0	2	4
Masaj yaparak nemlendiriciyi el ve tırnaklara yedirme	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma ya da temizleme	0	2	4
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Kişisel koruyucuları çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
İşlemleri hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI**

KONU **2.1.9. Hasta ve Yaşlıya Yüz (Göz, Burun, Yüz, Kulak) Bakımı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya göz, burun, yüz ve kulak bakımı yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Kişisel koruyucular (eldiven, maske,önlük,bone vb.)
- Böbrek küvet veya orta boy kap
- Sabunlu ılık su
- Duru su
- Serum fizyolojik
- Spanç (gazlı bez)
- Kurulama bezi
- Kâğıt havlu
- Sıvı geçirmez örtü
- Pamuklu çubuk
- Tıbbi atık kutusu

Hasta ve yaşlının yüz bakımı tek verilebileceği gibi yatak banyosu içerisinde de verilebilir. Yüz bakımının uygulama sırası değişiklik gösterebilir.

Kullanılan malzemeler standart olarak verilmiştir. Malzemeler; hastanın durumuna, sağlık kuruluşunun donanımına, bakımın verildiği sağlık ünitesine, hastanın imkânlarına vb.ne göre değişiklik gösterebilir.

İşlem Basamakları

1. Eller,el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Yüz bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır (Görsel 2.12).
3. Kişisel koruyucu önlük,bone,maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya ya da hasta yakınına uygulamaya yönelik açıklama yapılır ve işlem için onay alınır.

Görsel 2.12: Kullanılacak malzemeler

5. Hasta ve yaşlının ya da hasta yakınının bakım hakkında soruları varsa yanıtlanır.

6. Malzemeler; uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana yerleştirilir.

7. Kapı ve pencereler kapatılır. Mahremiyetin korunması için gerekli ise perde veya paravan çekilir.

8. İşlem yapılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.

9. Hasta ve yaşlıya sağlık durumunu dikkate alınarak fowler (oturur) ya da supine (yatar) pozisyonu verilir.

Göz Bakımı

10. Gözler çapaklanma, kızarıklık, akıntı gibi sağlık sorunları açısından değerlendirilir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.

11. Gözlerde kurumuş çapak varsa ıslatılmış gazlı bez, göz üzerinde bir süre bekletilir.

12. Gözler,serum fizyolojikle ıslatılmış gazlı bez ile iç kantüsten dış kantüse doğru silinir (Görsel 2.13)

13. Diğer göz, farklı bir gazlı bez ile iç kantüsten dış kantüse doğru silinir.

14. Gözler, kuru gazlı bez ile kurulanır.

Görsel 2.13: Göz bakımı

15. Hastanın hekim isteminde yer alan göz damlası ya da kremi varsa kullanılır.

16. Hasta ve yaşlının gözleri, göz kırpma refleksinin yokluğunda göz koruyucu ped ile kapatılır.

Burun Bakımı

17. Hasta ve yaşlının burnu kuruluk, akıntı, kanama gibi sağlık sorunları açısından değerlendirilir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.

18. Burun salgıları varsa yumuşak kâğıt bir mendille temizlenir.

19. Hasta ve yaşlının burnu, serum fizyolojik ile ıslatılmış pamuklu çubukla temizlenir (Görsel 2.14).

Görsel 2.14:Burun bakımı

20. Hasta ve yaşlının nazogastrik sondası varsa sondasının kayıp kaymadığı, buruna bası yapıp yapmadığı gözlemlenir.Sondayı burnuna sabitlemek için kullanılan flaster ıslaksa veya vücut salgılarıyla kontamine olmuşsa değiştirilir.

Yüz Bakımı

21. Hasta ve yaşlının yüzü kızarıklık, yara gibi sağlık sorunları açısından değerlendirilir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.

22. Yüz, sabunlu su ile (isteğe bağlı) merkezden dış kenarlara doğru (alın, burun kenarları, yanaklar, çene, boyun ve kulaklar) her bölge için farklı spanç kullanılarak silinir.

23. Hiç sabun kalmayacak şekilde duru suyla silme işlemi tekrarlanır.

24. Yüz silme işlemi bitiminde kurulama bezi ile nazikçe kurulanır (Görsel 2.15).

Görsel 2.15: Yüz bakımı

Kulak Bakımı

25. Hasta ve yaşlının kulakları akıntı gibi sağlık sorunları açısından değerlendirilir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.

26. Hasta ve yaşlı işitme cihazı kullanıyorsa çıkarılır.

27. Uzak taraftan başlanarak kulak kepçesi, kulak memesi ve kulak arkası sabunlu gazlı bez ile silinir (Görsel 2.16).

28. Duru su ile temizlenir.

29. Kuru gazlı bez ile kurulanır.

Görsel 2.16: Kulak bakımı

30. Aynı işlem diğer kulak için tekrarlanır.

31. İşitme cihazında herhangi bir vücut yağı veya kir varsa temizlenerek kulağa yerleştirilir.

32. Uzman sağlık personeli tarafından verilen damla veya krem varsa uygulanır.

33. Bakım sonrası kullanılan malzemeler temizlenir. Gazlı bezler, pamuklu çubuk, eldiven gibi tek kullanımlık malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.

34. Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

35. İşlem yaparken indirilmiş yatak kenarlığı kaldırılır.

36. İşlem bitiminde kişisel koruyucular çıkarılır ve eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

37. Hastaya yapılan tüm işlemler hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.2	
Hasta ve Yaşlıya Yüz Bakımı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	**UYGULAMAYI YAPAMADI**	**UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR**	**UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI**
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	2
Yüz bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	1	2
Kişisel koruyucuları tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	2
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	2
Hasta ve yaşlının veya yakınının sorularını yanıtlama	0	1	2
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	2
Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlama	0	1	2
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	2
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	1	2
Hasta ve yaşlı göz ,burun, yüz ve kulak bakımını kendi yapamayacak durumda ise ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi, bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır. Bakımı yapabilecek biri varsa bilgilendirme yapılarak hasta ve yaşlının bakımlarının yapılması sağlanır.			
GÖZ BAKIMI			
Gözleri aşırı çapaklanma, kızarıklık, akıntı yönünden değerlendirme ve gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Gözlerde çapak varsa ıslatılmış gazlı bezi göz üzerinde bir süre bekletme	0	2	4
Gözleri serum fizyolojikle ıslatılmış gazlı bez ile iç kantüsten dış kantüse doğru silme	0	2	4
Farklı bir gazlı bez ile diğer göze aynı işlemi uygulama	0	2	4
Gözleri kuru gazlı bez ile kurulama	0	2	4
Hekim isteminde yer alan göz damlası ya da kremi kullanma	0	2	4
BURUN BAKIMI			
Burnu aşırı kuruluk, kanama, akıntı yönünden değerlendirme ve gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Hasta ve yaşlının varsa burun salgılarını temizleme	0	2	4

Serum fizyolojik ile ıslatılmış pamuklu çubukla burnu temizleme	0	2	4
YÜZ BAKIMI			
Kişinin yüzünü sağlık sorunları açısından değerlendirme, gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Sabunlu su ile yüzü merkezden dışa doğru(her bölge için farklı spanç) silme	0	2	4
Duru suyla işlemi tekrarlama	0	2	4
Yüzü nazikçe kurulama	0	2	4
KULAK BAKIMI			
Kulakları sağlık sorunları açısından değerlendirme ve gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Hasta ve yaşlı işitme cihazı kullanıyorsa çıkarma	0	2	4
Kulak kepçesi, kulak memesi ve arkasını sabunlu gazlı bez ile silme	0	2	4
Duru su ile temizleme ve kuru gazlı bez ile kurulama	0	2	4
İşlemleri diğer kulak için tekrarlama	0	1	2
İşitme cihazında vücut yağı, kir varsa temizleyerek kulağa yerleştirme	0	1	2
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma veya temizleme	0	1	2
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	1	2
Yatak kenarlığını kaldırma	0	1	2
Kişisel koruyucuları çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	1	2
İşlemi hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	1	2
TOPLAM	**0**	**50**	**100**
GENEL DEĞERLENDİRME			
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.			
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.			
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.			

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Dişlerin fırçalanmasında dikkat edilecek noktalar neler olabilir?
2.“Protez diş” denildiğinde aklınıza neler geliyor? Dişlerimizden farkı ne olabilir ?

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya ağız bakımı yapmak.

GİRİŞ

Beslenme, konuşma, tat alma, çiğneme ve yutma gibi işlevleri yerine getiren temel organımız olan ağzın ve ağız içi yapıların sağlığının korunması günlük temizlik ve bakım ilkelerini uygulamakla sağlanır. Yaşın ilerlemesi, hastalıklar, kullanılan ilaçlar nedeniyle diş kayıpları ve buna bağlı olarak protez diş kullanımı artar. Ayrıca ağız içi yaralar, diş çürükleri, tat duyusunun ve tükürük salgısının azalması gibi ağız içi problemleri de ortaya çıkar. Bu durum bireyin besinleri rahat yiyebilmesini engellediği gibi dış görünümünü, ağız sağlığını ve yaşam kalitesini de bozabilir. Bu yüzden ağız mukozasının, dişlerin ve diş etlerinin temizliği büyük önem taşır. Hasta ve yaşlı bireye ağız bakımı yapabilmesi için önce ağız hijyeni, dişlerin fırçalanması, diş ipi kullanımı ve protez diş bakımı gibi ağız hijyeni uygulamaları hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

2.2.1. Ağız Hijyeni

Ağız hijyeni ; ağız içinde hastalık yapacak oluşumların temizliği, oluşabilecek enfeksiyonların önlenmesi, temizlik ve ferahlık hissi kazandırılması amacıyla yapılan uygulamalardır.Ağız hijyeni uygulamalarının amaçları şunlardır:

- Diş sağlığı bakımından diş ve diş etlerinin temizlenmesi
- Ağız ve dil bakımının yapılması, ağız ve dil sağlığının sürdürülmesi
- Ağız bakımı ile diş çürümesi ve buna bağlı diş kayıplarının önlenmesi
- Ağız içi mukozasının nemliliğinin sağlanması ve bütünlüğünün korunması
- Ağız içinde oluşabilecek enfeksiyon ve yaraların engellenmesi varsa tedavisinin sağlanması (Görsel 2.17).

Görsel 2.17: Ağızda enfeksiyon

- Ağızda oluşabilecek kötü kokunun önlenmesi ya da giderilmesi
- Hasta ve yaşlıda var ise protez diş varsa temizliğinin sağlanması
- Hasta ve yaşlının etkin ağız hijyeni uygulamalarını öğrenmesine ve uygulamasına yardımcı olunması
- Hasta ve yaşlı bireylerin kendini temiz ve rahat hissetmesinin sağlanması

Hasta ve yaşlıda ağız hijyeni; dişlerin fırçalanması, diş ipi kullanımı, diş etleri temizliği, protez bakımı ve ağzın bol su ile temizlenmesi uygulamalarını kapsar.

-Dişlerin fırçalanması

Dişlerin fırçalanması, ağız hijyeni uygulamalarından biridir. Dişlerin fırçalanması için diş fırçası ve macunu kullanılır. Dişlerin fırçalanması ile diş etleri uyarılır ve kan dolaşımı hızlanır. Bu sayede ağız sağlığının korunması sağlanır. Ağzın bol su ile yıkanması ve ağız temizliği için kullanılan solüsyonlar, dişlerin temizliğinin sürdürülmesini sağlar. Dişlerin fırçalanması aynı zamanda mukoza sağlığının korunmasıyla ağız içinde gerekli olan tükürük salgısı artışını gerçekleştirir.

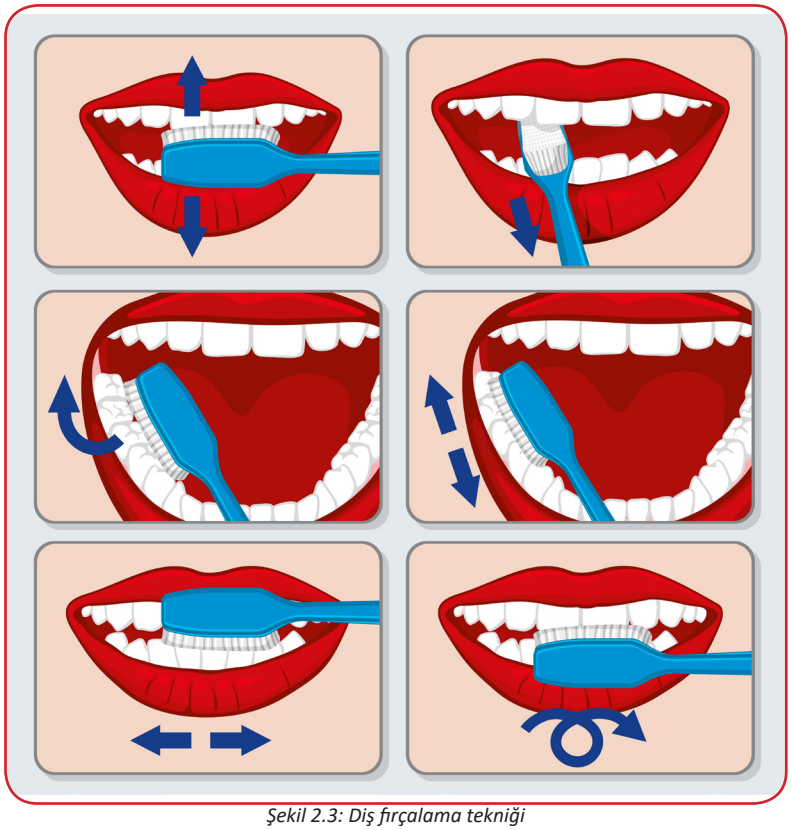
Dişler kahvaltıdan sonra ve yatmadan önce olmak üzere günde en az iki kez fırçalanmalıdır. Fırçalama işlemi, etkili olabilmesi için en az iki dakika sürdürülmelidir. Altı ayda bir diş hekimine muayene olunmalıdır. Diş fırçası tercihinde; fırçanın çok sert ya da yumuşak olmamasına, fırça kıllarının sık bir dokuya sahip olmasına ve fırça başının kişinin ağzında rahat hareket etmesine dikkat edilmelidir. Diş fırçası kişiye özel olmalı, ortak kullanılmamalıdır. Kişi tarafından uzun süre kullanılan ve fırça kılları yıpranmış olan diş fırçası ağız hijyeni sağlayamaz. Diş fırçaları, ağız hijyeni açısından üç ayda bir değiştirilmeli, altı aydan uzun kullanılmamalıdır.

Diş fırçalama tekniği şu şekilde olmalıdır (Şekil 2.3):

- Diş fırçası tamamen diş üzerine değil dişler ile diş etinin birleştiği bölgeye yerleştirilir. Yani diş fırçasının kıllarının yarısı diş üzerinde yarısı ise diş eti üzerinde olmalıdır.
- Diş fırçası tutulurken diş eti ile fırça arasındaki açı 45 °olmalıdır.
- Dişler önce yukarıdan aşağıya doğru sonra dairesel hareketler yapılarak fırçalanır.
- Ağız, diş fırçalama işlemi sonunda mutlaka bol su ile çalkalanıp temizlenir.

Fırçalama işleminin yapılması gereken yerler şunlardır:

- Sağ üst çene (üst arka dişlerden çene orta hattına kadar)
- Sol üst çene (üst arka dişlerden çene orta hattına kadar)
- Sağ alt çene (alt arka dişlerden çene orta hattına kadar)
- Sol alt çene (alt arka dişlerden çene orta hattına kadar)
- Üst ve alt ön dişler
- Dişlerin iç kısımları
- Sağ yanak mukozası
- Sol yanak mukozası
- Damak
- Dil üzeri

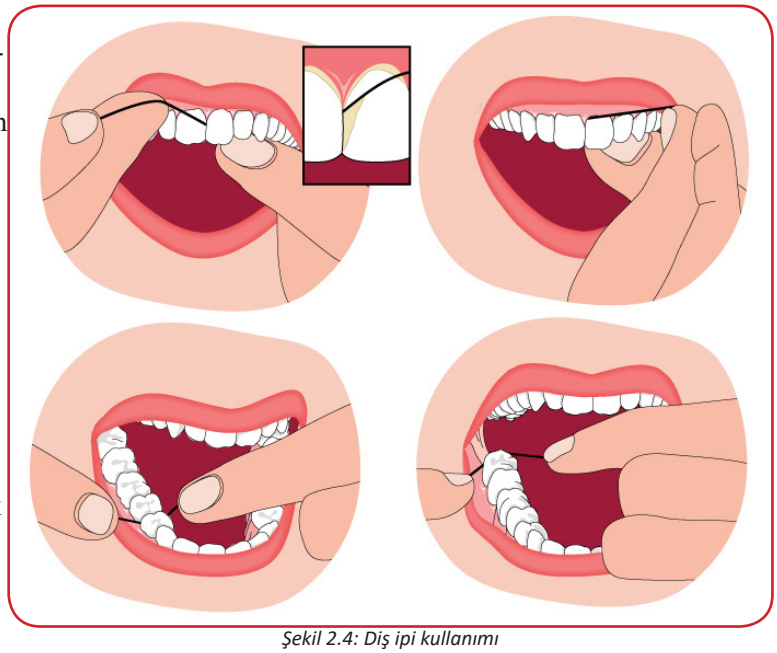


Şekil 2.3: Diş fırçalama tekniği

-Dişlerin diş ipi ile temizlenmesi

Dişlerde plak (dişlerin üzerinde biriken tabaka) oluşumunu önlemek, ağız sağlığı bakımından önem taşır. Ağızda plak oluşumunu önlemenin en etkili yollarından biri, günde en az bir kere dişlerin diş ipi kullanılarak temizlenmesidir. Ancak bu işlem, diş etlerinin kanamaması için sert hareketlerle yapılmamalıdır.

Diş ipi kullanımı şu şekildedir (Şekil 2.4):



Şekil 2.4: Diş ipi kullanımı

- Diş ipi uzunluğu yaklaşık 15-20 cm olmalıdır.
- Diş ipi, her iki elde orta parmağın uç kısmına sarılır ve ipin 3-4 cm'lik kısmı temizlik işlemi için ortada bırakılır.
- Baş ve işaret parmakları kullanılarak diş ipinin gerdirilmesi sağlanır.
- Diş ipi temizliğine üst ve arka tarafta yer alan dişlerden başlanır.
- Diş ipi belirlenen dişin yan tarafından aşağıya doğru indirilir, işlem yapılacak diğer dişin ise yan tarafından yukarıya doğru çıkarılır.
- Diş ipinin ortada kalan, temizlik için kullanılan kısmı her 2-3 dişte bir kirlenmiş kabul edilir ve diş ipinin temiz olan tarafı ile işlem sürdürülür.
- Bu işlem tüm dişlere uygulanır.
- Diş ipi ile yapılan temizlik bittiğinde ağız, bol su ile çalkalanır.

Dişlerin diş ipi ile temizlenmesi, hasta ve yaşlıda gerekli görülen durumlarda dişlerin fırçalanmasını takiben yapılmalıdır.

-Protez (takma diş) bakımı

Protezler çıkarıldığında ağzı kapalı, içerisinde su bulunan özel bir kapta saklanır. Protezlerin koyulduğu suyun çok sıcak veya soğuk olmaması gerekir. Protezler bu kap içine koyulmadan önce temizlenmelidir. Protezlerin temizliğinde; protez fırçası, diş macunu ve su kullanılır. Ancak protezlerin yapısında plastik madde bulunduğundan, protez temizliğinde sıcak su kullanılması bu yapıya zarar verir.

Görsel 2.18: Protez diş

Protezdeki dişler, normal diş yıkama tekniğine göre temizlenir. Protezin diş kısımları dışında kalan yüzeyleri de fırçalanır. Protez, fırçalama işlemi sonrası ılık suda durulanır. Temiz protez; hasta ve yaşlının ağzına takılmadan önce kişinin ağız içi, diş etleri, dili ve damağı yumuşak kıllı yapıda diş fırçası ve diş macunu kullanılarak fırçalanmalı ve durulanmalıdır. Protezler önce üst, sonra alt çene olacak şekilde takılır.

Hasta ve yaşlı ya da yakını protez bakımını yapamadığında, bakımın sağlanmasına hasta ve yaşlı bakım elemanı yardımcı olur. Protezlere bakım uygulaması yapılacağı zaman, protezler ağızdan bir gazlı bez kullanılarak çıkartılır ve temizleme işlemine kadar saklama kabına alınır. Bu sürede hasta ve yaşlının ağız içinde herhangi bir sorun olup olmadığı değerlendirilir.

Protez temizliğinde suya atılan temizleme tableti veya solüsyonlar tercih edilebilir.

2.2.2. Ağız Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar

- Hasta ve yaşlı ağız bakımını kendisi yapabilecek durumda ise ağız bakımını doğru teknikle yapması hususunda hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından teşvik edilir.

- Uygulama, çeşitli sağlık sorunları nedeniyle (ellerde güçsüzlük, titreme vb.) ağız bakımını yapamayan, yatağa bağımlı ya da bilinci kapalı olan hasta ve yaşlılarda yatak içerisinde hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından gerçekleştirilir.

- Yatağa bağımlı olmasına rağmen ellerini rahatlıkla kullanabilen hasta ve yaşlıların ağız bakımlarını kendilerinin yapabilmeleri için destek verilir. Kişi ağız bakımını yapamayacak durumda ise yakınına veya refakatçisine ağız hijyeni eğitimi verilerek bu kişilerin ağız hijyeni uygulamasını yapması sağlanır.

- Ağız hijyeni uygulamaları öncesi hasta ve yaşlının ağzı, sağlık sorunları açısından değerlendirilir. Ağız içindeki dişler, dişetleri, dudaklar, dil, damak ve yanak mukozalarının rengi ve anatomik yapısındaki değişiklikler değerlendirilir. Ağız içindeki bu yapılar aynı zamanda tahriş olma durumu, doku bütünlüğü, nemliliği ve lezyon varlığı (diş çürüğü, aft, ağız içi enfeksiyon vb.) açısından incelenir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.

- Ağız bakımında kullanılacak diş fırçası yumuşak uç yapısına sahip, sap kısmı el ile rahat kavranabilen şekilde olmalıdır. Hasta ve yaşlı, elini rahat kullanamıyorsa ağız içinde ulaşılması zor alanların temizliğini sağlamak için pilli veya şarjlı diş fırçası tercih edilmelidir.

- Diş fırçası ve macunları seçilirken hasta ve yaşlının bireysel özellikleri dikkate alınmalıdır. Çünkü diş fırçası ve diş macunları kişinin yaşına (çocuk veya yetişkin oluşuna), ağız içi yapısına vb. özelliklere göre farklılık gösterir.

2.2.3. Bilinci Kapalı Olan Hasta ve Yaşlının Ağız Bakımı

Bilinci kapalı hasta ve yaşlıda ağız bakımı, ağız içerisindeki tüm yüzeylerin silinerek temizlenmesi işlemlerini kapsar. Bilinci kapalı hasta ve yaşlı; ağız yolu ile besin ve sıvı alamaz, solunumu daha çok ağız yoluyla yapar ve oksijen tedavisi uygulaması alır. Bu nedenle ağız içerisinde kuruma ve enfeksiyon gelişimi görülür. Ayrıca tükürük salgısında azalma, kullandığı bazı ilaçların ağız kuruluğu etkisi yaratması vb. etkenler de kişinin ağız sağlığını olumsuz etkiler.

Bilinci kapalı hasta ve yaşlıda yutma refleksinde azalma veya kaybolma görülmesi, tükürüğün yutulamamasına ve ağız içinde birikmesine neden olur. Bu salgılarda "gram negatif bakteri" adı verilen mikroorganizmalar üremektedir. Ayrıca salgıların akciğerlere inmesi durumunda hasta ve yaşlıda solunum engellenmesi ve pnömoni (akciğer dokusunun iltihaplanması) oluşabilir. Bu yüzden bilinci kapalı hasta ve yaşlıda, düzenli aralıklar ile ağızdaki salgıların temizlenmesi ve ağız hijyeni sağlanması önemlidir.

-Bilinci kapalı olan hasta ve yaşlının ağız bakımında kullanılan özel araç gereçler

Sakşınlı Diş Fırçası: Mekanik ventilatöre (solunum işlevini sağlayan cihaz) bağlı hasta ve yaşlıların ağız temizliğinde kullanılan, bir ucunda diş fırçası diğer ucunda da aspiratör cihazı (vakum gücüyle vücut boşluklarından sıvı veya partikül çekerek kendi özel kabında birikmesini sağlayan medikal cihaz) ile bağlantılı uzantısı bulunan ve üzerinde aspirasyon (aspiratör cihazı ile çekme işlemi) kontrolünü sağlayan bir portu olan ağız bakım malzemesidir.

Süngerli Çubuk (swap): Mekanik ventilatöre bağlı hasta ve yaşlılarda, diş eti kanaması ve ağrısı gibi diş fırçasının kullanımına uygun olmayan şikayetlerin olması durumunda ağız mukozasını temizlemek ve nemlendirmek için kullanılan tek kullanımlık ağız bakım malzemesidir. Diş fırçalarından farklı yapıda olduğu için plak temizleme özelliği yoktur.

Sakşınlı Süngerli Çubuk: Entübe (suni solunuma bağlı) hasta ve yaşlıların ağız bakımında sıklıkla kullanılan, bir ucunda sünger aparatı diğer ucunda aspiratör cihazı ile bağlantılı uzantısı bulunan ve üzerinde aspirasyon kontrolünü sağlayan bir portu olan ağız bakım malzemesidir.

Abeslang (Dil Basacağı): Ağız içi plakları yok etme özelliği olmayan, nemlendirme ve temizleme amacıyla tek kullanımlık tahta çubukların bir ucuna gazlı bez sarılarak kullanılan ağız bakım malzemesidir.

Sodyum Klorür/Serum Fizyolojik : Ağız içinin temizlenmesi ve nemlenmesine yardımcı olan, ağızda tahrişe sebep olmayan ve tükürük PH seviyesini değiştirmeyen ekonomik bir solüsyondur.

Sodyum Bikarbonat: Bakterilerin salgıladığı asidik etkileri ortamdan uzaklaştıran ve ağız içinde mikroorganizmaların çoğalmasını engelleyen solüsyondur.

Klorheksidin: Ağız içi plakların oluşumunu önlemede rol alan, hem bakteri hem de mantarlar üzerinde etki gösteren ve solunum cihazına bağlı bireylerin ağız bakımında kullanılan solüsyondur.

Hazır Ağız Bakım Kitleri: Tek kullanımlık set şeklinde hazırlanmış ve içerisinde süngerli çubuk (yaklaşık 20 adet), ağız bakım solüsyonu, ağız kuruluğuna karşı kullanılan nemlendirici jel bulunan ağız bakım setidir.

Hazır Ağız Çalkalama Solüsyonları: Antibakteriyel, plak önleyici, ağız içi nemlendirme özelliklerine sahip olan ve farklı ticari adlar altında hazır hâlde bulunan solüsyonlardır.

-Bilinci kapalı olan hasta ve yaşlının ağız bakımında dikkat edilecek noktalar

- Hasta ve yaşlıya verilecek ağız bakımının kaç saat ara ile yapılması gerektiği, ağız içi yapısının günlük olarak uzman sağlık personeli tarafından değerlendirilmesiyle belirlenir.
- Hasta ve yaşlının bilinci yerinde değilse ve kişi protez diş kullanıyorsa protezler çıkartılmalı, temizlenmeli ve özel saklama kabına alınmalıdır.
- Ağız bakımında enfeksiyonlardan korunmak için sodyum klorür (serum fizyolojik), sodyum bikarbonat, klorheksidin ve çeşitli ağız çalkalama solüsyonları kullanılmalıdır.
- Ağız içine uygulanacak solüsyon, abeslangın uç tarafına gazlı bez sarılarak uygulanmalıdır.
- Ağız bölgelerinin birinin temizliği bitip başka bir bölgeye geçildiğinde abeslang ya da süngerli çubuk değiştirilmelidir.
- Oral alımı olmayan (normal beslenemeyen) hastalarda ağız mukozası kurumaya ve kanamaya yatkın olduğu için bakım verilirken çok hassas davranılmalıdır.
- Hasta ve yaşlıda ağız kuruluğu varsa ağız ve dudak bölgesi sık aralıklarla ıslatılmalıdır.
- Hasta ve yaşlı entübe ise entübasyon tüpü (solunumu sağlamak için hava yoluna yerleştirilen tüp) mukozada tahrişe sebep olabilir. Bu sebeple bakım esnasında kontrol edilmelidir.

Yoğun bakım ünitelerinde yatan hasta ve yaşlının bilinci açıksa ve kişi entübe değilse dişlerin fırçalanmasına ve solüsyonlar ile ağzın çalkalamasına yardım edilmesi ağız bakımını oluşturur. Ancak hasta ve yaşlı bireyde bilinç değişikliği varsa veya nörolojik yaralanma sebebiyle öğürme refleksi kaybolmuşsa bahsi geçen uygulamalar yapılamaz.

ÖĞRENME BİRİMİ **KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI**

KONU **2.2.4. Hasta ve Yaşlıya Ağız Bakımı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya ağız bakımı yapmak.

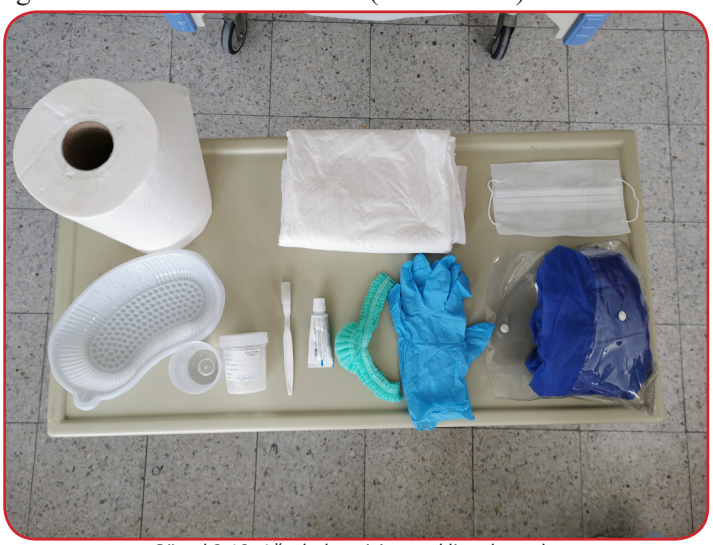
Kullanılacak Malzemeler

Kullanılan malzemeler standart olarak verilmiştir. Malzemeler; hastanın durumuna, sağlık kuruluşunun donanımına, bakımın verildiği sağlık ünitesine, hastanın imkânlarına vb.ne göre değişiklik gösterebilir.

- Kişisel koruyucular (eldiven, maske, önlük, bone vb.)
- Diş fırçası
- Diş macunu
- Bardak içinde su (gerekirse pipet)
- Sıvı geçirmez örtü
- Kâğıt havlu
- Böbrek küvet
- Dudak nemlendiricisi
- Diş ipi (gerekli durumlarda)
- Tıbbi atık kutusu

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Ağız bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır (Görsel 2.19).



Görsel 2.19: Ağız bakımı için gerekli malzemeler

3. Kişisel koruyucu önlük, bone, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.

4. Hasta ve yaşlıya ya da hasta yakınına uygulamaya yönelik açıklama yapılır ve onay alınır.

5. Hasta ve yaşlı ya da yakınının bakım hakkında soruları varsa yanıtlanır.

6. Malzemeler; uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana yerleştirilir.

7. Kapı ve pencereler kapatılır. Mahremiyetin korunması için gerekli ise perde veya paravan çekilir.

8. Yatak rahat çalışılabilecek pozisyona yükseltilir, herhangi bir sakıncası yoksa yatak başı kaldırılır ve işlem yapılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.

9. Hasta ve yaşlıya fowler (oturur) pozisyonu verilir. Kişinin oturması sakıncalı ya da bilinci kapalı ise lateral(yan yatma) pozisyonuverilir.

10. Hasta ve yaşlının dudakları, ağız mukozası, diş etleri,damakları anormal bulgular açısından değerlendirilir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.

11. Hasta ve yaşlının çenesinin altına sıvı geçirmez örtü yerleştirilir.

12. Böbrek küvet, hastanın çenesinin altına gelecek şekilde yerleştirilir (Görsel 2.20).

13. Diş fırçasının üzerine az miktarda diş macunu sürülür.

14. Fırça, kıllarının yarısı diş eti üzerine yarısı diş üzerine gelecek şekilde yerleştirilir.

15. Fırça, diş etiyle 45 ° açı yapacak şekilde tutulur (Görsel 2.21).

Görsel 2.20: Ağız bakımı için böbrek küvet kullanımı

Görsel 2.21: Dişlerin fırçalanması

16. Dişler, süpürme işlemi yapar gibi yukarıdan aşağıya doğru dairesel hareketlerle çiğneme yüzeyleri ileri geri hareket ettirilerek fırçalanmalıdır.

17. Sağ üst çene (üst arka dişlerden çene orta hattına kadar) ve sol üst çene (üst arka dişlerden çene orta hattına kadar) fırçalanır.

18. Sağ alt çene (alt arka dişlerden çene orta hattına kadar) ve sol alt çene (alt arka dişlerden çene orta hattına kadar) fırçalanır.

19. Üst ve alt ön dişler fırçalanır.

20. Yukarıdaki sıra ile dişlerin iç yüzü fırçalanır.

21. Sağ yanak mukozası ve sol yanak mukozası fırçalanır.

22. Damak ve dil üzeri (arkadan öne) de öğürme refleksi uyarılmadan fırçalanarak nazikçe temizlenir (Görsel 2.22).

23. Birey protez kullanıyorsa aynı yöntemle protez dişler ve ağız içi fırçalanır.

24. Bireyin ağzına bir miktar su verilir.

25. Ağzını çalkalaması ve böbrek küvete boşaltması sağlanır. Bu işleme diş macunun köpüğü temizleninceye kadar devam edilir.

26. Diş ipi uygulaması sadece gerekli durumlarda yapılır(doktor istemi vs.).

27. Kâğıt havlu ile bireyin ağız çevresi ve çenesi kurulanır.

28. Böbrek küvet ve çenesinin altındaki örtü alınır.

29. Hastaya, uzman sağlık personelinin verdiği ilaç varsa uygulanır.

Görsel 2.22: Dil üstünün fırçalanması

30. Hastanın dudakları kuru ise nemlendirici sürülür.

31. Bakım sonrası kullanılan malzemeler temizlenir, tek kullanımlık malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.

32. Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

33. İşlem yaparken indirilmiş yatak kenarlığı kaldırılır, yükseltilmiş yatak ve yatak başı indirilir.

34. İşlem bitiminde kişisel koruyucular çıkarılır ve eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

35. Hastaya yapılan işlemler hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.3	
Hasta ve Yaşlıya Ağız Bakımı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri,el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Ağız bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucuları tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve onay alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlama	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme, yatağı uygun pozisyona yükseltme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Kişinin ağız içi yapılarını değerlendirme, gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Hasta ve yaşlı, ağız bakımını kendi yapamayacak durumdaysa ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi, bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır. Bakımı yapabilecek biri varsa bilgilendirme yapılarak hasta ve yaşlının bakımının yapılması sağlanır.			
Hasta ve yaşlının çenesinin altına sıvı geçirmez örtü yerleştirme	0	2	4
Böbrek küveti çenesinin altına yerleştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlı protez kullanıyorsa çıkarma ve protezin temizliğini yapma	0	2	4
Diş fırçasına diş macunu sürme	0	2	4
Doğru teknik ve hareketlerle sağ-sol üst çene fırçalama	0	2	4
Doğru teknik ve hareketlerle sağ-sol alt çene fırçalama	0	2	4
Doğru teknik ve hareketlerle ön dişler ve tüm dişlerin iç yüzünü fırçalama	0	2	4
Sağ yanak mukozası ve sol yanak mukozasını temizleme	0	2	4
Damak ve dil üzerini nazikçe temizleme	0	2	4
Hasta ve yaşlının ağzını çalkaladığı suyu böbrek küvete boşaltmasını sağlama	0	2	4
Ağız çevresi ve çenesini kurulama	0	2	4
Böbrek küvet ve örtüyü alma	0	2	4
Hastanın dudakları kuru ise nemlendirici sürme	0	1	2
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma veya temizleme	0	1	2
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	1	2
Yatak kenarlığını kaldırma, yükseltilmiş yatak ve yatak başını indirme	0	1	2
Kişisel koruyucuları çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	1	2
İşlemi hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	1	2
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI**

KONU **2.2.5. Bilinci Kapalı Hasta ve Yaşlıya Ağız Bakımı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Bilinci kapalı hasta ve yaşlıya ağız bakımı yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Kişisel koruyucular (eldiven, maske, önlük, bone vb.)
- Abeslang (dil basacağı)
- Gazlı bez
- Ağız temizleme solüsyonu
- Böbrek küvet
- Kâğıt havlu
- Sıvı geçirmez örtü
- Bir bardak su
- Dudak nemlendiricisi
- Aspiratör cihazı (gerekli durumlarda)
- Kirli kabı
- Tıbbi atık kutusu

Kullanılan malzemeler standart olarak verilmiştir. Malzemeler; hastanın durumuna, sağlık kuruluşunun donanımına, bakımın verildiği sağlık ünitesine, hastanın imkânlarına vb.ne göre değişiklik gösterebilir.

Hasta ve yaşlının ağız bakımı, içinde süngerli fırça bulunan tek kullanımlık ağız bakım setleri veya kitleri ile de yapılabilir.

Ağız bakımında hastanın durumuna ve uzman sağlık personeli istemine göre sodyum bikarbonat, serum fizyolojik, klorheksidin içerikli gargara gibi solüsyonlar kullanılır.

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Bilinci kapalı hasta ve yaşlının ağız bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır (Görsel 2.23).
3. Kişisel koruyucu önlük, bone, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Bilinci kapalı hasta ve yaşlı, işitme duyusunu kaybetmemiş olabileceğinden işlem hastaya açıklanır.
5. Hasta ve yaşlının ya da ailesinin bakım hakkında soruları varsa yanıtlanır.
6. Malzemeler; uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana yerleştirilir.
7. Kapı ve pencereler kapatılır. Mahremiyetin korunması için gerekli ise perde veya paravan çekilir.

Görsel 2. 23: Bilinci kapalı hasta ve yaşlıya verilen ağız bakımında kullanılan malzemeler

8. Yatak rahat çalışılabilecek yüksekliğe ayarlanır ve hasta için sakıncası yoksa yatak başı az miktarda yükseltilir.

9. İşlem yapılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.

10. Hasta ve yaşlıya yüzü çalışan kişiye dönük olacak biçimde lateral (yan yatış) pozisyonu verilir. Böylece ağız bakımı sırasında kullanılan solüsyonların damlacıklarının kazara akciğerlere kaçması engellenir.

11. Sıvı geçirmez örtü hasta ve yaşlının yüzünün altına, böbrek küvet ise çenesinin altına yerleştirilir.

12. Kullanılacak dil basacaklarının bir ucuna gazlı bez sarılır.

13. Hasta ve yaşlının ağzı kapalıysa bir elle alt çenedeki mandibula kemiği (alt çene kemiği) üzerine hafifçe basınç uygulanarak kişinin ağzının açılması sağlanır (Görsel 2.24).

Görsel 2.24: Bilinci kapalı hasta ve yaşlının ağzının açılması

14. Ağız bakımına başlamadan önce ağız içindeki yapılar (mukoza, dişeti, diş vb.) değerlendirilir. Aft, yara gibi oluşumlarda uzman sağlık personeline danışılır.

15. Ağız içi, tükürük salgısı ile doluysa önce ağız içi bir aspiratör cihazı yardımıyla boşaltılır.

16. Dil basacağının ucundaki gazlı bez, kullanılacak ağız temizleme solüsyonuna batırılır. Gazlı bezdeki fazla solüsyon, dil basacağının ucunun solüsyon kabının kenarına bastırılmasıyla akıtılır.

17. Sağ üst çene (sağ en arka dişten çene orta hattına kadar) temizlenir.

18. Sol üst çene (sol en arka dişten çene orta hattına kadar) temizlenir.

19. Sağ alt çene (sağ en arka dişten çene orta hattına kadar) temizlenir.

20. Sol alt çene (sol en arka dişten çene orta hattına kadar) temizlenir.

21. Sağ ve sol yanak mukozası temizlenir (Görsel 2.25)

22. Damak, dil üzeri ve altı temizlenir.

23. Silme işlemi, diş etleri ve dişin tüm yüzeylerini kapsayacak biçimde uygulanır.

24. Silme işlemi sırasında, dil basacağının ucundaki gazlı bezin her iki yüzeyi bir bölge için kullanılır ve bir bölgeden diğer bölgeye geçerken dil basacağı mutlaka değiştirilir. Yeni dil basacağı, ağız temizleme solüsyonu ile ıslatılır. Eğer hastanın ağız içinde fazla miktarda salgı, atık vb. varsa aynı bölgeyi silerken de dil basacağını değiştirmek gerekebilir. Kirlenen dil basacakları, kirli kabına atılır.

25. Hasta ve yaşlı protez kullanıyorsa önce protezler çıkarılır ve diş etleri, yanak mukozası, damak, dil ve dil altı silinir. Protezlerin bakımı ayrıca yapılır.

26. Kullanılan solüsyonun özelliğine göre ağız mukozasının durulanması gerekiyorsa duru su kullanılarak uygulama tekrarlanır.

Görsel 2.25: Bilinci kapalı hasta ve yaşlının ağız temizliği

27. Bakım sonrası ağız içinde birikmiş sekresyon (sıvı salgı) varsa aspire (sıvı veya partikülün çekilmesi) edilir.

28. Kâğıt havlu ile bireyin ağız çevresi ve dudakları kurulanır.

29. Böbrek küvet ve çenesinin altındaki örtü alınır.

30. Dudaklara kuruma ve çatlamayı önlemek için nemlendirici uygulanır.

31. Bakım sonrası kullanılan malzemeler temizlenir, tek kullanımlık olan kağıt havlu, dil basacağı, gazlı bez gibi malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.

32. Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

33. İşlem yaparken indirilmiş yatak kenarlığı kaldırılır, yükseltilmiş yatak ve yatak başı indirilir.

34. İşlem bitiminde kişisel koruyucular çıkarılır ve eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

35. Hastaya yapılan işlemler hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.4	
Bilinci Kapalı Olan Hasta ve Yaşlıya Ağız Bakımı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	2
Ağız bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	1	2
Kişisel koruyucuları tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	2
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma	0	1	2
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	2
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	2
Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlama	0	1	2
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Yatağı uygun pozisyona yükseltme	0	2	4
Hastaya lateral pozisyon verme	0	2	4
Sıvı geçirmez örtüyü ve böbrek küveti çenesinin altına yerleştirme	0	2	4
Kullanılacak dil basacaklarının bir ucuna gazlı bez sarma	0	2	4
Mandibula kemiği üzerine hafifçe basınç yaparak ağzı açma	0	2	4
Ağız içi yapıları değerlendirme, gerekli ise sağlık uzmanına danışma	0	2	4
Ağız içi, tükürük salgısı ile dolu ise aspiratör cihazı kullanma	0	2	4
Kullanılacak dil basacaklarını solüsyona batırma	0	2	4
Sağ ve sol üst çeneyi tekniğine uygun temizleme	0	2	4
Sağ ve sol alt çeneyi tekniğine uygun temizleme	0	2	4
Sağ ve sol yanak mukozasını tekniğine uygun temizleme	0	2	4
Damak, dil üzeri ve altını tekniğine uygun temizleme	0	2	4
Ağız mukozasının durulanması gerekiyorsa duru su kullanarak uygulamayı tekrarlama	0	2	4
Birikmiş sekresyon varsa aspire etme	0	2	4
Kâğıt havlu ile bireyin ağız çevresi ve dudaklarını kurulama	0	2	4
Böbrek küvet ve çenesinin altındaki örtüyü alma	0	2	4
Dudaklara nemlendirici uygulama	0	2	4
Kullanılan tek kullanımlık malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma veya temizleme	0	2	4
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma, yükseltilmiş yatak ve yatak başını indirme	0	1	2
Kişisel koruyucuları çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	1	2
İşlemi hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	1	2
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Saç bakımı sizler için ne ifade ediyor?
2.Çevrenizde sakal bakımını gerçekleştiremeyen hasta ve yaşlılar var mı? Bu kişilere sakal bakımı verilirken dikkat edilmesi gereken noktalar neler olabilir?

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya saç ve sakal bakımı yapmak.

GİRİŞ

İnsan vücudunda kafa derisini saran saçlar gün içerisinde ter, toz, sebum (cilt üzerindeki yağ) gibi faktörlerin etkisiyle kirlenmekte ve bu kirlenme saçlarda yağlılık, keçeleşme, kepek, kaşıntı gibi problemleri de beraberinde getirmektedir. Saç ve saçlı derinin sağlıklı olabilmesi, saçın toz ve kirden arınması, hasta ve yaşlının genel görünümünü olumlu anlamda sürdürebilmek için saçların taranması ve temiz tutulması büyük önem taşır. Hasta ve yaşlının deri sağlığını korumak ve kendini iyi hissetmesini sağlamak için yapılan sakal bakımı, kişinin tercihleri dikkate alınarak yapılmalıdır. Hasta ve yaşlının saç ve sakal bakımının yapılabilmesi için önce saç sakal bakımının hasta ve yaşlı için önemi, saç ve sakal bakımı uygulamasının amaçları ve uygulamada dikkat edilecek noktalar hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

2.3.1. Saç Bakımı

Saç bakımı; saçın temizlenmesi, taranması ve saç derisinin değerlendirilmesi uygulamalarını içerir. Kirli saçlar ve saç derisi, enfeksiyon etkenlerinin ve parazitlerin sebum salgılanması fazla olan bu bölgeye kolay yerleşmesine neden olur. Bu yüzden düzenli olarak saç bakımı yapılması gerekir.

Saç bakımının amaçları;

- Saç ve kafa derisinin temizliğini sağlamak ve enfeksiyon etkenlerini uzaklaştırmak,
- Kafa derisini uyarmak ve böylece kan dolaşımını hızlandırarak saç köklerini beslemek,
- Hasta ve yaşlıya öz bakım (kişisel bakım) alışkanlığı kazandırmak,
- Fiziksel ve ruhsal rahatlamayla beraber hasta ve yaşlının kendini iyi hissetmesini sağlamaktır.

-Saç bakımında dikkat edilecek noktalar

- Saç bakımı yapılırken bakım veren kişi saç ve saçlı deriyi yağlı/kuru saç, saç kaybı, kepek, enfeksiyon, bit, yara gibi etkenler yönünden değerlendirmelidir.
- Saç bakımında kullanılacak fırça veya taraklar saçın yapısına uygun ve kişiye özel olmalıdır (Görsel 2.26).
- Kullanılan taraklar, sık sık sabunlu su ile temizlenmelidir.
- Saç bakımı ve temizliğinin sıklığı; saçın yapısı, hasta ve yaşlının durumu, çevresel faktörler ve bireyin tercihine göre belirlenir.

Görsel 2.26: Hasta ve yaşlının saç bakımı

- Hasta ve yaşlı bireye bazı durumlarda (bilinci kapalı, saçın vücut sıvıları ile kontamine olması vb.) kendisinin talebi beklenmeden veya uzman sağlık personelinin istemi üzerine saç bakımı uygulamaları yapılabilir. Eğer keçeleşme nedeniyle saçın kesilmesi gerekiyorsa mutlaka hasta ve yaşlıdan veya ailesinden izin alınmalıdır.

2.3.2. Sakal Bakımı

Hasta ve yaşlı bireylerin yaşamlarında çeşitli sağlık sorunlarından dolayı bazı değişimler ortaya çıkmaktadır. İnsanlar için alışkanlıklar ve rutinler, psikolojik açıdan bir rahatlama sağlar. Erkeklerde sakal tıraşı olmak, gündelik hayatın bir parçasıdır. Hasta ve yaşlı bireyin fiziksel görüntüsü açısından da sakal bakımı uygulamaları önemlidir. Kişi, yılların getirdiği alışkanlıkla düzenli sakal bakımı yapmak isteyebilir. Bu durumun hasta ve yaşlıya psikolojik açıdan da olumlu etkisi olacağından kişinin sakal bakımı uygulaması yapması desteklenir. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde sakalın üzerinde barındırdığı kir ve bu kirin entübasyon tüpü gibi tıbbi malzemelere bulaşması, enfeksiyon riski bakımından sakal temizliğini önemli kılar.

-Sakal bakımında dikkat edilecek noktalar

Görsel 2.27: Yaşlı bireyin sakal bakımını gerçekleştirmesi

- Yüzde oluşabilecek kesiklerden kaçınmak için sakal temizliğinden önce mutlaka sakallar suyla yumuşatılmalıdır ve yüze uygun tıraş sabunu veya köpüğü kullanılmalıdır.
- Tahriş ve kanamayı azaltmak için sakalların çıkış yönüne doğru tıraş uygulaması yapılmalıdır. Özellikle yaşlı bireylerde deri gerdirilerek uygulama yapılması doğru bir yöntemdir (Görsel 2.27).
- Hasta ve yaşlının bulunduğu kurum veya ortamın şartlarına bağlı olarak berber veya kuaför aracılığıyla da bu bakım gerçekleştirilebilir.
- Sakal bakımında hasta ve yaşlının isteklerine saygı duyulması gerekir. Farklı nedenlerle (dini inanç, alışkanlık vb.) sakal tıraşı yapmak istemeyen bireyler zorlanmaz. Özellikle yoğun bakım ünitelerinde yatan bilinci kapalı hastaların sakal tıraşı yapılmadan önce mutlaka ailesinden izin alınmalıdır.
- Sakal tıraşını kendi yapmak isteyen fakat fiziksel olarak zorlanan ve normalin üstünde kanama riski bulunan (kan sulandırıcı ilaç kullanan, kanama bozukluğu olan vb.) kişilerde, sakal tıraşı için tek kullanımlık tıraş bıçağı yerine elektrikli tıraş makinelerinin kullanılması daha güvenlidir.
- Yoğun bakım ünitelerinde entübe edilen hastanın sakal bakımında dikkatli davranılmalıdır. İşlem sırasında tüpün sabit tutulması gerekir.

Hasta ve yaşlı, saç ve sakal bakım tekniği hakkında bilgilendirilerek bakımını kendi bakımını yapması sağlanmalıdır. Hastalık, bilincin açık olmaması, engellilik, güçsüzlük, ileri yaş sorunları gibi nedenlerle kendi bakımını bağımsız bir şekilde gerçekleştiremeyecek hasta ve yaşlılar yakınlarından veya refakatçiden yardım almalıdır. Hasta ve yaşlı, saç ve sakal bakımını kendi yapamayacak durumdaysa ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi veya bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır.

ÖĞRENME BİRİMİ **KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI**

KONU **2.3.3. Hasta ve Yaşlıya Saç Bakımı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya saç bakımı yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

Kullanılan malzemeler standart olarak verilmiştir. Malzemeler; hastanın durumuna, sağlık kuruluşunun donanımına, bakımın verildiği sağlık ünitesine, hastanın imkânlarına vb.ne göre değişiklik gösterebilir.

- Kişisel koruyucular (eldiven, maske, önlük, bone vb.)
- Saça uygun tarak
- Tek kullanımlık örtü
- Gerekirse saç açıcı sprey
- Toka
- Tıbbi atık kutusu

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Saç bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır.

Görsel 2. 28: Saç bakımında kullanılan malzemeler

3. Kişisel koruyucu önlük, bone, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.

4. Hasta ve yaşlıya ya da hasta yakınına uygulamaya yönelik açıklama yapılır ve uygulama için onay alınır.

5. Hasta ve yaşlının veya yakınının soruları varsa yanıtlanır.

6. Malzemeler; uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana yerleştirilir (Görsel 2.28).

7. Kapı ve pencereler kapatılır. Mahremiyetin korunması için gerekli ise perde veya paravan çekilir.

8. Yatak rahat çalışılabilecek pozisyona yükseltilir ve yakındaki yatak kenarlığı indirilir.

9. Hasta ve yaşlıya fowler (oturur) pozisyonu verilir. Kişiye fowler pozisyonu verilemediği durumlarda uygulamaya olanak verecek şekilde farklı pozisyonlar verilebilir.

10. Hasta ve yaşlının saç ve saçlı derisi; yağlı ve kuru saç, saç kaybı, kepek, enfeksiyon, bit, yara gibi etkenler açısından değerlendirilir. Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.

11. Hasta ve yaşlının omuzlarına tek kullanımlık örtü yerleştirilir.

12. Saçlarda herhangi bir dolaşma, keçeleşme varsa saç tutamlarına ayrılır. Ayrılan tutamlar tarak yardımıyla saç diplerine doğru açılır. Gerekliyse saç açıcı sprey kullanılır.

13. Saçlar nazikçe taranır (Görsel 2.29). Kıvırcık saçlar için geniş dişli tarak kullanılır.

14. Saç derisine dolaşımı rahatlatmak amacıyla parmak uçlarıyla masaj yapılır.

15. Hasta ve yaşlının saçları uzunsa rahat edebilmesi için bireyin istekleri de dikkate alınarak toplanır veya örülür.

16. Hasta ve yaşlının omzundaki örtü alınır.

17. Bakım sonrası kullanılan malzemeler temizlenir, tek kullanımlık malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.

18. Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

19. İşlem yaparken indirilmiş yatak kenarlığı kaldırılır ve yükseltilmiş yatak ve yatak başı indirilir.

20. İşlem bitiminde kişisel koruyucular çıkarılır ve eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

Görsel 2. 29: Saçların taranması

21. Hastaya yapılan işlemler, hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.5	
Hasta ve Yaşlıya Saç Bakımı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Saç bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucuları tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve onay alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlama	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme, yatağı uygun pozisyona yükseltme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Kişinin saç ve saç derisini değerlendirme, gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	3	6
Hasta ve yaşlı, saç bakımını kendi yapamayacak durumdaysa ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi, bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır. Bakımı yapabilecek biri varsa bilgilendirme yapılarak hasta ve yaşlının saç bakımının yapılması sağlanır.			
Hasta ve yaşlının omuzlarına örtü serme	0	3	6
Saçlarda dolaşma varsa uygun yöntemle açma	0	3	6
Saçları nazikçe tarama	0	3	6
Saç derisine masaj yapma	0	3	6
Hasta ve yaşlının isteklerini dikkate alarak saçı toplama	0	3	6
Hasta ve yaşlının omzundaki örtüyü alma	0	3	6
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma/ temizleme	0	3	6
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma, yükseltilmiş yatak ve yatak başını indirme	0	2	4
Kişisel koruyucuları çıkarma ve elleri, standartlara uygun yıkama	0	2	4
İşlemi hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**
GENEL DEĞERLENDİRME			
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.			
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.			
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.			

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI**

KONU **2.3.4. Hasta ve Yaşlıya Sakal Bakımı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya sakal bakımı yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

Kullanılan malzemeler standart olarak verilmiştir. Malzemeler; hastanın durumuna, sağlık kuruluşunun donanımına, bakımın verildiği sağlık ünitesine, hastanın imkânlarına vb.ne göre değişiklik gösterebilir. Sakal bakımında hasta ve yaşlının durumuna veya tercihine göre tıraş makineleri de kullanılır.

- Kişisel koruyucular (eldiven, maske, önlük bone vb.)
- Tek kullanımlık tıraş bıçağı
- Tıraş köpüğü
- Ilık su
- Böbrek küvet veya kap
- Sıvı geçirmez örtü
- Silme havlusu
- Kurulama havlusu
- Nemlendirici
- Tıraş makinesi (istenirse)
- Tıbbi atık kutusu

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Sakal bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır (Görsel 2.30).
3. Kişisel koruyucu önlük, bone, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya ya da hasta yakınına uygulamaya yönelik açıklama yapılır ve işlem için onay alınır.
5. Hasta ve yaşlının veya yakınının soruları varsa yanıtlanır.
6. Malzemeler; uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana yerleştirilir.

Görsel 2. 30: Sakal bakımında kullanılan malzemeler

7. Kapı ve pencereler kapatılır. Mahremiyetin korunması için gerekli ise perde veya paravan çekilir.
8. Yatak rahat çalışılabilecek pozisyona yükseltilir ve yakındaki yatak kenarlığı indirilir.
9. Hasta ve yaşlıya fowler (oturur) pozisyonu verilir. Kişiye fowler pozisyonu verilemediği durumlarda uygulamaya olanak verecek şekilde farklı pozisyonlar verilebilir.
10. Hasta ve yaşlının sakal bölgesi değerlendirilir. Deride oluşan herhangi bir anormal bulgu varsa uzman sağlık personeline bildirilir.
11. Hasta ve yaşlının boyun kısmına sıvı geçirmez örtü yerleştirilir.
12. Sakallar yumuşaması için ılık suyla ıslatılır.
13. Hasta ve yaşlının sakalları üzerine tıraş köpüğü sürülür.
14. Tek kullanımlık tıraş bıçağı kullanılarak favorilerden başlanıp tüylerin çıkış yönüne doğru(yukarıdan aşağıya) dikkatlice kesilir (Görsel 2.31). Gerek görülen alanlarda deri gerdirilerek tahriş ve kanama olması engellenir. Gerekli görülürse tıraş makinesi kulanılır.
15. Hasta ve yaşlının yüzü nemli havlu ile silinir ve kuru bir havlu ile kurulanır.
16. Yüze nemlendirici losyon sürülür.
17. Boynun altına serilen örtü kaldırılır.
18. Bakım sonrası kullanılan malzemeler temizlenir, tıraş bıçağı gibi tek kullanımlık malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.
19. Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

Görsel 2.31: Tek kullanımlık tıraş bıçağı ile sakal kesimi

20. İşlem yaparken indirilmiş yatak kenarlığı kaldırılır ve yükseltilmiş yatak ve yatak başı indirilir.
21. İşlem bitiminde kişisel koruyucular çıkarılır ve eller, el yıkama standartına göre yıkanır.
22. Hastaya yapılan işlemler, hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.6	
Hasta ve Yaşlıya Sakal Bakımı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Sakal bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucuları tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya veya yakınına uygulamaya yönelik açıklama yapma ve işlem için onay alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlama	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme ve yatağı uygun pozisyona getirme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Kişinin sakal bölgesini değerlendirme, gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Hasta ve yaşlı, sakal bakımını kendi yapamayacak durumdaysa ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi, bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır. Bakımı yapabilecek biri varsa bilgilendirme yapılarak hasta ve yaşlının bakımının yapılması sağlanır.			
Hasta ve yaşlının boyun kısmına örtü yerleştirme	0	3	6
Yüzde temizlenecek alanları ılık su ile ıslatarak yumuşatma	0	3	6
Sakal üzerine tıraş köpüğü sürme	0	3	6
Tıraş bıçağı kullanarak tekniğine uygun kesme	0	3	6
Nemli havlu ile tıraş köpüğü kalıntılarını uzaklaştırma	0	2	4
Kuru havlu ile yüzü kurulama	0	2	4
Yüze nemlendirici losyon uygulama	0	2	4
Hasta ve yaşlının boynuna serilen örtüyü alma	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma veya temizleme	0	2	4
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma, yatak ve yatak başını indirme	0	2	4
Kişisel koruyucuları çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
İşlemi hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1. Ayak bakımı ve bası yarası arasında nasıl bir ilişki kurabilirsiniz?
2. Ayakta oluşan sağlık sorunları denilince aklınıza neler geliyor? Çevrenizde gördüğünüz örnekler var mı?

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya ayak bakımı yapmak.

GİRİŞ

Vücudun ağırlığını dengeleyerek taşıma ve hareketliliği sağlamada önemli bir yere sahip olan ayaklarda; sistemik hastalıklar, basıncın artması, yaşın ilerlemesi gibi nedenlerle sağlık problemleri gelişebilir. Özellikle yaşlı bireylerin hücre yenilenmesinin azalması, kronik hastalıkları ve kişisel bakımlarındaki eksiklikler ayak sağlığının sürdürülmesini önemli kılar. Ayak ile ilgili problemlerin giderilmesi ve ayak hijyeninin sağlanması, hasta ve yaşlının yaşam kalitesini arttırır. Hasta ve yaşlının ayak bakımının yapılabilmesi için önce ayak bakımının önemi, ayakta görülen sorunlar ve ayak bakımında dikkat edilecek noktalar hakkında bilgi edinilmesi gerekir.

2.4.1. Ayak Temizliği ve Bakımı

Kişisel bakım uygulamalarında ayak sağlığı ve hijyeninin sürdürülmesi önemlidir. Ayak bakımı;

- Ayak temizliği sağlayarak hasta ve yaşlıyı rahatlatmak,
- Ayakta oluşabilecek mantar enfeksiyonları, taban siğilleri, nasır, parmak arası çatlakları, tırnak batması, tırnak iltihabı, tırnak ve ayak tabanı kalınlaşması gibi oluşumları önlemek varsa tedavi etmek,
- Ayak kokusunu önlemek varsa gidermek,
- Ayakta oluşabilecek şekil bozukluklarını en aza indirmek ,
- Ayaktaki kan dolaşımını hızlandırmak amacıyla yapılan uygulamalardır.

Ayak temizliği ve bakımının düzenli olarak sağlanmasıyla ayaklarda oluşabilecek sorunlar önlenebilir. Özellikle yaşlılarda dolaşım bozukluğu ve diyabet hastalıklarına sık rastlandığı için ayak derisinin takibi iyi yapılmalıdır. Ayaklar (parmaklar, parmak araları, tırnaklar, ayak taban ve yan yüzleri); kızarıklık, çatlak, yara, kuruluk, enfeksiyon, ödem gibi etkenler açısından değerlendirilmelidir.

Görsel 2.32: Topukta bası yarası oluşumu

Bilinci yerinde olmayan, uzun süredir yatağa bağımlı veya yatak içinde pozisyon değiştirmeyi tercih etmeyen hastalara ayak bakımı verilirken bası yarası değerlendirmesi de yapılmalıdır. Bası yarası, ayağın basınca maruz kalan (genellikle topuk ve dış yan) kısımlarında oluşan yaralardır. Ayak bakımının yapılmaması ileri derecede bası yarası oluşumuna sebep olur (Görsel 2.32).

-Ayak bakımında dikkat edilecek noktalar

- Hasta ve yaşlı, ayak bakım tekniği hakkında bilgilendirilerek ayak bakımını kendisinin yapması sağlanır. Hastalık, bilincin açık olmaması, engellilik, güçsüzlük, ileri yaş sorunları gibi nedenlerle bağımsız bir şekilde ayak bakımını gerçekleştiremeyecek hasta ve yaşlılar yakınlarından veya refakatçiden yardım almalıdır. Hasta ve yaşlı, ayak bakımını kendi yapamayacak durumdaysa ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi veya bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır.

- Ayakta oluşan sağlık problemleri uzman sağlık personelleri tarafından değerlendirilerek bakım ve tedavi süreci gerçekleştirilir.

- Diyabetes mellitus (şeker hastalığı) ve kan dolaşımı rahatsızlığı olan bireylerde ayakta kan dolaşımın yeterli olup olmadığı, deri rengi, ısısı gözlemlenmelidir. Gerekli durumlarda uzman sağlık personeli bilgilendirilmelidir.

- Bol su ile durulanan ayaklarda herhangi bir sabun kalıntısı bırakılmamalıdır.

- Ayakların yıkandıktan sonra parmak araları da dahil mutlaka kurulanması gerekir. Nemli ortam, mantar enfeksiyonları açısından risklidir.

- Enfeksiyon riskini arttıracağı için diyabetli hastaların ayakları suda bekletilmemelidir.

- Kişinin ayak tırnakları kalınlaşmış ve sertse yumuşatıldıktan sonra tırnak batmasını önlemek için düz bir şekilde kesilmelidir. Tırnaklar çok dipten kesilmemelidir. Kesme işlemi sırasında çevre dokulara hasar verilmemelidir.

- Kullanılan tırnak makası, hasta ve yaşlıya özel olmalıdır. Bazı durumlarda (dolaşım rahatsızlığı, diyabet vs.) törpü de tercih edilebilir.

- Ayakta basınca bağlı olarak görülen nasır ya da kalınlaşmış dokular kesilmemeli ve bunların tedavisi için yardım alınmalıdır.

- Ayak topuğunun uzun süre aynı pozisyonda kalması derinin hassaslaşmasına ve cilt bütünlüğünün bozulmasına neden olur.

- Topukta bası yaralarını azaltmak veya bu yaralara karşı önlem almak adına silikondan yapılmış materyaller (topuk simitleri vb.) kullanılır.

- Ayakta kuruluk varsa nemlendirici losyonlar kullanılır.

- Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği durumlarda fizyoterapist eşliğinde masaj yapılarak alt ekstremitelerdeki dolaşım düzenlenir.

- Ayakta görülen şekil bozukluklarında yatak içinde gerekli destekler sağlanmalıdır. (Örneğin ayak düşmesinde ayak bileği ortezi kullanmak veya ayağı desteklemek).

- Hasta/yaşlı ve yakınları; ayak hijyeni, ayakkabı ve çorap seçimi, ayakta görülebilecek sorunlar hakkında bilgilendirilmelidir.

ÖĞRENME BİRİMİ **KİŞİSEL BAKIM İHTİYAÇLARI**

KONU **2.4.2. Hasta ve Yaşlıya Ayak Bakımı Yapma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya ayak bakımı yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

Kullanılan malzemeler standart olarak verilmiştir. Malzemeler; hastanın durumuna, sağlık kuruluşunun donanına, bakımın verildiği sağlık ünitesine, hastanın imkânlarına vb.ne göre değişiklik göstereblir. Ayak temizliğinde tek kullanımlık hijyenik temizleme süngerleri ya da hasta vücut temizleme mendilleri de tercih edilebilir.

- Kişisel koruyucular (eldiven, maske, önlük, bone vb.)
- Ayak sabunlama bezi
- Durulama havlusu
- Kurulama havlusu
- Sıvı geçirmez örtü
- Sabunlu su
- Duru su
- Böbrek küvet veya orta boy kap
- Ayak havlusu
- Nemlendirici veya vazelin
- Kâğıt havlu
- Tırnak makası/tırnak törpüsü (kişiye özel)
- Tıbbi atık kutusu

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Ayak bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır (Görsel 2.33).
3. Kişisel koruyucu önlük,bone, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya ya da hasta yakınına uygulamaya yönelik açıklama yapılır ve işlem için onay alınır.

Görsel 2.33: Ayak bakımında kullanılan malzemeler

5. Hasta ve yaşlı ya da yakınının bakım hakkında soruları varsa yanıtlanır.
6. Malzemeler; uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana yerleştirilir.
7. Kapı ve pencereler kapatılır. Mahremiyetin korunması için gerekli ise perde veya paravan çekilir.
8. İşlem yapılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.
9. Hasta ve yaşlıya sağlık durumuna uygun fowler ya da supine pozisyonu verilir.
10. Hasta ve yaşlının ayakları bası yarası, enfeksiyon,tırnak batması gibi sağlık sorunları açısından değerlendirilir.Herhangi bir sorun görüldüğünde uzman sağlık personeline bildirilir.
11. Ayak kısmındaki yatak takımları toplanarak ıslanması önlenir.
12. Sıvı geçirmez örtü ayakların altına gelecek şekilde serilir.
13. Hasta ve yaşlının çorapları çıkartılır ve üzerinde bulunan giysisi dize kadar sıyrılır.
14. Uzak taraftan başlayarak ayak bilekleri, ayak sırtı, topuk, ayağın altı , parmaklar ve parmak araları sabunlu bez ile silinir (Görsel 2.34).
15. Silinen yerler nemli bez kullanılarak durulanır.
16. Parmak araları da dahil olmak üzere ayakta nemli yer kalmayacak şekilde havlu ile kurulanır (Görsel 2.35).
17. Aynı işlem diğer ayak için tekrarlanır.

Tırnak bakımı gerekiyorsa şu işlem basamakları uygulanır:

Görsel 2. 34: Ayak bakımında silme işlemi

Görsel 2. 35: Ayak bakımında durulama işlemi

18. Ayakların altına kâğıt havlu yerleştirilir.

19. Tırnak makası kullanılarak ayak tırnakları düz şekilde kesilir. (Görsel 2.36). Tırnağın kesilmesi hasta ve yaşlı için sakıncalı ise tırnak törpüsü kullanılır.

20. Kalınlaşmış tırnaklar vazelin sürülerek yumuşatılır.Ayakta herhangi bir enfeksiyon, hastalık (diyabetes mellitus vb.), dolaşım sorunu, yara yok ise ılık su ile de yumuşatılabilir.

21. Ayak ve tırnaklar için hasta ve yaşlıya uygun nemlendirici kullanılır. Uzman sağlık personelinin verdiği ilaç varsa uygulanır.

22. Bakım sonrası kullanılan malzemeler temizlenir, tek kullanımlık malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.

23. Hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

24. İşlem yaparken indirilmiş yatak kenarlığı kaldırılır.

25. İşlem bitiminde kişisel koruyucular çıkarılır ve eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

Görsel 2.36: Tırnak kesimi

26. Hastaya yapılan işlemler hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 2.7	
Hasta ve Yaşlıya Ayak Bakımı Yapma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Ayak bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucuları tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının mahremiyetini sağlama	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Kişinin ayak derisi ve tırnaklarını değerlendirme, gerekli ise uzman sağlık personeline danışma	0	2	4
Hasta ve yaşlı, ayak bakımını kendi yapamayacak durumdaysa ve herhangi bir hasta yakını, refakatçisi, bakım vereni yoksa bu işlem onun adına hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır. Bakımı yapabilecek biri varsa bilgilendirme yapılarak hasta ve yaşlının bakımının yapılması sağlanır.			
Ayak kısmındaki yatak takımlarını toplama	0	2	4
Sıvı geçirmez örtüyü ayakların altına serme	0	2	4
Çorapları çıkarma ve giysiyi dize kadar sıyırma	0	2	4
Sabunlu bez ile ayağın tüm bölümlerini silme	0	2	4
Silinen yerleri durulama ve kurulama	0	2	4
Aynı işlemi diğer ayak için tekrarlama	0	2	4
Tırnak bakımı için ayakların altına kâğıt havlu serme	0	2	4
Kalınlaşmış tırnakları yumuşatma	0	2	4
Tırnak makası ile tırnakları düz olacak şekilde kesme	0	2	4
Ayaklara uygun nemlendirici ya da önerilen ilacı uygulama	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma veya temizleme	0	2	4
Hastaya önerilen pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Kişisel koruyucuları çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
İşlemi hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ

Bu öğrenme biriminde;

- Hasta ve yaşlının kıyafetlerini tekniğine uygun olarak değiştirmeyi,
- Kıyafet değişiminin kişide oluşturduğu psikolojik etkinin önemini,
- Hasta ve yaşlının genital bölge temizliğini tekniğine uygun yapmayı,
- Genital bölge temizliğinin önemini,
- Genital bölge temizliğinde kullanılacak malzemelerin özelliklerini,
- Hasta ve yaşlı menstürasyon dönemi gibi özel durumlarda hijyenin önemini,
- Hastalıkların önlenmesinde kişisel hijyen uygulamalarının önemini,
- Hasta ve yaşlıya tekniğine uygun banyo yaptırmayı,
- Hasta ve yaşlıya tekniğine uygun yatak banyosu yaptırmayı,
- Uygulamalar esnasında hijyen kurallarına dikkat edilmesinin önemini,
- Hasta ve yaşlıya uygulamalar esnasında bilgi vermeyi ve uygulamanın açıklama yapmasını,
- Uygulamalar esnasında hasta ve yaşlının mahremiyetine önem gösterilmesini,
- Uygulamalar esnasında gerekli güvenlik tedbirlerinin alınmasını,
- Uygulama işlem basamaklarını öğreneceksiniz.

KAVRAMLAR

- Perine bölgesi
- Menstrüasyon dönemi
- Saç banyosu
- Hazır saç bonesi
- Tıbbi atık

ÖĞRENME BİRİMİ KONULARI

- 3.1. HASTA VE YAŞLI KIYAFET DEĞİŞİMİ
- 3.2. HASTA VE YAŞLININ GENİTAL BÖLGE TEMİZLİĞİ
- 3.3. HASTA VE YAŞLIYA BANYO YAPTIRMA
- 3.4. YATAK BANYOSU

ÖĞRENME BİRİMİ 3

VÜCUT TEMİZLİĞİ

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.1. HASTA VE YAŞLI KIYAFET DEĞİŞİMİ**

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Kıyafet değişimi neden önemlidir?
2.Kıyafet değişiminin hasta ve yaşlıda oluşturduğu psikolojik etkiler neler olabilir?

AMAÇ

Hasta ve yaşlının kıyafet değişimini tekniğine uygun olarak yapmak.

GİRİŞ

Hastalık ve yaşlılık dönemi; yapısal ve fonksiyonel değişikliklerin yaşandığı, bunlara bağlı olarak çoğunlukla korunma, gözetim ve bakım gereksinimlerinin arttığı bir dönemdir. Hasta ve yaşlı bakım elemanı, yaşam beklentisi ve kalitesi düşen hasta ve yaşlıya sunduğu bakım içeriğiyle onun öz bakımına yardımcı olmalıdır. Ayrıca hasta ve yaşlının ailesini bakım ve tedavi süreci hakkında desteklemeli ve bilgilendirmelidir.

Hasta ve yaşlının kıyafet seçiminin doğru yapılması, öz bakımının rahatça yapılabilmesini sağlar. Hasta ve yaşlının giysilerinin rahatça ulaşabileceği bir yere konulması, giysilerinin temizliği, rahatlığı, pratikliği son derece önemlidir.

Hasta ve yaşlıların kıyafetleri; kirlendiğinde veya kişinin terlemesi, banyo yapması hâlinde değiştirilmelidir. Kıyafet değişimi, hasta ve yaşlının istediği ve hasta ve yaşlı bakım elemanının gerekli gördüğü zamanlarda da yapılabilir. Kıyafet değiştirme işlemi; hastaların mahremiyetine dikkat edilerek, onları yormadan, vücut mekaniklerine uyularak yapılmalıdır. Kıyafet değişimi esnasında hasta ve yaşlıya nazik davranılması, hasta ve yaşlının almış olduğu tedavi ve bakımın etkisini arttırmakta ve bakım hizmeti veren hasta ve yaşlı bakım elemanına karşı güven duygusunu geliştirmektedir.

3.1.1. Kıyafet Değişiminin Genel Amaçları

- Hastanın rahatlaması
- Kişisel hijyen
- Beden imajının ve öz güven duygusunun gelişmesi

Hasta ve yaşlı, kıyafetlerini tek başına değiştirebiliyorsa temiz kıyafetleri giyinme sırasına göre bırakılmalıdır. Hasta ve yaşlı tamamen bağımlı değilse giysilerinde yapılacak ufak ve pratik değişiklikler ile başkalarına bağımlılığı azaltılarak kendisinin giyinmesi teşvik edilmelidir. Hasta ve yaşlı tamamen bakıma muhtaçsa kullanılacak giysiler, hasta ve yaşlının kullanımına ve giyim tarzına uygun olarak hasta ve yaşlı bakım elemanının kolayca giydirebileceği şekilde olmalıdır.

Unutkanlık problemi olan (bunama, alzheimer) kişilerde kıyafetler sık sık değiştirilerek giyinme egzersizleri(hatırlama) yaptırılmalıdır. Hatta demansı (bunama) olan yaşlıların alışkanlıklarını bozmamak için birbirine benzer kıyafetlerin kullanılması psikolojik olarak rahatlatıcı olabilir. İdrar ve gaitasını kaçırma problemi olan hasta ve yaşlılarda ise genel olarak kolay giyilip çıkarılabilen giysiler tercih edilmelidir.

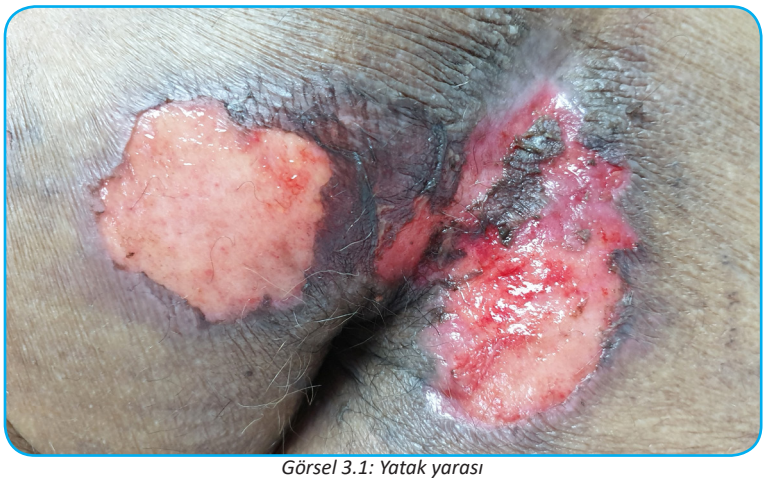
Alzheimer (Alzheimer) Hastalığı: *Yaşlılıkla beraber ortaya çıkan ve başta unutkanlık olmak üzere çeşitli zihinsel ve davranışsal bozukluklara yol açan, günlük yaşam aktivitelerini etkileyen ilerleyici bir beyin hastalığıdır (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020).*

3.1.2. Kıyafet Değişiminde Dikkat Edilecek Noktalar

- Mahremiyete saygı göstermek ve kişinin üşümesini önlemek için açık olan kapı ve pencereler kapatılmalıdır. Birden fazla yataklı hasta ve yaşlı odalarında kıyafet değişimi yapılırken yatak aralarına paravan ya da perde çekilmelidir.

- Hasta ve yaşlı, kıyafet değişimi sırasında mümkün olduğunca harekete teşvik edilmelidir.

- Kıyafet değişimi yapılırken hasta ve yaşlının cildi yatak yarasına sebep olan renk değişikliği, kuruluk, pullanma gibi belirtiler yönünden incelenmelidir (Görsel 3.1.).



Görsel 3.1: Yatak yarası

- Hasta ve yaşlı bakım elemanı, bakım esnasında hasta ve yaşlının hayati bulgularını (nabız, solunum vb.) gözlemlemelidir.

- Kıyafet değişimi sırasında hasta ve yaşlının hayati bulgularında olumsuz değişimler gözlemlendiyse işlem sonlandırılır ya da kişi kendine gelene kadar işleme ara verilir.

- Hasta ve yaşlının bilinci yerindeyse yapılacak olan uygulamalar birey ile birlikte planlanmalı, gerekli durumlarda aile bireylerine de eğitim verilerek bakıma katılımları sağlanmalıdır.

- Hijyen konusunda hasta ve yaşlının kültürüne ve dinî inancına saygı gösterilmelidir.

- Hasta ve yaşlının inançları gereği uygulamalar esnasında farklı istekleri olabilir, bu istekleri uygulamalar ve hijyen açısından herhangi bir sorun oluşturmuyorsa dikkate alınmalıdır. Uygulamalar esnasında hasta ve yaşlının isteklerini dikkate almak onu psikolojik olarak rahatlatacağı gibi genel sağlık durumu üzerinde de olumlu etki oluşturacaktır.

3.1.3. Kıyafet Seçiminde Dikkat Edilecek Noktalar

- Kıyafetler kolay giydirilip çıkarılabilen tarzda, temiz ve terletmeyen kumaştan olmalıdır.

- Kıyafetler düğmeli ise düğme sayısı azaltılıp yerine yapışkan şeritler dikilmelidir.

- Giysiler sık yıkamaya dayanıklı olmalıdır.

- Olası kazaların önüne geçmek, hasta ve yaşlının üşümesini engellemek için terlik yerine tabanı kaymaz ve kolay giyilip çıkarılabilen ayakkabı tercih edilmelidir.

- Pijama, eşofman ve çoraplar kolayca giyilebilmesi için esnek yapıda olmalıdır.

- Kıyafetlerin vücuda tam oturmamasına ve mevsime uygun olmasına dikkat edilmelidir.

- Hasta ve yaşlının iç çamaşırları da dâhil olmak üzere tüm kıyafetleri ütülenebilir olmalıdır.

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.1.4. Hasta ve Yaşlının Kıyafetlerinin Çıkarılması Ve Giydirilmesi**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının kıyafetlerini tekniğine uygun olarak çıkarmak ve giydirmek.

Kullanılacak Malzemeler

- Tek kullanımlık eldiven
- Maske
- Kirli arabası
- Temiz kıyafetler
- Paravan veya perde
- Tıbbi atık kutusu (kırmızı)

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Kıyafet çıkarma için gerekli malzemeler hazırlanır. Giydirilecek temiz kıyafetler, giyim sırasına göre düzenlenir.
3. Eldivenler ve maske tekniğe uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya, yapılacak olan işlemler ve bu işlemlerin nedeni hakkında bilgi verilir. Hastanın onayı alınır. Hastanın işlemler hakkında soruları varsa yanıtlanır.
5. Kıyafet değişimi öncesinde paravan ya da perde çekilerek hastanın mahremiyetine özen gösterilir.

Görsel 3.2: Hasta ve yaşlı mahremiyeti için perdenin çekilmesi

6. Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlarlıkları indirilir.

Hasta ve yaşlı kısmi felçli veya tamamen felçli ise kıyafet değişiminde aşağıdaki işlem basamakları uygulanır:

1. Hasta ve yaşlı oturur pozisyona gelebiliyorsa oturtulur, oturamıyorsa sırtüstü pozisyon verilir.

2. Kısmi felçli hasta ve yaşlılarda kıyafetlerin çıkarılmasına kişinin sağlam tarafından başlanılmalıdır.

Görsel 3.3: Hastanın sağlam tarafından başlanılarak kıyafetlerin çıkarılması

3. Kıyafetler düğmeliyse öncelikle düğmeler açılır. Hasta ve yaşlının sağlam taraftaki omzundan kaydırılan kıyafetten sağlam kol çıkartılır.

4. Kıyafet düğmeli değilse hasta ve yaşlının vücudunun üst kısmı eğilir. Kıyafet önce hastanın sağlıklı tarafından daha sonra felçli kolundan çıkartılır.

5. Hasta ve yaşlının kolunda serum veya kateter varsa üst kıyafeti çıkartılırken önce serum takılı olmayan koldan başlanır. Sonra serum seti kapatılır ve serum torbası askıdan indirilir. Üst kıyafetin kolu aşağıya doğru indirilir, serum seti ve torbası kıyafetin içinden geçirilir ve kıyafet çıkarılır.

6. Çıkarılan üst kıyafetlerden sonra eldivenler değiştirilir.

7. Hasta ve yaşlının mahremiyetine saygı göstermek ve üşümesini önlemek için temiz kıyafetlerin giydirilmesine ara verilmeden başlanır. İşlem olabildiğince hızlı yapılmalıdır.

8. Hasta, üst kıyafetinin giydirilmesi için yatakta oturur pozisyona getirilmelidir. (Yatak başucu kaldırılarak da oturur pozisyona getirilebilir.) Hastanın üst kıyafetinin rahat giydirilebilmesi için bluz veya gömlek önden açık, düğmeli ve bol kollu olmalıdır.

9. Üst kıyafet giyinme işlemine kısmi felçli hastalarda felçli taraftan, tamamen felçli hastalarda hasta ve yaşlı bakım elemanına uzak olan taraftan başlanılır.

Görsel 3.4: Kısmi felçli hasta ve yaşlılarda kıyafet giydirilmesine felçli taraftan başlanılması

Görsel 3.5: Tamamen felçli hasta ve yaşlıda giyinme işlemine hasta ve yaşlı bakım elemanına uzak taraftan başlanılması

10. Alt kıyafetler, hasta ve yaşlı oturur pozisyondaysa kalçadan mümkün olduğunca aşağı doğru indirilir. Kıyafet çıkarılırken hasta ve yaşlının kalçasını kaldırması istenir. Böylece indirilen kıyafet önce sağlıklı bacaktan sonra felçli olandan çıkartılır.

Görsel 3.6: Alt kıyafetlerin oturur pozisyonda çıkarılması

11. Alt kıyafetler yatar pozisyonda çıkartılacaksa hastadan kolları ile yataktan destek alması ve dizlerini bükerek kalçasını kaldırması istenir. Kıyafet aşağı doğru indirilir. İndirilen kıyafet önce sağlıklı bacaktan sonra felçli olandan çıkartılır.

Görsel 3.7: Yatar pozisyonda alt kıyafetlerin çıkarılması

12. Hasta ve yaşlının iç çamaşırları çıkarılmadan önce mahremiyeti için üstü örtülür.

13. Hasta ve yaşlı kollarından destek alarak kalçasını kaldırabiliyorsa kaldırır ve iç çamaşırları da alt kıyafetleri gibi bel kısmından aşağı indirilerek çıkarılır.

14. Hasta ve yaşlı kalçasını kaldıramıyorsa yardım edilir.

15. Alt kıyafetler çıkarıldıktan sonra eldiven değiştirilir.

16. Alt kıyafetleri giydirme işlemine iç çamaşırlar giydirilerek başlanır.

17. İç çamaşırları giydirme işlemi, hasta ve yaşlının mahremiyeti için üstü örtülüyken yapılır.

18. Felçli hastanın sorunlu bacağı sağlam bacağının üzerine çapraz şekilde koyulur ve önce sorunlu bacağına sonra sağlam bacağına kıyafet giydirilir.

19. Hasta ve yaşlı kollarından destek alarak kalça bölgesini kaldırabiliyorsa kaldırması söylenir. Kişi kalçasını kaldıramıyorsa yardım edilir ve alt kıyafetler bel kısmından tutularak yukarı doğru çekilir.

20. Hasta ve yaşlının ayaklarına çorapları giydirilir ve üşümemesi için hırka giymesi sağlanır.

Hasta ve yaşlı tamamen felçli ise alt kıyafet değişiminde şu işlem basamakları uygulanır:

1. Hastaya, bir tarafa yan yatış pozisyonu verilir. Hastanın alt kıyafeti indirilebildiği kadar aşağı indirilir.

Görsel 3.8: Tamamen felçli hasta ve yaşlıda alt kıyafetin çıkarılması

2. Aynı işlem hastanın diğer tarafı için de uygulanır. Hastanın kıyafetleri rahatça çıkarılabilecek duruma gelene kadar aynı işlem tekrar edilir.

3. Hasta ve yaşlının iç çamaşırları tekniğine uygun olarak çıkarılır.

4. Çıkarılan kıyafetlerden sonra eldivenler değiştirilir.

5. Giyinme işlemine iç çamaşırlarının tekniğine uygun giydirilmesiyle başlanır.

6. İç çamaşırlarının giydirilmesi işlemi, hasta ve yaşlının mahremiyeti için üstü örtülüyken yapılır.

7. Hasta ve yaşlıdan dizlerini bükmesi istenir. Kıyafet, hasta ve yaşlının hasta bakım elemanına uzak olan taraftaki ayağı tutularak giydirilir. Sonra diğer taraf giydirilir. Alt kıyafetler bel kısmından tutularak yukarı doğru çekilir.

8. Çoraplar, ayak parmaklarından ayak bileğine doğru giydirilir.

9. Kıyafet çıkarma ve giydirme sırasında yatak takımları kirlendiyse değiştirilir.

10. Çıkarılan kıyafetlerin hijyen kurallarına uyularak (başka yüzeylere temas etmesi engellenerek) kirli arabasına atılması sağlanır. Hasta ve yaşlıya temas eden tek kullanımlık malzemeler (eldiven, gazlı bez, kişisel koruyucu önlük, maske, kan ile temas eden diğer malzemeler vb.) tıbbi atığa (kırmızı) atılır (Görsel 3.9).

Görsel 3.9: Tıbbi atık

11. Yatak kenarlıkları kaldırılır, hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği uygun pozisyon verilir.

12. İşlem bittikten sonra maske ve eldivenler çıkarılır.

13. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

14. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkilerihasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.1	
Hasta ve Yaşlıda Kıyafet Değişimi	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	**UYGULAMAYI YAPAMADI**	**UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR**	**UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI**
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	2
Kıyafet değişimi için gerekli malzemeleri hazırlama	0	1	2
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	2
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	2
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	2
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	2
Paravanı veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	1	2
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	2
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	1	2
Paravanı veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	1	2

Kısmi felçli hasta ve yaşlılarda sağlam taraftan başlayarak kıyafetleri çıkarma	0	1	2
Kıyafetler düğmeli ise üst kıyafetleri işlem basamaklarına uygun çıkarma	0	1	2
Kıyafet düğmeli değilse üst kıyafetleri işlem basamaklarına uygun çıkarma	0	1	2
Serum veya kateter varsa üst kıyafeti çıkartırken önce serum takılı olmayan koldan başlama	0	1	2
Çıkarılan kıyafetlerden sonra eldivenleri değiştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının mahremiyetine saygı gösterilmek ve üşümemesini engellemek için hızlıca üst kıyafetleri giydirme	0	2	4
Üst kıyafet giyinme işlemine kısmi felçli hastalarda felçli taraftan, tamamen felçli hastalarda hasta ve yaşlı bakım elemanına uzak olan taraftan başlama	0	2	4
Hasta yatar pozisyondayken alt kıyafetleri tekniğine uygun çıkarma	0	2	4
Hasta ve yaşlının iç çamaşırlarını tekniğine uygun çıkarma	0	2	4
İç çamaşırları giydirme işlemini hasta ve yaşlının mahremiyeti için üstü örtülüyken yapma	0	2	4
Çıkarılan kıyafetleri kirli arabasına atma	0	2	4
Çıkarılan alt kıyafetlerden sonra eldivenleri değiştirme	0	2	4
Alt kıyafetleri giydirme işlemine iç çamaşırlarını giydirerek başlama	0	2	4
Hasta ve yaşlının dizleri büktürme ve hasta ve yaşlı bakım elemanına uzak olan taraftaki ayağını tutarak giydirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının ayaklarına çorap giydirme, üşümemesi için hırka giydirme	0	2	4
Kıyafet çıkarma ve giydirme sırasında yatak takımları kirlendiyse değiştirme	0	2	4
Kıyafet değişimi yaparken hasta ve yaşlının cildindeki renk değişimi, kuruluk, pullanma vb. durumlara dikkat etme	0	2	4
Bakım esnasında hasta ve yaşlının hayati bulgularını (nabız, solunum vb.) gözleme	0	2	4
Çıkarılan kıyafetleri kirli arabasına atma	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	2	4
Hastaya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyonu verme	0	1	2
Yatak kenarlığını kaldırma	0	1	2
Eldivenleri çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	1	2
Yapılan işlemleri kaydetme	0	1	2
TOPLAM	**0**	**50**	**100**
GENEL DEĞERLENDİRME			
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.			
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.			
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.			

Uygulama İle İlgili Notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.2. HASTA VE YAŞLININ GENİTAL BÖLGE TEMİZLİĞİ**

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Genital bölge temizliği neden önemlidir? Genital bölge temizliğinde kullanılan malzemeler nelerdir?
2.Koltuk altı temizliğinde kullanılması gereken malzemeler nelerdir.
3.Perine bakımı ve koltuk altı temizliğinde dikkat edilmesi gereken kurallara örnekler veriniz.

AMAÇ

Hasta ve yaşlının genital bölge temizliğini tekniğine uygun olarak yapmak.

GİRİŞ

Perine bölgesinin (makat ile üreme organı arasındaki bölge) temizliği ve koltuk altı bakımı çoğunlukla vücut banyosunun bir parçasıdır. Ancak genital bölge temizliği; mesane katateri(idrar torbasının içindeki idrarın boşaltılması işlemi), vajinal kanaması, idrar, gaz ya da dışkı kontrolü kaybolan hastalar, yatağa bağımlı hasta ve yaşlılarda vücut banyosu beklenmeden düzenli uygulanması gereken bir öz bakım ihtiyacıdır. Koltuk altları, vücudumuzun en fazla terleyen bölgesi olduğu için pis kokar. Bu sebeple hastanın koltuk altı kıllarının uzadıkça kesilmesi ve koltuk altı bakımının vücut banyosu beklenmeden düzenli olarakyapılması gerekir.

Vücudun en kirli bölgeleri olan perine bölgesi ve koltuk altları, nemli ve sıcaktır. Ter, idrar gibi vücut salgılarının perine bölgesindeki kıvrımlar arasında birikmesi, mikroorganizmaların buraya kolayca yerleşip çoğalmasına uygun ortam oluşturmaktadır. Özellikle kadınlarda urethranın [üretra (idrar kanalı)] daha kısa ve idrar kanalının dışarıya açıldığı ağız ile anüs [anüs (makat)] birbirine çok yakın olması nedeni ile perine temizliği çok önemlidir. Ayrıca kadınlarda menstruation [menstrüasyon (ergenlik çağına girmiş kız ve kadınlarda dört haftada bir görülen genital kanama)] döneminde vaginanın [vajina (kadın çiftleşme organı)] dışında biriken kan, bölgedeki bakterilerin çoğalmasına neden olabilir. Bu yüzden menstruation döneminde hijyen önemlidir.

Perine bölgesi ve koltuk altı bakımının bir başkası tarafından yapılması hasta ve yaşlının utanmasına neden olan, onu sıkıntıya sokan bir durumdur. Hasta ve yaşlı, bakımını kendisi yapabilecek durumdaysa işlemin nasıl yapılacağı ona anlatılmalı ve işlemi kendisinin yapması sağlanmalıdır. Ancak hasta ve yaşlıya nelaton sonda, foley sonda vb. araçlar uygulanmışsa perine bakımı mutlaka hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılmalıdır. Perine bakımı ve koltuk altı bakımında hasta ve yaşlının hijyene ilişkin düşünceleri, bilgi düzeyi, kültürel yönü ve inançları değerlendirilmeli; farklı yönlerine saygı duyulmalıdır.

Perine bakımı verirken hastanın gizliliğini korumayı ve asepsi ilkelerine dikkat etmeyi unutmamalıyız.

3.2.1. Perine ve Koltuk Altı Bakımının Amaçları

- Hasta ve yaşlıyı gelişebilecek enfeksiyonlardan korumak
- Hasta ve yaşlının vücudunda kötü koku oluşmasını önlemek
- Hasta ve yaşlının rahat etmesini ve temiz olmasını sağlamak.

3.2.2. Perine ve Koltuk Altı Bakımında Dikkat Edilecek Noktalar

- Hasta ve yaşlının mahremiyetine özen gösterilmelidir.
- Perine bakımı sırasında deri bütünlüğünü korumak için silme işlemi basınç uygulamadan yumuşak hareketlerle yapılmalıdır.
- Temizlik her zaman önden arkaya doğru yapılmalıdır.
- Her silme sonrası gaz tampon (spanç) veya silme bezi değiştirilmelidir.
- Hasta ve yaşlının iç çamaşırları rahat olmalı, vücudu aşırı sıkan kıyafetlerden kaçınılmalıdır.
- Perine bölgesinin her zaman temiz ve kuru olması sağlanmalıdır.
- Perine bakımı her dışkılama ve tuvalet sonrası tekrar edilmelidir.
- Perine bölgesi ve koltuk altı, alkol bazlı solüsyonlar ile asla temizlenmemelidir. Perine ve koltuk altı bakımı ve koltuk altı bakımı yaparken temiz su kullanmak yeterlidir.

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.2.3. Hasta ve Yaşlının Genital Bölge Temizliği**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının genital bölge temizliğini tekniğine uygun olarak yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Tek kullanımlık eldiven ve maske
- Kurulama için steril pedler
- Tek kullanımlık silme bezleri
- Böbrek küvet
- Distile su (zararlı olabilecek maddelerden arındırılmış su)
- Gerekliyse hasta bezi
- Kişisel koruyucu önlük (sıvı geçirmez)
- Yatak koruyucu sıvı geçirmez örtü
- Bariyer kremler
- Kirli arabası
- Tıbbi atık (kırmızı)
- Paravan veya perde

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Genital bölge temizliği için gerekli malzemeler hazırlanır.

Görsel 3.10: Genital bölge temizliğinde kullanılan malzemeler

3. Koruyucu önlük, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.

4. Hasta, uygulanacak işlem hakkında bilgilendirilir. Hastanın soruları varsa yanıtlanır ve hastadan izin alınır.

5. Genital bölge temizliğine başlamadan önce gerekliyse hasta ve yaşlıya tekniğine uygun olarak ördek ve sürgü verilir.

6. Malzemeler için uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alan seçilir. Odanın kapısı ve açık penceresi varsa kapatılır ve oda sıcaklığı ayarlanır.

7. Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.

8. Hasta ve yaşlının alt kıyafetleri tekniğine uygun olarak çıkartılır.

9. Hasta ve yaşlının mahremiyetine özen gösterilir, perde veya paravan çekilir. Hasta ve yaşlıya uygulanacak işlem için uygun pozisyon verilir.

Görsel 3.11: Kadınlarda Dorsal Recumbent (Dorsal Rekümbent) Poziyonu

Görsel 3.12: Erkeklerde sırt üstü yatış pozisyonu

10. Hasta ve yaşlının altına yatak koruyucu sıvı geçirmez örtü serilir.

11. Distile su, böbrek küvete dökülür ve steril silme bezleri içine koyulur. Silme bezleri, hastanın perine bölgesi silinirken hafif sıkıldıktan sonra kullanılır.

12. Hasta ve yaşlıda üriner sonda varsa bakımı yapılır.("Boşaltım İhtiyaçları" ünitesinde üriner sonda bakımı ayrıntılı olarak anlatılmıştır.)

13. Perine bölgesi temizleme işlemine başlanılır.

Kadınlar için genital bölge temizliği işlem basamakları şunlardır:

1. Dışkılamadan sonra temizlik yapılıyorsa öncelikle hastanın altındaki bezin kirli kısmı rulo yapılır.

2. Anal bölgedeki dışkı temizlenir.

3. Silme işlemi, temizden kirliye ve uzak taraftaki kasığın iç yüzünden kalçalara doğru uzunlamasına yapılır. Yakın taraftaki uyluk ve mons pubis [mons pubis (büyük dudakların ön birleşme yerinin üst tarafında bulunan kabarık kısım)] temizlenir, durulanır ve kurulanır.

4. Bir el ile labiumlar [labiyum (dudak ya da dudak şeklinde oluşum)] açılır. Labiumlar diğer el ile yukarıdan aşağıya doğru uzunlamasına hareketlerle her harekette bezin ayrı kısımları kullanılarak temizlenir, durulanır ve kurulanır.

5. Her bir silme işleminde farklı silme bezi kullanılır.

6. Kirli malzemeler işlem esnasında tıbbi atık kutusuna atılır.

7. Özellikle genital bölgedeki kıvrımların arası iyice temizlenmeli, idrar ve gaita kaçırma problemi olan hastalarda bası yaralarını önlemek için bu bölgeye bariyer kremleri uygulanmalıdır.

8. Temizleme işlemi bittikten sonra hasta bezi kullanan hasta ve yaşlıya bezi bağlanır.

9. Hasta ve yaşlının kıyafetleri tekniğine uygun olarak giydirilir (Kıyafet giydirme işlemi ile ilgili detaylı bilgi "-İşlem Basamakları" başlığında verilmişti.)

Menstruation Döneminde Genital Bölge Bakımı

- Menstruation döneminde akan kanın yayılmaması için emici özelliği olan pedler kullanmak gerekir.

- Bu dönemde iç çamaşırları sık sık değiştirilmelidir.

- Pedler günde en az 6 saat ara ile değiştirmeli ve ped kullanımı öncesi el temizliğine dikkat edilmelidir.

- Pedin dış üreme organlarına temas edecek yüzüne dokunulmamalıdır.

- Bu dönemde pamuk doğrudan değil üzerine gazlı bez sarılarak ped hâline getirildikten sonra kullanılmalıdır.

- Mestruation döneminde hasta ve yaşlının vücudunda kötü koku oluşabilir veya hasta, içinde bulunduğu dönem nedeniyle kendini rahatsız hissedebilir. Bu durumda kişinin ılık su ile yıkanması sağlanmak sıkıntılarını azaltacaktır.

- Menstruation döneminde ped yerine tampon da kullanılabilir. Ancak tampon, kızlık zarına zarar vereceği için evlenmemiş genç kızlar tarafından kullanılmamalıdır. Tampon; vagina içine yerleştirilen, silindir şeklinde medikal bir üründür. Pamuktan üretilen tamponun rahatça çıkarılması için takıldıktan sonra vajinadan dışarıya doğru sarkacak uzunlukta bir ipi vardır.

- Tampon her 4 saatte bir değiştirilmeli ve tamponun 6 saatten fazla kullanılmamasına özen gösterilmelidir.
- Tamponun uzun süre değiştirilmemesi enfeksiyon riskini arttırır. Hastada ateş, bulantı, kusma, halsizlik, kas ağrısı, baygınlık, baş dönmesi, ciltte kızarıklık gibi bulgular saptanırsa doktora müracaat edilmesi gerekir.
- Kullanılan ped veya tampon bir kâğıt havluya ya da poşete sarılarak çöpe atılmalıdır.
- Çöpte uzun süre bekleyen kullanılmış menstruation ürünlerinin ciddi oranda bakteri üretebileceği ve kötü kokulara neden olabileceği unutulmamalıdır.

Erkekler için genital bölge temizliği işlem basamakları şunlardır:

1. Penis gövdesinden tutulur.
2. Önce idrar kanalının dışarıya açıldığı ağız, dairesel hareketlerle aşağıya kasığa doğru silinir.
3. Sonra scrotum [skrotum (testisi içine alan torba)] yukarıdan aşağı doğru basınç uygulanmadan silinir.
4. Tüm bu bölgeleri temizlerken her bir silmede farklı silme bezi kullanılır, silinen bölgeler aynı silme ilkelerine göre kurulanır.
5. İdrar ve gaita kaçırma problemi olan hastalarda bası yaralarını önlemek için bu bölgeye bariyer kremler uygulanmalıdır.
6. Hasta ve yaşlının perine bölgesi, enfeksiyon belirti ve bulguları açısından değerlendirilir.

   Perine bölgesi enfeksiyon belirti ve bulguları şunlardır:

   - Koku
   - Pürülan akıntı
   - Ödem
   - Kızarıklık
   - Tahriş
   - Isı artışı
   - Hassasiyet
7. Hasta ve yaşlıya temas eden tek kullanımlık malzemeler (eldiven, gazlı bez, kişisel koruyucu önlük, maske, kan ile temas eden diğer malzemeler vb.) tıbbi atığa (kırmızı) atılır.
8. Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler ortamdan alınarak kirli arabasına atılır.
9. Eldivenler değiştirilir, hasta ve yaşlıya temiz alt kıyafetleri tekniğine uygun olarak giydirilir.
10. Yatak kenarlıkları kaldırılır, hasta ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.
11. İşlem bittikten sonra koruyucu önlük, maske ve eldivenler çıkarılır.
12. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.
13. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.2	
Hasta ve Yaşlının Genital Bölge Temizliğini Yapmak	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri "El Yıkama Standartları" na göre yıkama ve kurulama	0	1	2
Genital bölge temizliği için gerekli malzemeleri hazırlama	0	1	2
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	2
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	2
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Genital bölge temizliğine başlamadan önce gerekliyse hasta ve yaşlıya tekniğine uygun olarak ördek ve sürgü verme	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Paravanı veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	2	4
Odanın kapısını ve varsa açık penceresini kapatma, oda sıcaklığını ayarlama	0	2	4
Hasta ve yaşlının altına yatak koruyucu sıvı geçirmez örtü serme	0	2	4
Silme işlemini temizden kirliye doğru yapma	0	2	4
Kadınlarda genital bölge temizliğini işlem basamaklarına uygun olarak yapma	0	2	4
Menstruation döneminde genital bölge bakımını yapma	0	2	4
Erkekler genital bölge temizliğini işlem basamaklarına uygun olarak yapma	0	2	4
Her silme işleminde farklı silme bezi kullanma	0	2	4
Silinen bölgeleri silme ilkelerine göre kurulama	0	2	4
İdrar ve gaita kaçırma problemi olan hastalarda bası yaralarını önlemek için bu bölgeye bariyer kremleri uygulama	0	2	4
Hasta ve yaşlının perine bölgesini enfeksiyon belirti ve bulguları açısından değerlendirme	0	2	4
Özellikle kıvrım aralarını iyice temizleme	0	2	4
Temizleme işlemi bittikten sonra hasta bezi kullanan hasta ve yaşlıya bezini bağlama	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	2	4
Hastaya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Eldivenleri çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
Yapılan işlemleri kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.2.4. Hasta Ve Yaşlı Koltuk Altı Temizliği**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının koltuk altı temizliğini tekniğine uygun olarak yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Eldiven
- Kişisel koruyucu önlük
- Maske
- Sabunlama lifi
- Sabun veya şampuan
- Bir kova el yakmayacak derecede su
- 2 adet küvet
- Banyo havlusu
- Yüz havlusu
- Sıvı geçirmez koruyucu örtü
- Kirli arabası
- Tıbbi atık (kırmızı)
- Paravan veya perde

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Koltuk altı bakımı için gerekli malzemeler hazırlanır.
3. Kişisel koruyucu önlük (sıvı geçirmez), maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya koltuk altı bakımının gerekliliği ve nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilir. Hasta ve yaşlının soruları varsa yanıtlanır ve hastanın onayı alınır.
5. Malzemeler için uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alan seçilir.
6. Açık olan pencere ve kapılar kapatılır.

7. Oda sıcaklığı ayarlanır (25 °C).

8. Hasta ve yaşlının mahremiyetinin korunmasına dair gerekli tüm önlemler (fizyolojik, psikolojik ve çevresel önlemler) alınmalıdır.

9. Hasta ve yaşlının koltuk altı bakımı ile ilgili istekleri uygulamada dikkate alınır.

10. Hasta ve yaşlıya alerjik hastalığı olup olmadığı sorulur.

11. Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.

12. Hasta ve yaşlının üst kıyafetleri tekniğine uygun olarak çıkartılır.

13. Biri sabunlu su, diğeri duru su olmak üzere küvetler uygun derecede sıcak su ile doldurulur.

14. Hasta ve yaşlıya uygulama için sırt üstü yatış pozisyonu verilir. Gerektiğinde kişiye oturur veya yarı oturur pozisyon da verilebilir.

15. Sabunlama lifi, kese hâline getirilir.

16. Koltuk altı temizliğine uzak taraftaki koldan başlanır.

17. Uzak taraftaki kolun altına sıvı geçirmez örtü ve banyo havlusu yerleştirilir.

18. Kol yukarı kaldırılır ve bilekten koltuk altına doğru fazla basınç uygulamadan sabunlanır, durulanır ve kurulanır.

19. Koltuk altı sabunlanır, durulanır ve kurulanır.

20. Yakın taraf kol ve koltuk altı da aynı şekilde sabunlanır, durulanır ve kurulanır.

21. Koltuk altı tüyleri de kötü kokuya neden olan en önemli sebeplerden biridir ve düzenli olarak temizlenmesi gerekir.

22. Kullanılan malzemeler, bakım sonrasında temizlenir.

23. Hasta ve yaşlıya temas eden tek kullanımlık malzemeler (eldiven, gazlı bez, kişisel koruyucu önlük, maske, kan ile temas eden diğer malzemeler vb.) tıbbi atığa (kırmızı) atılır.

24. Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler ortamdan alınarak kirli arabasına atılır.

25. Eldivenler değiştirilir ve hastanın temiz kıyafetleri tekniğine uygun olarak giydirilir.

26. Eldiven ve kişisel koruyucu giysiler tekniğine uygun olarak çıkarılır.

27. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

28. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.3	
Hasta ve Yaşlının Koltuk Altı Temizliğini Yapmak	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri "El Yıkama Standartları" na göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Koltuk altı temizliği için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucu önlük (sıvı geçirmez), maske ve eldivenleri tekniğine uygun olarak giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeler için uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alan seçme	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Paravanı veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	2	4
Odanın kapısını ve varsa açık penceresini kapatma, oda sıcaklığını ayarlama	0	2	4
Hasta ve yaşlının üst kıyafetlerini tekniğine uygun olarak çıkarma	0	2	4
Biri sabunlu su, diğeri duru su olmak üzere küvetleri 3/2' sini uygun derecede sıcak su ile doldurma	0	2	4
Koltuk altı temizliğine uzak taraftaki koldan başlama	0	2	4
Uzak taraftaki kolun altına sıvı geçirmez örtü ve banyo havlusu yerleştirme	0	2	4
Kolu bilekten koltuk altına doğru uzunlamasına ve hafif bir basınçla sabunlama, durulama ve kurulama	0	2	4
Yakın taraf kol ve koltuk altını sabunlama, durulama ve kurulama	0	3	6
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	3	6
Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeleri ortamdan alarak kirli arabasına atma	0	2	4
Eldivenleri değiştirme ve hastanın temiz kıyafetlerini tekniğine uygun olarak giydirme	0	2	4
Hastaya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Eldiven ve kişisel koruyucu giysileri tekniğine uygun olarak çıkarma	0	2	4
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama	0	2	4
Yapılan işlemleri kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1.Hasta ve yaşlıda banyo bakımının amaçları nelerdi?
2.Hasta ve yaşlı banyoları uygulama amacına göre kaça ayrılır? Banyo bakımında kullanılan malzemeler nelerdir?
3.Banyo içi güvenlik önlemlerine örnekler veriniz.

AMAÇ

Hasta ve yaşlının tekniğine uygun olarak banyo yapmasını sağlamak.

GİRİŞ

Banyo, hasta ve yaşlının kişisel bakımının önemli bir parçasıdır. Banyonun en önemli amacı, temizliği sağlamaktır. Ayrıca banyo; vücudu atık maddelerden arındırır, kötü kokuları önler, bireye rahatlık ve güven duygusu verir. Enfeksiyonun önlenmesi, deri bütünlüğü ve sağlığının korunması açısından da gereklidir.

Hasta ve yaşlıya banyo yaptırırken mahremiyet kurallarına uymaya özen gösterilmelidir. Banyo uygulaması hasta ve yaşlı ile birlikte planlanmalıdır. Gerekli durumlarda uygulama hakkında aile bireylerine eğitim verilmeli ve onların da bakıma katılmaları sağlanmalıdır. Banyo esnasında hasta ve yaşlının kültürel farklılıklarına ve inançlarına saygı gösterilmelidir.

3.3.1. Hasta ve Yaşlıda Banyo Bakımının Amaçları

- Hasta ve yaşlının deri bütünlüğünü sağlamak ve hastada oluşabilecek enfeksiyonları önlemek
- Hasta ve yaşlının gerek fiziksel gerek psikolojik anlamda dinlenmesi, gevşemesi ve rahatlamasını sağlamak
- Kas ve eklem ağrılarını hafifletmek
- Hasta ve yaşlının kan akımını ılık suda banyo yaptırarak düzenlemek
- Deri gözeneklerinin açılmasını sağlayarak vücuttan atık maddelerin atılmasını sağlamak
- Hasta ve yaşlının solunum hızı ve derinliğini uyarmak
- Hasta ve yaşlının benlik saygısını korumak ve arttırmak
- Vücudun temizliğini sağlamak ve oluşan kötü kokuları gidermek
- Hasta ve yaşlı bakım elemanı ile hasta ve yaşlı arasında iletişimi sağlamak
- Hasta ve yaşlının kas ve eklemlerinin hareketini sağlayarak kas tonüsü ve eklem fonksiyonlarının korunmasına yardım etmek

3.3.2. Hasta ve Yaşlı Banyo Çeşitleri

Temizleyici Banyolar

1. Yatak banyosu
2. Kısmi yatak banyosu
3. Küvet banyosu
4. Duş banyo

Tedavi Edici Banyolar

1. Sıcak, soğuk, ılık banyolar
2. Lokal banyolar
3. Oturma banyoları

-Temizleyici Banyolar

Bu banyonun amacı cilt üzerindeki ter, sebum, idrar, gaita gibi atıkların vücuttan uzaklaştırılmasıdır. Hasta ve yaşlının istediği veya hasta ve yaşlı bakım elemanının gerekli gördüğü zamanlarda yapılabilir.

> ***Sebum:*** *Yağ bezelerinden salgılanan, cilde ve saça nem veren açık sarı ve yağlı maddedir.*

-Tedavi Edici Banyolar

Hekim isteği ile gerçekleştirilen ve ateşi düşürmek, yara iyileşmesini hızlandırmak, hasta ve yaşlının ağrısını azaltmak için banyo suyunun içine tedavi edici lokal ilaçların eklendiği banyodur.

Hasta ve yaşlı oturarak ya da ayakta banyo yapar. Ancak hasta ve yaşlının kayma ve düşme ihtimaline karşı tüm güvenlik önlemleri alınmalı, banyo buna göre düzenlenmelidir. Hasta ve yaşlı bakım elemanı çoğunlukla yardımcı pozisyonundadır ancak gerekli önlemleri almakla sorumludur. Hasta ve yaşlı kendi banyo yapabilse dahi düşme ve yaralanma olasılığı göz önünde bulundurularak hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından banyoda yalnız bırakılmamalıdır.

3.3.3. Banyo İçi Güvenlik Önlemleri

- Acil durumlarda yardım çağırabilmek için banyoda mutlaka çağrı zili veya butonu vb. olmalıdır (Görsel 3.13).

Görsel 3.13: Çağrı zili

- Banyo zemininde kaymayı önleyici malzemeler kullanılmalı ve zemin ıslak bırakılmamalıdır.
- Hasta ve yaşlının küvete giriş ve çıkışlarda düşme tehlikesi göz önünde bulundurularak küvet kullanımı tercih edilmemelidir.

- Tuvalette klozet kullanılmalı, klozet yüksekliği hasta ve yaşlıya göre ayarlanmalı ve tuvaletin iki yanında tutunma kolları bulunmalıdır (Görsel 3.14).

Görsel 3.14: Tutunma kolları

- Banyoda yeterli aydınlatma olmalıdır.
- Banyo havalandırması güvenli olmalıdır.
- Banyo içi sıcaklık, hastaya göre kolayca ayarlanabilir özellikte olmalıdır.
- Duş ve banyo küveti yakınlarında mutlaka tutunma barı bulunmalı ve barlar güvenlik için banyo yapmaya başlanılmadan önce kontrol edilmelidir.
- Ayakta uzun süre duramayacak hastalar için tabure kullanılmalı ve bu tabureler emniyetli olmalıdır.
- Hasta ve yaşlı bakım elemanı, hasta ve yaşlının düşme ihtimaline karşı hastaya banyoya giriş ve çıkışlarda eşlik etmeli ve onu banyoda yalnız bırakmamalıdır.
- Sıcak ve soğuk su kaynağı, ısı değişimine karşı güvenli ve hassas olmalıdır.
- Kapılar, banyodaki alanı daraltmamak ve acil durumlarda banyoya girişi kolaylaştırmak için dışarı açılmalıdır.

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.3.4. Hasta ve Yaşlıya Banyo Yaptırma**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya tekniğine uygun olarak banyo (duş banyo) yaptırmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Banyo havlusu
- Saç havlusu
- Ayak havlusu
- Kaymayı önleyici muşamba
- Tabure üstüne koymak için yedek havlu veya çarşaf
- Tek kullanımlık eldiven
- Tek kullanımlık lif
- Şampuan ve sabun
- Kişisel koruyucu önlük, maske
- Tarak
- Termometre
- Tabanı kaymaz terlik
- Hasta ve yaşlı giysileri
- Kirli arabası
- Tıbbi atık (kırmızı)
- Gerekiyorsa tırnak makası, perine temizliği malzemeleri, duş oturağı veya tabure

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Banyo için gerekli malzemeler hazırlanır.
3. Kişisel koruyucu önlük (sıvı geçirmez), maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya banyonun gerekliliği ve nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilir. Hasta ve yaşlının soruları varsa yanıtlanır ve onayı alınır.

5. Hasta ve yaşlının alerji durumu (sabun, şampuan vb.) sorgulanır.

6. Hasta ve yaşlının kronik rahatsızlığı(astım, kalp, tansiyon vb.) olup olmadığı öğrenilir.

Astım: *Akciğer içi hava yollarında daralmaya neden olan ve alevlenmeler (ataklar) ile seyreden müzmin (kronik) bir akciğer hastalığıdır.*
(Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 2020)

7. Açık olan pencere ve kapılar kapatılır.

8. Banyo ve oda sıcaklığı ayarlanır (25 °C).

9. Hasta ve yaşlının mahremiyetinin korunmasına dair gerekli tüm önlemler (fizyolojik, psikolojik ve çevresel önlemler) alınmalıdır.

10. Hasta ve yaşlının banyo ile ilgili istekleri uygulamada dikkate alınır.

11. Hasta ve yaşlıya boşaltım ihtiyacı olup olmadığı sorulur varsa hastaya sürgü, ördek verilir. Boşaltım sonrası perine bakımı uygulanır.

12. Hasta ve yaşlının kaymayan terlik giymesi sağlanır ve kişi hasta ve yaşlı bakım elemanının refakatiyle banyoya getirilir.

13. Banyoda küvet varsa içindeki suyun sıcaklığı kişinin alışkanlıkları ve isteğine göre ayarlanır.

14. Hasta ve yaşlı ayakta banyo yapmayı tercih ederse zemine kaymayı önleyici muşamba yerleştirilir.

15. Hasta ve yaşlı, taburede banyo yapmak isterse kaymayı önlemek için tabure üstüne havlu, çarşaf vb. serilebilir.

16. Hasta ve yaşlı banyosunu kendi yapabilecek durumdaysa banyonun her aşamasına aktif katılımı sağlanır.

17. Hasta ve yaşlının giysilerini çıkarmasına yardım edilir. Hasta, çıplak kalmaktan rahatsızlık duyuyorsa iç çamaşırı ile kalması sağlanır.

18. Uygulama hasta ve yaşlının istekleri de göz önünde bulundurularak saçlar, yüz, kollar, eller, koltuk altı, göğüs (kilolu kadınlar da göğüs altı ve karın bölgesindeki kat kat yerler), karın bölgesi (özellikle göbek), bacaklar, ayaklar, sırt, perine ve anal bölge sıralaması ile temiz alandan kirli alana doğru yapılır.

19. Alzheimer ve demans (bunama) hastaları banyo yapmayı unutabilir, gerekliliğini kavrayamayabilir veya sudan korkabilir. Bu durumda hasta ve yaşlı bakım elemanı, yıkama işlemine hastanın ayaklarından başlar ve sonra bacaklar, gövde, kollar ve başını yıkar.

20. Hasta ve yaşlının tırnakları uzamışsa elleri ve ayakları ılık su içinde 3-5 dakika bekletildikten sonra el tırnakları oval, ayak tırnakları düz olacak şekilde kesilir.

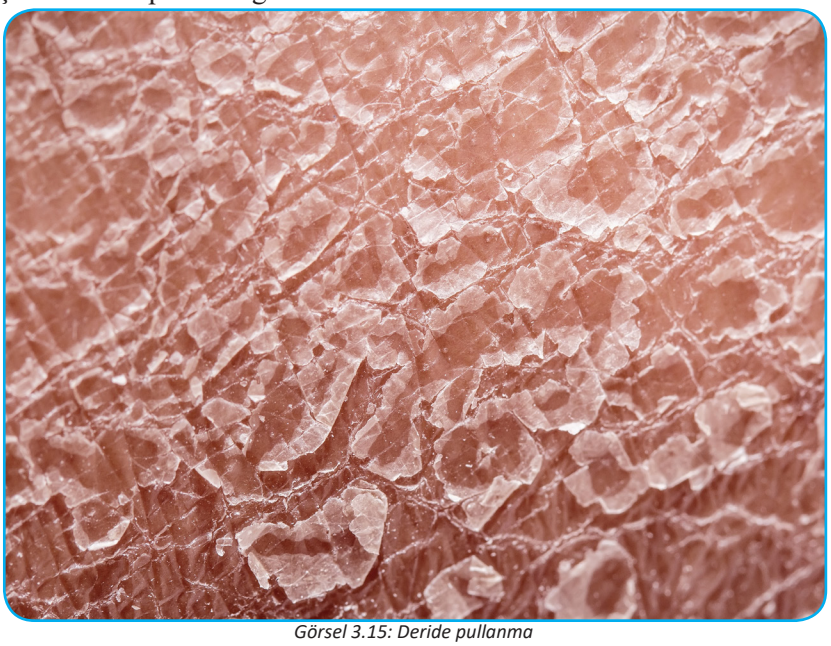
21. Temizlik için alkali olmayan sabunlar kullanılır.

22. Basınç bölgeleri ve hassas ve kuru cildin üzerine bastırmadan dairesel hareketler ile yıkanır.

23. El ve ayak parmak araları açılarak yıkanır.

24. İşlem esnasında bilgilendirme yapılarak etkili iletişim sağlanır.

25. Banyo esnasında hasta ve yaşlının vücudunda kızarıklık, döküntü, pullanma (Görsel 3.15) gibi renk değişiklikleri olup olmadığı kontrol edilir.



Görsel 3.15: Deride pullanma

26. Hasta ve yaşlının kurulanıp iç çamaşırlarını ve giysilerini giymesi sağlanır.

27. Malzemeler toplanır, temizlenir ve sonraki işlem için hazır hâle getirilir.

28. Hasta ve yaşlıya temas eden tek kullanımlık malzemeler (eldiven, gazlı bez, kişisel koruyucu önlük, maske, kan ile temas eden diğer malzemeler vb.) tıbbi atığa (kırmızı) atılır.

29. Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler ortamdan alınarak kirli arabasına atılır.

30. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

31. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.4	
Hasta ve Yaşlıya Banyo Yaptırma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri "El Yıkama Standartları" na göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Banyo için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hasta ve yaşlının onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Banyo ve oda ısısını ayarlama	0	2	4
Hasta ve yaşlının alerjisi ve kronik rahatsızlığı olup olmadığını öğrenme	0	2	4
Boşaltım ihtiyacı olan hasta ve yaşlıya sürgü, ördek verme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya kaymaz terlik giydirme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya banyoya giderken refakat etme	0	2	4
Hasta ve yaşlının mahremiyetinin korunmasına dair gerekli tüm önlemleri alma	0	2	4
Banyoda gerekli güvenlik önlemlerini alma	0	2	4
Banyo esnasında hasta ve yaşlının genel durumunu ve cildini değerlendirme	0	2	4
Banyonun temiz alandan kirli alana doğru yapılmasını sağlama	0	2	4
Alzheimer ve demans (bunama) hastalarına gerekli hassasiyeti göstererek onlara özgü banyo yaptırma sırasını takip etme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya hassas davranma ve onu, vücuduna bastırmadan dairesel hareketler ile yıkama	0	2	4
Tırnakları uzamışsa kesme	0	2	
Hasta ve yaşlının kıyafetlerini giymesine yardım etme	0	2	4
Tek kullanımlık olmayan malzemeleri sonraki işlem için temizleyip hazır hâle getirme	0	2	4
Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeleri ortamdan alınarak kirli arabasına atma	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	2	4
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri tekniğe uygun çıkarma	0	2	4
Elleri el yıkama standartlarına uygun yıkama	0	2	4
Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkilerini hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.4. YATAK BANYOSU**

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1. Yatakta baş banyosu ve vücut banyosunun amaçları nelerdir?
2. Yatak banyosunda kullanılan malzemeler nelerdir?
3. Yatak banyosunda dikkat edilmesi gereken kurallara örnekler veriniz.

AMAÇ

Yatağa bağımlı ve hareket kısıtlılığı olan hastalarda kısmi ya da tam vücut banyosunun yatakta yaptırılmasını sağlamak.

GİRİŞ

Yatağa bağımlı ve hareket kısıtlılığı olan hastalarda kısmi ya da tam vücut banyosunun yatakta yaptırılması gerekir. Yatağa bağımlı hasta ve yaşlılarda yatak banyosu, baş banyosu ve vücut banyosu olmak üzere iki aşamada yaptırılır.

3.4.1. Yatakta Baş Banyosu

Hasta ya da bağımlı birey için saç bakımı planlanırken kişinin hareket etmesini olumsuz etkileyen alçı, paralizi(felç), denge kaybı, eklem hastalıklarının varlığı araştırılır. Ardından bu rahatsızlıkların hastanın hareket etmesini ne derecede etkilediği değerlendirilir. Baş banyosu, yatağa bağımlı hastalarda beden imajında bozulma risklerini gidermek ve kişinin öz bakım ihtiyacını karşılamak için mevsim şartlarına göre haftada 1-2 defa yaptırılmalıdır. Yatakta baş banyosu, hazır saç yıkama boneleri ile de yaptırılabilir.

Baş biti olan hasta ve yaşlıda da saç bakımı yapılması gerekir. Baş biti saça tutunarak duran, küçük, kanatsız ve saçlı deriden kan emerek yaşayan bir parazittir. Baş biti beslenirken kaşınmaya sebep olur ve bu kaşıntı dayanılmaz düzeylere ulaşabilir. Baş bitleri, sirke denilen yumurtalar bırakır ve bitlerin yumurtadan çıkışı 10-15 günü bulur. Baş biti, baş biti olan kişilerle yakın temas ile bulaşabileceği gibi sirke denilen yumurtalar ile de bulaşabilir. Baş dışında kasık bölgesi ve kıyafetlerde yaşayan bit tipleri de vardır.

-Yatakta Baş Banyosu Bakımının Amaçları

- Kafa derisinin ve saçların temiz ve sağlıklı olmasını sağlamak
- Kafa derisinde kan dolaşımını hızlandırarak saç köklerinin beslenmesini sağlamak
- Hasta ve yaşlıyı rahat ettirerek ve estetik gereksinimi karşılayarak kendine güvenini arttırmak

-Yatakta Baş Banyosu Yaptırırken Dikkat Edilecek Noktalar

- İşlem boyunca hastanın mahremiyeti korunmalı ve üşümesi engellenmelidir.
- Bakım sırasında derinin tahriş olması, çizilmesi ve yaralanması önlenmelidir.
- Bakım sırasında kullanılan ürünler (şampuan, sabun, losyon vb.) kullanım alanlarına ve hasta ve yaşlının cildine uygun olmalıdır.
- Bakım sonrasında cildin nemli kalması önlenmelidir.

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.4.2. Yatakta Baş Banyosu Uygulaması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya tekniğine uygun olarak yatakta baş banyosu yaptırmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Saç havlusu
- Yüz havlusu
- Eldiven, maske
- Kişisel koruyucu önlük
- Sıvı geçirmez örtü
- Şişme yıkama haznesi
- El yakmayacak derecede su
- Plastik kova ve maşrapa
- Baş yıkama muşambası veya yıkama seti
- Şampuan veya sabun
- Gözlerin üstüne koymak için küçük havlu ya da gazlı bez
- Tarak ya da saç fırçası
- Kulaklar için tampon
- Kirli arabası
- Tıbbi atık (kırmızı)
- Temiz yatak takımları
- Paravan veya perde

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Baş banyosu için gerekli malzemeler hazırlanır.
3. Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Bakım öncesi hasta bilgilendirilir, soruları varsa yanıtlanır ve hastanın onayı alınır.

5. Hasta ve yaşlının yatağa bağımlılık derecesine göre bakıma katılması sağlanır.

6. Suyun sıcaklığı hasta ve yaşlının da alışkanlığına uygun olarak hazırlanır.

7. Kullanılacak malzemeler hasta ve yaşlının odasına getirilir, işlem esnasında kolay ulaşılabilecek yere bırakılır (Görsel 3.16).

Görsel 3.16: Kullanılacak malzemelerin hasta ve yaşlı odasına getirilmesi ve kolay ulaşılabilecek yere bırakılması

8. Kapı ve pencereler kapatılır, hasta ve yaşlının üzerine pikesi örtülür. Hasta mahremiyeti açısından gerekirse perde veya paravan çekilir.

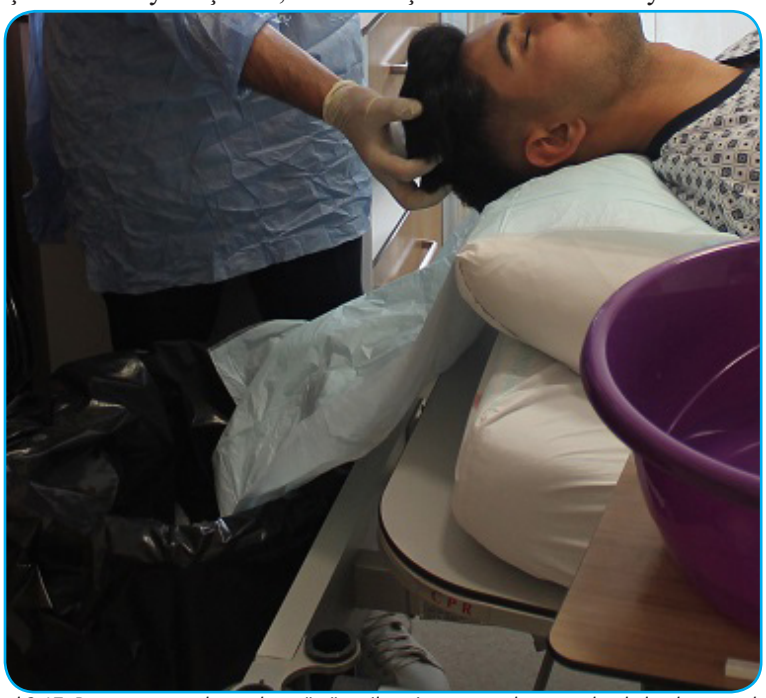
9. İşlem boyunca hastanın mahremiyetine saygı duyulmalı ve üşümesi engellenmelidir.

10. Yıkama işlemi sırasında hasta ve yaşlının hayati bulgularında (solunum,nabız,renk değişikliği) olumsuz değişimler gözlemlendiyse işlem sonlandırılır ya da kişi kendine gelene kadar işleme ara verilir.

11. Hastaya yatağının baş tarafındaki kenarlık çıkarılarak ya da hasta yatakta çaprazlanarak pozisyon verilir.

12. Eğer şişme yıkama haznesi kullanılacaksa hasta ve yaşlının boynuna havlu yerleştirilir.

13. Eğer şişme yıkama haznesi yoksa çarşaf ve giysilerin ıslanmaması için boyun ve omuzlarının altına sıvı geçirmez örtü yerleştirilir, örtünün açıkta kalan ucu kovaya sarkıtılır.



Görsel 3.17: Boyun ve omuzların altına örtü serilmesi ve muşambanın açıkta kalan kısmının kovaya sarkıtılması

14. Hasta ve yaşlının saç tokası varsa çıkarılır, kafa derisi ve saçları incelenir.

15. Yastık, hasta ve yaşlının başının altından sakıncası yoksa alınır. Yastığın üzerine baş havlusu konulur ve yastık uzak tarafa yerleştirilir. Hasta yastıksız yatamıyorsa yıkama işlemi yastık kaldırılmadan yapılır.

16. Su, şampuan ve sabunun hastanın gözlerine kaçmaması için gazlı bez veya küçük havlu kullanılır, kulaklarına da tampon uygulanır.

17. Hastanın alın ve saçları ıslatıldıktan sonra şampuan veya sabun uygulanır.

18. Saç dipleri, alın ve şakaklardan başlanarak geriye doğru parmak uçlarıyla masaj yaparak yıkanır. Bir elle yıkama işlemi yapılırken diğer elle başın arka kısmı desteklenir (Görsel 3.18).

Görsel 3.18: Alın ve şakaklardan başlanılarak geriye doğru yıkama, diğer el ile başı arka kısımdan destekleme

19. Saçlar bol su ile durulanır. Şampuanlama ve durulama işlemine saçlar temizleninceye kadar devam edilir.

20. Saçlar toplanır ve hafifçe sıkılır.

21. Saçları ensede toplanan hasta ve yaşlı, üzerinde havlu bulunan yastık üzerine kaydırılır. Havlu uçları alın üzerine çaprazlanır, saç sarılır ve kurulanır.

22. Hastanın başının altındaki sıvı geçirmez örtü alınarak kovanın içine konulur.

23. Gözlerdeki gazlı bez, kulaklardaki pamuk tampon çıkartılır.

24. Yüz ve kulaklar, nemli temiz bir bez ile silinir.

25. Hastanın altına konulan çarşaf ve muşamba kaldırılır.

26. Hastanın yüzü, boynu ve omuzları silinip, kurulanır.

27. Yatak çarşafları değiştirilerek hastaya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

28. İşlem yaparken çıkarılan yatak başı takılır.

29. Saç, hastanın durumuna göre banyoda ayakta veya oturtularak yukarıdaki basamaklara uygun yıkanabilir.

30. Kullanılan malzemeler tekrar kullanılmak üzere temizlenir, kaldırılır.

31. Hasta ve yaşlıya temas eden tek kullanımlık malzemeler (eldiven, gazlı bez, kişisel koruyucu önlük, maske, kan ile temas eden diğer malzemeler vb.) tıbbi atığa (kırmızı) atılır.

32. Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler ortamdan alınarak kirli arabasına atılır.

33. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

34. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.5	
Hasta ve Yaşlıya Yatakta Saç Banyosu Yaptırma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	2
Yatakta saç banyosu için gerekli malzemeleri hazırlama	0	1	2
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını ya da yatak başlığını indirme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Paravan veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	2	4
Hastanın omuzlarının altına muşamba yerleştirme ve muşambanın açıkta kalan ucunu kovaya sarkıtma	0	2	4
Kafa derisi ve saçları inceleme	0	2	4
Gözlere ve kulaklara tampon uygulama	0	2	4
Sabun veya şampuan uygulamak için saçları hafif ıslatma	0	2	4
Saç diplerini, alın ve şakaklardan başlayarak geriye doğru parmak uçlarıyla masaj yaparak yıkama ve diğer el ile başı destekleme	0	2	4
Hastanın işlem sırasındaki renk değişikliği, solunum, nabız gibi hayati bulgularını gözlemleme ve değişimlere göre işlemi sonlandırma ya da işleme ara verme	0	2	4
Saçları bol su ile durulama	0	2	4
Saçları kurulama	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	2	4
Hastanın başının altındaki sıvı geçirmez örtüyü alarak kovanın içine koyma	0	2	4
Gözlerdeki gazlı bezi, kulaklardaki pamuk tamponu çıkartma	0	2	4
Hastanın altına konulan çarşaf ve muşambayı kaldırma	0	2	4
Hastanın yüzünü, boynunu ve omuzlarını silip, kurulama	0	2	4
Hastaya uzman sağlık personeli tarafından önerilen pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Maske, kişisel koruyucu önlük ve eldivenleri çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkilerini hasta bakım ve gözlem formuna kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.4.3. Hasta ve Yaşlıda Hazır Saç Bonesi Kullanımı**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının saçının tekniğine uygun olarak yatakta hazır saç bonesi ile yıkanmasını sağlamak.

GİRİŞ

Son yıllarda hasta ve yaşlı bakım elemanlarının saç temizliğinde kullandığı hazır saç yıkama bonesi, saç temizleyici ve kuru şampuan içeren, kullanımı kolay medikal bir malzemedir. Bonenin saç temizleyici ve kuru şampuanlı olmak üzere iki şekli vardır.

Kullanılacak Malzemeler

- Hazır saç bonesi
- Baş havlusu
- Tarak ya da saç fırçası
- Kirli arabası
- Tıbbi atık (kırmızı)

Görsel 3.19: Hazır saç yıkama bonesi

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Saç yıkama için gerekli malzemeler hazırlanır.
3. Eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapılır ve hastanın onayı alınır.
5. Hasta ve yaşlının veya ailesinin soruları varsa yanıtlanır.
6. Malzemeler uygun, temiz ve kolay ulaşılabilir bir alana koyulur.
7. Hasta mahremiyeti için açık olan kapı, pencere örtülür, perde veya paravan çekilir.
8. Uygulama yapacağımız taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.
9. Hasta ve yaşlı, yatakta oturur pozisyona getirilir ya da yatak başı kaldırılır.
10. Hazır saç bonesi, hazırlama talimatlarına uygun olarak hazırlanır.
11. Hazır saç bonesinin ambalajı açılır. Bone, hasta ve yaşlının tüm saçları içinde kalacak şekilde hastanın başına geçirilir.

Görsel 3.20: Hazır saç bonesinin hastanın başına geçirilmesi

12. Hasta ve yaşlının saçlarına bone ile 2 dakika masaj yapılır ve bone çıkarılır.
13. Bone tek kullanımlıktır. İşlem bittikten sonra çıkarılır ve kirli torbasına atılır.
14. Hasta ve yaşlının saçı kurutulmak için temiz bir havluya sarılır. Kurulanan saç taranır.
15. Hastaya ve yaşlıya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.
16. İşlem yaparken indirdiğimiz yatak kenarlığı kaldırılır.
17. Hasta ve yaşlıya temas eden tek kullanımlık malzemeler (eldiven, gazlı bez, kişisel koruyucu önlük, maske, kan ile temas eden diğer malzemeler vb.) tıbbi atığa (kırmızı) atılır.
18. Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler ortamdan alınarak kirli arabasına atılır.
19. İşlem bitiminde eldivenler çıkarılır ve eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.
20. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.6	
Hasta ve Yaşlıda Hazır Saç Bonesi Kullanımı	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	**UYGULAMAYI YAPAMADI**	**UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR**	**UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI**
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Yatakta hazır saç bonesi kullanımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	3	6
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını ya da yatak başlığını indirme	0	3	6
Hasta ve yaşlıyı, yatakta oturur pozisyona getirme ya da yatak başını kaldırma	0	3	6
Paravan veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	3	6
Hazır saç bonesinin ambalajını açmış ve boneyi, hasta ve yaşlının tüm saçları içinde kalacak şekilde hastanın başına geçirme	0	3	6
Hasta ve yaşlının saçlarına bone ile 2 dakika masaj yapma	0	3	6
Boneyi çıkarma	0	3	6
Hasta ve yaşlının saçı kurutmak için temiz bir havluya sarma	0	3	6
Kurulanan saçları tarama	0	3	6
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	3	6
Hastaya uzman sağlık personeli tarafından önerilen pozisyonu verme	0	3	6
Yatak kenarlığını kaldırma	0	3	6
Eldivenleri çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
Yapılan işlemleri kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.4.4. Baş Biti Olan Hasta ve Yaşlıda Saç Bakımı**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Baş biti olan hasta ve yaşlıya tekniğine uygun olarak saç bakımı yapmak.

Kullanılacak Malzemeler

- Eldiven
- Maske
- Kişisel koruyucu önlük
- Bone
- Bit şampuanı veya losyonu
- Kulaklar için tampon
- Temiz yatak takımları
- Temiz hasta ve yaşlı kıyafetleri
- Etiket (enfekte yazabilmek için)
- Sık ve ince dişli tarak
- Sıvı geçirmez örtü
- Gaz bezi (gözler için)
- Kâğıt havlu
- Saç banyosu malzemeleri (saç havlusu, yüz havlusu, sıvı geçirmez örtü, şişme yıkama haznesi, el yakmayacak derecede su, plastik kova ve maşrapa, baş yıkama muşambası veya yıkama seti)
- Kirli arabası
- Tıbbi atık (kırmızı)
- Paravan veya perde

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Gerekli malzemeler hazırlanır.
3. Kişisel koruyucu önlük (sıvı geçirmez), maske, bone ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hasta ve yaşlıya saç bakımının gerekliliği ve nasıl yapılacağı hakkında bilgi verilir. Hasta ve yaş-

lının soruları varsa yanıtlanır ve onayı alınır.

5. Hasta ve yaşlının yatağa bağımlılık derecesine göre bakıma katılması sağlanmalıdır.

6. Suyun sıcaklığı hasta ve yaşlının da alışkanlığına uygun olarak hazırlanır.

7. Kullanılacak malzemeler hasta ve yaşlının odasına getirilir, işlem esnasında kolay ulaşılabilecek yere bırakılır.

8. Hasta mahremiyeti açısından perde veya paravan çekilir, hasta ve yaşlının üşümesi engellenir.

9. Hasta, işlem sırasında gözlemlenmelidir. Eğer hastanın renk , solunum , nabız gibi hayati bulgularında değişimler varsa işlem ya sonlandırılmalı ya da işleme ara verilmelidir.

10. Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlarlıkları indirilir.

11. Hastaya yatağının baş tarafındaki kenarlık çıkarılarak ya da hasta yatakta çaprazlanarak pozisyon verilir.

12. Hasta ve yaşlının herhangi bir engel durumu yoksa baş kısmı yükseltilir.

13. Eğer şişme yıkama haznesi kullanılacaksa hasta ve yaşlının boynuna havlu yerleştirilir.

14. Eğer şişme yıkama haznesi yoksa çarşaf ve giysilerin ıslanmaması için boyun ve omuzlarının altına sıvı geçirmez örtü yerleştirilir, örtünün açıkta kalan ucu kovaya sarkıtılır.

15. Hasta ve yaşlının saç tokası varsa çıkarılır, kafa derisi ve saçları incelenir.

16. Yastık, hasta ve yaşlının başının altından sakıncası yoksa alınır. Yastığın üzerine baş havlusu konulur ve yastık uzak tarafa yerleştirilir. Hasta yastıksız yatamıyorsa yıkama işlemi yastık kaldırılmadan yapılır.

17. Su, şampuan ve sabunun hastanın gözlerine kaçmaması için gazlı bez veya küçük havlu kullanılır, kulaklarına da tampon uygulanır.

18. Şampuan veya losyon, saçlara talimatlara uygun olarak uygulanır.

19. Şampuan veya losyon uygulamasından sonra saçlar yıkanır.

20. Sık dişli tarak ile saçlar taranır.

21. Ölmüş bit ve sirke kontrolü yapmak için hasta ve yaşlının saçlarının altına açık renkli havlu konur.

22. Sirkelerin ve bitlerin yatak takımlarından tekrar hastaya bulaşma ihtimaline karşı eldivenler çıkarılıp yenisi giyilir. Ardından hasta ve yaşlının kıyafetleri ve yatak takımları tekniğine uygun olarak değiştirilir.

23. Kirli takım ve kıyafetler ayrı bir kirli torbasına konur. Torbanın üzerine “Enfekte” yazılan bir etiket yapıştırılır.

24. Hastaya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

25. Malzemeler toplanır, temizlenir ve sonraki işlem için hazır hâle getirilir.

26. Hasta ve yaşlıya temas eden tek kullanımlık malzemeler (eldiven, gazlı bez, kişisel koruyucu önlük, maske, kan ile temas eden diğer malzemeler vb.) tıbbi atığa (kırmızı) atılır.

27. Kirli ve kirli olması muhtemel malzemeler ortamdan alınarak kirli arabasına atılır.

28. Eldiven ve kişisel koruyucu giysiler tekniğine uygun olarak çıkarılır.

29. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

30. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.7	
Baş Biti Olan Hasta ve Yaşlıda Saç Bakımı	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	2
Baş biti bakımı için gerekli malzemeleri hazırlama	0	1	2
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	2
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	2
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	2
Hasta ve yaşlının yatağa bağımlılık derecesine göre bakıma katılmasını sağlama	0	1	2
Suyun sıcaklığını hasta ve yaşlının alışkanlığına uygun olarak hazırlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Hayati bulgulardaki değişimlere göre işlemi sonlandırma ya da işleme ara verme	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını ya da yatak başlığını indirme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Eğer şişme yıkama haznesi kullanılacaksa hasta ve yaşlının boynuna havlu yerleştirme	0	2	4
Eğer şişme yıkama haznesi yoksa çarşaf ve giysilerin ıslanmaması için boyun ve omuzlarının altına sıvı geçirmez örtü yerleştirme, örtünün açıkta kalan ucunu kovaya sarkıtma	0	2	4
Hasta ve yaşlının saç tokası varsa çıkarma, kafa derisi ve saçları inceleme	0	2	4
Su, şampuan ve sabunun hastanın gözlerine kaçmaması için gazlı bez veya küçük havlu kullanma, kulaklarına da tampon uygulama	0	2	4
Paravan veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	2	4
Hasta ve yaşlının herhangi bir engel durumu yoksa baş kısmını yükseltme	0	2	4
Saçlara şampuan veya losyonu talimatlara uygun olarak uygulama	0	2	4
Saçları sık dişli tarak ile tarama	0	2	4
Ölmüş bit ve sirke kontrolü yapmak için hasta ve yaşlının saçlarının altına açık renkli havlu koyma	0	2	4
Sirke ve bitlerin yatak takımlarından tekrar hastaya bulaşma ihtimaline karşı eldivenleri değiştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlının kıyafetleri ve yatak takımlarını tekniğine uygun olarak değiştirme	0	2	4
Kirli takım ve kıyafetleri ayrı bir kirli torbasına koyma ve torbanın üzerine "enfekte" yazılan bir etiket yapıştırma	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	2	4
Hastaya uzman sağlık personeli tarafından önerilen pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Eldivenleri çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
Yapılan işlemleri kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.4.5. Yatakta Vücut Banyosu**

BİLGİ YAPRAĞI

AMAÇ

Yatağa bağımlı ve hareket kısıtlılığı olan hastalarda kısmi ya da tam vücut banyosunun yatakta yaptırılmasını sağlamak.

-Yatakta Vücut Banyosu

Yatağa bağımlı hastaların bakımları, kişinin mevcut hastalıklarının ilerlemesinin önlenmesinin yanı sıra hastada farklı komplikasyonların gelişmesini önlemek ve kişinin kendini mutlu ve özgüvenli hissetmesini sağlamak adına çok önemlidir. Bu nedenle bakım yapan kişilerin bakım süreçlerine hâkim olmaları, bilinçli hareket etmeleri ve bakıma özen göstermeleri gerekmektedir.

Öncelikle bakım verilen yatağa bağımlı hasta ve yaşlının yatak içinde güvenliğinin sağlanması gerekir. Hastada duyu kayıpları varsa yatak içinde kol ve bacaklarının sabit tutulmasına dikkat edilmelidir. Ayrıca hastanın uzun süredir yatmasından kaynaklanan bası (yatak) yaraları varsa o kısım korunmalı ve hastanın acı çekebileceği pozisyonlamalardan kaçınılmalıdır.

-Yatakta Kısmi Vücut Banyosu

Hasta ve yaşlının tüm yatak banyosunu tolere edemeyeceği veya tüm vücudunun temizlenmesine ihtiyaç olmadığı durumlarda kirli olan vücut bölümünün temizlenmesidir.

-Yatakta Vücut Banyosu Yaptırırken Dikkat Edilecek Noktalar

- Hasta ve yaşlı bakım elemanı, yatak banyosu sırasında kendisinin ve hasta ve yaşlının vücut mekaniğine dikkat etmelidir.
- Yatak banyosu sırasında hasta ve yaşlının mahremiyetine özen gösterilmelidir. Gerekirse hasta ve yaşlının üzerine havlu örtülebilir.
- İşlem öncesi mutlaka hastanın tuvalet ihtiyacı giderilmelidir.
- Yatak banyosu yaptırılırken eldiven giyme, yatak kenarlarını kaldırma, temizden kirliye doğru temizleme gibi standart önlemlere dikkat edilmelidir.
- Kilolu (obez) ve kadın hastalarda göğüs altları ve araları dikkatle temizlenmelidir.
- Banyodan sonra göğüs, koltuk altı ve parmak aralarının iyice kurulanması mantar enfeksiyonlarının önlenmesi için önemlidir.
- Tüm vücut yüzeyi işlem boyunca renk değişikliği, leke, kızarıklık, alerji vb. yönlerden değerlendirilmelidir.
- Banyo uygulaması sırasında basınçlı ve sert uygulamalardan kaçınılmalıdır.(Yaşlılar, deri altı yağ dokusu ve deri elastikiyetini kaybettikleri için yatak yarası ve yara oluşumu riski fazladır.)

ÖĞRENME BİRİMİ **VÜCUT TEMİZLİĞİ**

KONU **3.4.6. Yatakta Vücut Banyosu Uygulaması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlının tekniğine uygun olarak yatakta vücut banyosunun yapılmasını sağlamak.

Kullanılacak Malzemeler

- İki adet küvet (birisi sabunlama, birisi durulama için)
- Küvetin içine koymak için el yakmayacak derecede su
- Vücut temizleme köpüğü
- 2 adet lif veya banyo süngeri
- Yüz ve banyo havlusu
- 3-4 adet tek kullanımlık eldiven (kirlendikçe değiştirmek için)
- Kişisel koruyucu önlük, maske
- Hastanın üzerine örtmek için çarşaf ya da pike
- Kişisel bakım ürünleri (krem, losyon vb.)
- Yeteri kadar spanç
- Sıvı geçirmez örtü
- Gerekliyse tırnak makası
- Temiz kıyafetler
- Temiz yatak takımı
- Tek kullanımlık kâğıt havlu
- Boşaltım ihtiyacı varsa ördek ve sürgü
- Tıbbi atık kutusu (kırmızı)
- Paravan veya perde

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Yatakta vücut banyosu için gerekli malzemeler hazırlanır.
3. Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
4. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir. Hastanın onayı alınır ve soruları varsa yanıtlanır.
5. Hasta ve yaşlının bilinci açıksa banyo yapma zamanı ve tercihleri (bakım sırasında kullanılacak malzemeler vs.) değerlendirilir.
6. Banyo sırasında hasta ve yaşlının güvenliğinin sağlanmasına, üşümemesine, bağımsızlık duygusunun geliştirilmesine özen gösterilmeli ve hasta, fiziksel yönden değerlendirilmelidir.
7. Oda sıcaklığının en az 22-25º C olması sağlanır.
8. Malzemeler hasta ve yaşlının yanına getirilerek uygun, temiz ve yakın bir alana bırakılır.
9. Eğer hasta ve yaşlıda serum takılıysa ya da oksijen desteği gibi uygulamalar varsa bunlar kısa süre için durdurulmalıdır. Kişide IV kanül, kateter, tüp varsa çıkmaması ve ıslanmaması için önlem alınmalıdır.
10. Hasta ve yaşlının mahremiyetine özen gösterilerek açık kapı ve pencereler kapatılır. Perde veya paravan çekilir ve oda içinde ziyaretçi varsa odadan çıkarılır.
11. Hasta ve yaşlının boşaltım ihtiyacı varsa öncelikle kişinin boşaltımı için tekniğine uygun olarak ördek veya sürgü verilir.
12. Boşaltım ihtiyacının giderilmesi ile ördek ve sürgü ortamdan uzaklaştırılır ve genital bölge temizlenir.(Bu kısım genital bölge temizliğinde anlatılmıştır.)
13. Yatak banyosu; baştan ayağa, temiz bölgeden kirli bölgeye doğru yapılmalıdır. Bu nedenle silme işlemine gözlerden başlanır ve anal bölgenin temizlenmesi ile işlem son bulur.

Görsel 3.21: Yakın taraf yatak kenarlıklarının indirilerek hasta ve yaşlıya sırt üstü yatış pozisyonu verilmesi

14. Hastanın giysileri tamamen çıkarılırken üzerine pike ya da çarşaf örtülerek üşümesi engellenir, mahremiyeti sağlanır.
15. Yatak yüksekliği rahat çalışılabilecek seviyede ayarlanmalıdır.
16. Yakın taraftaki yatak kenarlıkları indirilerek hasta ve yaşlıya sırt üstü yatış pozisyonu verilir.
17. Yıkama küvetlerinin 2/3'üne sıcaklığı 41-43° C arası olan sıcak su koyulur. Küvetin birine sabunlu su, diğerine duru su koyulur.

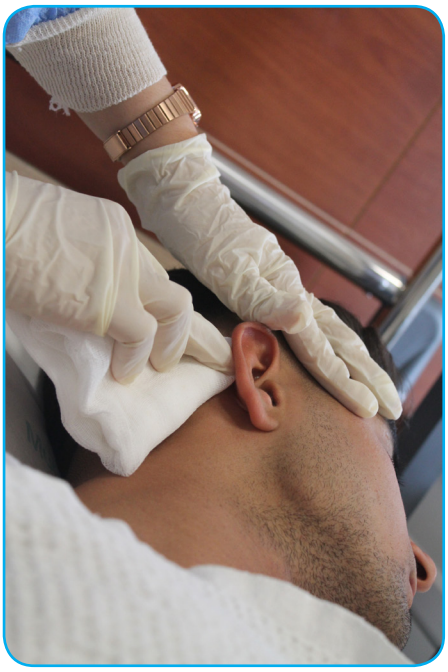
18. Silme bezi, elin üstünde katlanarak yerleştirilir.

19. İşleme baş bölgesinden başlanır. Hastanın göz çevresinden (içten dışa) başlanarak alnı, burun üstü ve kanatları, yanakları, çenesi, kulak kepçesi ve arkası, boynu silinir ve durulanır; tamponlanarak kurulanır.

20. Çapak varsa ıslatılmış spançlar gözlerde bir süre bekletilir ve çapağın yumuşaması sağlanır.

21. Yüz silme işlemi her zaman merkezden dış kanatlara doğru yapılır.

Görsel 3.22: Göz çevresinin silinmesi (içten dışa)



Görsel 3.23: Kulak kepçesi ve arkasının silinmesi

22. Silme işlemine boyundan başlanır. Önce uzak taraftaki sonra yakın taraftaki kol, omuzdan parmak uçlarına kadar silinir, durulanır ve kurulanır.

23. El tırnakları uzamışsa eller, ılık su içinde 3-5 dakika bekletildikten sonra tırnaklar oval olacak şekilde kesilir.

24. Küvetteki su sık sık kontrol edilir. Soğudukça veya kirlendikçe değiştirilir.

25. Pikenin göğüs bölgesindeki ucu bir elle kaldırılır diğer el pike altından geçirilerek önce bireyin

kendimizden uzak olan bölgesi sabunlu su ile silinir, durulanır ve kurulanır. Ardından yakın olan bölge, sabunlu su ile silinir, durulanır ve kurulanır.

Görsel 3.24: Pikenin altından göğüs ve karın bölgesinin silinmesi

26. Bireyin uzakta olan bacağı pikeden dışarı çıkarılır, diğer bacağı pike ile örtülür. Hasta ve yaşlının bacağı dizden bükülür, önce sabunlu su ardından duru su ile silinir ve kurulanır. Ardından diğer bacağa da aynı işlemler uygulanır. Parmak aralarının da silinip kurulanması sağlanır.

27. Hasta ve yaşlının ayak tırnakları uzamışsa tırnak batmasını önlemek amacıyla düz şekilde kesilir.

28. Hasta ve yaşlının sırtını silme işlemine geçilmeden önce hastaya yan yatış ya da yüz üstü yatış pozisyonu verilir. Sırt önce sabunlu su, ardından durusu ile silinir ve kurulanır. Herhangi bir sakınca yoksa hastaya sırt masajı yapılabilir. Sırt temizlendikten sonra hasta ve yaşlıya sırt üstü yatış pozisyonu verilir.

29. Hasta ve yaşlı, genital bölge temizliğini istiyor ve temizliği kendisi yapabiliyorsa yapması sağlanır. Temizliğini kendisi yapamayan hasta ve yaşlının perine bölgesi standartlarına göre silinip kurulanır. Genital bölge temizliğinden sonra eldiven hemen çıkarılır ve diğer bölgelere bulaşma önlenir. Kişiye hasta bezi ya da külot bez giydirilir.

30. Banyonun her aşamasında hastanın cildi; kızarıklık, ödem, renk değişikliği, kuruluk belirtileri açısından değerlendirilir. Bu belirtilerin görüldüğü alanlara masaj uygulanmaz ve deri tahriş edilmeden cilt temizliği sağlanır.

31. Hastanın yatak takımları değiştirilir.

32. Hasta ve yaşlıya temiz kıyafetler giydirilir.

33. Kullanılan malzemeler bakım sonrasında temizlenir.Tek kullanımlık olan kâğıt havlu, eldiven gibi malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.

34. Hastaya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyon verilir.

35. İşlem yaparken indirdiğimiz yatak kenarlığı kaldırılır.

36. İşlem bitiminde kişisel koruyucu önlük, maske ve eldiven çıkarılır.

37. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır.

38. Yapılan işlemler, gözlemler ve hastanın tepkileri gözlem kâğıdına kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 3.8	
Hasta ve Yaşlıya Yatakta Vücut Banyosu Yaptırma	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Yatakta vücut banyosu için gerekli malzemeleri hazırlama	0	2	4
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	4
Paravanı veya perdeyi çekerek hastanın mahremiyetine özen gösterme	0	2	4
Hasta ve yaşlının boşaltım ihtiyacı varsa öncelikle kişinin boşaltımı için tekniğine uygun olarak ördek veya sürgü verme	0	4	6
Vücut banyosunun baştan ayağa ve temiz bölgeden kirli bölgeye doğru yapma	0	4	6
Göz çevresini (içten dışa) silme	0	2	4
Pikenin altından, göğüs ve karın bölgesindeki kıvrımları dikkate alarak silme	0	2	4
Cildi; kızarıklık, ödem, renk değişikliği, kuruluk açısından değerlendirme	0	2	4
Genital bölge temizliği yapıldıysa eldivenleri hemen çıkarıp değiştirme	0	2	4
Önce uzaktaki bacaktan başlayarak her iki bacağı da silip kurulama	0	2	4
Parmak aralarını silip kurulama	0	2	4
Hasta ve yaşlının yatak takımlarını değiştirme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya temiz kıyafetleri giydirme	0	2	4
Kullanılan malzemeleri tıbbi atık kutusuna atma	0	2	4
Hastaya uzman sağlık personelinin önerdiği pozisyonu verme	0	2	4
Yatak kenarlığını kaldırma	0	2	4
Kişisel koruyucu önlük, maske ve eldivenleri çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	4
Yapılan işlemleri kaydetme	0	2	4
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

NELER ÖĞRENECEKSİNİZ

Bu öğrenme biriminde;

- Hasta ve yaşlıya ördek/sürgü verme uygulamasını,
- Ördek ve sürgü kullanımında dikkat edilecek noktaları,
- Ördek ve sürgü temizliğini,
- Geçici ve kalıcı mesane kateterizasyonunun uygulandığı durumları,
- Üriner kateter uygulamalarında dikkat edilecek noktaları,
- Prezervatif kateter uygulamasında dikkat edilecek noktaları,
- İdrar torbasının boşaltılmasını,
- Hasta ve yaşlıya prezervatif sonda takma uygulamasını,
- İdrar ve gaitasını tutamayan hasta ve yaşlı bakımını,
- Üriner inkontinans nedenleri ve tedavi yöntemlerini,
- Üriner inkontinansı olan hasta ve yaşlıya bakım verilirken dikkat edilmesi gereken noktaları,
- Fekal inkontinans nedenleri ve tedavi yöntemlerini,
- Fekal inkontinansı olan hastalarda dikkat edilecek noktaları,
- Üriner inkontinansı olan hasta ve yaşlıya bakım uygulamalarını,
- Fekal inkontinansı olan hasta ve yaşlıya bakım uygulamalarını öğreneceksiniz.

KAVRAMLAR

- Ördek
- Sürgü
- Gaita
- Üriner kateter
- Prezervatif kateter
- İdrar torbası
- İnkontinans
- Mesane eğitimi

ÖĞRENME BİRİMİ KONULARI

- 4.1 HASTA VE YAŞLIYA ÖRDEK VEYA SÜRGÜ VERME
- 4.2.HASTA VE YAŞLIYA PREZARVATİF KATETER UYGULAMASI
- 4.3.İDRAR VE GAİTASINI TUTAMAYAN HASTA VE YAŞLIYA BAKIM UYGULAMALARI

ÖĞRENME BİRİMİ 4

BOŞALTIM İHTİYAÇLARI

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1. Ördek ve sürgünün hasta ve yaşlılar için önemini açıklayınız.
2. Ördek ve sürgünün kullanım amaçlarını açıklayınız.

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya tekniğine uygun olarak ördek veya sürgü verip boşaltım ihtiyaçlarını karşılamak.

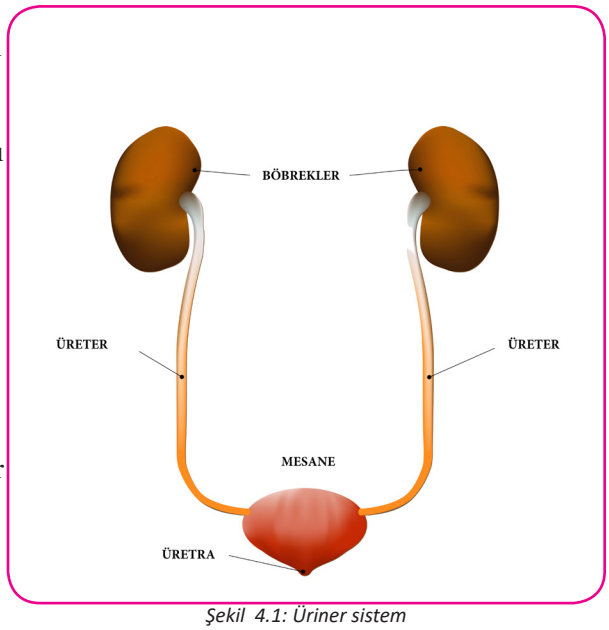
GİRİŞ

Boşaltıma deyince aklımıza sindirim siteminin atık ürünü olan gaita ile üriner sistemin atık ürünü olan idrar gelmektedir. Vücudumuzun işleyişinin sağlıklı bir şekilde devam edebilmesi için idrar ve gaitanın düzenli olarak atılması gerekir. Hasta ve yaşlı kişilerde mevcut sağlık sorunları nedeniyle günlük atılan idrar ve gaita, çıkış sayısı ve miktar bakımından farklılık gösterebilir.

Boşaltım sistemi vücudumuzda organ ve sistemlerin fonksiyonlarına devam edebilmesi, iç dengenin sağlanması ve korunması bakımından oldukça önemli görevlere sahiptir. Boşaltım fizyolojik bir ihtiyaçtır ve yaşamın devamı için gereklidir. Vücudumuza alınan besin maddelerinin metabolize (kimyasal değişimleri içeren süreç) edilmesi sonucu oluşan atık ürünler boşaltım sistemi aracılığı ile dışarı atılmaktadır.

Üriner boşaltım: Vücuda alınan suyun veya besin maddelerinin metabolize edilmesi sonucu oluşan atık sıvılar, idrar olarak dışarı atılmaktadır. İdrarın vücuttan uzaklaştırılmasından üriner sistem organları sorumludur. Üriner sistem böbrekler , üreterler (idrarı böbrekten idrar torbasına taşıyan borular), mesane (idrar torbası) ve üratradan (idrarın dışarı atılmasını sağlayan açıklık) oluşur.

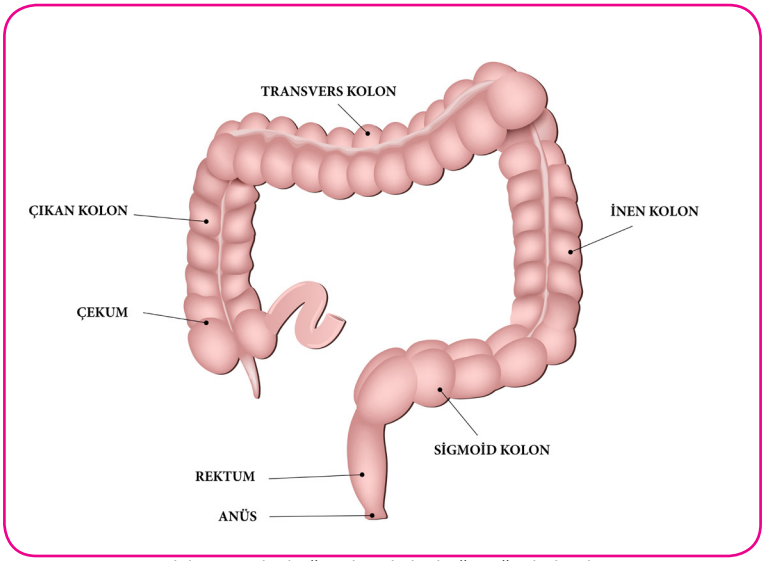
Vücudumuzda oluşan atık ürünlerin böbrekler aracılığı ile süzülüp mesanede depolandıktan sonra üretra aracılığı ile dışarı atılmasına ***miksiyon (idrar yapma veya işeme)*** denir. Sağlıklı bir insanın vücudundan günde yaklaşık 1,5 -2 litre idrar atılmaktadır. İdrar asidik yapıdadır ve kendine has bir kokusu vardır. İdrarın rengi sarıdır ve kişinin içtiği su miktarına göre açık ya da koyu sarı olabilir. Normal bir idrarın içinde üre ,ürik asit, kreatinin, su, fazla mineraller vb. maddeler bulunur.



Şekil 4.1: Üriner sistem

Bağırsak boşaltımı: Vücudumuzun ihtiyacı olan besin maddelerinin alınması, gerekli organlara ulaştırılarak yapı taşlarına parçalanması ve kana karışarak tüm hücrelere ulaştırılması sonucu oluşan katı atık ürünler feçes veya gaita (dışkı) adını alır. Dışkının kalın bağırsağın son kısmı olan rektum ve anüs yoluyla dışarı atılmasına ***defekasyon*** (dışkılama) denir. Kalın bağırsak (kolon), bağırsak boşaltımının başlıca organıdır. Kalın bağırsağın içinden geçen besin posasından su ve minarelerin emilimini sağlamak, kalan besin posasını dışkı olarak sıkıştırmak, defekasyon gerçekleşinceye kadar içeriği depolamak ve defekasyonu gerçekleştirmek gibi önemli görevleri vardır. Vücut fonksiyonlarının işlevini sürdürebilmesi için bağırsak boşaltımının düzenli olması gerekir. Defekasyon; fonksiyonel yaşam örüntüleri ve günlük yaşam aktiviteleri içerisinde yer alan fizyolojik olduğu kadar fiziksel, sosyal, psikolojik boyutları da olan refleksif bir davranıştır.

Hasta ve yaşlılar; mevcut kronik hastalıklar, geçirdikleri operasyonlar, yaşa bağlı olarak gelişen fonksiyon kayıpları ya da azalması, hareket kısıtlılığı ve yatağa bağımlı olmasını gerektirecek durumlar nedeniyle boşaltım ihtiyaçlarını tam veya kısmi olarak karşılayamayabilirler. Boşaltım ihtiyaçlarını (idrar-gaita) gideremeyen hasta veya yaşlı kişilerin bakım ilkeleri doğrultusunda, birtakım araç gereçler kullanılarak bu ihtiyaçlarının giderilmesi gerekir. Hasta ve yaşlının boşaltım ihtiyacını giderilebilmesi, boşaltım sonucu çıkan idrar ve dışkının doğru ölçülmesi, gözlemlenmesi ve değerlendirilmesi için birtakım araç gereçler kullanılmaktadır. Bu araç gereçlerin başında ördek ve sürgü gelmektedir.



Şekil 4.2: Kalın bağırsak ve kalın bağırsağın bölümleri

Sürgü: Yatağa bağımlı veya boşaltım ihtiyacını kendisi gideremeyen kadın hastaların gaita ve idrarını yapması için kullanılan plastik veya metalden yapılmış kaba denir. Erkek hastalarda sadece gaita (dışkı) yapmak için kullanılır. Sürgü kullanımı için hastaların bilinci açık olmalı ve istemli olarak işeme ve dışkılama refleksini gerçekleştirebilmelidir.

Görsel 4.1: Sürgü

Ördek: Erkek hastaların sadece idrarını yapması için kullanılan plastikten yapılmış kaba ördek denir. Günümüz şartlarında tercih edilen tek kullanımlık ördekler (valfli idrar torbası) hasta ve yaşlıyı enfeksiyon riskinden korumakta , kişinin idrar biriktirmesi açısından kullanım kolaylığı sağlamakta ve içindeki idrar miktarının daha rahat ölçülebilmesini sağlamaktadır.

Görsel 4.2: Ördek

4.1.1. Ördek ve Sürgü Verme

Sağlıklı bireyler boşaltım ihtiyaçlarını kimseye bağımlı olmadan veya yardım almadan kendileri gerçekleştirir. Günümüzde yaşa bağlı olarak ortaya çıkan kronik hastalıklar veya sebebi bilinmeyen hastalıklar nedeniyle bağımlı hâle gelen hasta ve yaşlı sayısı oldukça fazladır. Boşaltım ihtiyacını tek

başına karşılayamayan hasta ve yaşlı kişilerin yardım almaları gerekebilir. Çoğu zaman bu durum hasta veya yaşlının artık işe yaramadığını düşünmesine, bedenine küsmesine, sosyal olarak kendini soyutlamasına, kendini aciz hissetmesine veya bakım uygulamalarına karşı direnç geliştirmesine neden olmaktadır. Bu duygular içerisinde olan bireylere anlayışla yaklaşılmalı; duygularını, korkularını, merak ettiklerini ifade etmesi istenerek rahatlaması sağlanmalıdır. Boşaltım gereksinimi mahremiyet gerektiren bir durum olduğu için son derece dikkat edilerek karşılanmalıdır.

4.1.2. Ördek ve Sürgü Kullanımında Dikkat Edilecek Noktalar

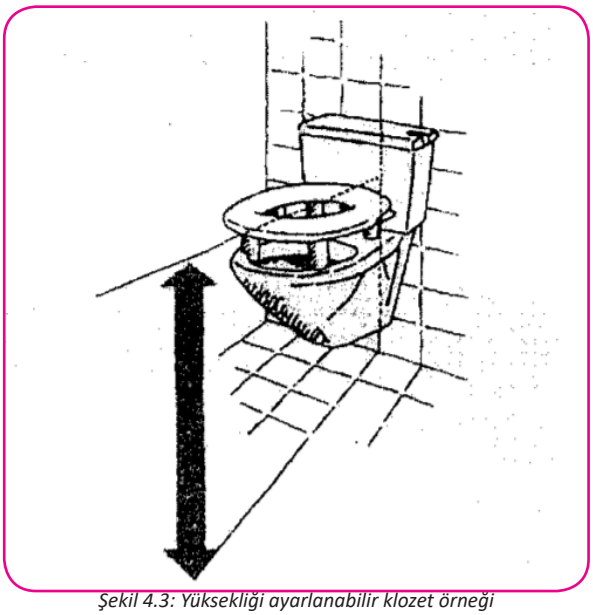
- Hasta ve yaşlıya yapılan tüm uygulamalarda asepsi kuralarına uyulmalıdır.
- Hasta ve yaşlının üriner ve bağırsak boşaltım ihtiyacını karşılamada başkasına bağımlı olması psikolojik olarak etkilenmesine yol açar. Hastada utanma, bağımlılık duyma, çıkan kokulardan dolayı suçlu ve rahatsız hissetme gibi olumsuz duygular gelişebilir. Böyle durumlarda hasta ve yaşlı ile doğru ve etkin iletişim kurumalı, saygı sevgi çerçevesi içinde ve ruhsal yönden iyilik hâlini koruyucu bir yaklaşım sergilenmelidir. Hastanın korkularını, endişelerini, merak ettiklerini ifade etmesine fırsat verilmelidir.
- Sürgü/ördek verilirken hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir.
- Hasta ve yaşlıya mümkünse tek kullanımlık sürgü ve ördek [valfli idrar torbası (idrarın tek yönde aktığı tek kullanımlık idrar torbası)] kullanılmalıdır. Eğer bu mümkün değilse bulaşıcı hastalığı olan hasta ve yaşlının kullandığı sürgü ve ördek asla başka hastalara kullanılmamalı, kullanılan sürgü ve ördekler kişiye özel olmalıdır.
- Hasta ve yaşlıya sürgü /ördek verme işlemi bittikten sonra sürgü/ ördek asla yere bırakılmamalıdır.
- Hasta ve yaşlının yatağa bağımlı olması üriner ve bağırsak boşaltımını oldukça zorlaştırmaktadır. Bu nedenle hastaya, üriner ve bağırsak boşaltımını rahat gerçekleştirecek pozisyon verilmelidir. Hastaya pozisyon verilirken mevcut durumu dikkate alınmalıdır.
- Hasta ve yaşlının yatağa bağımlı olması idrar yapma ve dışkılama alışkanlıklarının değişmesine yol açacağından hastanın besleme düzeni ve sıvı alımı düzenlenmelidir.
- Hasta ve yaşlının diyare (ishal), konstipasyon (kabızlık) , inkontinans (idrar, gaz, gaita kaçırma) durumları değerlendirilmeli ve bu durumların takibi yapılmalıdır. Gerektiğinde hasta ve yaşlının durumu hakkında uzman sağlık personeline bilgi verilmelidir.
- Hasta ve yaşlı idrar inkontinansı, idrar retansiyonu (mesane dolu olduğu halde hastanın idrarını yapaması) gibi sağlık sorunları yönünden takip edilmeli ve gerektiğinde hastanın durumu ile ilgili uzman sağlık personeline bilgi verilmelidir
- Hasta ve yaşlının idrar ve dışkısındaki renk, yoğunluk, koku, miktar vb. değişiklikler takip edilmelidir ve bu değişiklikler hasta bakım ve gözlem formlarına saat ve tarih belirtilerek kaydedilmelidir.
- Hasta ve yaşlının hekim istemiyle idrar biriktirmesi gerekiyorsa idrarın uygun ortam ve koşullarda biriktirilmesi sağlanmalıdır.
- Hasta ve yaşlı, bağırsak hareketleri ve boşaltımının düzenli olması için hareket etmeye teşvik edilmelidir.
- Hasta ve yaşlı, sık sık boşaltım ihtiyacı duymasın diye sıvı kısıtlamasına gidilebilir. Bu durumda hastanın sıvı izlem takibi yapılmalıdır.
- Hasta ve yaşlıya kullanılan malzemelerin temizliği uygun şekilde yapılmalıdır.
- Hasta ve yaşlıya verilen sürgünün soğuk ve ıslak olmamasına dikkat edilmeli ve sürgünün/ördeğin

hasta ve yaşlının perine bölgesinde gereğinden fazla kalmaması sağlanmalıdır.

- Perine bölgesi sürgü veya ördek verilirken hijyen , kızarıklık, enfeksiyon, yatak yarası vb. yönlerden değerlendirilmelidir.
- Hastadan çıkan atıklar yok edilirken kontaminasyon olmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- Hasta ve yaşlıya ,ailesine, bakıcısına ; sürgü/ördek verme, sürgü/ördek temizliği, hastanın kalça ve perine takibi ve bakımı hakkında bilgi verilmelidir.
- Hastaya yapılan bakım uygulamaları yasal dayanak oluşturması adına hasta bakım ve gözlem formlarına kaydedilmelidir.

Görsel 4.3 : Oturaklı tuvalet sandalyesi

- Ayrıca geçirdiği operasyonlar nedeniyle kısa süreliğine tuvaleti kullanamayan kişilerin ve sağlığı bozulduğu için tuvalet mesafesini yürüyemeyecek olan hasta ve yaşlıların boşaltım ihtiyacını karşılamak için oturaklı tuvalet sandalye veya klozet yükseltici gibi yardımcı araç gereçler de kullanılmaktadır (Şekil 4.3).
- Kullanılan ördek veya sürgü ,bakım hizmeti veren kurumlarda bulunuyorsa ördek ve sürgü imha cihazına atılarak imha edilmelidir (Görsel 4.3).



Şekil 4.3: Yüksekliği ayarlanabilir klozet örneği

Görsel 4.3: Ördek ve sürgü imha cihazı

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.1.3. Hasta ve Yaşlıya Ördek/ Sürgü Verme Uygulaması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

- Hasta ve yaşlının üriner ve bağırsak boşaltım gereksinimini karşılamak
- Hasta ve yaşlının fizyolojik olarak rahatlamasına yardımcı olarak bireysel konforunu sağlamak
- Hasta ve yaşlının üriner ve bağırsak boşaltım gereksinimini bağımsız bir şekilde karşılayacak duruma gelmesine yardımcı olmak
- Hasta ve yaşlıya düzenli olarak defekasyon ve idrara çıkma alışkanlığı kazandırmak
- Üriner ve bağırsak boşaltım ihtiyacı giderilemediği takdirde oluşabilecek komplikasyonları önlemek
- Hasta ve yaşlının sıvı izlem takibi yapmak
- Hasta ve yaşlının çıkardığı idrarı değerlendirmek (renk, yoğunluk, miktar vb.)
- Hasta ve yaşlının bağırsak hareketlerini ve gaitasını değerlendirmek (dışkılama sayısı, ishal vb.)

Kullanılacak Malzemeler

- Tek kullanımlık eldiven
- Sürgü
- Ördek
- Yatak koruyucu örtü
- Havlu kâğıt ya da havlu
- Tuvalet kağıdı
- Gerekirse genital bölge temizliği için gerekli malzemeler
- Ilık su ve sabun
- Kirli atık kutusu
- Paravan ya da hasta perdesi
- Nevresim takımı

İşlem Basamakları

Görsel 4.5: Sürgü uygulamasında kullanılan malzemeler

Görsel 4.6: Ördek uygulamasında kullanılan malzemeler

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Tek kullanımlık eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.
3. Sürgü ve ördek verme işlemi için gerekli malzemeler hazırlanır.
4. Hasta ve yaşlının odasına gidilerek bilinç durumu değerlendirilir. İşlem hakkında bilgilendirilen hastanın onayı alınır ve sağlık durumu uygunsa bakıma katılması için teşvik edilir.
5. Hasta ve yaşlının ve yakınlarının sormak istediği sorular varsa cevaplanır ve hastanın kendini rahatça ifade etmesi sağlanır.

Hasta ve yaşlılar, ördek ve sürgü kullanımına karşı direnç gösterebilirler.Çünkü mahremiyet gerektiren böyle bir konuda başkasına bağımlı olmak onları utandırabilir. Böyle durumlarda kişiye anlayışla yaklaşılmalıdır. Hasta ve yaşlı endişeli ise rahatlatılmalı ve kişinin mahremiyetinin sağlamasına özen gösterilmelidir.

6. Malzemeler uygun ve kolay ulaşabilir şekilde yerleştirilir.
7. Odanın kapısı kapatılarak hasta mahremiyeti sağlanır, odada hasta yakınları varsa çıkarılır. Birden fazla kişinin tedavi gördüğü hasta odalarında yataklar arasında bulunan perde ya da paravan çekilir.
8. Yatak yüksekliği uygun seviyeye çıkarılır.(Bu durum çalışanların vücut mekaniklerini doğru kullanabilmeleri için gereklidir.)
9. İşlem yapılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.
10. Yatak koruyucu örtü hastanın altına yerleştirilir ve yatağın kontamine olması önlenir. Eğer hasta ve yaşlının başı sağlık durumuna göre yükseltilerek kişiye ördek verilecekse ve yatak koruyucu örtünün hastanın altına yerleştirilmesi mümkün değilse örtü, penisin altına yerleştirilir.
11. Sürgü verilecek hasta ve yaşlıya dorsal rekümbent pozisyonu verilir. Hasta ve yaşlıya sağlık durumuna göre başı yükseltilerek fowler, semi fowler, lateral ya da supine pozisyonlarından uygun olanı verilir.

12. Hasta ve yaşlının üstü açılmadan alt çamaşırlarını indirmesi istenir. Hasta ve yaşlının tek başına alt çamaşırlarını indiremediği durumlarda kişiye hasta ve yaşlı bakım elemanı yardımcı olur.

13. Kalça ve perine bölgesi yatak yarası, kızarıklık, irritasyon ,hijyen vb. yönlerden değerlendirilir gerekli ise uzman sağlık personeline hasta hakkında bilgi verilir.

14. Hasta ve yaşlıya ördek verilecek ise hastanın penisini ördeğin boyun kısmına yerleştirmesi istenir, hasta söyleneni yapamazsa yardımcı olunur.

15. Sürgü verilecek hasta ve yaşlıdan kalçalarını kaldırabiliyorsa dizlerini bükmesi ve ayak tabanlarından destek alarak kalçasını yukarı kaldırması istenir.

16. Hastanın altına sürgü yerleştirilir.

17. Eğer hasta ve yaşlı kalçasını kaldıramıyorsa yatak başı indirilerek yatak mümkün olduğunca düz hâle getirilir.

18. Hasta ve yaşlının yan dönmesi sağlanır (Hastaya lateral pozisyon verilir).

19. Hasta ve yaşlının döndüğü taraftaki yatak kenarlığı yukarıda bırakılır ve kişinin bu kenarlıklardan destek alması istenir. Diğer taraftaki yatak kenarlığı indirilir, sürgünün geniş kısmı kalçanın altında kalır. Sürgü, üst bacağın bitiş noktası ile kalçanın altına sap kısmı bacakların arasına gelecek şekilde yerleştirilir.

20. Sürgü, kalça üzerine bastırılıp tespit edilir ve kişinin sürgü üzerine dönmesine yardım edilir.

21. Sürgü yerleştirildikten sonra kontrol edilerek idrar sızdırıp sızdırmadığına bakılır.

22. Hasta ve yaşlının üzeri örtülür ve sağlığı açısından bir engel yoksa yatağın başucu yükseltilir (ortalama 30 derece). Hasta ve yaşlı yarı oturur pozisyona getiriler ve kişinin boşaltım ihtiyacını rahat bir şekilde karşılaması sağlanır.

23. Hasta ve yaşlı birey, boşaltım ihtiyacını karşılayana kadar yalnız bırakılır. Hastadan işlem bitiminde çağrı butonuna basması ya da yakını aracılığı ile haber vermesi istenir.

24. Boşaltım işlemi bittikten sonra hasta ve yaşlının yanına gidilerek üstündeki örtü açılır.

25. Sürgü verilen hasta ve yaşlı sadece idrarını yapmışsa kişiden tuvalet kâğıdı kullanarak perineye bulaşan idrarı temizlemesi istenir. Perine temizliği önden arkaya doğru yapılmalıdır. Kişi, perine temizliğini kendi yapamıyorsa perine bölgesine bulaşan idrar hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından tekniğe uygun şekilde silinir ve sürgü kapağı kapatılarak alınır.

26. Eğer hasta gaitasını yapmışsa hastadan kalçasını kaldırması istenerek sürgü dikkatli bir şekilde

Hasta ve yaşlının perine bölgesinde yatak yarası, kızarıklık, irritasyon ,akıntı vb. bir durum varsa temizleme işleminin yanı sıra kişinin mevcut duruma göre uzman sağlık personelinin uygun gördüğü perine bakımı da uygulanır.

alınır, kapağı kapatılarak kapatılan sürgü uzaklaştırılır. Hasta ve yaşlı, anal bölge temizliğini kendisi yapabiliyorsa tuvalet kâğıdıyla önden arkaya doğru yapması sağlanır. Temizlik, hasta ve yaşlı anal bölge temizliğini kendisi yapamıyorsa ve bu bölge çok kirli ise hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından “Genital Bölge Temizliği İşlem Basamakları” na göre yapılır.

27. Sürgü alınırken kalçasını kaldırabilen kişiden ayak tabanlarından destek alarak kalçasını kaldırması istenir.Hasta ve yaşlı, kalçasını kaldıramıyorsa lateral pozisyona getirilerek sürgü alınır.

28. Hasta ve yaşlı idrarını yaptıktan sonra ördek uygun şekilde alınır, hasta ve yaşlıdan tuvalet kâğıdı kullanarak perineye bulaşan idrarı temizlemesi istenir. Hasta ve yaşlının yapamadığı durumlarda temizlik, hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından tekniğine uygun olarak yapılır.

29. Hastadan çıkan atıklar, kontaminasyon riski açısından dikkatli bir şekilde tuvalete dökülür.

30. İşlem bittikten sonra hastanın altındaki yatak koruyucu örtü toplanıp alınır ve eldivenler değiştirilir.

31. Hastanın kıyafetleri, yatak çarşafları veya iç çamaşırları kontamine olmuşsa değiştirilir ve kirli arabasına atılır.

32. Gerekliyse hasta ve yaşlının ellerini sabunlu su ile yıkayıp durulaması, kâğıt havlu ya da havlu ile kurulaması sağlanır.

33. Hastaya sağlık durumuna göre rahat ve uygun bir pozisyon verilir ve yatak kenarlıkları kaldırılır.

34. Malzemeler alınarak hasta odasından çıkılır, kirliler uygun atık kutularına atılır ve malzemelerin temizliği sağlanır.

35. Eldivenler çıkarılıp uygun atık kutusuna atılır ve eller, el yıkama standartlarına göre tekrar yıkanır.

36. Boşaltım işlemi bittikten sonra oda havalandırılır.

37. Hastadan boşaltım sonucu ortaya çıkan idrar ve dışkının görünüm, koku, renk ya da miktarı ile ilgili değerlendirmeler hasta bakım ve gözlem formlarına kayıt edilir.

Hasta ve yaşlıya ördek ve sürgü verme işlemi, bakım ilkeleri doğrultusunda uygulanacak standart bakımlara göre anlatılmıştır. Bakım uygulamaları; hastaların mevcut durumu, kronik hastalıkları, tedavi gördüğü ünite, hastanenin mevcut donanımı vb. durumlar nedeniyle farklılık gösterebilir.

Ördek ve Sürgü Temizliği

Hasta ve yaşlı kişilerin mevcut sağlık sorunları ve bağışıklık sistemlerinin yaşa bağlı olarak zayıflaması nedeniyle enfeksiyonlara yatkınlıkları artmaktadır. Hasta ve yaşlıları enfeksiyon riskinden korumak için mümkünse tek kullanımlık ürünler tercih edilmelidir. Bunun mümkün olmadığı durumlarda hasta ve yaşlıya kullanılan tüm tıbbi malzemeler kişiye temas etsin veya etmesin uygun şekilde dezenfekte edilmelidir. Hasta ve yaşlı kişilere boşaltım ihtiyacını karşılamak için kullanılan ördek ve sürgü gibi araç gereçlerin temizliği yapılırken hijyen kurallarına uyulmalıdır. Bu temizlik ve dezenfeksiyon , kurumun şartları uygunsa ördek ve sürgü yıkama makineleri ile el değmeden gerçekleştirilmelidir. Eğer kurumda ördek ve sürgü yıkama makineleri bulunmuyorsa kullanılan ördek ve sürgüler hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından antiseptik solüsyon kullanılarak iyice yıkanmalıdır. Daha sonra sıcak su ile durulanarak kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.1	
Hasta ve Yaşlıya Ördek /Sürgü Verme	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	4
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	2	4
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	4
Hasta ve yaşlının bilinç durumunu değerlendirme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	2	4
Hasta ve yaşlı veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	2	4
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	2	4
Odanın kapısını veya hasta yatakları arasında bulunan perde ya da paravanı kapatarak hastanın mahremiyeti sağlama	0	1	4
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Yatak koruyucu örtüyü hastanın altına veya penisin altına yerleştirerek yatağın kontamine olmasını önleme	0	2	4
Hastaya işleme uygun pozisyon verme	0	2	3
Hasta ve yaşlının çamaşırlarını çıkarmasına yardım etme	0	2	3
Kalça ve perine bölgesini; yatak yarası, kızarıklık, irritasyon, hijyen vb. yönlerden değerlendirme gerekliyse uzman sağlık personeline haber verme	0	2	3
Hastadan ördeği penisin boyun kısmına yerleştirmesini isteme ve gerekirse hastaya yardımcı olma	0	2	3
Hasta ve yaşlının altına sürgü yerleştirme	0	2	3
Sürgüyü tespit ederek yatağa idrar bulaşmasını engelleme	0	2	3
Hastaya mevcut durumuna uygun pozisyon vererek boşaltımını yapması için yalnız bırakma	0	2	3
Boşaltım çeşidine göre uygun perine temizliğini sağlama (önden arkaya doğru)	0	2	3
Sürgüyü veya ördeği uygun şekilde hastanın altından alma	0	2	3
Kullanılan malzemeleri uygun şekilde toplama	0	2	3
Kontamine olmuşsa hasta ve yaşlının yatak takımlarını, kıyafetini ve alt çamaşırını değiştirme	0	1	3
Gerekliyse hastanın ellerini yıkama	0	1	3
Hastaya uygun pozisyon verme	0	2	4
Yatak kenarlıklarını kaldırma	0	2	4
Kirlileri uygun atık kutularına atma	0	1	4
Malzemeleri temizleyip yerlerine yerleştirme	0	1	3
Eldivenleri çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	1	3
Boşaltım işlemi bittikten sonra odayı havalandırma	0	1	3
Hastaya yapılan uygulamaları hasta bakım ve gözlem formlarına kaydetme	0	1	3
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1. Üriner kateter çeşitleri nelerdir? Hangi durumlarda kullanılır?
2. Üriner kateter uygulamasının hasta ve yaşlılar için önemini açıklayınız.

AMAÇ

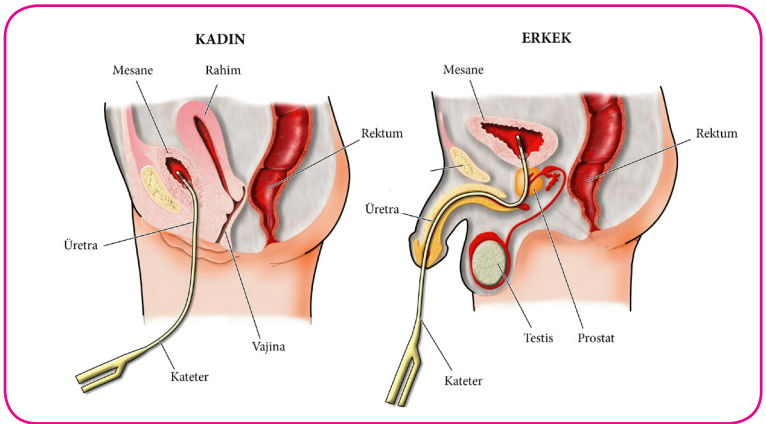
Hasta ve yaşlıya üriner kateter takılması gereken durumlarda kondom kateteri tekniğine uygun takmak ve kateterin bakımını sağlamak.

GİRİŞ

Çeşitli nedenlerle idrar yapmada sorun yaşayan veya üriner kateter takılmasını gerektirecek sağlık sorunları olan hasta ve yaşlı kişilere üriner kateter takılırken asepsi kurallarına uyularak uygulama yapılması gerekir. Uygulama sırasında hastanın mahremiyetine dikkat edilmelidir.

4.2.1. Üriner Kateter

Yaşlı vücudun fizyolojik işleyiş ve dengesinin normal bir şekilde devam edebilmesi için boşaltım işleminin düzenli olarak ve yeterli miktarda gerçekleşmesi gerekmektedir. Çeşitli nedenlerle idrarını yapamayan veya idrar yapmada zorluk yaşayan hasta ve yaşlılarda idrarı boşaltmak amacı ile bir kateterin üretradan geçirilerek mesane içine yerleştirilmesi işlemine üriner sonda takılması ya da mesane kateterizasyonu denir. Üriner sistem organlarının çeşitli nedenlerle görevini yerine getirememesi durumunda üriner kateter uygulaması yapılarak idrarın boşaltılması ve takibinin yapılması sağlanır.



Şekil 4.4: Kadın ve erkek mesanesine üretra yoluyla katater yerleştirilmesi

Hasta ve yaşlıya takılan üriner kateterler, yapılan uygulamaya ve takılma nedenine göre geçici ya da kalıcı olarak takılabilir. Kalıcı mesane kateterizasyonu, üriner kateterin mesanede kalma süresine göre üç sınıfa ayrılır:

Kısa süreli kateterizasyon: Kateterin mesanede 1-7 gün arasında takılı kalmasıdır. Genellikle ameliyat öncesi dönemde kullanılır.

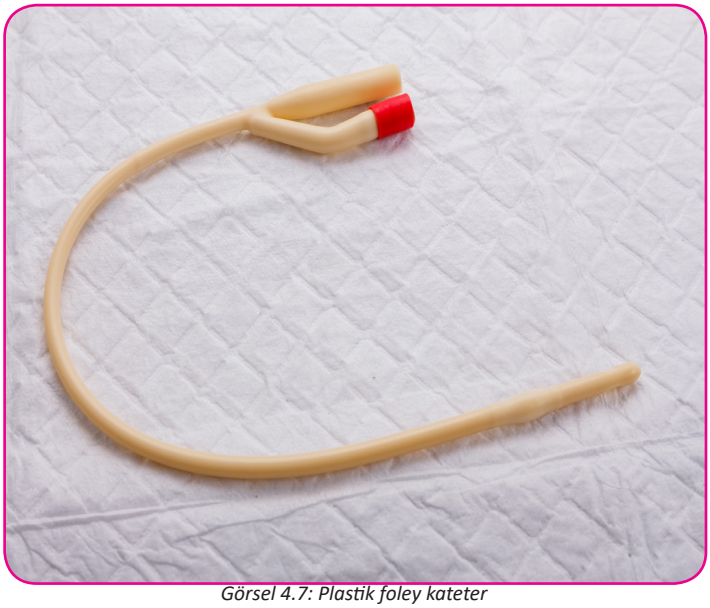
Orta süreli kateterizasyon: Kateterin mesanede 7-28 gün takılı kalmasıdır. Genellikle yaşlı ve ortopedik hastalarda ameliyat sonrası dönemde kullanılır.

Uzun süreli kateterizasyon: Kateterin mesanede 28 günden daha uzun kalmasıdır. Kateter, genellikle üriner inkontinans veya mesane boynu obstriksiyonu (tıkanıklığı) gibi önemli sorunlarda mesanede aylarca hatta yıllarca takılı kalmaktadır.

Kateter: Kauçuk, plastik, polietilen veya metalden yapılmış; içi boş , tanı ve tedavi amacıyla kullanılan araçtır.

Kalıcı üriner kateter uygulamasında foley kateter kullanılır. Sonda, hasta idrarını kendi isteğiyle yapabilecek duruma gelinceye kadar takılı kalır. Geçici üriner kateter uygulamasında ise nelaton sondalar kullanılır. İdrar boşaltma işlemi bitene kadar hastada sonda takılı kalır. Hasta ve yaşlıda idrarı boşaltmak, idrar örneği almak, lavaj uygulaması yapmak (mesane içinin yıkanması), sıvı izlem takibi yapmak gibi kapalı drenaj sistemi gerektiren durumlarda foley sonda ve nelaton sonda kullanılır. Açık drenaj sistemi (idrar boşaltma işleminin mesane içine girilmeden yapılması) ile idrarın boşaltılması gereken durumlarda sadece erkek hasta ve yaşlılar için alternatif bir yöntem olarak kondom (prezervatif) kateter uygulaması yapılmaktadır.

Üriner kateter uygulaması, steril bir işlemdir ve cerrahi teknikler kullanılarak yapılır. Bu nedenle işlem, bu eğitimi almış yetkili sağlık personelleri tarafından uygulanmalıdır. Hasta ve yaşlı bakım elemanı, uzman sağlık personelini işlem esnasında asiste edebilir.



Görsel 4.7: Plastik foley kateter

Görsel 4.8: Nelaton sonda çeşitleri

4.2.2. Geçici Mesane Kateterizasyonunun Uygulandığı Durumlar

- İdrar retansiyonu (mesane dolu olduğu halde hastanın idrar yapamaması) olan hastalarda mesanenin boşaltımını sağlamak
- Ameliyatlardan 8-12 saat sonra idrarını yapamayıp globa (idrarın yapılamaması durumunda mesanenin hastayı rahatsız edecek derecede idrarla dolup şişmesi) giren hasta ve yaşlıda idrar boşaltımını sağlamak
- Herhangi bir nedenle sedatif veya analjezik ilaç uygulanmış olup bunların etkisiyle idrar yapamayan hastalarda idrarın boşaltımını sağlamak
- Büyük ameliyatlardan [kalça protezi, bay-pass (baypas) ameliyatları, vb.] önce ve sonra mesanenin boşaltılması
- İdrar yapıldıktan sonra mesanede kalan idrar miktarını ölçmek (rezidüel kapasite)
- Üriner organ hastalıklarını teşhis etmek (üretral darlık vb.)
- Üriner sistemle ilgili işlem yapmak veya yapılan işlemden sonra idrarın perineye bulaşmasını engellemek
- Steril idrar örneği almak

Kalıcı mesane kateterizasyonunun uygulandığı durumlar

- Sıvı izlem takibi yapmak,
- Yoğun bakım ünitelerinde saatlik ve günlük idrar takibi yapmak,
- Hastada idrar akışını bozan veya engelleyen prostat hipertrofisi (organda büyüme ya da kalınlaşma) gibi sağlık sorunlarında mesaneyi boşaltmak,
- Mesaneye yakın organlara yapılan cerrahi operasyonlarda, mesanede oluşabilecek travma riskini değerlendirmek,
- Sürekli idrar kaçıran hasta ve yaşlının temiz, kuru kalmasını sağlamak ve idrarın perine ile sürekli teması sonucu oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek,
- Mesane karsinomlarını tedavi etmek,
- Mesane içine ilaç uygulamak,
- Mesane lavajı (yıkama) yapmak (Trans üretral rezeksiyon-TUR ameliyatlarından sonra mesaneden gelen kanlı sıvı berraklaşıncaya kadar yıkama solüsyonu takılı kalır).
- Cerrahi girişim sonrası üretranın oluşabilecek kan pıhtıları ile tıkanmasını önlemek amacıyla kalıcı mesane kataterі uygulanır.

4.2.3. Üriner Kateter Uygulamalarında Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

- Üriner kateter uygulaması cerrahi aseptik teknikleri ve bakımlarını bilen, bu konuda eğitimi almış yetkili uzman sağlık personeli tarafından gerçekleştirilmelidir.
- Uygulamada asepsi kurallarına uyulmalı ve işlem, steril teknikle gerçekleştirilmelidir.
- Üriner kateter seçilirken hastanın cinsiyeti, yaşı, kilosu veya sağlık durumu göz önünde bulundurularak kateter numarası belirlenmelidir.
- Kateterin çok büyük seçilmesi işlem sırasında hastalarda travma, ağrı gibi sorunlar yaşanmasına; çok küçük seçilmesi ise partikül, pıhtı vb. maddelerle idrar yollarının tıkanmasına veya hastadan idrar sızmasına neden olur.
- Sonda, kateterin mesane içinde olup olmadığın kontrol edilirken kateter hafif bir dirençle karşılaşıncaya kadar nazikçe geri çekilmelidir.
- Sonda açıldıktan sonra kontamine edilmeden hastaya takılmalıdır.
- Kateter takıldıktan sonra hastadan gelen idrarın rengi, miktarı, akış hızı kontrol edip değerlendirilmelidir.
- İdrarın düzenli akması için torbadaki idrar, düzenli akışın sağlanması için belli aralıklarla dökülmeli ve dökülen miktar, sıvı izlem takibi açısından kaydedilmelidir.
- Sondanın balonu için sadece serum fizyolojik kullanılmalıdır.
- Sonda, takıldıktan sonra meydana gelebilecek alerjik reaksiyonlar açısından değerlendirilmelidir.

Hasta ve yaşlılara yapılan tüm invaziv girişimler enfeksiyon riski taşır. Üriner kateter uygulamaları da üriner enfeksiyonlara neden olduğundan hastanın perine bakımının uygun şekilde yapılması sağlanmalıdır.

- Hasta ve yaşlıya üriner kateter takıldıktan sonra kateteri çekiştirmemesi, sondanın üretraya giriş yerine dokunmaması, sondaya takılı olan idrar torbasını yukarı kaldırmaması, bağlantı yerlerini birbirinden ayırmaması, torbaya idrar doldukça uzman sağlık personelinin bilgisi olmadan boşaltmaması konusunda uyarı yapılmalıdır.

- İdrar torbası, kapalı devreyi bozmamak için mümkün olduğunca geç değiştirilmelidir. İdrar torbası değişimi ne çok sık ne de torbanın fazla dolmasına izin verecek kadar seyrek yapılmalıdır. İdrar torbası değiştirilmek zorunda kalınmış ıse enfeksiyon riskini en aza indirmek için üriner kateterin idrar torbası ile birleşen uç kısımları önce antiseptik solüsyonla ile silinerek temizlendikten sonra birleştirilmelidir.

- İdrar torbadan boşaltılırken altındaki musluk açılmalı ve aseptik şartlara dikkat edilerek bir kaba dikkatli şekilde dökülmelidir.

- İdrar boşaltımı sırasında idrarın mesaneye geri kaçmasını engellemek için sonda klemplenmeli ve torba, mesane seviyesinin üstüne çıkarılmamalıdır.

- Üriner kateter uygulaması gibi içeriye enfeksiyon taşıma ihtimali yüksek olan invaziv işlemler, zorunlu olmadıkça uygulanmamalıdır.

- Hastalarda komplikasyon (istenmeyen durum, yan etki),enfeksiyon gibi sorunlar görülmedikçe kateter değişimi sabit aralıklarla yapılmamalıdır, kateterin ne zaman değişeceğine hasta ve yaşlının sağlık durumuna göre uzman sağlık personeli karar vermelidir.

- Sondanın bağlantı yerleri enfeksiyonların vücuda daha kolay girmelerine neden olduğu için gereksiz yere birbirinden ayrılmamalıdır.

- Hasta ve yaşlı banyo yapacaksa idrar torbası boşaltılmalı ve torba, idrar akışı engellenecek şekilde klemplenmelidir.

- Üriner kateteri olan hasta ve yaşlıya, ailesine, bakıcısına perine bakımı hakkında eğitim verilmelidir.

Prezervatif kateter kullanımında dikkat edilmesi gerekenler

- Yapışkanlı elastik bant, penisin etrafına çok sıkı sarılırsa kan dolaşımını bozarak penisin beslenmesini engelleyebilir. Kullanılan bant idrar sızmasını engelleyecek sıkılıkta olmalıdır.

- Penis kondom kateter uygulamasından sonra renk, görünüm ,şişkinlik vb. yönlerden belirli aralıklarla takip edilmelidir.

- Kondom kateter uzun süreli kullanım için uygun değildir.

Görsel 4.9: Prezervatif kateter

- Kondom kateter uygulamasında deri bakımı iyi yapılmalıdır. Aksi takdirde bu uygulama kısa zamanda cilt bütünlüğünün bozulmasına neden olur.

4.2.4 Üriner Katater Uygulamalarında Kullanılan Malzemeler ve Bu Malzemelerin Özellikleri

Steril eldiven: Hastaların vücuduna cerrahi aseptik tekniklerle yapılan invaziv girişimlerde kullanılan, üzerinde sporlar dahil hiçbir mikroorganizmanın bulunmadığı, tek kullanımlık steril paketlerde kullanıma hazır olarak bulunan eldivenlere denir.

Non steril eldiven: Genellikle cerrahi (deri bütünlüğünün bozulduğu durumlar) ve invaziv işlemler (vücudun iç tarafına yapılan işlemler) dışında kalan uygulamalar için kullanılan ve çoklu paketlerde bulunan eldivenlere denir.

Delikli steril kompres: Hastalara yapılan uygulamalarda sadece işlem yapılacak bölgenin açık kalmasını sağlayan, ortası delik, steril örtülerdir. Bu örtülerin bazıları tek kullanımlıktır. Çoklu kullanım için uygun olanları da mevcuttur.

Steril kompres: Hastalara cerrahi aseptik teknikler kullanılarak yapılması gereken işlemlerde, paketleri açılan steril malzemeleri konumlandırmak için kullanılan örtülerdir.

Antiseptik solüsyon: Cilt yüzeyinde bulunan mikroorganizmaları öldürmek için kullanılan antibakteriyel özellikteki solüsyonlardır.

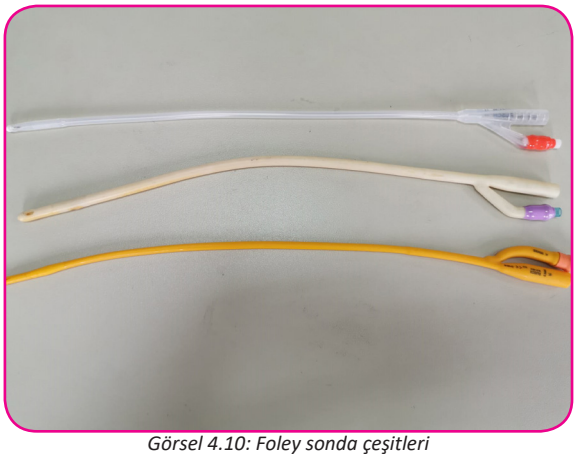
Mesane kateterizasyonunda cilt antisepsisinin sağlanması amacıyla %2 klorheksidin glukonat ya da %10 povidon iyot (batikon) tercih edilir.

Steril gaz tampon: Bakım uygulamaları, cerrahi işlem vb. durumlarda üzerine antiseptik solüsyon dökülerek cilt temizliğini sağlayan delikli yapıdaki malzemedir.

Steril böbrek küvet: İçerisine uygulama sırasında kullanılacak sıvı ya da malzemelerin koyulduğu böbrek şeklindeki metal tastır. İşlem bitiminde tekrar kullanılmak üzere steril edilir. Plastikten yapılan tek kullanımlık çeşitleri de bulunmaktadır.

Foley sonda: Mesane içinde bulunan idrarın boşaltılmasını sağlayan ve kauçuk, plastik ,silikon vb. maddelerden yapılan tıbbi malzemelere denir.

- Foley sonda, uygulama sırasında travma oluşturmayacak kadar yumuşak ve düzgün bir yüzeye sahiptir.
- Sondalar, Fransız ölçü birimine göre 8 French' e ten başlayarak 30 French'e kadar ikişer numara atlanarak numaralandırılmıştır.(8,10,12,14 vb .)
- Sondalar en içteki şeffaf olmak üzere iç içe geçirilmiş tek kullanımlık steril paketlerde bulunur.
- Foley sondanın iki ve üç yollu çeşitleri bulunur.



Görsel 4.10: Foley sonda çeşitleri

Görsel 4.11: Üç yollu foley sonda

İki yollu sondanın küçük lümeni sondanın ucundaki balonu şişirmek , büyük olan lümen ise mesaneden üriner drenajı (boşaltımı) sağlamak için kullanılır.(2 Yollu Sonda Numaraları 6 – 28 Fr arasında değişmektedir.)

Üç yollu sondalarda üçüncü lümen (yıkama takılan uç) üriner lavaj yapılırken irigasyon sıvısını (3000 ml'lık yıkama solüsyonu) vermek amacıyla kullanılır (TUR vb. yapılan hastalarda oldukça sık kullanılır). Sonda seçimi yapılırken hastanın cinsiyeti, yaşı, kilosu göz önünde bulundurulmalıdır.

Kateter Uygulanacak Grup	Kateter Ölçüsü
Çocuklarda	8–10 Fr No
Kadınlarda	14–20 Fr No
Erkeklerde	16–22 Fr No

Tablo 4.1: Foley Kateter Ölçüleri

Kateterin mesaneye takılan uç kısmında balon bulunur. Kateter mesaneye takıldıktan sonra balon 8-10 ml serum fizyolojik (SF) ile şişirilerek kateterin mesaneden geri çıkışı engellenir.(Balonun hacmi 30 ml' dir ve sondanın üzerinde yazılıdır.)

İdrar torbası (Drenaj torbası): Kişilerin vücudundan çıkan sıvıların takip edilmesi ve ölçülmesini sağlayan , hastalara takılan kateterlerin bağlantı yerlerine uyumlu olan ve kapalı drenaj sistemi sağlayan steril torbalara denir. İdrar torbasının musluklu ,musluksuz ve torbanın yatağa tespit edilmesini sağlayan askı aparatlı çeşitleri bulunur. İdrar torbasının alt kısmında bulunan musluk, sıvıların kolay bir şekilde boşaltılmasını sağlar.

Steril kayganlaştırıcı jel: Hasta ve yaşlılara üriner kateter takılırken sondanın uç kısmına sürülerek üretradan kolay ve ağrısız bir şekilde ilerlemesini sağlayan jel kıvamındaki tıbbı malzemedir. (Erkek hastalarda kayganlaştırıcının bir kısmı üretranın içine sıkılır.) Kayganlaştırıcı, tek kullanımlık steril paketlerde bulunur.

Flaster :Hastalara takılan kateterleri sabitlemek için kullanılan yapışkan formdaki tıbbı malzemeler-dir. Ciltte kaşıntı, kabarma vb. reaksiyonlara neden olduğu için hipoalerjenik olanlar tercih edilmelidir.

Klemp: Hasta ve yaşlıda mesanenin boşaltılması sırasında idrarın mesaneye geri kaçmasını engel-lemek, idrar akışını kontrol etmek veya hastaya mesane egzersizi yapmak için kullanılan malzemedir. Drenaj torbalarının bağlantı yerlerinde kendi klempleri bulunur.

Steril idrar örneği kabı: Hastanın sağlık problemleri nedeniyle idrarının analiz edilmesi gereken durumlarda idrar örneği almak için kullanılan kaptır.

Üriner sistemle ilgili işlemler hasta veya yaşlılar için stres kaynağı olmaktadır. Uygulamanın mahremiyet gerektiren bir işlem olması, hastanın kişisel sınırlarına girmesi, bilinmezlik duygusu uyandırması ve hastanın vücuduna yabancı bir cismin takılacak olması veya takılan parça ile hayatına devam etmek zorunda olma endişesi hasta veya yaşlıların sosyal olarak kendini soyutlamasına ,mutsuz ve huzursuz olmasına neden olmaktadır. Ayrıca hastalara uygulanan bütün invaziv işlemler enfeksiyon riski taşır ve kişinin hastanede kalış süresini uzatır. Bu nedenle zorunlu hâller dışında uygulanmamaktadır. Uygulama öncesinde hasta ve yaşlıya işlem hakkında bilgi verilir.İşlem hakkında bilgi verilirken açık, anlaşılır (tıbbi terimler mümkün olduğunca kullanılmadan), sade, akıcı bir dil kullanılmalı ve hastanın kendini ifade etmesine fırsat verilmelidir.Nazik ve hoşgörülü bir yaklaşım sergilenerek hasta ve yaşlı rahatlatılmaya çalışılmalıdır.

4.2.5. Kalıcı Üriner Kateter Bakımı

Hasta ve yaşlı kişilere takılan üriner kateteterler aylarca bazen yıllarca takılı kalabilmektedir. Üri-ner kateterin kısa süreli uygulamaları bile hasta ve yaşlılar için enfeksiyon riski oluştururken uzun süreli kullanımı hasta ve yaşlı için çok daha büyük bir risktir. Bu nedenle iyi bir kateter bakımı büyük önem taşımaktadır.

Hasta ve yaşlı, üriner kateterle günlük yaşamına devam ederken hastayı takip eden uzman sağlık personeli hasta ve yaşlıyı belirli aralıklarla ziyaret ederek kateter pansumanını yapar .Uzman sağlık personeli gerekli ise yeni kateter uygular veya steril idrar örneği alarak kateterde enfeksiyon üremesi gibi durumları takip ederek hasta ve yaşlıda olası komplikasyonların önüne geçer. Ayrıca uygulamadan sonra hasta ve yaşlıya ,ailesine, bakım verenine kateter bakımının nasıl yapılacağı, kateter bakımında dikkat edilmesi gereken noktalar, olası komplikasyonlar vb.hakkında bilgi verilerek iyi bir bakımın önemi vur-gulanır eğer hasta ve yaşlının bakım vereni yoksa bu uygulamalar, hasta ve yaşlı sağlık bakım elemanı tarafından uygulanır.

4.2.6. Kalıcı Üriner Kateter Bakımı Yapılırken Dikkat Edilecek Noktalar

- Kalıcı üriner kateter bakımı yapılmadan önce eller kalıcı üriner kateter sisteminin herhangi bir yeri-ne dokunulmadan mutlaka yıkanmalı ve steril eldiven giyilmelidir.

- Hastanın yaşına, cinsiyetine ve kilosuna uygun kateter kullanılmalıdır.
- Kalıcı üriner kateter bakımı normal şartlarda günde 2 defa yapılır.Ancak kateter kirlendiğinde (dışkı bulaşması, sızıntı vb.) beklenmeden bakımı yapılmalıdır.
- Üretra ve etrafı ile birlikte genital bölge temizliği yapılırken kalıcı kateterin yerinden çıkmamasına, çekiştirilmemesine dikkat edilmelidir.
- Üriner kateter, hasta ve yaşlıya tespit edilirken ne gergin ne de gevşek olmalı, flasterin altı kızarıklık, tahriş vb. yönlerden gözlemlenmelidir.
- Üriner enfeksiyonlar yönünden hasta takip edilmeli, enfeksiyon belirtileri olduğunda uzman sağlık personeline haber verilmelidir.
- İdrar torbasındaki idrar renk, koku, bulanıklık yönünden gözlemlenmeli ve olumsuz bir durum geliştiğinde torba değiştirilmelidir. Gerekli olduğu durumlarda idrar numunesi alınarak enfeksiyon yönünden değerlendirilmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın yürümesi ya da tahlil, tetkik için bir yere gitmesi gerekiyorsa idrar torbası boşaltılmalıdır.
- Hastanın banyo yapacağı zaman idrar torbası boşaltılmalıdır ve idrar akımı klemple engellenerek hastanın banyo yapması sağlanmalıdır.
- Kalıcı üriner kateter ara ara kontrol edilerek tıkanıp tıkanmadığı kontrol edilmelidir.

4.2.7. İdrar Torbasının Boşaltılması

Hasta ve yaşlılara mevcut sağlık sorunları nedeniyle tanı, tedavi veya bakım amaçlı üriner kateter uygulaması yapılmaktadır. Üriner kateteri olan hasta ve yaşlılarda vücuttan atılan idrarın takip edilmesi hastanın genel durumunun değerlendirilmesi açısından büyük öneme sahiptir. Vücuttan atılan idrar, üriner katetere kapalı devre ile bağlı olan idrar torbasında birikmektedir. İdrar torbası, hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından düzenli aralıklarla ve gerektiğinde boşaltılmalıdır. İdrar torbası boşaltırken şunlara dikkat edilmelidir:

- İdrar torbası boşaltılırken asepsi kurallarına uyulmalıdır.
- Torba, idrar akışının devamlı olması için düzenli aralıklarla küvete boşaltılarak dökülmeli ve dökülen miktar kaydedilmelidir.
- Dökülen idrar; renk , koku, miktar akış hızı gibi yönlerden değerlendirilmelidir. Gerekli görülürse uzman sağlık personeli bilgilendirilmelidir.
- İdrar torbasının boşaltılması için tamamen dolması beklenmemelidir. İdrar torbası, en fazla üçte ikisi dolunca boşaltılmalıdır. İdrar ,hasta ve yaşlı yerini terk etmek durumunda kalırsa miktarına bakılmaksızın boşaltılır.
- İdrar torbası boşaltılmadan önce torbanın altına temiz bir küvet yerleştirilerek torbanın musluğu dikkatli bir şekilde açılmalıdır.Musluk, küvet ile temas etmemelidir. Torba tamamen boşaldıktan sonra musluk sıkıca kapatılarak idrarın akması veya damlaması engellenmelidir.
- Gerekmedikçe idrar torbası yenisi ile değiştirilmemelidir. Torbanın değiştirilmesi gerekiyorsa idrar torbasının sonda ile birleşen kısmı, antiseptik solüsyonla temizlenmelidir.

İdrar torbası boşaltılırken sonda klemplenerek idrarın mesaneye geri kaçması engellenmelidir.

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.2.8. Hasta ve Yaşlıya Kalıcı Üriner Kateter Uygulaması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

Kullanılacak Malzemeler

- Steril eldiven
- Non steril eldiven
- Delikli steril kompres (iki adet steril kompres de kullanılabilir)
- Steril kompres
- Antiseptik solüsyon (batikon)
- Steril gaz tampon
- Steril böbrek küvet
- Kirli atık kutusu
- Foley sonda /kateter
- İdrar torbası
- Steril kayganlaştırıcı jel
- Enjektör ve 10 cc serum fizyolojik (SF)
- Flaster
- İdrar örneği almak için kap
- Perde ya da paravan
- Yatak koruyucu örtü

Kalıcı ve geçici üriner kateter uygulamalarında nelaton ve foley sonda kullanılır. Ancak bu işlemler cerrahi girişim olarak nitelendirilmektedir. Bu sebeple işlem uzman sağlık personeli tarafından yapılır.
Hasta ve yaşlı bakım elemanı bu uygulamalar esnasında uzman sağlık personelini asiste edebilir.

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Non steril eldivenler, tekniğine uygun olarak giyilir.
3. Kullanılacak malzemeler eksiksiz bir şekilde hazırlanır.

Görsel 4.12: Kalıcı ürüner katater (Foley sonda) uygulamasında kullanılan malzemeler

4. Hasta ve yaşlının kimlik doğrulaması yapılır. Doğrulama için hastaya takılan bilekliğe bakılabilir ya da kimlik bilgilerinin hasta tarafından sözlü olarak teyit edilmesi istenebilir.

5. Hastanın bilinç ve uyum (yere, zamana, kişeye) durumu değerlendirilir.

6. Hasta/yaşlıya veya hastanın ailesine işlem hakkında açık ve akıcı bir dille bilgi verilir ve işlem için onay alınır.Hasta, sağlık durumu uygunsa uygulamada işbirliği yapması için teşvik edilir.

7. Hasta ve yaşlının alerjisi (lateks alerjisi vb.) sorgulanır.

8. Odanın kapısı kapatılarak hasta mahremiyeti sağlanır. Birden fazla kişinin tedavi gördüğü hasta odalarında yataklar arasında bulunan perde ya da paravan kapatılır ve ziyaretçiler odadan dışarı çıkarılır.

9. Malzemeler rahat ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir. Yatak yüksekliği uygun şekilde (sağlık personelinin vücut mekaniklerine göre) ayarlanır.

10. Hasta ve yaşlının üzerindeki yatak takımları alınır.

11. Hasta ve yaşlının alt giysi ve çamaşırlarını çıkarması sağlanır.

12. Çalışılan taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.

13. Hasta ve yaşlının altına yatak koruyucu örtü serilir.

14. İşlem için kadınlara dorsal rekumbent, erkeklere supine pozisyonu verilir.Pozisyon verilirken hastanın mahremiyetini korumaya özen gösterilir. (Eğer kadın hasta ve yaşlı sırt üstü yatamıyorsa sim's pozisyonu verilebilir.)

15. Perine bölgesi anatomik deformasyon (şekil bozukluğu), yatak yarası, hijyen durumu, kızarıklık, akıntı vb. yönlerden değerlendirilir.

16. İnkontinans sorunu olan hasta ve yaşlıların perine bölgesi, işlem öncesinde hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından "İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Uygulamaları" talimatları doğrultusunda temizlenmelidir. Hastanın sağlık durumu uygunsa bakıma katılması için teşvik edilmelidir.

17. Non steril eldivenler çıkarılır , eller yıkanır ve kurulanır.

18. Steril eldivenler tekniğine uygun şekilde giyilir.

19. Delikli steril kompres ya da iki adet streril kompres, kadın hasta ve yaşlının üretrası; erkek hasta ve yaşlının sadece penisi açıkta kalacak şekilde hasta üzerine yerleştirilir.

20. Malzeme için kullanılacak steril kompres, dikkatli bir şekilde kontamine edilmeden açılarak hastanın bacakları arasına , genital bölge önüne serilir.

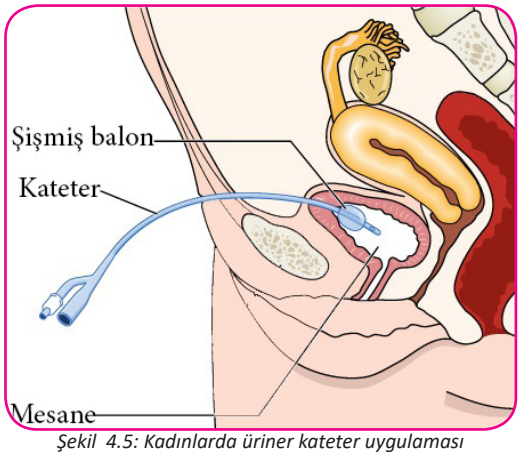
21. Steril malzemeler (foley sonda, gazlı bez, enjektör,steril böbrek küvet, kayganlaştırıcı jel), bu steril örtünün üzerine açılır.

22. Steril böbrek küvet hastanın bacakları arasına yerleştirilir.

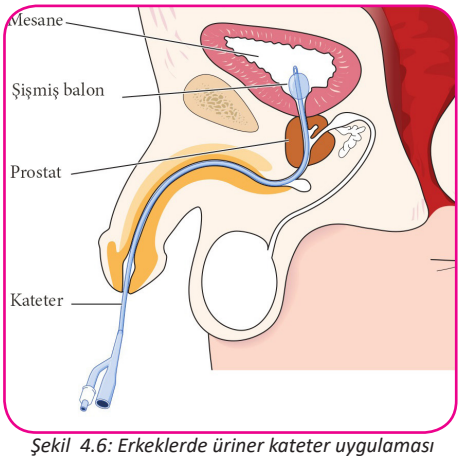
23. Hastada oluşabilecek enfeksiyon riskini en aza indirmek için hasta ve yaşlının perine temizliği antiseptik solüsyon kullanılarak yapılır. Silme işlemi meatustan başlanarak anüse doğru yapılır ve her tampon veya spanç bir kez kullanılarak atık kutusuna atılır.

24. Foley kateter ucuna işlem sırasında kolaylık sağlaması ve üretradan rahat ilerlemesi için tek kullanımlık kayganlaştırıcı jel sürülür.

25. İşlemde hazır mesane katetrizasyon seti kullanılacaksa uzman sağlık personeli tek başına steril teknik kullanarak hasta ve yaşlıya uygun kateteri uygular. Eğer hazır set kullanılmayacaksa uzman sağlık personeli steril giyinir. Hasta ve yaşlı bakım elemanı steril malzemeleri açarak uzman sağlık personelini asiste eder. Böylece hasta ve yaşlıya uygun kateter uygulanır.



Şekil 4.5: Kadınlarda üriner kateter uygulaması



Şekil 4.6: Erkeklerde üriner kateter uygulaması

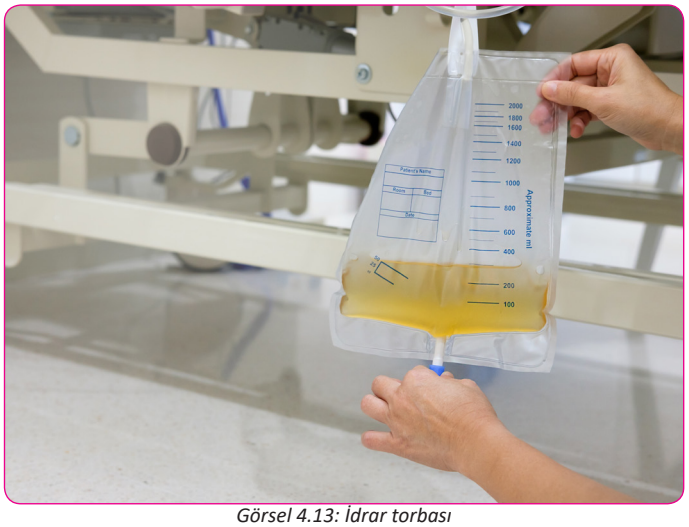
26. Kateterin alt ucu böbrek küvet içine yerleştirilir ve kateter, idrar gelene kadar üretradan içeri doğru itilir.

27. Kateter takıldıktan sonra daha önceden enjektöre çekilen 10 cc serum, fizyolojik sondanın idrar gelmeyen lümeninden gönderilir ve kateterin balonu şişirilir. İdrarın gelmesi ile kateterin idrar gelen dış ucu steril eldivenle tutularak idrar torbasının bağlantı yeri ile birleştirilir.

28. Balonu şişirilen kateter, hafif bir direnç hissedilene kadar yumuşak hareketlerle geri çekilir. Kateterin mesane içine güvenli yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.

29. İdrar torbası mesane seviyesinden aşağıya yatak kenarına asılır.

30. Hasta ve yaşlı ağrı, kaşıntı, yanma vb . durumlar yönünden sorgulanır ve kişinin iyi olup olmadığı sorulur.



Görsel 4.13: İdrar torbası

31. Hasta ve yaşlıya takılan kateter hastanın sağlık durumuna göre flaster ile kadınlarda uyluk iç yüzüne, erkeklerde karın ön duvarına sabitlenir.
32. Yatağın üzerinde yer alan kirli malzemeler toplanır.
33. Hastaya sağlık durumuna uygun pozisyon verilir.
34. Hasta ve yaşlının üzeri örtülür.
35. Yatak kenarlıkları kaldırılır.
36. Eldivenler ters çıkarılarak diğer atıklar ile birlikte uygun atık kutularına atılır.
37. Eller, el yıkama standartlarına göre yeniden yıkanır.
38. Hastaya yapılan işlem ve hastadan çıkan idrar miktarı, hasta bakım ve gözlem formuna kaydedilir.

Hasta ve yaşlıya üriner kateter uygulamasında hasta yaşlı bakım elemanı, uzman sağlık personeline tüm basamaklarda eşlik ederek onu asiste eder. Hasta ve yaşlının bilgilendirilmesi , uygulama sırasında mahremiyetin sağlanması, ihtiyaç halinde perine bakımı verilmesi, hastanın giysilerinin çıkarılıp giydirilmesi, eksik malzemelerin giderilmesi, steril malzemelerin açılması, işlem sırasında kullanılan malzemelerin toplanması, temizlenmesi, tıbbi atıkların uygun atık kutularına atılması gibi non invaziv basamaklar hasta yaşlı bakım elemanı tarafından uygulanabilmektedir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.2	
Hasta ve Yaşlıya Kalıcı Ürüner Kateter Uygulama	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	3
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	1	3
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	3
Hasta ve yaşlıya kimlik doğrulaması yapma	0	2	3
Hasta ve yaşlının bilinç durumunu değerlendirme	0	2	3
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve işlem için onay alma	0	1	3
Hasta ve yaşlının ve ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	3
Odanın kapısını kapatarak veya hasta yatakları arasında bulunan perde ya da paravanı çekerek mahremiyeti sağlama	0	2	3
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	3
Yatak seviyesini uygun şekilde ayarlama		1	3
Hastanın alt çamaşırlarını çıkarmasını sağlama,çıkarma	0	1	3
Çalışılan taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	3
Hastaya ve yaşlıya cinsiyetine uygun pozisyonu verme	0	2	3
Yatak koruyucu örtüyü hastanın altına yerleştirerek yatağın kontamine olmasını önleme	0	2	3
Perine bölgesini değerlendirme	0	2	3
Perine bölgesinin temiz ,tıraşlı ,kuru olmasını sağlama	0	2	3
Steril eldivenleri tekniğine uygun giyme	0	2	4
Steril delikli kompresi açarak üretra görülecek şekilde yerleştirme	0	2	4
Steril kompresi tekniğine uygun açarak uygun yere serme	0	2	4
Steril malzemeleri kontamine etmeden steril kompresin üzerine açma	0	1	3
Steril böbrek küveti hastanın bacakları arasına yerleştirme	0	1	3
Perine temizliğini antiseptik solüsyonla uygun şekilde yapma	0	2	4
İşlem sırasında uzman sağlık personelini gerektiği gibi asiste etme	0	2	3
Kateterin uç kısmına idrar torbasını bağlama	0	2	3
İdrar torbasını mesane seviyesinden aşağıya yatak kenarına asma	0	1	2
Kateter takıldıktan sonra hastanın durumunu sorgulama	0	1	2
İşlem bitiminde kirli malzemeleri toplama	0	2	3
Hastaya uygun pozisyon verme	0	2	4
Yatak kenarlıklarını kaldırma	0	1	4
Kirlileri uygun atık kutularına atma	0	1	3
Eldiven çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	3
Hastaya yapılan uygulamaları bakım formlarına kaydetme	0	2	3
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.2.9. Kalıcı Üriner Katater Bakımı Uygulaması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

Hasta ve yaşlıya kalıcı üriner kateter bakımını yapma.

Kullanılan Malzemeler

- Tek kullanımlık eldiven
- Yatak koruyucu örtü (hasta yatağının ıslanmaması için)
- Ilık su dolu tas veya böbrek küvet, sabun veya cilt ph 'ına uygun perianal cilt temizleyiciler
- Gazlı bez (spanç)
- Atık kutusu
- Kurulama bezi (batın havlu vb.)
- Perde ya da paravan
- Temiz küvet (idrar boşaltmak için)

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Tek kullanımlık eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir
3. Malzemeler eksiksiz bir şekilde hazırlanır.
4. Hasta ve yaşlıya gerekli bilgilendirme yapılarak işlem için onay alınır ve hasta, sağlık durumu uygunsa bakıma katılması için teşvik edilir.
5. Hasta ve yaşlının sormak istediği sorular varsa cevaplanır ve hastanın kendini rahatça ifade etmesi sağlanır.
6. Malzemeler uygun ve kolay ulaşabilir şekilde yerleştirilir.
7. Odanın kapısı kapatılarak hasta mahremiyeti sağlanır. Birden fazla kişinin tedavi gördüğü veya yaşadığı odalarda yataklar arasında bulunan perde ya da paravan kapatılır.
8. Hasta ve yaşlı yatakta ise hasta yatağı rahat çalışılacak seviyeye yükseltilir.
9. Rahat çalışmak için yatak kenarlıklarından biri indirilir.
10. Hasta ve yaşlının yatak takımları alınarak hastanın üstü açılır.

11. Hasta ve yaşlının üstü bir çarşafla sadece genital bölgesi açık kalacak şekilde örtülür.

12. Hasta ve yaşlının alt kıyafetleri ve iç çamaşırlarının çıkarılması sağlanır.

13. Hastanın altına yatak koruyucu örtü yerleştirilir.

Hastanın sağlık durumu uygunsa yatak koruyucu sermek için kalçalarını kaldırması istenir. Hasta yatağa bağımlı ise hastaya önce sağ lateral pozisyon verilerek rulo yapılan yatak koruyucu sol taraftan hastanın altına yerleştirilir. Daha sonra hastaya sırayla supine pozisyon ve sol lateral pozisyon verilerek hasta altında rulo olan yatak koruyucu çekilip düzeltilir.

14. Kalıcı üriner kateter bakımı verilirken kadınlara dorsal rekumbent, erkeklere supine pozisyonu verilir. (Eğer kadın hasta ve yaşlı sırt üstü yatamıyorsa sim's pozisyonu verilebilir.)

15. Taslardan birinin içine ılık su ve diğerine sabunlu su koyulur. Tasların içine de birkaç spanç koyularak ıslatılır. (Her silme işleminde farklı bir spanç kullanılır.)

16. Kadın hastalarda sondanın üretral meatusa (üretranın dışardan görünen kısmı) giren kısmı, sabunlu su ile ıslatılan spançlarla dairesel hareketlerle ve tek seferde silinir .Gerekirse yeni spançlarla temizleme işlemi tekrar edilir.

17. Erkek hastalarda sondanın penise giren kısmı, sabunlu su ile ıslatılmış spançla dairesel hareketlerle ve tek seferde silinir. Gerekirse yeni spançlarla temizleme işlemi tekrar edilir.

18. Kadın ve erkek hasta ve yaşlılarda aynı işlem basamakları kullanılarak durulama ve kurulama yapılır.

19. İdrar torbası dolmuşsa aseptik kurallara dikkat ederek idrar, temiz küvete boşaltılır eğer gerekli ise yeni idrar torbası takılır. Boşaltılan idrar; miktar, renk, koku, bulanıklık vb. yönlerden değerlendirilir.Yapılan değerlendirmeler hasta bakım ve gözlem formlarına saati ile birlikte kaydedilir.

20. İdrar torbası hasta ve yaşlının mesane seviyesinin altında yatak kenarına asılır. Eğer hasta ve yaşlı mobilse sondayı aşağıda tutması söylenir.

21. Hasta ve yaşlının yatak takımları ve alt kıyafetleri kontamine olduysa yenileriyle değiştirilir.

22. Gerekliyse hastanın ellerini yıkanır.

23. Kirli malzemeler toplanarak hastanın üzeri örtülür.

24. Hasta ve yaşlıya sağlık durumuna uygun pozisyon verilir.

25. Yatak kenarlıkları kaldırılır ve yatak normal seviyesine indirilir.

26. Kirliler uygun atık kutularına atılır.

27. Küvetin içindeki idrar, tuvalete dökülür. Küvet uygun teknikler kullanılarak dezenfekte edilir ve yerine kaldırılır.

28. Eller, el yıkama standartlarına göre yeniden yıkanır.

29. Hastaya yapılan işlem, hasta bakım ve gözlem formlarına kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.3	
Kalıcı Üriner Kateteri Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Verme	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	3
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	1	3
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	3
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	3
Hasta ve yaşlının sorularını cevaplama, kendini ifade etmesine fırsat verme	0	1	3
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	3
Odanın kapısını kapatarak veya hasta yatakları arasında bulunan perde veya paravanı çekerek hasta mahremiyeti sağlama	0	1	3
Yatak seviyesini uygun şekilde ayarlama	0	1	3
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	4
Yatak takımlarını alarak sadece genital bölgeyi bir çarşafla örtme	0	2	4
Hasta ve yaşlının alt çamaşırlarını çıkarmasına yardım etme	0	2	4
Hastanın ve yaşlının altına yatak koruyucu örtü serme	0	2	4
Hasta ve yaşlıya uygun pozisyonu verme	0	2	4
Kadın hastalarda sondanın üretraya giren kısmını uygun şekilde temizleme	0	2	4
Erkek hastalarda sondanın penise giren kısmını uygun şekilde temizleme	0	2	3
Kadın /erkek hasta ve yaşlıda uygun şekilde durulama işlemi yapma	0	2	3
Kadın /erkek hasta ve yaşlıda uygun şekilde kurulama işlemi yapma	0	2	4
İdrar torbasını boşaltma veya gerekliyse yenisi ile değiştirme	0	2	4
İdrar torbasını mesane seviyesinin altında tutma,yatak kenarına asma	0	2	4
Kullanılan malzemeleri uygun şekilde toplama	0	2	4
Uygulamada yatak takımları, kıyafet ,alt çamaşırı ıslandıysa ya da kontamine olduysa değiştirme	0	2	4
Gerekliyse hastanın ellerini yıkama	0	2	4
Hastaya uygun pozisyon verme ve hastanın üzerini örtme	0	2	4
Yatak kenarlıklarını kaldırma ve yatak seviyesini yükseltme	0	2	3
Kirlileri uygun atık kutularına atma	0	2	3
Küvetin içindeki idrarı tuvalete dökme, uygun teknikle küveti dezenfekte etme	0	2	3
Malzemelerin temizliğini sağlayıp yerlerine yerleştirme	0	2	3
Eldiven çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	0	2	3
Hastaya yapılan uygulamaları bakım formlarına kaydetme	0	2	3
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.2.10. Hasta ve Yaşlıya Geçici Üriner Kateter Uygulaması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

Geçici Üriner Kateter Uygulama (Nelaton Sonda Uygulama)

Hastaların mevcut sağlık durumuna göre kısa süreli olarak idrar boşaltılması gereken durumlarda geçici üriner kateter yani nelaton sonda uygulaması yapılmaktadır.

Nelaton sonda: Geçici üriner kateter takılması sırasında kullanılan ve hastaya takılan uç kısmında drenaj (içerideki sıvının boşaltılması) sağlamak için iki küçük açıklığı olan kateterlere denir.

Nelaton Sondanın Özellikleri

- Kauçuk veya silikondan yapılmıştır.
- Sondanın bir ucu, kalınlık incelik yönünden kolayca ayırt edilmesi için renklendirilmiştir (Dışarda kalan kısım renklidir).
- Tek kullanımlık steril paketlerde bulunur. Standart uzunluğu 40 cm'dir.
- Bir ucunun renkli olması numaralandırma için kolaylık sağlamaktadır.
- İdrar örneği almak , ameliyatlardan sonra idrar yapmada zorluk yaşayan hastaların mesanesini boşaltmak, idrarını yapan hastalarda mesanede kalan idrarı ölçmek gibi geçici kullanımlar için uygundur. İşlem bitiminde çıkarılır.
- Sondalar inceden kalına 6-24 Fr arasında numaralandırılmıştır.

Kullanılacak Malzemeler

- Steril eldiven
- Non steril eldiven
- Delikli steril kompres ya da iki adet steril kompres
- Steril kompres
- Antiseptik solüsyon
- Steril gaz tampon (steril gazlı bez)
- Steril böbrek küvet
- Kirli atık kutusu
- Nelaton sonda / kateter (Hastanın durumuna göre numara seçimi yapılır.)
- Steril kayganlaştırıcı jel
- İdrar örneği almak için kap (numune alınması gerektiği zaman)

- Perde ya da paravan
- Yatak koruyucu örtü

Hasta ve yaşlıya geçici üriner kateter uygulamasında hasta ve yaşlı bakım elemanı, uzman sağlık personeline tüm basamaklarda eşlik ederek onu asiste eder. Hasta ve yaşlının bilgilendirilmesi, kimlik doğrulaması, uygulama sırasında mahremiyetin sağlanması, ihtiyaç halinde perine bakımı verilmesi, hastanın giysilerinin çıkarılıp giydirilmesi, eksik malzemelerin giderilmesi , steril malzemelerin açılması , işlem sırasında kullanılan malzemelerin toplanması ve temizlenmesi, tıbbi atıkların uygun atık kutularına atılması gibi non invaziv basamaklar hasta yaşlı bakım elemanı tarafından uygulanabilmektedir.

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Non steril eldivenler tekniğine uygun şekilde giyilir.

Görsel 4.14: Geçici üriner kateter uygulamasında kullanılan malzemeler

3. Kullanılacak malzemeler eksiksiz bir şekilde hazırlanır.
4. Hasta ve yaşlının kimlik doğrulaması yapılır.
5. Hastanın bilinç durumu değerlendirilir.
6. Hasta ve yaşlıya gerekli bilgilendirme yapılarak işlem için onay alınır ve hasta, sağlık durumu uygunsa bakıma katılması için teşvik edilir.
7. Hasta ve yaşlının alerjisi (lateks alerjisi vb.) sorgulanır.
8. Hasta ve yaşlının kendini ifade etmesi sağlanır.
9. Odanın kapısı kapatılarak hasta mahremiyeti sağlanır. Birden fazla kişinin tedavi gördüğü hasta odalarında yataklar arasında bulunan perde ya da paravan kapatılır ve ziyaretçiler odadan dışarı çıkarılır.
10. Malzemeler rahat ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir. Yatak yüksekliği uygun şekilde ayarlanır
11. Hasta ve yaşlının üzerindeki yatak takımları alınır.
12. Hasta ve yaşlının alt giysi ve çamaşırlarını çıkarması sağlanır.
13. Çalışılan taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.

14. Hasta ve yaşlının altına yatak koruyucu örtü serilir.

15. Hasta ve yaşlının mahremiyeti korunarak kadınlara dorsal rekumbent, erkeklere supine pozisyonu verilir. (Eğer kadın hasta ve yaşlı sırt üstü yatamıyorsa sim's pozisyonu verilebilir.)

16. Perine bölgesi yatak yarası , kızarıklık ,akıntı, irritasyon vb. yönlerden değerlendirilir.

17. Hasta ve yaşlıda inkontinans sorunu varsa perine bölgesi, işlem öncesinde hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından "İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Uygulamaları" talimatları doğrultusunda temizlenmelidir. Hastanın sağlık durumu uygunsa bakıma katılması için teşvik edilmelidir.

18. Non steril eldivenler çıkarılır , eller yıkanır ve kurulanır.

19. Steril eldivenler tekniğine uygun şekilde giyilir.

20. Delikli steril kompres ya da iki adet streril kompres ,kadın hasta ve yaşlının üretrası; erkek hasta ve yaşlının sadece penisi açıkta kalacak şekilde hasta üzerine yerleştirilir.

21. Malzemeler için kullanılacak steril kompres dikkatli bir şekilde kontamine edilmeden açılarak hastanın bacakları arasına, genital bölgenin önüne serilir.

22. Steril malzemeler (nelaton sonda, gazlı bez, kayganlaştırıcı jel ,böbrek küvet, steril idrar örneği kabı) açılan steril örtünün üzerine açılır.

23. Steril böbrek küvet, hastanın bacakları arasına yerleştirilir.

24. Hastada oluşabilecek enfeksiyon riskini en aza indirmek için hasta ve yaşlının perine temizliği antiseptik solüsyon kullanılarak yapılır. Silme işlemi meatustan başlanarak anüse doğru yapılır, her tampon veya spanç bir kez kullanılarak atık kutusuna atılır.

25. Nelaton sonda ucuna işlem sırasında kolaylık sağlaması ve üretradan rahat ilerlemesi için tek kullanımlık kayganlaştırıcı jel sürülür.

26. Uzman sağlık personeli steril tekniğe uygun olarak geçici üriner kateteri hasta ve yaşlıya uygular. Hasta ve yaşlı bakım elemanı da işlem sırasında uzman sağlık personelini asiste ederek uygulamaya aktif olarak katılır.

27. İdrar örneği alınacaksa steril kap, idrar ile doldurulur.

28. Geçici kateter takılmasında idrar örneği alınıncaya ya da mesane boşalıncaya kadar kateter içeride tutulur. İşlem sonrası kateter geri çekilir.

29. İşlem bitiminde hasta ve yaşlıya birkaç saat boyunca idrar yapma isteği duyabileceği ve idrar yapmada zorluk yaşayabileceği söylenir.

30. Hasta ve yaşlıya sağlık durumuna uygun pozisyon verilir

31. İşlem bittikten sonra yatak kenarlığı yukarı kaldırılır.

32. Kirli malzemeler toplanarak hastanın üzeri örtülür.Hastaya sağlık durumuna uygun pozisyon verilir.

33. Eldivenler ters çıkarılarak diğer atıklar ile birlikte uygun atık kutularına atılır.

34. Eller, el yıkama standartlarına göre yeniden yıkanır.

35. Hastaya yapılan işlem, hastadan çıkan idrarın miktarı, özelliği ve hastanın genel durumu hasta bakım ve gözlem formlarına kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.4	
Hasta ve Yaşlıya Geçici Ürüner Kateter Uygulama	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	3
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	1	3
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	3
Hasta ve yaşlıya kimlik doğrulaması yapma	0	2	3
Hasta ve yaşlının bilinç durumunu değerlendirme	0	2	3
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	3
Hasta/yaşlının ve ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	3
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	3
Odanın kapısını kapatarak veya hasta yatakları arasında bulunan perde/ paravanı kapatarak mahremiyeti sağlama	0	2	3
Malzemeler rahat ulaşılabilecek şekilde yerleştrme	0	1	3
Yatak seviyesini uygun şekilde ayarlama	0	1	3
Hastanın alt çamaşırlarını çıkarmasını sağlama,çıkarma	0	1	3
Çalışılan taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	3
Yatak koruyucu örtüyü hastanın altına yerleştirerek yatağın kontamine olmasını önleme	0	2	3
Hastaya cinsiyetine uygun pozisyonu verme	0	2	3
Perine bölgesini değerlendirme	0	2	3
Perine bölgesinin temiz ,tıraşlı ,kuru olmasını sağlama	0	2	3
Steril eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	2	3
Steril delikli kompresi açarak üretra görülecek şekilde yerleştirme	0	2	3
Steril örtüyü tekniğine uygun açarak uygun yere serme	0	2	3
Steril malzemeleri kontamine etmeden steril örtünün üzerine yerleştirme	0	2	3
Steril böbrek küveti hastanın bacakları arasına yerleştirme	0	1	3
Perine temizliğini antiseptik solüsyonla uygun şekilde yapma	0	2	3
İşlem sırasında uzman sağlık personelini gerektiği gibi asiste etme	0	2	3
Kateterden gelen idrarın böbrek küvette toplanmasını sağlama gerekirse steril kap ile idrar örneği alma	0	2	4
Kateter takıldıktan sonra hastanın durumunu sorgulama , sağlık durumu hakkında hasta ve yaşlıyı bilgilendirme	0	1	4
Hastaya sağlık durumuna uygun pozisyon verme	0	2	4
Yatak kenarlıklarını kaldırma	0	1	4
İşlem bitiminde kirli malzemeleri toplama	**0**	**2**	**3**
Kirlileri uygun atık kutularına atma	**0**	**2**	**3**
Eldiven çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	**0**	**1**	**3**
Hastaya yapılan uygulamaları hasta bakım ve gözlem formlarına kaydetme	**0**	**1**	**3**
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.2.11. Hasta ve Yaşlıya Prezervatif Kateter Uygulaması**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

Kullanılacak Malzemeler

- Steril eldiven
- Non steril eldiven
- Delikli steril kompres
- Antiseptik solüsyon
- Steril gaz tampon / steril gazlı bez
- Kirli atık kutusu
- Kondom kateter
- Steril kompres
- İdrar torbası
- Elastik yapışkanlı bant

Yanlızca erkek hasta ve yaşlılara uygulanabilen bir kondom kılıf (prezervatif) kullanılarak idrarın boşaltılması işlemine denir. Kondom kateter ile idrar boşaltılması, açık drenaj sistemi ile gerçekleştirilir. İnkontinansı olan hasta ve yaşlılar için kullanımı oldukça faydalıdır.

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Non steril eldivenler tekniğine uygun şekilde giyilir.
3. Kullanılacak malzemeler eksiksiz bir şekilde hazırlanır.
4. Hasta ve yaşlının kimlik doğrulaması yapılır.
5. Hasta ve yaşlının bilinç durumu değerlendirilir.
6. Hasta /yaşlıya veya hasta ailesine işlem hakkında açık ve akıcı bir dille bilgi verilir ve işlem için onay alınır.Hastanın sağlık durumu uygunsa uygulamada işbirliği yapması için teşvik edilir.
7. Hasta ve yaşlının kendini ifade etmesi sağlanır.
8. Odanın kapısı kapatılarak hasta mahremiyeti sağlanır. Birden fazla kişinin tedavi gördüğü hasta odalarında yataklar arasında bulunan perde ya da paravan kapatılır ve ziyaretçiler odadan dışarı çıkarılır.
9. Malzemeler rahat ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.Yatak yüksekliği uygun şekilde ayarlanır
10. Hasta ve yaşlının üzerindeki yatak takımları alınır.

11. Hasta ve yaşlının alt giysi ve çamaşırlarını çıkarması sağlanır.

12. Çalışılan taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.

13. Hasta ve yaşlının altına yatak koruyucu örtü serilir

14. Hasta ve yaşlıya supine pozisyonu verilir.

15. Perine bölgesi kızarıklık, hassasiyet, ısı artışı, yatak yarası vb.durumlar yönünden değerlendirilir. Gerekli durumlarda uzman sağlık personeline bilgi verilir.

16. Genital bölgede enfeksiyon üremesini engellemek için perine bölgesi, temiz ve tıraşlı olmalıdır. Hastanın sağlık durumu uygunsa bakıma katılması sağlanarak tıraşlama ve temizleme işlemi birlikte yapılmalıdır.Hastanın sağlık durumu uygun değilse perine bakımı hasta ve yaşlı bakım elemanı tarafından yapılır.

17. Non steril eldivenler çıkarılır.

18. Steril eldivenler tekniğine uygun şekilde giyilir.

19. Steril delikli kompres kontamine edilmeden açılarak uç kısımlarından tutulup hastanın üretrası görünecek şekilde yerleştirirlir.

20. Steril kompres , kullanılan malzemelerin rahatça ulaşılabileceği yakın alana serilir.

21. Steril malzemeler, steril kompres üstüne dikkatli bir şekilde açılır.

22. Pasif olan el ile penis kavranır, aktif olan el ile antiseptik solüsyon dökülmüş gazlı tampon kullanılarak üretral meatustan başlanarak penis başı dairesel hareketlerle temizlenir ve kuru gazlı bezlerle kurulanır.

Her bir gazlı tampon sadece bir silme işlemi işin kullanılır ve kullanılan tamponlar kirli atık kutusuna atılır.

23. Prezervatif sonda penisin uç kısmından başlanarak penis boyunca yumuşak hareketlerle ilerletilir.

24. Elastik yapışkanlı bant sondadan idrar sızmasını önlemek amacıyla penisin arka tarafından başlanarak penis etrafına spiral şekilde sarılır.

25. Elastik yapışkanlı bandın çok sıkı sarılmamasına dikkat edilir.

26. Prezervatif sondanın uç kısmına idrar torbası takılır.

27. İdrar torbası mesane seviyesinden aşağıya yatak kenarına asılır.

28. Sondanın çıkıp çıkmadığı hafif çekilerek kontrol edilir.

29. Penis belirli aralıklarla renk ,görünüm , ağrı ,şişlik vb. bulgular yönünden takip edilir.

30. Kirli malzemeler toplanarak hastanın üzeri örtülür.

31. Hasta ve yaşlıya sağlık durumuna uygun pozisyon verilir

32. İşlem bittikten sonra yatak kenarlığı yukarı kaldırılır.

33. Hastaya sağlık durumuna uygun pozisyon verilir.

34. Eldivenler ters çıkarılarak diğer atıklar ile birlikte uygun atık kutularına atılır.

35. Eller, el yıkama standartlarına göre yeniden yıkanır.

36. Hastaya yapılan işlem, hastadan çıkan idrarın miktarı, özelliği ve hastanın genel durumu hasta bakım ve gözlem formlarına kaydedilir

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.5	
Hasta ve Yaşlıya Kondom Kateter Uygulama	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	2	3
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	1	3
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	3
Hasta ve yaşlıya kimlik doğrulaması yapma	0	2	3
Hasta ve yaşlının bilinç durumunu değerlendirme	0	2	3
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	3
Hasta/yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	3
Odanın kapısını kapatarak veya hasta yatakları arasında bulunan perde/paravanı kapatarak mahremiyeti sağlama	0	2	3
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	3
Yatak seviyesini uygun şekilde ayarlama	0	1	3
Çalışılan taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	3
Hastanın alt çamaşırlarını çıkarmasını sağlama,çıkarma	0	1	3
Yatak koruyucu örtüyü hastanın altına yerleştirerek yatağın kontamine olmasını önleme	0	2	3
Hastaya supine pozisyonu verme	0	2	3
Perine bölgesini değerlendirme	0	2	3
Perine bölgesinin temiz ,tıraşlı ,kuru olmasını sağlama	0	2	3
Steril eldivenleri tekniğine uygun giyme	0	2	4
Steril delikli kompresi açarak üretra görülecek şekilde yerleştirme	0	2	4
Steril kompresi tekniğine uygun açarak uygun yere serme	0	2	3
Steril malzemeleri kontamine etmeden steril örtünün üzerine yerleştirme	0	2	4
Perine temizliğini antiseptik solüsyonla uygun şekilde yapma	0	2	4
Kondom kateteri yumuşak hareketlerle takma	0	2	3
Yapışkanlı elastik bandı penisin etrafına spiral şekilde sarma	0	2	3
Kondom kateterin uç kısmına idrar torbasını bağlama	0	2	3
İdrar torbasını mesane seviyesinden aşağıya yatak kenarına asma	0	1	3
Penisi renk, görünüm, ağrı vb. yönlerden değerlendirme	0	1	3
İşlem bitiminde kirli malzemeleri toplama ve hastanın üstünü örtme	0	1	3
Hastaya uygun pozisyon verme	0	1	3
Yatak kenarlıklarını kaldırma	**0**	**1**	**3**
Kirlileri uygun atık kutularına atma	**0**	**2**	**3**
Eldiven çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	**0**	**1**	**3**
Hastaya yapılan uygulamaları bakım ve gözlem formlarına kaydetme	**0**	**2**	**3**
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

Uygulama ile ilgili notlar: .....

.....

.....

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.3. İDRAR VE GAİTASINI TUTAMAYAN HASTA VE YAŞLIYA BAKIM UYGULAMALARI**

BİLGİ YAPRAĞI

HAZIRLIK

1. Üriner inkontinans nedir . üriner inkontinansı olan hasta ve yaşlılara uygulanana bakımın önemini açıklayınız?
2. Fekal inkontinans nedir? Fekal inkontinansın hasta ve yaşlıların yaşam kalitesi üzerindeki etkilerini açıklayınız?

AMAÇ

İdrar ve gaitasını tutamayan hasta ve yaşlı kişilerin bakım gereksinimlerini karşılamak.

GİRİŞ

Yatağa bağımlı veya mevcut sağlık problemleri nedeniyle idrar , gaz ve gaitasını tutamayan hasta ve yaşlı kişilerin bakım ilkeleri doğrultusunda ihtiyacı olan perine bakımının yapılması , boşaltım gereksinimlerinin uygun şekilde karşılanması ve kişilerin tekrar idrar ve gaitasını istemli bir şekilde yapabilecek hâle gelmesine yardımcı tedavi yöntemlerinin uygulanmasında hasta ve yaşlıya yardımcı olunması gerekir. Tüm bu uygulamalar sırasında hasta ve yaşlının mahremiyetinin korunmasına dikkat edilmelidir.

4.3.1. İdrar ve Gaitasını Tutamayan Hasta ve Yaşlıya Bakım

Hasta ve yaşlı kişilerde yaşa bağlı olarak ortaya çıkan mevcut sağlık problemleri ve geçirilen operasyonlar nedeniyle veya yaşlanmanın doğal bir sonucu olarak sindirim sistemi ve ürüner sitemle ilgili sorunlar görülmektedir.Bu sorunların başında idrar inkontinansı, fekal inkontinans, konstipasyon, diyare vb. durumlar gelmektedir.

Böbrekler tarafından süzülen atık ürünlerin, fazla sıvı ve minarellerin mesanede depolandıktan sonra üretra yoluyla dışarı atılmasına ***idrar yapma*** denir.İdrar yapma refleks olarak gerçekleşen istemli bir olaydır. İdrar yapma sırasında mesane kasılırken üretra gevşeyerek idrarın istemli bir şekilde dışarı atılımını sağlar. Sosyal kurallar çerçevesinde uygun yer ve zaman oluşana kadar idrarı istemli olarak mesanede depolayabilme yeteneğine ***kontinans*** denir. Hasta veya yaşlılarda idrar yapma yeteneği (kontinas); kişinin mental durumu, hareket edebilme yeteneği, mevcut olan sağlık problemleri, moral ve motivasyon vb. etmenlere bağlıdır.

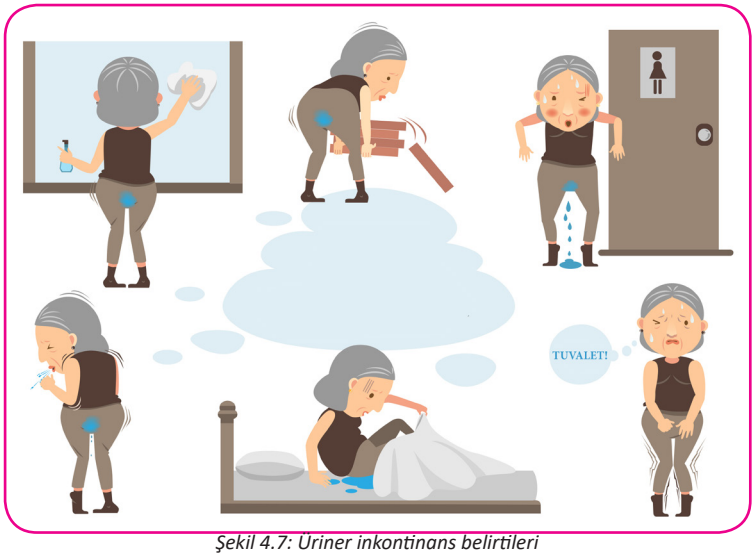
Üriner inkontinans , miktarı ne olursa olsun istemli idrar yapma yeteneğinin kontrolden çıkarak istemsiz idrar kaçırılması şeklinde tanımlanır. Üriner inkontinans kasların zayıflaması sonucu yaşla birlite artan, özellikle çok doğum yapan kadınlarda daha fazla görülen ve kişinin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkileyen geriatrik bir sağlık sorunudur. Fakat yaşlanmaya bağlı olarak ortaya çıkan doğal fizyolojik bir değişiklik değildir.

Üriner inkontinası olan hasta ve yaşlının perine bölgesinde iritasyon , kızarıklık ,yatak yarası vb. problemler ortaya çıkabilir. Bu hastalarda üriner sistem enfeksiyonları, uyku bozuklukları ve hijyen kaynaklı sağlık problemleri de görülmektedir. Bu durum hasta ve yaşlının kendini sosyal hayattan uzaklaştırmasına, kendine olan güven ve saygısını yitirmesine, kendini aciz ve işe yaramaz hisetmesine, evliliğinde problemler yaşamasına , seksüel bozukluklara, kişinin bağımsız yaşam tarzından koparak bağımlı hâle gelmesine neden olmaktadır. Ayrıca kişinin sürekli tuvalete yetişmeye çalışması düşme ve kırıklarla sonuçlanmaktadır.

4.3.2. Üriner İnkontinans Nedenleri

- Karın içi basıncın artmasına neden olan konstipasyon ,gebelik, obezite, ağır egzersizler
- Kronik öksürmeye neden olan akciğer hastalıkları
- Yatağa bağımlı olma (immobilizasyon)

- Pelvik organ prolapsusu (Üriner organların dışarı sarkması, çok doğum yapma vb .nedeniyle ortaya çıkan bir durumdur.)
- Mental konfüzyon (bilinç bulanıklığı)
- Sfinkter anomalileri
- Perine yırtıklarına neden olan vajinal doğumlar
- Üriner sistem enfeksiyonları
- Kullanılan ilaçların yan etkileri
- Erkeklerde prostat hastalıkları
- Fekal inkontinans
- Aşırı aktif mesane
- Diabetes mellitus (şeker hastalığı)
- Pelvik bölge ile ilgili geçirilmiş ameliyatlar
- Omurilik yaralanmaları
- Batın travma ve emeliyatları
- Psikolojik nedenler
- Yaşlanma, konjenital anomaliler (doğuştan gelen bozukluklar)



Şekil 4.7: Üriner inkontinans belirtileri

4.3.3. Üriner İnkontinans Tipleri

Yaşlılarda üriner inkontinans geçici (akut) ve kalıcı (kronik) olarak iki başlık altında incelebilir.

Akut(Geçici) üriner inkontinans: Kişide daha önceden olmayan ve tedavi edildikten sonra düzelen idrar kaçırmadır.Bu durumun kişinin son altı ay içerisinde geçirdiği akut hastalık, ilaç tedavisi ve medikal veya cerrahi tedavilerden kaynaklandığı düşünülür.

Kronik(Kalıcı) üriner inkontinans: Geçici inkontinansa neden olan faktörler ortadan kaldırıldıktan veya tedavi edildikten sonra hasta ve yaşlı hâlâ idrar kaçırmaya devam ediyorsa kalıcı (kronik) inkontinans düşünülmelidir ve altta yatan nedenler araştırılmalıdır. Kalıcı inkontinans tipleri şunlardır:

-Stres tipi inkontinans
-Sıkışma tipi üriner inkontinans (urge)
-Miks (karışık) tipi inkontinans
-Fonksiyonel üriner inkontinans
-Taşma tipi üriner inkontinans

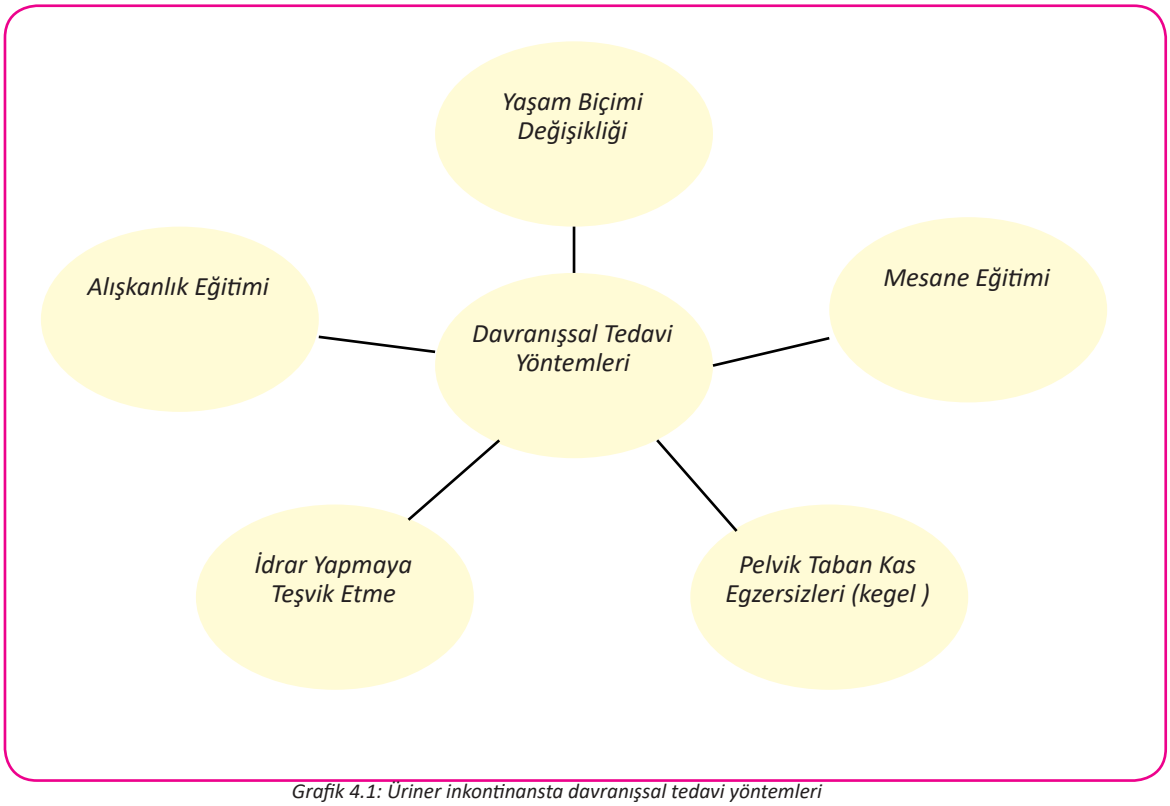
4.3.4. Üriner İnkontinans Tedavileri

Üriner inkontinanslı hastaların bakım ve tedavisindeki amaç kişilerin tekrar idrarını istemli bir şekilde yapabilecek veya idrarını tutabilecek hâle gelmesini sağlamaktır. Kontinansı sağlamada kullanılan tedaviler şunlardır:

Cerrahi tedavi: İlaç tedavisi ve davranışsal tedaviye yanıt vermeyen hastalara uygulanır.

İlaç tedavisi: Hasta ve yaşlıya yapılan medikal tedavileri kapsar ve davranışsal tedavi yöntemleri ile uygulandığında daha etkili olmaktadır.

Davranışsal tedavi: Uzman sağlık personelleri tarafından hasta ve yaşlı ile destekleyici ilişkiler kurulduğunda kolaylıkla uygulanabilen, üriner yakınmaları kontrol altına alan, yan etkileri olmayan, cerrahi olmayan, basit, ucuz ve etkili bir yöntemdir. Bu yöntem üriner yakınmaların nedenleri hakkında yaşlıyı, ailesini veya bakıcıyı bilinçlendiren temel eğitim programlarını kapsar. Davranışsal tedavinin amacı, mesanenin kapasitesini arttırarak kişinin mesane kontrolünü yeniden kazanmasını sağlamaktır. Maliyetinin düşük olması ,diğer tedavilerle kullanıma uygun olması, cerrahi girişim olmaması ve eğitim programlarını kapsaması açısından tedavide ilk olarak tercih edilmektedir.



Grafik 4.1: Üriner inkontinansta davranışsal tedavi yöntemleri

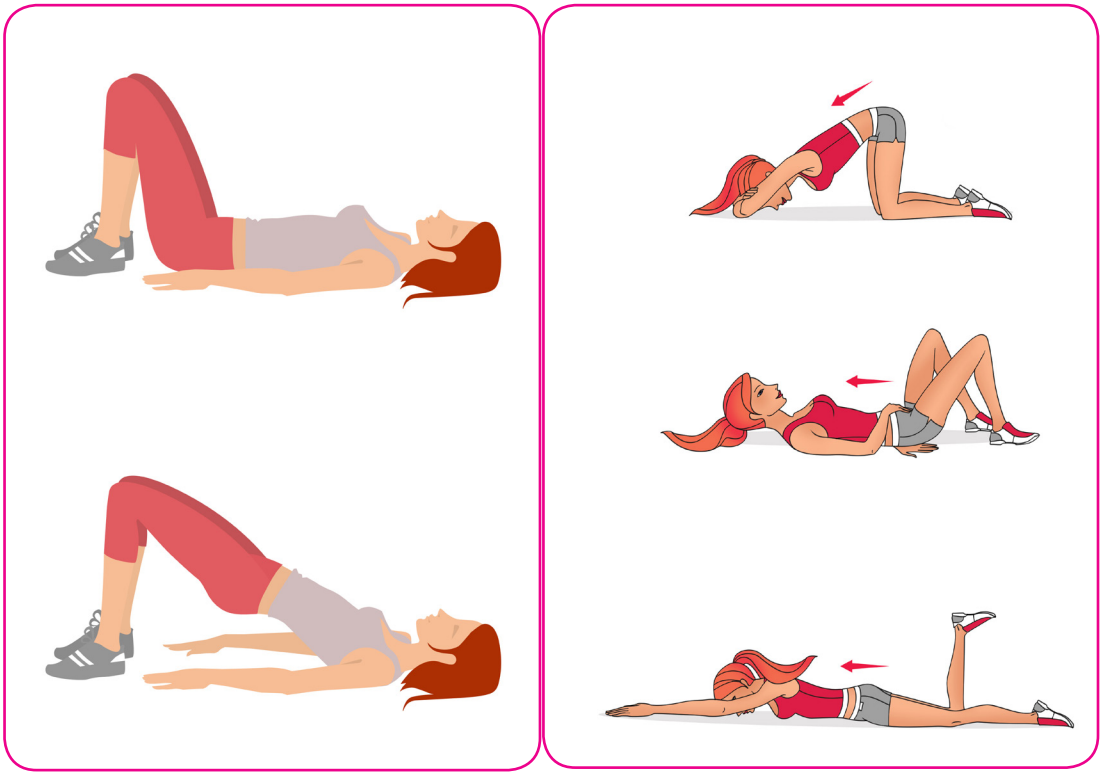
Mesane Eğitimi

Hasta veya yaşlının programlı zamanlarda idrar yapmasını sağlayarak idrar yapma refleksini kontrol altına almayı hedefleyen bir tedavi yöntemidir. Mesane eğitimi bağımsız bir şekilde tuvalete gidebilen, idrara çıkma düzenine bağlı kalabilen, fiziksel ve bilişsel bütünlüğü olan hastalarda kullanılır. Hastadan öncelikle bir hafta boyunca tuvalete gittiği aralıkları (işeme kaydı) kaydetmesi istenir. Buna göre hastanın alışılmış inkontinans aralıklarından daha kısa aralıklarla tuvalete gitme programı oluşturulur. Hastanın motivasyonuna ve başarısına göre bu süreler giderek artırılarak mesane kapasitesinin artması hedeflenir. Hastanın tuvalete her gidişinde sıkışma hissi olsun veya olmasın mesaneyi tam olarak boşaltması istenir. Belirlenen aralıklar dışında idrara sıkışan hasta veya yaşlıya gevşeme teknikleri veya öngörülen teknikler kullanılarak uygun zamana kadar beklemesi sağlanır. Mesane eğitiminde amaç;

- Sık idrara çıkma gibi hatalı alışkanlıkları düzeltmek
- İdrara çıkma aralıklarını uzatmak
- Mesane kapasitesini geliştirmek
- Hastanın sıkışıklık hissini kontrol etmesini sağlamak
- Yaşlının kendine güvenini arttırmaktır.

Pelvik Taban Kas Egzersizi (Kegel Egzersizleri)

Pelvik taban kasları; mesaneyi ve bağırsakları destekleyen, değişen hormonlara, hastalık ve yaşa göre zayıflayabilen bunun sonucunda idrar, gaz ve gaita kaçırmaya neden olabilen kaslardır. Pelvik taban kas egzersizlerinin amacı, pelvik ve rektal bölgeyi çevreleyen kasların fonksiyonunu güçlendirerek üriner ve fekal inkontinansı olan hasta ve yaşlının idrar yapma kontrolünü yeniden ele almasını sağlamaktır. Pelvik taban kas egzersizleri bilişsel olarak yeterli, moral ve motivasyonu yüksek olan hasta ve yaşlılara yaptırılır. Bu egzersiz yatarken, otururken, ayakta veya birçok farklı şekilde perianal (anüs etrafındaki kaslar) ve perivajinal (vajina etrafındaki kaslar) kasların kasılıp gevşetilmesiyle uygulanabilen basit ve etkili bir yöntemdir.



Şekil 4.8: Kadınlarda pelvik egzersizler

- Ezersizlere başlamadan önce hastalara perianal ve perivajinal kasların önemi, nerede bulunduğu veya ne işe yaradığı hakkında bilgiler verilir.
- Yatar pozisyonda dizler fleksiyona getirilerek baş hafifçe kaldırılır.
- Karın, kalça ve uyluk kasları gevşek bırakılarak sanki idrar ve gaz geçişi durduruluyormuşçasına vajina ve anüsün etrafındaki kasları sıkarak beşe kadar sayılır, sonra gevşeyerek bu işlem 5 kere tekrar edilir. (Yavaş kasılma, kişinin vajina ve anüsün etrafındaki kasları kastıktan sonra 5' e kadar sayması ve yavaş bir şekilde gevşemesidir.)
- İkinci basamakta hızlı kasılmalarla kişinin vajina ve anüsün etrafındaki kasları hızlıca ve sıkıca kasıp gevşetmesi istenir ve bu işlem beş kere tekrar edilir.

Şekil 4.9: Erkeklerde pelvik egzersizler

- Bu egzersizler günde 5 yavaş kasılma, 5 hızlı kasılma şeklinde günde en az 10 kere tekrar edilmelidir.

- Kaslar kuvvetlendikçe kasılı kalınan saniye sayısı arttırılır (Şekil 4.9).

- Kegel egzersizleri, idrar yaparken durdurma testi şeklinde de uygulanabilir. Bu uygulama, idrar yapılırken tam ortasında idrarı kesip tekrar gevşeyerek mesanenin tamamen boşaltılması ile yapılır. İlk uygulandığında hasta idrarını kesmeyi başaramayabilir. Hasta ve yaşlıya bunun normal olduğu ,kasların güçlendikçe idrarı tutabileceği bilgisi verilmelidir. Bu egzersiz sürekli uygulanmamalı, günde sadece bir kere yapılmalıdır.

Egzersizlerden önce mesanenin boşaltılması ve kişinin dolaşımı engellemeyen ,vücut hareketlerini zorlaştırmayan rahat giysiler giymesi sağlanmalıdır. Ayrıca hasta ve yaşlının bu egzersizleri oturup kalkarken, günlük yaşantısında herhangi bir işle uğraşırken de uygulayabileceği anlatılmalıdır.

Egzersiz sırasında yalnızca pelvik taban kaslarının çalıştırılması üzerine odaklanmalı, kalça uyluk kasları kasılmamalı, karın kasları mümkün olduğunca gevşek bırakılmalıdır. Çünkü karın kaslarının kullanılması idrar kaybını arttırır ve yorgunluğa yol açar.

4.3.5. Üriner İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Verilirken Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

Yaşlılarda üriner sistemle ilgili hijyenik bakım gereksinimlerinin sağlanması, cilt bütünlüğünün korunması ve sürdürülmesinde büyük öneme sahiptir. İdrarın asidik yapısı ve içeriğinde bulunan bazı maddeler, cilt için tahriş edicidir. Ayrıca idrarın cilde sürekli temas etmesi cildin hassaslaşıp basınç yaralarının daha kolay meydana gelmesine, perinenin kötü kokmasına ve daha birçok cilt problemlerine neden olmaktadır. Bu nedenle üriner inkontinanslı hastalara sürtünmeyi önleyen, enfeksiyonların üremesine ve cilt bütünlüğünün bozulmasına fırsat vermeyen özenli bir perine bakımı gerekir.

- Hasta ve yaşlının sürekli idrar kaçırması, perine bakımına muhtaç olması, kötü kokması psikolojisinin bozulmasına yol açar. Hasta utanabilir, içine kapanabilir ,suçlu ve rahatsız hissedebilir. Bu durumda hasta ve yaşlı ile saygı ve sevgi çerçevesinde doğru bir iletişim kurulmalıdır. Hastayı biyolojik, psikolojik ve sosyal açıdan destekleyen bir yaklaşım sergilenmelidir.

- Hasta ve yaşlıya yapılan tüm bakım uygulamalarında asepsi kurallarına uyulmalıdır.

- İdrar yapmada sorun olup olmadığına bakılıp idrarın miktarı, rengi ve sıklığı değerlendirilmelidir.

- Üriner enfeksiyona ilişkin belirti ve bulgular (idrarda kötü koku, yanma, sık idrara çıkma vb.) takip edilmeli, gerekli durumlarda uzman sağlık personeline haber verilmelidir.

- Hastaların mevcut sağlık durumuna göre bireyselleştirilmiş bakım planı ve fiziksel aktivite planı uygulanmalıdır.

- Bilinci açık hasta ve yaşlılara yapılan bakımlara veya bakımla ilgili alınan kararlara mümkün olduğu kadar hastanın kendisinin de katılması sağlanmalıdır. Böylece kişi sürece dahil olduğu için kendini daha aktif hissedebilir.

- Hasta ve yaşlının fazla idrar yapmaması veya idrar kaçırmaması için sıvı kısıtlamasına gidebilir. Bu nedenle yeterli sıvı alması sağlanmalıdır

- Hasta ve yaşlının vücut ağırlığı haftalık olarak takip edilmeli, aldığı ve çıkardığı sıvı miktarı yakından izlenmelidir.

- Hasta ve yaşlıya idrar yapma hissini baskılaması ve idrar yapma aralıklarını uzatması için gevşeme teknikleri öğretilir.

- Hasta ve yaşlı kişiler alkol, kafein içeren veya asit oranı yüksek gıdalardan ve tatlandırıcılardan mümkün olduğu kadar uzak tutulmalıdır. Çünkü bu gıdalar idrarın atılma oranını arttırmakta, mesane kontrolünü zorlaştırıp idrar yollarının tahriş olmasına neden olmaktadır.

- Hasta ve yaşlı lifli gıdalar yönünde zengin bir diyetle beslenerek konstipasyon önlenmelidir. Obezite, karın içi basıncın artmasına neden olacağından hasta kilolu ise kilo vermesi sağlanmalı ve hasta bu konuda bilgilendirilmelidir.

- Bilinci kapalı hastalarda işitme en son kaybedilen duyudur. Perineye yapılan bakım ve uygulamalarda bu durum göz ardı edilmemelidir.

- Hasta ve yaşlıya üriner enfeksiyonların önlenmesi için bakım verilirken kurumun enfeksiyon kontrol komitesinin belirlediği standartlara uygun davranılmalıdır.(Her kurumun enfeksiyon kontrol komitesi yoktur.)

- Hasta/yaşlıya, ailesine veya bakıcısına; üriner inkontinansı, üriner inkontinansta perine bakımı ve perine takibi, perine hijyeninin önemi, perinenin idrarla temas eden yerlerinde görülebilecek komplikasyonlar vb. konularda eğitim verilmelidir.

- Hasta ve yaşlının tuvalete ulaşmasını zorlaştıran çevresel engeller ortadan kaldırılmalıdır.(Bu konu "Yaşam Alanı Düzenleme Ünitesi"nde detaylı olarak anlatılmıştır.)

- Yardımcı tuvalet araçlarının (ördek/sürgü, oturaklı tuvalet, hasta alt bezi vb.) kullanımı sağlanmalı ve bu araç gereçler hakkında kişi bilgilendirilmelidir.

- Hasta ve yaşlıda, uyku kalitesinin bozulmaması için geceleri koruyucu iç çamaşırı (İnkontinans için tasarlanmış iç çamaşır) kullanılmalıdır (Görsel 4.15).

- Hasta ve yaşlı için günlük kullanımda koruyucu absorban (emiciliği yüksek) ürünler tedarik edilmelidir.

- Hasta ve yaşlının endişelerini, korkularını, merak ettiklerini ifade etmesine fırsat verilmelidir.

- Hasta ve yaşlının kullandığı tek kullanımlık olmayan malzemelerin temizliği uygun şekilde yapılmalıdır.

Görsel 4.15: İnkontinansı olan yaşlı için bez

- Perine bakımı yapılırken perine bölgesi kızarıklık, enfeksiyon, yatak yarası vb. yönlerden değerlendirilmelidir.

- Perine bölgesi bakımında kullanılacak temizleyiciler cilt ph'ına uygun olmalıdır.

- Hasta ve yaşlının sağlık durumu uygunsa yardımcı tuvalet araçlarının kullanımı sağlanmalı ve bu araç gereçler (sürgü, oturaklı tuvalet, hasta alt bezi vb.) hakkında kişi bilgilendirilmelidir.

4.3.6. Fekal İnkontinans

Vücuda alınan besinlerin sindirilmesi sonucunda sosyal ortamda uygun koşullar oluştuğunda kişi istemli olarak defekasyon olayını gerçekleştirir. Kişinin anüste bulunan sfinkter kontrolünü kaybederek istemsiz olarak gaz ve gaita kaçırmasına ***fekal inkontinans*** denir. Genelde üriner inkontinasla birlikte görülür.

Sağlıklı bir insanın bağırsak boşaltımı günde üç ile haftada iki kez arasında değişebilmektedir ancak çoğu insan bağırsaklarını günde bir kez boşaltmaktadır. Yaşlanmaya bağlı olarak kasların zayıflaması sonucu anal kaslar da güç kaybına uğramaktadır. Bu durum fekal inkontinansın oluşmasına zemin hazırlamaktadır.

Yapılan araştırmalar fekal inkontinansın yaşlı bireylerde oldukça yüksek oranda görüldüğünü ve bu insanların yaşam kalitelerini düşürdüğünü göstermektedir. Yaşlı hastanın fekal inkontinans nedeniyle sürekli ıslak olması, gaz kaçırması, kötü kokması, genel vücut hijyenini devam ettirememesi kişinin kendisini eksik , yetersiz ve işe yaramaz hissetmesine neden olmaktadır. Bu durum kişinin vücudu üzerindeki kontrolü kaybetmesine, etiketlenme korkusu nedeniyle sosyal ilişkilerden kaçınmasına , içine kapanmasına, kaygı duymasına ve ilerleyen dönemlerde depresyona kadar ilerleyen ruhsal değişimlere neden olmaktadır. Ayrıca uzun süredir yatağa bağımlı hasta ve yaşlılarda bu problemin görülmesi cilt bütünlüğünün devamını zorlaştırmakta, dermatit (deri enfeksiyonları), üriner sistem enfeksiyonları, ilerleyici basınç yaraları, deride irritasyon (iltihabi deri reaksiyonları) veya deri ülserleri gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Ayrıca fekal inkontinans nedeniyle immobil (hareketsiz) olan yaşlı kişilerde osteoporoz (kemik erimesi), hipertansiyon, dolaşım problemleri, koroner kalp hastalığı, kas atrofileri (kaslarda zayıflama), emboli riski vb. tehlikeli sağlık problemleri de görülebilmektedir.

Hasta ve yaşlıya verilen bakımlarda cilt bütünlüğünü korumaya ve komplikasyonların önlenmesine yönelik uygulamalar yapılmalıdır. Ayrıca hastanın sağlık durumu uygunsa yeniden aktif olarak öz bakımını yapmaya teşvik edilerek öz güvenini yeniden kazanması sağlanmalı ve mümkünse hasta ve yaşlı sık sık mobilize edilmelidir. Fekal inkontinansın klinik olarak 3 tipi vardır:

1. Pasif inkontinans: Hasta/yaşlılarda his kaybı veya anal sfinkterdeki kasların güçsüzleşmesi sonucu hastanın gaz veya gaitasını farkında olmadan kaçırmasıdır.

2. Urge inkontinans: Kişinin defekasyon hissini bastırma ve erteleme çabasına rağmen istemsiz gaz ve gaita çıkışını engelleyememesidir.

3. Fekal sızıntı: Kişinin oturup kalkarken veya hareket ederken farkında olmadan küçük miktarda gaita kaçırması durumudur.

Fekal inkontinans nedenleri

- Anal sfinkterin hasarı veya kas gücü kaybı
- Kadınlarda perine yırtıklarına neden olan doğumlar
- Çok doğum yapmış kadınlarda görülen sfinkter ve perine kaslarının yapısının bozulması
- Kişinin mevcut sağlık problemleri (ülseratif kolon, crohn hastalığı vb.)
- Anüs ile ilgili olumsuz sonuçlanan ameliyatlar
- Rektal prolapsus (rektumun makattan dışarı sarkması)
- Beyin ve omurilik ile ilgili hasarlar ve hastalıklar
- Kronik konstipasyon
- Diyare (ishal)
- Anüs ve bağırsağın konjenital anomalileri (İmperfore anüs, doğuştan makatın yokluğu; megakolon hastalığı, bağırsağın son kısmında doğuştan görülen darlıktır.)
- Yaşlılık vb.

-Fekal inkontinansta kullanılan tedavi yöntemleri

1. Biofeedback Tedavi: Fekal inkontinasta tavsiye edilen ve kullanılan ilk tedavi seçeneğidir. Bu tedavinin amacı pelvik taban kaslarının ve anal sfinkterlerin çalışmasını sağlayarak çevre dokuda bulunan kaslarla koordinasyonun geliştirilip anorektal bölgede duyusal algının arttırılmasıdır. Böylece inkontinans sırasında kaybedilen veya azalan hissetme duyusu yeniden geliştirilerek kişinin dışkılama kontrolünü yeniden eline alması sağlanır.

2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri: Pelvik taban kas egzersizleri, rektal kasların güçlenmesi için düzenli olarak yapıldığında kişinin anal sfinkterler üzerinde kontrolü yeniden sağlanmasında oldukça etkilidir (Pelvik taban kas egzersizlerinin uygulama basamakları üriner inkontinans konusunda anlatılmıştır.).

3. Beslenme ve Diyet: Hasta ve yaşlının bağırsak aktivitesi ve dışkılama şekli takip edilerek genel sağlık durumuna uygun, bağırsak hareketlerini arttırmayan, lifli gıdalardan zengin, günlük sıvı ihtiyacını karşılayacak bir diyet programı hazırlanmalıdır.

4. Farmakolojik Tedavi: Dışkıya hacim veren veya bağırsak hareketlerini yavaşlatan, kişinin sağlık durumuna uygun ilaçlar kullanılmaktadır.

5. Cerrahi Tedavi: Cerrahi olmayan yöntemlerin tedavide işe yaramaması durumunda kullanılmaktadır. Cerrahi tedavi; uygulanan yöntemlere, fekal inkontinansın şiddetine, sfinkterlerde meydana gelen hasara ve hasta yaşlının yaşına bakılarak karar verilir.

4.3.7. Fekal İnkontinansı Olan Hastalarda Dikkat Edilecek Noktalar

Hastalar, içinde bulundukları durum nedeniyle duygusal olarak son derece hassas bir dönem yaşayabilir. Kötü koktukları için utanırlar, başkalarını rahatsız etmek istemezler ve defekasyon refleksini bastırmaya çalışırlar. Hatta çoğu zaman profesyonel yardım almaktan bile kaçınabilirler. Bu durum hastanın konforunun bozulmasına, yaşam kalitesinin düşmesine ve kendini toplumdan izole etmesine neden olmaktadır. Ayrıca fekal inkontinans, depresyon ve anksiyeti tetiklemekle birlikte kişinin kendisine olan saygısının azalması gibi psikolojik sorunlara yol açmaktadır. Bu nedenle fekal inkontinansı olan kişilere yapılan işlemlerde tedavi ve bakım uygulamalarını yürütmenin yanı sıra yaşam kalitesini yükseltmeyi hedefleyen bir sağlık bakım hizmeti sunulmalıdır.

- Perianal bölge oldukça hassas ve duyarlıdır. Bu bölgenin dışkı ile sürekli teması kaşıntı, ağrı, irritasyon ve tıbbi tedavi gerektiren perianal ülserlere neden olabilmektedir. Hasta ve yaşlıyı bu komplikasyonlardan korumak için uygulanması gereken üç önemli adım vardır: cildi temiz tutma, nemlendirme, feçes gibi iritanlardan cildi uzak tutma ve koruma. Bunlara dikkat edilerek cilt bütünlüğü korunmaya çalışılmalıdır.

- Hasta ve yaşlının genel sağlık durumuna uygun bireysel bakım planlanmalı ve uygulanmalıdır.

- Hastanın bilinci açık ise bakıma ve bakım ile ilgili kararlara mümkün olduğunca aktif katılımı sağlanmalıdır.

- Hasta ve yaşlıya yapılan tüm bakımlarda asepsi kurallarına uyulmalıdır.

- Hasta ve yaşlının genel sağlık durumu uygun ise anal sfinkter kontrolü kazandırmak için pelvik taban kas egzersizlerini düzenli yapmaya teşvik edilmelidir.

- Hastaların sağlıklı ve dengeli beslenmesine dikkat edilmelidir. (Özellikle lif oranı yeterli bir diyet tercih edilmelidir.)

- Hastaların düzenli sıvı alması sağlanmalıdır. (günde 1,5-2 litre sıvı yani 6-8 bardak)

- Kafeinli içeceklerden mümkün oldukça uzak durması sağlanmalıdır.

- Hasta ve yaşlı hareket edebiliyorsa bağırsak boşaltımı sırasında doğru konumlandırılmalıdır.

- Hasta ve yaşlıya bağırsak boşaltımının zorlanmadan nasıl yapılacağı konusunda bilgilendirme yapılmalı ve bu konuda destek olunmalıdır.

- Yatağa bağımlı hastaların çamaşırları tekniğine uygun olarak sık sık değiştirilmelidir.Bu hastaların cilt bütünlüğü kolayca bozulduğu için değiştirme işlemi sırasında çamaşırların cilde sürtmemesine dikkat edilmelidir.

Özellikle yatağa bağımlı fekal inkontinanslı hastalarda, hasta çamaşırlarının sık sık değiştirilmesine ve çok dikkatli deri bakımı yapılmasına rağmen ilerleyici deri irritasyonu ve deri hasarı görülebilmektedir.

- Hasta ve yaşlının sağlık durumuna göre kontrollü bir şekilde egzersiz yaptırılmalıdır.

- Hasta ve yaşlının defekasyon alışkanlığı belirlenmeli ve defekasyon zamanlarında sürgü, oturaklı sandalye veya tuvalete kolayca ulaşması sağlanmalıdır.

- Hasta ve yaşlı hareket edebiliyorsa defekasyon için tuvalete veya oturaklı sandalyeye otururken ıkınmadan kalçaları üzerine öne doğru eğilmesi, elleriyle karına basınç yapması öğretilmelidir çünkü ıkınma hemoroid oluşumuna neden olabilmektedir.

- Feçes bulaşmış cilt her bağırsak boşaltımı sonrasında yumuşak bir cilt temizleyici ile temizlenmeli, durulanmalı, kurulanmalı ve koruyucu bariyer krem bölgeye uygulanmalıdır.

- Hasta ve yaşlının perine bölgesi kızarıklık, yatak yarası ,enfeksiyon vb. yönlerden takip edilmelidir.

- Bilinci kapalı hasta ve yaşlılara perine temizliği yapılırken veya perine bakımı verilirken işitme duyusunun en son kaybedilen duyu olduğu göz ardı edilmemelidir.

- Hasta ve yaşlıda oluşabilecek enfeksiyonları önlenmek veya yangı nedeniyle oluşabilecek komlikasyonlardan korunmak için kurumun enfeksiyon kontrol komitesinin belirlediği standartlara uygun davranılmalıdır.(Her kurumun enfeksiyon kontrol komitesi yoktur.)

- Hasta ve yaşlının kendini ifade etmesine fırsat verilmelidir.

- Defekasyon temizliği yapılırken perianal bölgeyi silme işlemi basınç uygulamadan, deri bütünlüğünün korunmasına özen gösterilerek yumuşak hareketlerle yapılmalıdır.

- Hasta ve yaşlıya bakım verilirken kullanılan su ılık olmalıdır.

- Düzenli tuvalet alışkanlığı kazanılması, kasları güçlendirici egzersizler yapılması, yaşam tarzının düzenlemesi ve yeterli hijyenin sağlanması gibi konularda kişi ve yakınlarına eğitim verilmelidir.

- Fekal inkontinans yaşayan hasta ve yaşlılar son derece kısıtlı bir hayat yaşarlar. Yaşantılarında genellikle sürekli tuvalete yetişme çabası ve endişesi vardır ve her zaman yanlarında giysi taşıma ihtiyacı duymaktadırlar. Bu durumu yaşayan hasta ve yaşlıların moral ve motivasyonu yükseltilmeli ve onlara bu durumla nasıl baş edecekleri öğretilmelidir.

- Hasta ve yaşlıya bakım yapılırken cildi kurutacağından sabun içerikli temizleyiciler mümkün olduğunca kullanılmamalı, sabun yerine cilt ph'ına uygun alkali olmayan temizleyiciler kullanılmalıdır.

- Hasta ve yaşlıya kullanılan ped veya bez gibi ürünlerin yumuşak ve emici olmasına dikkat edilmelidir.

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.3.8. Üriner İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Uygulamaları**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

- Hasta ve yaşlının tekrar idrar tutabilir hâle gelmesini sağlamak (kontinansı sağlamak)
- İdrar kaçırma sonucu ciltte oluşabilecek komplikasyonların önüne geçmek
- Hasta ve yaşlının kuru ve temiz kalmasını sağlamak
- Bireysel konforu sağlamak
- Risk faktörlerini belirlemek
- Hasta ve yaşlının kendine olan güvenini yeniden sağlamak

Kullanılan Malzemeler

- Tek kullanımlık eldiven
- Yedek eldiven
- Yatak koruyucu örtü
- Hasta alt bezi
- Ilık su dolu küvet, sabun veya cilt ph ‘ına uygun perianal cilt temizleyicileri
- Yardımcı tuvalet araçları (ördek/sürgü)
- Tuvalet kâğıdı
- Silme bezi (temizlik petleri) veya temizleme süngeri
- Emiciliği yüksek kurulama bezi ,batın havlu, gazlı bez
- Nemlendirici vücut losyonları
- Emiciliği yüksek koruyucu pedler / idrar emici petleri olan külot
- Paravan ya da perde
- Nevresim takımı
- Atık kutusu

Üriner inkontinanslı hastalar için ürün seçimi yapılırken kullanılan ürünlerin emiciliğinin yüksek olması, ıslaklığı alt katmanlara geçirmesi ve cilde temas eden tarafın kuru kalması gibi özelliklere dikkat edilmelidir.

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.
2. Tek kullanımlık eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir
3. Malzemeler eksiksiz bir şekilde hazırlanır.

Görsel 4.16: Üriner İnkontinans bakımında kullanılan malzemeler

4. Hasta ve yaşlı işlem hakkında bilgilendirilir ve hastanın onayı alınır .Hasta, sağlık durumu uygunsa bakıma katılması için teşvik edilir.
5. Hasta ve yaşlının bilinç durumu değerlendirilir.
6. Hasta /yaşlının ve yakınlarının sormak istediği sorular varsa cevaplanır ve hastanın kendini rahatça ifade etmesi sağlanır.
7. Malzemeler uygun ve kolay ulaşabilir şekilde yerleştirilir.
8. Odanın kapısı kapatılarak hasta mahremiyeti sağlanır. Birden fazla kişinin tedavi gördüğü hasta odalarında yataklar arasında bulunan perde ya da paravan kapatılır.
9. Hasta yatağı rahat çalışılacak seviyeye yükseltilir.
10. Rahat çalışmak için yakın taraftaki yatak kenarlığı indirilir.
11. Hasta ve yaşlının yatak takımları alınarak hastanın üstü açılır.
12. Hasta ve yaşlının üstü bir çarşafla sadece genital bölgesi açık kalacak şekilde örtülür.
13. Hastanın altına yatak koruyucu örtü yerleştirilir.

Yatak koruyucu sermek için hastanın sağlık durumu uygunsa kalçalarını kaldırması istenir .Hasta yatağa bağımlı ise hastaya önce sağ lateral pozisyon verilir ve sol taraftan yatak koruyucu rulo yapılarak hastanın altına yerleştirilir. Daha sonra hastaya sırasıyla supine pozisyonu ve sol lateral pozisyon verilir. Hasta altında rulo olan yatak koruyucu çekilerek düzeltilir.

14. Hasta ve yaşlının alt kıyafetleri ve iç çamaşırlarının çıkarılması sağlanır.
15. Boşaltım ihtiyacı varsa boşaltıma yardımcı araç gereçler kullanılarak gereksinimi karşılanır.

Hasta ve yaşlının boşaltım ihtiyacı var ise boşaltım ihtiyacına (idrar, gaita) ve hastanın cinsiyetine göre hastaya işlem basamaklarına uygun olarak ördek veya sürgü verilmelidir.

16. Hasta ve yaşlının sağlık durumu uygunsa kadın hastalara dorsal rekümbent , erkek hastalara supine pozisyonu verilir.

17. İdrarla kontamine olmuş perine bölgesi, gazlı bez ya da batın havlu ile ılık su ve sabun kullanılarak kadınlarda anüse doğru önden arkaya nazikçe silinir.

18. Pasif olan elle labialar (kadın üreme organının dışardan görünen kısmı) açılarak dıştan içe, uzaktan yakına doğru yumuşak hareketlerle silinir.

19. Erkek hastalarda penis gövdesi kavranarak sünnet derisi geriye çekilir .Üretral meatüs dairesel hareketlerle silinerek skrotuma doğru yukarıdan aşağı temizleme işlemi yapılır.

20. Ilık su kullanılarak aynı işlem sırası ile durulama yapılır.

21. Emiciliği yüksek, yumuşak kurulama bezleri ile basınç uygulanmadan yumuşak hareketlerle perine bölgesi kurulanır.

22. Perine bölgesi enfeksiyon, akıntı, kızarıklık, yatak yarası vb. yönlerden değerlendirilir.

23. Cildi kuruladıktan sonra cildin neminin korunması için nemlendirici vücut losyonları hastanın perine bölgesine nazikçe uygulanır.

Hastalara perine bakımında kullanılan vücut losyonları, perinenin idrarla teması hâlinde koruyucu bir bariyer görevi görür.

24. Hasta ve yaşlıda mantar veya farklı bir cilt hastalığı varsa uzman sağlık personelinin uygun gördüğü malzemelerle perine bakımı yapılır.

25. Ciltte kızarıklık ya da irritasyon varsa perine bölgesi kısa süreliğine açık bırakılarak hava ile teması sağlanır.

26. Hareket edebilen hastalara emiciliği yüksek ve idrar emici petleri olan külot (inkontinans külotu) giydirilir.sağlık personelinin uygun gördüğü malzemelerle perine bakımı yapılır.

27. Hasta ve yaşlının yatak takımları ve alt kıyafetleri kontamine olduysa yenileriyle değiştirilir.

28. Gerekliyse hastanın ellerini yıkanır.

29. Kirli malzemeler toplanarak hastanın üzeri örtülür.

30. Hasta ve yaşlıya sağlık durumuna uygun pozisyon verilir.

31. Yatak kenarlıkları kaldırılır ve yatak normal seviyesine indirilir.

32. Hasta ve yaşlı odası havalandırılır.

33. Kirliler uygun atık kutularına atılır. Hastaya kullanılan malzemeler temizlenerek yerlerine yerleştirilir.

34. Eller, el yıkama standartlarına göre yeniden yıkanır.

35. Hastaya yapılan işlem, hasta gözlem ve bakım formlarına kaydedilir.

Yaşlılar boşaltım fonksiyonlarını normal bir şekilde sürdürmek istemelerine rağmen üriner inkontinans uygun bir yöntem ile tedavi edilmedikçe iyileşemeyebilir.Bu koşullarda hasta alt bezi, koruyucu iç çamaşırları ya da ped kullanmak pek çok yaşlı için oldukça yararlıdır fakat emici materyallerin uzun süre kullanılması perine bölgesinin hassaslaşmasına ve cilt bütünlüğünün çabuk bozulmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle perine bölgesi sık sık açık bırakılarak havalandırılmalı, bariyer oluşturması açısından nemlendirilmeli ve hastanın yatış pozisyonu sık sık değiştirilmelidir. Ayrıca hasta ve yaşlıya özenli bir cilt bakımı verilerek doku bütünlüğü korunmaya çalışılmalıdır.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.6	
Üriner İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Verme	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	3
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	1	3
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	3
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	3
Hasta ve yaşlının bilinç durumunu değerlendirme	0	1	3
Hasta/yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	2
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	3
Odanın kapısını kapatarak veya hasta yatakları arasında bulunan perde ya da paravanı çekerek mahremiyeti sağlama	0	2	3
Yatak seviyesini uygun şekilde ayarlama	0	1	3
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	1	3
Yatak takımlarını alarak sadece genital bölgeyi bir çarşafla örtme	0	1	3
Hasta ve yaşlının altına yatak koruyucu örtü serme	0	2	3
Hastanın alt çamaşırlarını çıkarma ya da çıkarmasına yardım etme	0	1	3
Hasta ve yaşlının boşaltım ihtiyacını sorgulama	0	2	3
Boşaltım ihtiyacı varsa yardımcı araç gereçler (ördek veya sürgü) kullanarak boşaltımı sağlama	0	2	2
Hasta ve yaşlıya uygun pozisyonu verme	0	2	3
Kadın hastalarda perine bölgesini uygun şekilde temizleme	0	2	3
Erkek hastalarda perine bölgesini uygun şekilde temizleme	0	2	3
Perine bölgesini dikkatli bir şekilde kurulama	0	2	3
Perine bölgesini enfeksiyon ,akıntı ,yatak yarası ,kızarıklık vb. yönlerden değerlendirme	0	2	3
Perine bölgesini vücut losyonları kullanarak nemlendirme	0	2	3
Perine bölgesinde kızarıklık, irritasyon varsa bu bölgeyi kısa süreliğine açık bırakarak havalandırma	0	2	3
Hasta yatağa bağımlı ise alt bezi kullanma	0	1	3
Hasta hareket edebiliyorsa idrar emici külot giymesini sağlama	0	1	3
Uygulamada yatak takımları, kıyafet ,alt çamaşırı ıslandıysa ya da kontamine olduysa değiştirme	0	1	3
Gerekliyse hastanın ellerini yıkama	0	2	3
Kirli malzemeler toplama ve hasta/ yaşlının üzerini örtme	0	1	3
Hastaya uygun pozisyon verme ve hastanın üzerini örtme	0	2	3
Yatak kenarlıklarını kaldırma ve yatak seviyesini indirme	**0**	**2**	**3**
Hasta ve yaşlının odasını havalandırma	**0**	**2**	**3**
Kirlileri uygun atık kutularına atma	**0**	**2**	**3**
Malzemelerin temizliğini sağlayıp yerlerine yerleştirme	**0**	**1**	**3**
Eldiven çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	**0**	**1**	**3**
Hastaya yapılan uygulamaları hasta bakım ve gözlem formlarına kaydetme	**0**	**1**	**3**
TOPLAM	**0**	**50**	**100**

GENEL DEĞERLENDİRME
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.

ÖĞRENME BİRİMİ **BOŞALTIM İHTİYAÇLARI**

KONU **4.3.9. Fekal İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Uygulamaları**

SÜRE

UYGULAMA YAPRAĞI

AMAÇ

- Hastanın anal sfinkter kontrolünü tekrar kazanmasını sağlamak
- Hastanın bağırsak alışkanlığının ve bağırsak hareketlerinin düzene girmesini sağlamak
- İnkontinas sonucu ciltte oluşabilecek problemlerin önüne geçmek
- Bireysel konforu sağlamak
- Hastanın kuru ve temiz kalmasını sağlamak
- Risk faktörlerini belirlemek
- Hastaya sosyo emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmak
- Hasta ve yaşlının bakım ihtiyaçlarını belirlemek

Kullanılan Malzemeler

- Tek kullanımlık eldiven
- Yedek eldiven
- Sabun veya cilt Ph'ına uygun perianal cilt temizleyicisi, ılık su
- Böbrek küvet veya metal tas
- Yatak koruyucu örtü
- Temizleme süngerleri, silme bezi (temizleme pedleri)
- Emiciliği yüksek kurulama bezi, batın havlu, gazlı bez
- Kirli atık kutusu
- Nemlendirici vücut losyonları
- Hasta alt bezi (gerekli olan durumlarda kullanılır)
- Paravan ya da perde
- Nevresim takımı
- Kirli kabı

İşlem Basamakları

1. Eller, el yıkama standartlarına göre yıkanır ve kurulanır.

2. Malzemeler eksiksiz bir şekilde hazırlanır.

Görsel 4.17: Fekal İnkontinans bakımında kullanılan malzemeler

3. Tek kullanımlık eldivenler tekniğine uygun olarak giyilir.(Gerekli ise iki eldiven üst üste giyilebilir. Bulaş olduğunda kontamine olan eldiven çıkarılıp alttaki eldiven ile devam edilir.)

4. Hasta ve yaşlı işlem hakkında bilgilendirilir ve hastanın onayı alınır.Hasta, sağlık durumu uygunsa bakıma katılması için teşvik edilir.

5. Hasta ve yaşlının bilinç durumu değerlendirilir.

6. Malzemeler uygun ve kolay ulaşabilir şekilde yerleştirilir.

7. Odanın kapısı kapatılarak hasta mahremiyeti sağlanır. Birden fazla kişinin tedavi gördüğü hasta odalarında yataklar arasında bulunan perde ya da paravan kapatılır.

8. Yatak seviyesi uygun şekilde ayarlanır.

9. Hasta ve yaşlının yatak takımları alınarak hastanın üstü açılır.

10. Rahat çalışmak için yatak kenarlıklarından biri indirilir.

11. Hasta ve yaşlının varsa alt kıyafetleri ve iç çamaşırları çıkarılır.

12. Hasta ve yaşlıya ilk önce dorsal rekümbent pozisyonu verilir.

13. Hasta ve yaşlının üstü bir çarşafla sadece genital bölge açık kalacak şekilde örtülür.

14. Hastanın altına yatak koruyucu örtü yerleştirilir.(Hastaya sağ lateral pozisyon verilerek yatak koruyucu sol taraftan hastanın altına yerleştirilir. Daha sonra hastaya yavaşça önce supine sonra sol lateral pozisyonu verilerek altındaki yatak koruyucu düzeltilir.)

Fekal inkontinansı olan hasta ve yaşlılarda yatak kontaminasyonunu önlemek için hastanın altında yatak koruyucu sürekli bulundurulur.

15. Kirli kabı rahat ulaşabilecek bir yere koyulur.

16. Hasta ve yaşlının alt bezinin yapışkanları dikkatli bir şekilde açılarak defekasyon içeriği ile birlikte kontrollü olarak çıkarılır.

Fekal inkontinansı olan bilinci kapalı hasta ve yaşlıların, temiz ve kuru kalmaları için hastanın altı bezlenir.

17. Silme bezi ya da temizleme süngerleri; su, perianal cilt temizleyicisi veya sabunla ıslatılır. Dışkı bulaşan alanların kaba temizliği kadınlarda anüse doğru önden arkaya, yukarıdan aşağı yapılır.

18. Pasif olan elle labialar açılarak üretral meatus yukarıdan aşağı silinir.

19. Yukarıdan aşağı tek bir hareketle uzak taraf bacağı labia majör (kadın üreme organının dışardan görünen üst dudakları) ve labia minörlerin(kadın üreme organının iç dudakları) dış kısmından başlanarak içe doğru silinir. Aynı işlem yakın bacak tarafı labia majör ve labia minör için uygulanır.

20. Son olarak labia minörlerin iç kısmı (orta hat) yukarıdan aşağıya anüse doğru tek hareketle silinir.

21. Erkek hasta ve yaşlıya supine pozisyonu verilir.

22. Hasta ve yaşlının penis gövdesinden tutulur ve sünnet derisi arkaya çekilerek önce üretral meatus dairesel hareketlerle aşağı doğru silinir ve kaba temizliği yapılır.

23. Testisler, hasta ve yaşlının bacakları biraz daha açılarak yukarıdan aşağı basınç uygulamadan yumuşak hareketlerle silinir.

24. Ilık su kullanılarak aynı işlem sırası ile bölgeye basınç uygulanmadan, yumuşak hareketlerle durulama yapılır.

25. Perianal bölge durulandıktan sonra yumuşak hareketlerle kurulama işlemi yapılır.

26. Anal bölge temizliği için hastaya lateral pozisyon verilir. Bölge tuvalet kâğıdı veya gazlı bez ile feçesten arındırılır.

27. Hasta ve yaşlının anüs bölgesi feçesten arındırılana kadar her defasında farklı bir tampon veya gazlı bez kullanılarak silme işlemi yapılır.

28. Silme işleminden sonra anüs bölgesi yumuşak hareketlerle önden arkaya doğru duru su ile temizlenir.

29. Hastaların cildi, durulama işlemi bittikten sonra tahriş etmeyen yumuşak batın havlularla (küçük, emiciliği yüksek, hastanelerde kullanılan yumuşak havlu) kurulanmalıdır.

Perianal bölge yatak yarası, enfeksiyon, akıntı, kötü koku, kızarıklık vb. yönlerden değerlendirilir. Gerekli ise uzman sağlık personeli bilgilendirilir ve onun uygun gördüğü bakım uygulanır.

Hastalara perine bakımında kullanılan vücut losyonları, perianal bölge için koruyucu bir bariyer görevi görür.

30. Nemlendirici vücut losyonları, kurulama yapıldıktan sonra hastanın perianal bölgesine nazikçe uygulanır ve cildin nemi koruması sağlanır.

31. Hastanın altı tekrar bezlenir

32. Hasta ve yaşlının altındaki yatak koruyucu örtü toplanarak yenisi serilir.

33. Yatak takımları veya hasta kıyafetleri kontamine olmuşsa değiştirilir ve hastanın üzeri örtülür.

34. Yatak kenarlıkları kaldırılır ve yatak normal seviyesine indirilir.

35. Gerekliyse hastanın elleri yıkanır.

36. Hasta ve yaşlı odası havalandırılır.

37. Kirli malzemeler uygun şekilde toplanır.

38. Hasta ve yaşlının sağlık durumuna uygun pozisyon verilir.

39. Kirliler uygun atık kutularına atılır.

40. Eller, el yıkama standartlarına göre yeniden yıkanır.

41. Hastaya yapılan bakım ve uygulamalar, hasta bakım formlarına kaydedilir.

ÖĞRENCİ BECERİ DEĞERLENDİRME FORMU 4.7	
Fekal İnkontinansı Olan Hasta ve Yaşlıya Bakım Verme	
Öğrencinin Adı- Soyadı:	**Tarih:**
Sınıfı-Numarası:	**Öğretmenin Adı-Soyadı:**
Genel Değerlendirme Puanı:	**İmza:**

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMAYI YAPAMADI	UYGULAMADA EKSİKLİKLER VAR	UYGULAMAYI TAM OLARAK YAPTI
Elleri, el yıkama standartlarına göre yıkama ve kurulama	0	1	3
Malzemeleri eksiksiz bir şekilde hazırlama	0	1	3
Eldivenleri tekniğine uygun şekilde giyme	0	1	3
Hasta ve yaşlıya uygulamaya yönelik açıklama yapma ve hastanın onayını alma	0	1	3
Hasta ve yaşlıda bilinç değerlendirmesi yapma	0	1	3
Hasta/ yaşlının veya ailesinin sorularını yanıtlama	0	1	3
Malzemeleri uygun şekilde yerleştirme	0	1	3
Odanın kapısını kapatarak veya hasta yatakları arasında bulunan perde ya da paravanı çekerek mahremiyeti sağlama	0	2	3
Yatak seviyesini uygun şekilde ayarlama	0	1	3
Uygulama yapılacak taraftaki yatak kenarlığını indirme	0	2	3
Yatak takımlarını alarak sadece genital bölgeyi bir çarşafla örtme	0	1	3
Hasta ve yaşlının altına yatak koruyucu örtü serme	0	2	3
Hastanın alt çamaşırlarını çıkarma	0	1	3
Hasta ve yaşlının durumuna uygun pozisyonu verme	0	1	3
Kirli kabını rahat ulaşacağı bir yere koyma	0	1	3
Hasta alt bezini kontaminasyon açısından kontrollü şekilde açma	0	2	3
Kadın hastalarda perine bölgesi ve anal bölgeyi uygun şekilde temizleme	0	2	3
Erkek hastalarda perine bölgesi ve anal bölgeyi uygun şekilde temizleme	0	2	3
Perine bölgesi ve anal bölgeyi tekniğe uygun bir şekilde durulama	0	2	3
Perine bölgesi ve anal bölgeyi tekniğe uygun şekilde kurulama	0	1	3
Perine bölgesini enfeksiyon, akıntı, yatak yarası, kızarıklık vb. yönlerden değerlendirme	0	2	3
Perine bölgesini vücut losyonları kullanarak nemlendirme	0	2	3
Perine bölgesi ve anal bölge temizliğinden sonra eldiven değiştirme	0	2	2
Hasta yatağa bağımlı ise alt bezi kullanma	0	2	2
Hasta hareket edebiliyorsa idrar emici külot giymesini sağlama	0	1	2
Kullanılan malzemeleri uygun şekilde toplama	0	1	2
Uygulamada yatak takımları, kıyafet, alt çamaşırı ıslandıysa ya da kontamine olduysa değiştirme	0	1	3
Hasta ve yaşlının sağlık durumuna uygun pozisyon verme ve hastanın üzerini örtme	0	2	2

Yatak kenarlıklarını kaldırma ve yatağı normal seviyeye indirme	**0**	**2**	**3**
Gerekliyse hastanın ellerini yıkama	**0**	**1**	**3**
Hasta ve yaşlı odasını havalandırma	**0**	**1**	**3**
Kirlileri uygun şekilde toplama ve uygun atık kutularına atma	**0**	**2**	**3**
Malzemelerin temizliğini sağlayıp yerlerine yerleştirme	**0**	**1**	**3**
Eldiven çıkarma ve elleri standartlara uygun yıkama	**0**	**1**	**3**
Hastaya yapılan uygulamaları gözlem ve bakım formlarına kaydetme	**0**	**1**	**3**
TOPLAM	**0**	**50**	**100**
GENEL DEĞERLENDİRME			
….. (70-100) YETERLİ: İşlem basamaklarını sırasıyla doğru şekilde uyguladı.			
….. (50-70) GELİŞTİRMELİ: İşlem basamaklarında tekrar edilmesi gereken yerler mevcut.			
….. (0-50) UYGULAMA TEKRARI: İşlem basamaklarını uygulamada başarısız. Uygulama tekrar edilmeli.			

Uygulama ile ilgili notlar: .....
.....
.....

KAYNAKÇA

Akça Ay, F. (2008). Temel Hemşirelik Kavramlar, İlke Ve Uygulamalar. İSTANBUL: İstanbul Medikal Yayıncılık.

Akın, S. (2015). Yaşlılarda Üriner İnkontinans. *Kontinans Ve Nöroüroloji Bülteni*, 49-54.

Aldemir, Z. (2020, Nisan 14). *Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinin sosyal yaşam alanlarında yaşlıların memnuniyet düzeylerini değerlendirme.* İzmir, Buca, Türkiye: YÖK TEZ.

Arslantaş, D. (2014). *Yaşlı Ve Hasta Bakım Hizmetleri.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi.

Arslantaş, D., Arslantaş, A., Çelik, N., Özerdoğan, N., & Özbalık Adapınar, D. (2017). Yaşlı Bakımı İlke Ve Uygulamaları. ESKİŞEHİR: Anadolu Üniversitesi Basımevi.

Atabek Aştı, T., & Karadağ, A. (2011). *Klinik Uygulama Beceri ve Yöntemleri.* Adana: Nobel Kitabevi.

Atabek Aştı, T., & Karadağ, A. (2014). *Hemşirelik Esasları 1.* İSTANBUL: Akademi Yayınları.

Atabek Aştı, T., & Karadağ, A. (2014). *Hemşirelik Esasları 2.* İSTANBUL: Akademi Yayınları

Azak Karali, E., Willke, A., & Karadenizli, A. (2009, 04 01). Sterilizasyon Ve Dezenfeksiyon Talimatı. *Kocaeli Üniversitesi Araştırma Ve Uygulama Hastanesi Ve Antibiyotik Direnç Kontrol Komitesi.* KOCAELİ, Türkiye: Kocaeli Üniversitesi.

Beyazova, M., & Gökçe, Y. (2016). *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon.* İstanbul: Güneş Tıp Kitabevleri.

Bilge, Ç., & Beji, N. K. (2018). *Fekal İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı* . KASHED, 86-99.

Bilici, S., Irmak, H., & Buzgan, T. (2008). *Sağlık Personeline Yönelik El Yıkama Ve El Dezenfeksiyonu Rehberi.* ANKARA: SAĞLIK BAKANLIĞI.

Buz, S., Ertan Koçak, Y., & Gözen, Ö. (2018). Türkiye' de Yaşlılara Sunulan Hizmetlerin Birleşmiş Milletler Yaşlılık İlkeleri Çerçevesinde Değerlendirilmesi: Ankara Örneği. *Akademik Sosyal Araştırmalar*(77), 388-410. doi:http://dx.doi.org/10.16992/ASOS.14057

Cindaş, A. (2001). Yaşlılarda Egzersiz Uygulamasının Genel İlkeleri. *Turkish Journal of Geriatrics*, 77-8

Çarıkçı, O. (2020). Sağlık Kurumlarında Tıbbi Atık. *Turkish JournalPark Academic,* 4-19.

Çelik, S. (2014). *Erişkin Yoğun Bakım Hastalarında Temel Sorunlar Ve Hemşirelik Bakımı*. ANKARA: Nobel Tıp Kitabevi.

Çobanoğlu, Ş. (2005). Mobbing, *İşyerinde Duygusal Saldırı ve Mücadele Yöntemleri.* İstanbul: Timaş Yayınları.

ÇOPUR, B. (2005). El Yıkama Çeşitleri ve Dikkat Edilecek Hususlar. *4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi* (s. 282-286). SAMSUN: ON DOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ.

Demir,L.(2012).Meslek Esasları. ANKARA: Tarcan Matbaacılık.

Demirci, N., & Coþar, F. (2009). Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri . S.D.Ü *Tıp Fakültesi Dergisi,* 35-40.

Denat, Y., & Khorshıd, L. (2009). Fekal İnkontinansın Bakımı Ve Bakımda Kullanılan Ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.*

Elmas, H. (2010). *Hijyenik El Yıkama Öğretiminde Kullanılan İki Farklı Yöntemin Etkisinin Karşılaştırılması.* İZMİR: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı Yüksek Lisans Mezuniyet Tezi.

European Commission Joint Research Centre Institute for Prospective Technological Studies . (2008). *Active Ageing and. Luxembourg:* Office for Official Publications of the European Communities.

Görgülü, R. S., & Ulusoy, F. M. (2001). Hemşirelik Esasları: T*emel Kuram Kavram, İlke ve Yöntemler.* ANKARA: TDFO Ltd. Şti.

İlçe, A., & Ayhan, F. (2011). Yaşlılarda Üriner Ve Fekal İnkontinansın Belirlenmesi, Yaşam Kalitesine Etkisi: Bilgilendirme Ve Eğitim . *Anatol J Clin Investig ,* 15-23.

Kara, B., Yıldırım, Y., Genç, A., & Ekizler, S. (2009). Geriatriklerde Ev Ortamı Ve Yaşam Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve Düşme Korkusu İle İlişkisinin İncelenmesi . *Fizyoterapi Rehabilitasyon,* 190-200.

Karakuş, B. (2018). *Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı Ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu.* Ankara: Ertem Basım Yayın Dağıtım San. ve Tic. Ltd. Şti.

Kırdı, N., Erbahçeci F, Uyanık, M., Erden Z, Yücel H, Ayhan Ç. "Sağlıklı Yaşlanma ve Egzersiz", Hacettepe Üniversitesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksekokulu, Ankara 2005.

Milli Eğitim Bakanlığı(2020). Mesleki ve Teknik Ortaöğretim Hasta ve Yaşlı Hizmetleri 9.Sınıf Atölye Ders Bilgi Formu. Ankara.

Onur, P. R., & Bayrak, Y. (2015). *Üriner inkontinans tanı ve tedavi kitabı*. İstanbul: Türk Üroloji Derneği/ Turkish Association of Urology.

Önsüz, M., & Hıdıroğlu, S. (2008). İstanbul'da Farklı İki İlköğretim Okulundaki Öğrencilerin Kişisel Hijyen Alışkanlıklarının Belirlenmesi. *ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, 9-17.

ÖREN, B. (2016). Yoğun Bakım Hastalarında Konstipasyon ve Diyare. *Yoğun bakım hemşireliği dergisi,* 37-43.

Özbalık Adapınar, D. (2013). *Temel Bakım Hizmetleri.* Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Basımevi.

Özcan, M., & Kapucu, S. (2014). Üriner İnkontinansı Olan Geriatrik Hastalara Hemşirelik Yaklaşımı. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi ,* 101–109.

Özden Dedeli, S. Ç. (2016). Barsak Hareketleri: Altıncı Yaşam Bulgusu mudur? . *Clinical and Experimental healty sciences,* 135-139.

Padır, N., & Büyükerdal, Ö. (2018). *Yaşlı Bakımı İlke Ve Uygulamaları* - 2. ANKARA: Hedef Cs Basın Yayın.

Sabuncuoğlu, Z. (2013). *İnsan Kaynakları Yönetimi*. İstanbul: Beta Basım Yayın.

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Yaşlı Sağlığı Modülleri-Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi*. Ankara: Anıl Matbaacılık A.Ş.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). *Sağlıkta Kalite Standartları Hastane.* Ankara: Pozitif Matbaa.

Sayıner, F. D. (2016). *Yaşlı Bakımı İlke Ve Uygulamaları.* ESKİŞEHİR: Anadolu Üniversitesi Basım Evi.

Şenol, D. K., & Aslan, E. (2015). Normal Doğum Sonrası Perinenin Değerlendirilmesi . *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi,* 7-10.

Terzi, B., & Kaya, N. (2011). Yoğun Bakım Hastasında Hemşirelik Bakımı. Yoğun Bakım Dergisi, 21-5. Önlemleri Kılavuzu. *Hastane Enfeksiyonları Dergisi,* 5-14.

Tok Özen, A., Genç, A., İnkaya, B., Gençbaş, D., Karadağ, E., Ural Kayalık, H., . . . Faydalı, S. (2018). *Yaşlı Bakım İlke Ve Uygulamaları* - 1. ANKARA: Hedef Cs Basın Yayın.

Usluer, G., Esen, Ş., Dokuzoğuz, B., Ural, O., Akan, H., Arcagök, C., & Şahin, H. (2006). izolasyon ÜNAL, G. (2019). *Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde Çalışan Personelin Hijyenik El Yıkama Konusundaki Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi.* GAZİANTEP: T.C. Gaziantep Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Ünüvar, E. (2016). *Aseptik Uygulamalar.* KONYA: Atlas Sağlık Yayınları.

Vural Doğru, B., & Karaman, E. (2017). Yatağa Bağımlı Yaşlı Hastada Hijyen El Kitabı. *Yatağa Bağımlı Yaşlı Hastada Hijyen El Kitabı.* (F. Şenuzun Aykar, Dü.) İZMİR: İzmir Büyükşehir Belediyesi.

Yücel, N. (2009). *Demanslı Yıllara Değer Katan Aktiviteler.* İstanbul: İBB Basımevi.

6 Nisan 2011 tarih, 27897 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik".

25 Ocak 2017 Tarih, 29959 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği"

GENEL AĞ KAYNAKÇASI

Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri. 15.05.2020 tarihinde https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/141471/mod_resource/content/1/13.%20hafta.pdf adresinden alındı, erişim saati:22:00

Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri. 25.05.2020 tarihinde https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/53292/mod_resource/content/0/KONU%204-%20ASEPS%C4%B0%20UYGULAMALARI.pdf adresinden alındı, erişim saati: 14:00

Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri. . 22.05.2020 tarihinde https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/56023/mod_resource/content/0/1_Ya%C5%9Fl%C4%B1l%C4%B1k%20kavram%C4%B1%20ve%20tan%C4%B1mlar%C4%B1.pdf adresinden alındı, erişim saati:08:45

Ankara Üniversitesi Açık Ders Malzemeleri. . 22.06.2020 tarihinde https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/107961/mod_resource/content/1/G%C3%BCnl%C3%BCk%20ya%C5%9Fam%20aktiviteleri.pdf adresinden alındı, erişim saati:23:45

Alışkanlıkları, B. (2018, Aralık 12). *Doç. Dr. Şebnem Çınar Yücel* . MAYIS 25, 2020 tarihinde https://avesis.ege.edu.tr/sebnem.cinar/dokumanlar adresinden alındı, erişim saati:12:20

Baş Banyosu Talimatları. 15.06.2020 tarihinde http://jci.med.neu.edu.tr/JOINT_COMMISSION_INTERNATIONAL_JCI_KALITE_BELGELERI/025_HEMSIRELIK_HIZMETLERI/TALIMATLAR/HEM_T13_RV00_BASBANYOSU_UYGULAMA_TALIMATI.pdf adresinden alındı, erişim saati: 09:45

Düzce Üniversitesi. (2011, 10 11). *http://www.hastane.duzce.edu.tr/.* 5 12, 2020 tarihinde http://www.hastane.duzce.edu.tr/: http://www.hastane.duzce.edu.tr/dokuman/enfeksiyon-kontrol-komitesi/el-hijyeni-ve-eldiven-kullanimi-talimati.pdf adresinden alındı, erişim saati: 10:00

Erkılıç, M., Aydoğdu, F., Aslan, D., & Kutsal, G. (2006). Yaşlının evi ve çevresi. 26.06.2020 tarihinde http://geriatri.org.tr: http://geriatri.org.tr/pdfler/yasliniEviSon.pdf adresinden alındı, erişim saati:14:45

GOÜ Araştırma ve Uygulama Merkezi Enfeksiyon Kontrol Komitesi. *GAZİOSMANPAŞA ÜNİVERSİTESİ HASTANESİ.* Koruyucu Ekipmanın Uygun Kullanımı Talimatı. 14.06.2020 tarihinde https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden alındı, erişim saati: 09:30

Göger, S., & Kaya, G. . *http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/.* 04.06.2020 tarihinde http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/yasli_bakim_ilkeleri_ve_uygulamalari.pdf adresinden alındı, erişim saati:20:00

Gökçek Karaca, N., Kavlak, Y., & Yıldız , S. (2020). *http://auzefkitap.istanbul.edu.tr.* İstanbul Üniversitesi Web Sitesi. 26.06.2020 tarihinde http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/bakim_elemani_yetistirme_ve_gelistirme.pdf adresinden alındı, erişim saati: 17:40

Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Kronik Hastalıklar ve Yaşlı Sağlığı Daire Başkanlığı. 14.05.2020 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/yasli-sagligi/liste1/ya%C5%9Fl%C4%B1-sa%C4%9Fl%C4%B1%C4%9F%C4%B1-alzheimer.html adresinden alındı, erişim saati:16:40

*Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.*2 Mayıs 2018 Dünya Astım Günü. 30.05.2020 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/d%C3%BCnya-ast%C4%B1m-g%C3%BCn%C3%BC-2-may%C4%B1s-2018.html: https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/kronikhastaliklar-haberler/d%C3%BCnya-ast%C4%B1m-g%C3%BCn%C3%BC-2-may%C4%B1s-2018.html adresinden alındı, erişim saati: 12:30

Hizmetleri, T. S. (2018, Kasım 29). *Üriner Kateter Takılıp Çıkarılması*. Mayıs 25, 2020 tarihinde https://aydinesh.saglik.gov.tr: https://aydinesh.saglik.gov.tr/TR,111148/uriner-kateter-takilmasi-ve-cikarilmasi.html adresinden alındı, erişim saati:20:45

İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesİ Hastane İnfeksiyon Kontrol Komitesİ. (2006, 11 2). El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı. 12.06.2020 tarihinde *http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/cerrahpasa.istanbulc.edu.tr.* http://cdn.istanbul.edu.tr/statics/cerrahpasa.istanbulc.edu.tr/wp-content/uploads/2013/11/1-El-Hijyeni-ve-Eldiven-Kullanimi-Talimati.pdf adresinden alındı, erişim saati:16:20

Kara, A., Tezer, H., Tülek, N., Yılmaz, G. R., Erdinç, Ş.(2019). Hastane Öncesi Acil Sağlık Hizmetlerinde Enfeksiyon Hastalıklarından Korunma Rehberi.09.05.2020 tarihinde https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/Bulasici-hastaliklar-db/hastaliklar/SHIE/Rehber/HASH_Enfeksiyon_Hastaliklarndan_Korunma_Rehberi.pdf adresinden alındı, erişim saati: 10:30

Karakuş, B.(2018). Türkiye'de Yaşlılara Yönelik Hizmetler, Kurumsal Yaşlı Bakımı ve Kurumsal Yaşlı Bakımında İllerin Durumu. 24.06.2020 tarihinde https://ailevecalisma.gov.tr/media/9323/kitaptuerkiyede-yaslilara-yonelik-hizmetler-kurumsal-yaşlı-bakımı-ve-illerin-durumu2018.pdf adresinden alındı, erişim saati:09:30

Koçak, O. (2020). *http://auzefkitap.istanbul.edu.tr.* Aktif ve Sağlıklı Yaşlanma. 02.06.2020 tarihinde http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/aktif_ve_saglikli_yaslanma.pdf adresinden alındı, erişim saati:10:30

KSÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi. (2017, 11 21). Cerrahi El Yıkama talimatı. 26.06.2020 tarihinde *http://hastane.ksu.edu.tr.* http://hastane.ksu.edu.tr/depo/belgeler/AH.TL.015%20CERRAH%C4%B0%20EL%20YIKAMA%20TAL%C4%B0MATI_1712181033196093.pdf adresinden alındı, erişim saati:16:45

ÖĞÜR, Z. (2016).Hasta Güvenliği ve Güvenli Çevre Oluşturulması. 24.05.2020 tarihinde https://dosyaism.saglik.gov.tr/Eklenti/27726,20-hasta-guvenligi-ve-guvenli-cevrepdf.pdf?0 adresinden alındı, erişim saati:16:45

Pınar Bölüktaş, R. (2019). http://auzefkitap.istanbul.edu.tr. Yaşlanma teorileri ve Geriatrik Değerlendirme. 26.06.2020 tarihinde http://auzefkitap.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/yaslanma_teorileri_ve_geriatrik_degerledirme.pdf adresinden alındı, erişim saati:12:30

T.C . AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI, ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2020, 4).Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni. 18.05.2020 tarihinde https://ailevecalisma.gov.tr/media/42250/istatistik-bulteni-2020-mart.pdf adresinden alındı, erişim saati:13:00

T.C.AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI, ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ. (2020).Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020). 29.06.2020 tarihinde https://ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf adresinden alındı, erişim saati:14:45

T.C.SAĞLIK BAKANLIĞI TÜRKİYE HALK SAĞLIĞI KURUMU BAŞKANLIĞI. (2012). Sağlık Kurumlarında Özürlü Bireyler İçin Ulaşılabilirlik temel bilgiler rehberi.12.05.2020 tarihinde https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21940,ulasilabilirlik-rehberipdf.pdf?0 adresinden alındı, erişim saati:20:45

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ACİL SAĞLIK HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI. (2018,10, 18). Beyaz Kod. 09.06.2020 tarihinde https://ankara112.saglik.gov.tr/TR,280/beyaz-kod.html adresinden alındı, erişim saati:14:50

Türkiye Halk Sağlığı ve Kronik Hastalıklar Enstitüsü. 11.05.2020 tarihinde https://www.tuseb.gov.tr/EnstituSayfa/bulasici-olmayan-hastaliklar-nelerdir-4 adresinden alındı, erişim saati: 13:00

United Nations . (2012). *Population Ageing and Development 2012*. 26.06.2020 tarihinde https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf adresinden alındı, erişim saati:13:30

Yakın Doğu Üniversitesi Perine Bakım Protokolü. Perine Bakım Protokolu. 12.05.2020 tarihinde http://jci.med.neu.edu.tr/JOINT_COMMISSION_INTERNATIONAL_JCI_KALITE_BELGELERI/025_HEMSIRELIK_HIZMETLERI/TALIMATLAR/HEM_T76_RV00_PERINE_BAKIM_PROTOKOLU.pdf adresinden alındı, erişim saati:19:45

Yaşlılık ve Bellek Uygulama ve Araştırma Merkezi. (2015, 3 4). 24.05.2020 tarihinde https://esoybem.ogu.edu.tr/Sayfa/Index/3/yaslilik-nedir adresinden alındı, erişim saati:19:50

World Health Organization. Hand Hygiene: Why, How & When?. 29.06.2020 tarihinde https://www.who.int/gpsc/5may/Hand_Hygiene_Why_How_and_When_Brochure.pdf adresinden alındı,erişim saati:14:45

GÖRSEL KAYNAKÇA

Kitap Ana Kapağı: 123rf.com ID No: 30111959 - 111699875

1.Öğrenme Birimi Kapağı: 123rf.com ID No: 74515935

2.Öğrenme Birimi Kapağı: 123rf.com ID No: 98907625

3.Öğrenme Birimi Kapağı: 123rf.com ID No: 54403631

4.Öğrenme Birimi Kapağı: Shutterstock.com ID No: 160489106

Görsel 1.1. https://sggm.saglik.gov.tr/TR,49279/sagligimiz-icin-saglikta-siddete-hayir.html adresinden alındı. Erişim Tarihi: 24.05.2020 Saat:14:10

Görsel 1.2. shutterstock.com adresinden ID No: 35466586

Görsel 1.3. shutterstock.com adresinden ID No: 680846443

Görsel 1.4. https://www.shutterstock.com ID No: 757172908

Görsel 1.5. https://www.shutterstock.com ID No: 1276205239

Görsel 1.6. https://www.shutterstock.com/ ID No: 1090639832

Görsel 1.6. https://www.shutterstock.com ID No: 767758432

Görsel 1.7. https://www.shutterstock.com ID No: 1184817247

Görsel 1.8. https://www.shutterstock.com ID No: 756481168

Görsel 1.9. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.10. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.11. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.12. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.13. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.14. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.15. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.16. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.17. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 1.18. https://www.shutterstock.com ID No: 154411004

Görsel 1.19. https://www.shutterstock.com ID No: 345680600

Görsel 1.20. https://www.shutterstock.com ID No: 431933116

Görsel 1.21. https://www.shutterstock.com ID No: 367740032

Şekil 1.1. https://www.shutterstock.com ID No: 324254813

Şekil 1.2. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/4218,dsoelhijyenirehberi2009enpdf.pdf?0 adresinden Erişim tarihi: 14.06.2020 Saat:12: 1

Şekil 1.3. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/18852,olimpiyat-saglik-el-brosuru-son-qrpdf.pdf?0 adresinden Erişim Tarihi: 19.05.2020 Saat:08:40

Şekil 1.4. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 10:10

Şekil 1.5. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 10:20

Şekil 1.6. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 10:25

Şekil 1.7. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 10:30

Şekil 1.8. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 10:35

Şekil 1.9. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 10:45

Şekil 1.10. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 11:00

Şekil 1.11. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 11:10

Şekil 1.12. https://hastane.gop.edu.tr/doc/4koruyucuekipmaninuygunkullanilmasi.pdf adresinden Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat: 11:30

Şekil 1.13. 123rf.com adresinden ID No: 131018039

Şekil 1.14. https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/2012PopAgeingandDev_WallChart.pdf Erişim Tarihi: 12.05.2020 Saat:14:28

Şekil 1.15. https://ailevecalisma.gov.tr/media/42250/istatistik-bulteni-2020-mart.pdf Erişim Tarihi: 20.05.2020 Saat:11:10

Şekil 1.16. https://ailevecalisma.gov.tr/media/42250/istatistik-bulteni-2020-mart.pdf Erişim Tarihi: 19.05.2020 Saat:20:40

Şekil 1.17. https://www.ada.gov/business/accessiblemtg.htm Erişim Tarihi:11.05.2020 Saat:13:20

Şekil 1.18. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21940,ulasilabilirlik-rehberipdf.pdf?0 Erişim tarihi: 20.05.2020 saat:09:30

Şekil 1.19. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21940,ulasilabilirlik-rehberipdf.pdf?0 Erişim tarihi: 29.05.2020 saat:16:30

Şekil 1.20. https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21940,ulasilabilirlik-rehberipdf.pdf?0 Erişim tarihi: 04.06.2020 saat:08:30

Şekil 1.21. https://www.shutterstock.com ID No: 1218106675

Görsel 2.1. shutterstock.com adresinden ID No: 1061203688

Görsel 2.2. shutterstock.com adresinden ID No: 1110117002

Görsel 2.3. www.shutterstock.com adresinden ID No: 1398324815

Görsel 2.4. shutterstock.com adresinden ID No: 1518061100

Görsel 2.5. www.shutterstock.com adresinden ID No: 761413231

Görsel 2.6. www.shutterstock.com adresinden ID No: 1504727597

Görsel 2.7. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.8. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.9. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.10. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.11. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.12. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.13. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.14. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.15. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.16. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.17. www.shutterstock.com adresinden ID No: 784841749

Görsel 2.18. www.123rf.com adresinden ID No: 93552742

Görsel 2.19. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.20. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.21. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.22. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.23. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 2.24. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.25. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.26. www.shutterstock.com adresinden ID No: 201002342
Görsel 2.27. www.shutterstock.com adresinden ID No:737878954
Görsel 2.28. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.29. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.30. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.31. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.32. www.shutterstock.com adresinden ID No: 1332012110
Görsel 2.33. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.34. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.35. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 2.36. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Şekil 2.1. shutterstock.com adresinden ID No: 684635854
Şekil 2.2. www.shutterstock.com adresinden ID No: 373104025
Şekil 2.3. www.shutterstock.com adresinden ID No: 434495806
Şekil 2.4. www.shutterstock.com adresinden ID No: 341762891
Görsel 3.1. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1356583484
Görsel 3.2. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.3. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.4. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.5. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.6. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.7. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.8. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.9. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1162585402
Görsel 3.10. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 491269903
Görsel 3.11. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.12. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.13. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.14. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.15. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1058016482
Görsel 3.16. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.17. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.18. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.19. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1243294171
Görsel 3.20. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.21. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.22. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.23. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 3.24. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 4.1. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.
Görsel 4.2. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.3. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1591908673

Görsel 4.4. https://www.dmo.gov.tr/Katalog/Urun/Detay/865046_4810) adresinden 29.06.2020 tarihinde 14:45 saatinde alınmıştır.

Görsel 4.5. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.6. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.7. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1119269747

Görsel 4.8. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.9. https://www.123rf.com/, Görsel ID: 96685488

Görsel 4.10. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.11. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.12. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.13. https://www.123rf.com/, Görsel ID: 93462837

Görsel 4.14. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır

Görsel 4.15. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1020755995

Görsel 4.16. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Görsel 4.17. Bu kitabın yazarları tarafından fotoğraflanmıştır.

Şekil 4.1. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 234535927

Şekil 4.2. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 231939940

Şekil 4.3. dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/21940,ulasilabilirlik-rehberipdf.pdf?0 adresinden 25.06.2020 tarihinde 12:45 saatinde alınmıştır.

Şekil 4.4. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 46834063

Şekil 4.5. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 104046089

Şekil 4.6. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 103816370

Şekil 4.7. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 318292448

Şekil 4.8. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 669430966- https://www.123rf.com/, Görsel ID 103829134

Şekil 4.9. https://www.shutterstock.com/, Görsel ID: 1557035537