# KAHRAMANMARAŞ SÜTÇÜ İMAM ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ BÖLÜMÜ YAŞLI BAKIMI PROGRAMI

**HASTA TANILAMA FORMU**

**Tarih:**

|  |
| --- |
| **A. DEMOGRAFİK VERİLER****Klinik:** |
| **Hastanın Adı Soyadı: Hastaneye Kabul Tarihi:** |
| **Doğum Tarihi: Yaşı: Medeni Hali: Çocuk Sayısı:** |
| **Eğitim Durumu: Mesleği:** |
| **Adres:** |
| **Birinci Dereceden Yakınının** Adı Soyadı: Tel No:Yakınlık Derecesi: Adresi: |
| **Hastaneye Kabul Şekli:** |
| **Tıbbi Tanısı:** |
| **B.TIBBİ ANAMNEZİ****Hastanın Yakınması:**…………………………………………………......…………………………………………………………………………….. |
| **Kronik Hastalıklar** |
| **Sürekli Kullandığı İlaçlar:**………………………………………………….……………………………………………………………………………… |
| **Daha Önce Hastaneye Yatmış mı? Nereye?**..............................................…………………………………………………………………………….... |
| **Geçirilmiş Hastalık / Operasyon:**………………………………………....……………………………………………………………………………..... |
| **Protezler** |
| **Alerjisi:** |
| **Alışkanlıkları**  |
| Düzenli Egzersiz YapmaDüzenli ve Dengeli Beslenme Stresle Baş edebilmeOlumlu Kişiler Arası İlişkiler Diğer ……………. |  |
| **C. HASTANIN SERVİSE ORYANTASYONU**Yemek Saati şire – |
| **D.YAŞAM BULGULARI****A:**….….0C **N**:….……./dk. Ritmi:............ **S**:…..../dk. **TA** mmHg.**Kan Grubu**:……....**Daha Önce Kan Transfüzyonu**  **Reaksiyon** |

**Bilgi Alınan Kaynak: Öğrenci Adı Soyadı:**

***TEDAVİSİ***

|  |
| --- |
| **......../…** **/ 20…** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Hastanızın Tedavisinde Kullanılan İlaçlar İle ilgili Bilgileri Yazınız** |
| **İlaç** | **İlacın Grubu** | **Etken Maddesi** | **İstenen Etkisi** | **Yan Etkisi-Ya da Önemli Yönü** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA

## Hastanın ve Çevresinin Güvenliğinin Sağlanması

 Düşme Öyküsü Var  Yardımla Yürüme  65 Yaş Üzeri  Görme Problemi

 Ortostatik Hipotansiyon  Hipotansiyon  Hipertansiyon  Sedadif Kullanımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Kas Zayıflığı/Dengesizliği  Baş Dönmesi/baygınlık |  Konfüzyon  Desoryantasyon |  |
|  Halsizlik  IV Kateter Santral kateter |  Kortikosteroid kullanımı |  |

 Aspirin/Antikoagülan kullanımı  Yatak kenarlıklarının kullanımı

## İletişim

Yer, Zaman, Kişiye Oryante, Yanıtlar Uygun ve İletişim Yeterli  Laterjik  Konfüze

Disoryante Afazik Konuşma Güçlüğü  Ajite  Depresif  Anksiyete

 İçe Dönük  İşitme Sorunu  Korku  Yalnızlık  Stres Stresle Başetme Yöntemleri…………………………………………..

## Solunum

Solunum Hızı:.................Derinliği:.......................Akciğer Sesleri:....................  Dispne Öksürük

Sekresyon Hemoptizi Ortopne Trakeostomi  Hıçkırık Aralıklı Apne

Diğer…………………

## Beslenme

Boy:………………… Kilo: …………………… BKİ: ……………………..

Genel Beslenme Alışkanlıkları:…… …………………………………………………………... Hoşlanmadığı Besinler: ……………………………………***Oral Sıvı Alımı/24h: …………….*** Oral Alımı (sıvıdan katıya R1, R2, R3 (N), Diyet):..............

Oral mukozayı tanılama (0 Normal - 3 çok kötü)..................  Diş ve Diş Eti Problemleri

  Ağız Kokusu (holitazis)  Anorexia (yememe) Yutma Güçlüğü (disfaji)  Bulantı

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  Kusma  N/GTüp |  Kilo Kaybı |  TPN | Distansiyon | (şişkinlik) |  |
|  Kaşeksi  Obesite | Hematemez |  Gaz Çıkımı |  |  |  |

Diğer:…………………………

## Boşaltım

Önceki Defekasyon Alışkanlığı: ……………En Son Defekasyona Çıktığı Gün…………….

 Hemoroid  Parazit  Fekal İnkontinans  Ostomi  Melena

 Konstipasyon  Diyare Diğer………..…

İdrar yapma alışkanlığı 24 saat/ kaç kez:........... Yaklaşık miktarı: ……………………

İdrar Rengi:....................  İdrar Retansiyonu  Dizüri  Noktüri  Anüri Oligüri

  Pollaküri  Poliüri  Hematüri  İdrar İnkontinası FoleyKateter  Diyaliz Diğer:………………….

## Kişisel Temizlik ve Giyim

Kişisel hijyen ve giyinmede bağımsızlığı............................Vücut ve Giyim Hijyeni …………. Saçlı deri (dökülme vb.):............................................Banyo Yapma Durumu:............................

(Göz, Kulak, Burun, Ağız, Boyun) Akıntı.................Kirlilik…..…….….Kanama......................

 Ter kokusu  Kuruluk  Siyanoz  İkterik  Fotosensivite

 Ciltte Ülserasyon  Dekibütüs (Bası Yarası)  Kaşıntı  Kızarıklık

 Deskuamasyon  Extravazasyon  Varis  Ödem (+, ++, +++, ++++) Periferal Nabızlar:…………….Kapiller Dolum:  Bradikardi

 Taşikardi.............................Diğer…………………….…….

## Beden Isısının Kontrolü

 Çevre Isısına uygun Giyim  Hipotermi  Hipertermi  Soğuğa İntolerans

 Sıcağa İntolerans  Terleme  Titreme

## Hareket

Kas Gücü ve gelişimi:..............  Deformite  Kaslarda Zayıflık  Paralizi

 Parapleji  Hemipleji  Amputasyon  Kırık  Kontraktür  İmmobilite

 Kullandığı Yardımcı Araçlar Diğer:……………………….…..

## Çalışma ve Eğlence

Çalışma Durumu…………………………… Gelir Durumu………………..…………………..

Boş Zamanlarını Değerlendirme………………. İş Ortamı ve Koşulları…………………. Hobileri……………………………..

Diğer……………………………..…………………

## Cinselliği İfade Etme

Beden İmajı…………………………. Cinsiyete Uygun Giyim………….…………..………… Perineal Hijyen Alışkanlığı (Doğru yapıyor mu): ……….…….…….…….……….…….……..

## Uyku

Uyku Saatleri:……………………İstirahat Süresi  Uykuya Dalmada Güçlük

Uyku İçin Yardımcı Girişimler:………………………..………………………………………..

 Uykuya Eğilim…….  Horlama…..  Uyku İlacına Bağımlılık……………

Diğer:……...……….

1. **Ölüm** *(Gerekli ise doldurunuz)*

Yaşam ve Ölüm İle İlgili İnançlar:……………………………………………………………...

Şok  İnkar  Kızgınlık  Pazarlık  Depresyon  Kabullenme Birey ve Ailesinin/Yakınlarının/Arkadaşlarının Bilgi Gereksinimleri:……………………...…

Spiritüel Gereksinim:……………………Ailenin Desteklenmesi:………………………..…… Diğer:……………………………………

## Hastanın ve Ailenin Bilgi Gereksinimleri: (Başlıklar Halinde)

- -

- -

- -

- -

# AĞRI TANILAMA FORMU

Aşağıdaki çizgide “0” noktası hiç ağrının olmadığını göstermektedir. Ağrı şiddeti 0 noktasından 10 noktasına doğru artmaktadır. “10” noktası ise dayanılamayacak şiddetteki ağrıyı göstermektedir.

Lütfen **şu anki ağrı şiddetinizi** aşağıdaki çizgi üzerine koyacağınız bir nokta ile belirtiniz.

0

10

AĞRI YOK

ÇOK ŞİDDETLİ AĞRI VAR

**Ağrının yeri:……………………………………..**

**AĞRI DEĞERLENDİRME**

**0-1,4 cm** ağrı yok; **1,5-3,4 cm** hafif ağrı; **2,4-5,4 cm** rahatsız edici ağrı;

**5,5-7,4 cm** şiddetli ağrı; **7,5-9,4 cm** çok şiddetli ağrı**; 9,5-10 cm** dayanılmaz ağrı.

|  |
| --- |
| **BASI YARALARI RİSK TANILAMA*****(Bu bölümü bası yaraları açısından risk altında olduğunu düşündüğünüz hastalara uygulayınız)*** |
| DUYGUSAL ALGILAMA | Tamamen Sınırlı | 1 | MOBİLİZASYON | Tamamen İmmobil | 1 |
| Çok Sınırlı | 2 | Çok Sınırlı | 2 |
| Hafif Sınırlı | 3 | Biraz Sınırlı | 3 |
| Normal | 4 | Aktif | 4 |
| VÜCUT TEMİZLİĞİ | Sürekli Islak | 1 | BESLENME | Kaşektik | 1 |
| Çok Sık Islak | 2 | Kısmen Yeterli | 2 |
| Ara-Sıra Islak | 3 | Yeterli | 3 |
| Çok Seyrek Islak | 4 | Çok İyi | 4 |
| AKTİVİTE | Yatağa Bağımlı | 1 | SÜRTÜNME VE ÇİZİLME | Problem Var |
| Sandalyeye Oturabilir | 2 | Problem Olabilir |
| Ara-Sıra Yürür | 3 | Problem Yok |
| Sık Sık Yürür | 4 |  |
| **\*TOTAL PUAN: Total Puan 16’dan düşük ise hasta risk grubuna alınmalı ve her gün izlenmelidir**. |

|  |  |
| --- | --- |
| TARİH../../…. | **SIVI DENGESİ İZLEME FORMU**(Gerekli ise doldurunuz) |
| SAAT | **ALDIĞI** |  **ÇIKARDIĞI** |
| DAMARYOLU | ORAL | NGT | İDRAR | NGT | GÖĞÜSTÜPÜ | DREN | KUSMA | DIŞKI | İMZA |
| 08:00-16:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 16:00-24:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 24:00-08:00 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOPLAM |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Hastanın Adı Soyadı: Klinik: Oda No:**

# YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ TANILARI : MEVCUT (M), POTANSİYEL (P)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **……../………/………….** | **……../………/………….** |
| **GYA** | **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER****(Belirti ve Bulgular)** | **ETYOLOJİ****(Sebep)** | **TANI** | **TANIMLAYICI ÖZELLİKLER****(Belirti ve Bulgular)** | **ETYOLOJİ****(Sebep)** | **TANI** |
| **GÜVENLİ ÇEVRE NİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ** |  |  |  |  |  |  |
| **İLETİŞİM** |  |  |  |  |  |  |
| **SOLUNUM** |  |  |  |  |  |  |
| **BESLENME** |  |  |  |  |  |  |
| **BOŞALTIM** |  |  |  |  |  |  |
| **KİŞİSEL HİJYEN VE GİYİM** |  |  |  |  |  |  |
| **BEDEN****SICAKLIĞININ KONTROLÜ** |  |  |  |  |  |  |
| **HAREKET** |  |  |  |  |  |  |
| **ÇALIŞMA VE EĞLENCE** |  |  |  |  |  |  |
| **CİNSELLİĞİ İFADE ETME** |  |  |  |  |  |  |
| **UYKU** |  |  |  |  |  |  |
| **ÖLÜM** |  |  |  |  |  |  |

**Öğrenci Adı Soyadı:**

# BAKIM PLANI HAZIRLANIRKEN DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

1. Veri toplama aşamasında dikkatli olunmalı hastanın tüm problemlerini kapsayan ayrıntılı veri toplama yapılmalıdır.
2. Veriler toplanırken belirlenen problemlerin tamamına bakım planının “tanı” bölümünde mutlaka yer verilmelidir.
3. Hastanın ilaçlarının tümü ayrıntılı olarak incelenmelidir.
4. Bakım planlarında ortak bir dil kullanılması gerektiğinden, AMAÇ bölümünde mek-mak eklerini kullanınız.
5. Amacınızı yazarken, genel olarak tanıda belirtilen problemi ortadan kaldırmak veya mümkün olan en az düzeye indirmek anlamına gelen basit ve net ifadeler kullanınız.
6. Planlanan “yaşlı bakımı teknikeri girişimleri” bölümüne henüz plan aşamasındaki bilgilerinizi yazmanız gerektiğinden ifadeler ecek-acak eki ile bitirilmelidir. Bu bölüm hastaya özel olarak bireyselleştirilmelidir. Kitaplarda yer alan bakım planı örneklerinden faydalanılmalı ancak sadece bakım verdiğiniz hastada var olan gerçek durumlara yönelik çözüm önerilerine yer verilmelidir. Bu bölüm mümkün olduğunca ayrıntılı olarak hazırlanmalıdır.
7. İfadeler somut olmalı öneriler açıkça yazılmalıdır. Örneğin bol sıvı alınması ifadesinde “bol” un ne kadar olduğu açıkça belirtilmelidir. Sık sık ağız bakımı verilecek ifadesinde ne kadar sık olduğu belli değildir. 2x1 denilebilir. Uygun pozisyon verilecek ifadesinde hangi pozisyonun uygun olduğu bilinmemektedir. Diğer bir örnekte “hastaya lifli gıdalar önerilecek” ifadesinde bunların neler olduğu belli değildir. Hastalara yapılacak önerilerde herkesin anlayabileceği ifadelerden yararlanılmalıdır. Örneğin “2000 cc sıvı alımı önerilecek” ifadesinde “cc” herkesçe anlaşılamayabilir. En iyisi bardak hesabı ile belirtilmesidir.
8. Uygulama basamağında; planlanan uygulama yapılabildi ise +, yapılamadı ise – işareti her madde için işaretlenmelidir.
9. Değerlendirme basamağında “Tanı ile ilgili son durum nedir? Hastanın son durumunu ortaya koyan objektif veriler nelerdir? Sorularına yanıt verilmelidir.

# YAŞLI BAKIMI TEKNİKERİ BAKIM PLANI

**HASTA ADI SOYADI:**

**Klinik: Oda/Yatak No:** ÖĞRENCİ ADI SOYADI:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **TARİH** | **HEMŞİRELİK TANISI** | **PLANLAMA** | **UYGULAMA (+/-)** | **DEĞERLENDİRME** |
| **Etyolojik Faktör** *(Sebep)* | **Tanı Adı** | **Tanımlayıcı Özellikleri** *(Belirti ve**Bulgular)* | **Amaç** *(-mek, -mak)* | **Yaşlı Bakımı Teknikeri Girişimleri** (-ecek/acak) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |