Doküman No	**YB.FR.001**
Yayın Tarihi	**05.09.2025**
Revizyon Tarihi	**-**
Revizyon No:	**-**

T.C.

İZMİR TINAZTEPE ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU

YAŞLI BAKIMI PROGRAMI

2025-2026 EĞİTİM YILI

BECERİ UYGULAMALARI REHBERİ

Dr. Öğr. Üyesi Gökşen POLAT

İÇİNDEKİLER

Mesleki Beceri Uygulamaları ve Öğrenim Hedefleri	
Mesleki Beceri Değerlendirme Ölçütü	
BÖLÜM 1: YAŞAMSAL BULGULAR	
➢ Brakial Arterden Kan Basıncının Değerlendirilmesi ➢ Radial Arterden Nabzın Değerlendirme ➢ Aksiller Yoldan Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi ➢ Timpanik Membran Yoluyla Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi ➢ Temporal Arter Yoluyla (Alından) Vücut Sıcaklığının Değerlendirilmesi ➢ Oksijen Saturasyonunun Değerlendirilmesi ➢ Apikal Nabzın Değerlendirilmesi	
BÖLÜM 2: BİREYSEL HİJYEN	
➢ Özel Ağız Bakımı ➢ Bilinçli Hastada Ağız Bakımı ➢ Tam Yatak Banyosu ➢ Kadın ve Erkek Hastada Perine Bakımı ➢ Yatak İçinde Baş Banyosu	
BÖLÜM 3: ENFEKSİYON KONTROLÜ	
➢ El Yıkama ➢ Steril Eldiven Giyme ve Çıkarma ➢ Kişisel Koruyucu Ekipmanların Kullanımı	
BÖLÜM 4: İLAÇ UYGULAMALARI	
➢ Hazır Formda Sübkutan Uygulama (İnsülin, Clexan vb.) ➢ Oral İlaç Uygulama ➢ Göze İlaç Uygulama ➢ Kulağa İlaç Uygulama ➢ Buruna İlaç Uygulama ➢ Nebülizatör Maske İle İlaç Uygulama	

BÖLÜM 5: SOLUNUM GEREKSİNİMİ	
➢ Nazal Kanül İle Oksijen Uygulaması ➢ Maske İle Oksijen Uygulaması	
BÖLÜM 6: BESLENME GEREKSİNİMİ	
➢ Beslenme Pompası ile Devamlı/Sürekli Beslenme ➢ Beslenme Torbası ile Aralıklı Beslenme ➢ Enjektör ile Aralıklı Beslenme	
BÖLÜM 7: ÜRİNER BOŞALTIM GEREKSİNİMİ	
➢ Torba Boşaltımı	
BÖLÜM 8: BAĞIRSAK BOŞALTIM GEREKSİNİMİ	
➢ Rektal Tüp Uygulama ➢ Lavman Uygulaması (Düşük Volümlü Lavman Uygulama)	
BÖLÜM 9: HAREKET GEREKSİNİMİ	
➢ Hastanın Yatak Kenarına Çekilmesi ➢ Hastanın Supine Pozisyonundan Lateral Pozisyonuna Getirilmesi ➢ Hastanın Supine Pozisyonundan Prone Pozisyonuna Getirilmesi ➢ Hastanın Prone Pozisyonundan Supine Pozisyonuna Getirilmesi ➢ Hastanın Yatakta Oturtulması ➢ Hastanın Yatak Kenarında Oturtulması ➢ Hastanın Yataktan Sandalyeye Alınması ➢ Hastanın Sandalyeden Yatağa Alınması ➢ Hastanın Yataktan Sedyeye Alınması	
BÖLÜM 10: SICAK SOĞUK UYGULAMALAR	
➢ Termofor Uygulaması ➢ Buz Kesesi Uygulaması	
BÖLÜM 11: BAKIM UYGULAMALARI	
➢ Yara Bakım Uygulaması ➢ Gastrostomi/Jejunostomi Bakımı ➢ İleostomi / Kolostomi Bakımı	

MESLEKİ BECERİ UYGULAMALARI VE ÖĞRENİM HEDEFLERİ

1. Profesyonel bir meslek olarak yaşlı bakımı teknikerliğinin mutlak beceri gerektirdiğini öğrenmesi
2. Hümanistik anlayışla, mesleki becerilerin önce insan dışı yapay modellerle kazanılması gerektiğinin bilincine varması
3. Mesleki uygulamalarda (el yıkama becerisi, steril eldiven giyme-çıkarma becerisi, vücut sıcaklığını değerlendirme, nabzı değerlendirme, tansiyon ölçme …) beceri kazanması
4. Temel becerilerin kazanılmamasının doğurduğu sonuçları öğrenmesi

MESLEKİ BECERİ DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ

Her bir öğrenim becerisi için 1-5 arasında puan verilerek değerlendirilir.

1. GELİŞTİRİLMELİ

Basamağın uygulanmaması, yanlış veya sırasında uygulanmaması anlamına gelir.

2. YETERLİ DÜZEYDE DEĞİL

Basamakların çoğunluğunun uygulamasında eksikliklerin olması anlamına gelir.

3. YETERLİ

Tüm basamakları uygulayabiliyor, fakat uygulamada eksiklikler olması, eğiticinin yardımına ihtiyaç duyulması anlamına gelir.

4. İYİ DÜZEYDE

Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan tam olarak ve sırasında uygulanması ancak bazı basamaklarda eğiticinin hatırlatmasına ihtiyaç duyulması anlamına gelir.

5. MÜKEMMEL

Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan tam olarak ve sırasında uygulanması anlamına gelir.

Öğrenci mesleki beceri uygulamasında başarılı sayılabilmesi için en az 3 puan almak zorundadır.

MESLEKİ BECERİ GÖZLEM KRİTERLERİ

Öğrenim becerisilerinin herbir basamağı için değerlendirme yapılır

1= Basamağın atlanması

2= Basamağın yanlış uygulanması

3= Basamağın doğru uygulanması

BÖLÜM I

YAŞAMSAL BULGULAR

BRAKİAL ARTERDEN KAN BASINCININ DEĞERLENDİRİLMESİ

GEREKLİ MALZEMELER: Stetoskop, tansiyon aleti.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler hastanın yanına kolay ulaşılabilir ve temiz bir alana bırakılır.			
4.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
5.	Hastaya işlem açıklanır.			
6.	Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
7.	Hastaya supine, fowler ya da semi fowler pozisyon verilir.			
8.	Hastanın kolu kalp seviyesinde, avuç içi yukarı bakacak biçimde yerleştirilir ve düz yumuşak bir yere dayayarak desteklenir.			
9.	Hastanın giysisi yukarıya doğru çekilir.			
10.	Brakial arter palpe edilir.			
11.	Manşet, brakial arterin 2.5-5 cm yukarısına ve bir parmak boşluk kalacak şekilde kolun etrafına sarılır.			
12.	Manometre kalp seviyesinde olacak şekilde yerleştirilir.			
13.	Puvarın hava ayar vidası kapatılır.			
14.	Manometrenin gösterge ibresinin sıfır değerinde olup olmadığı kontrol edilir.			
15.	Palpasyon yöntemi ile hastanın sistolik kan basıncı değeri belirlenir. a. Radial nabız palpe edilir. b. Manşon radial nabzın hissedilmediği değere kadar şişirilir.			

	c. Puvarın hava ayar düğmesi açılarak manşonun havası boşaltılır. d. Nabzın hissedilmediği değerin üzerine 30 mm Hg eklenir.			
16.	Hasta 30-60 saniye dinlendirilir.			
17.	Oskültasyon yöntemi ile hastanın kan basıncı değerlendirilir. a. Brakial arter belirlenir. b. Steteskopun alıcısı brakial artere yerleştirilir. c. Puvarın hava ayar vidası kapatılır. d. Manşon belirlenen değere kadar şişirilir. e. Manşonun havası 2-3 mmHg/sn düşme olacak şekilde yavaşça açılır.			
18.	Nabız atımlarının ilk duyulduğu Korotkoff sesi (sistolik basınç) manometreden okunur.			
19.	Nabız atımlarının kaybolduğu andaki Korotkoff sesi (diyastolik basınç) manometre göstergesinden okunur.			
20.	Manşonun havası hızlı ve tam olarak boşaltılır.			
18.	Manşet hastanın kolundan çıkarılır.			
19.	Ölçüm tekrarlanacaksa 30-60 saniye beklenir.			
20.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
21.	Eller yıkanır.			
22.	Yapılan uygulama ve kan basıncı değeri gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

RADİAL ARTERDEN NABZIN VE SOLUNUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli görüldüğü durumda eldiven.

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Hastaya işlem açıklanır.			
4.	Hastaya fowler ya da supine pozisyon verilir.			
5.	Nabız ölçümü için uygun pozisyon verilir.			
6.	Hasta aktivitede bulunmuş ise 10-15 dk dinlendirilir. Supine pozisyonunda; hastanın kolunun iç yüzü vücuda bakacak şekilde vücut boyunca dümdüz uzatılır ya da hafif fleksiyona getirilerek abdomenin altına ya da göğüs üzerine yerleştirilir.			
7.	Hastanın el bileği bükülmeden avuç içi aşağı bakacak şekilde yerleştirilir.			
8.	İşaret, orta ve yüzük parmak uçları radial arter üzerine yerleştirilir ve başparmak el bileğinin üzerinde tutulur.			
9.	Radial nabız üzerindeki parmaklar ile hafif basınç uygulanır.			
10.	Nabız hızı, ritmi ve dolgunluğu değerlendirilir.			
11.	Nabız 30 saniye sayılır. Nabız aritmik ise 60 saniye sayılır.			
12.	Dakikadaki nabız sayısı hesaplanır.			
13.	Hastanın radial nabzından elimizi kaldırmadan göğüs kafesi gözlenir.			
14.	Solunum hızı, derinliği, ritmi ve sesleri değerlendirilir.			
15.	Solunum düzenli-regüler ise 30 saniye sayılır. Solunum irregüler ise 60 saniye sayılır.			
16.	Dakikadaki solunum sayısı hesaplanır.			

17.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
18.	Nabız ve solunum değerleri gözlem formuna kaydedilir.			
19.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

AKSİLLER YOLDAN VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Vücut sıcaklığını belirleyebilme becerisini kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, dijital termometre, alkollü pamuk tampon, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
3.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
4.	Hastaya işlem açıklanır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Yatak frenleri kontrol edilir.			
7.	Yatak bel seviyesine getirilir.			
8.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
9.	El hijyeni sağlanır.			
10.	Termometre metal kısmından başlayarak pamuk tamponla silinir.			
11.	- Aksiller bölge açıkta kalacak şekilde hasta kıyafetleri çıkartılır/hastadan çıkartması istenir. - Koltuk altı ıslak, nemli veya terli ise bir spanç ya da kâğıt havlu ile kurulanır. - Sinyal sesi gelene kadar beklenir, sinyal sesi durduktan sonra derece koltuk altından çıkartılır. Termometre deriye doğrudan temas edecek şekilde koltuk altına (aksiller bölgeye) yerleştirilir.			
12.	Termometrenin başlat düğmesine basılır.			
13.	Termometreden sinyal sesi gelene kadar koltuk altında bekletilir.			

14.	Termometre hastanın koltuk altından alınarak, sıcaklık değeri okunur.			
15.	Termometre metal kısmın ucuna doğru alkollü pamuk tamponla silinir.			
16.	Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.			
17.	Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
18.	Malzemeler toplanır.			
19.	Eller yıkanır.			
20.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TİMPANİK MEMBRAN YOLUYLA VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Vücut sıcaklığını belirleyebilme becerisini kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Timpanik membran termometresi, timpanik membran termometresi probu, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5.	Hastaya işlem açıklanır.			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
7.	Yatak frenleri kontrol edilir.			
8.	Yatak bel seviyesine getirilir.			
9.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
10.	El hijyeni sağlanır.			
11.	Termometrenin ucuna tek kullanımlık prop takılır.			
12.	Hastanın başı sağ ya da sol yana çevrilir.			
13.	Yetişkinlerde kulak kepçesi yukarı geriye doğru çekilir.			
14.	Prop dış kulağın girişine doğru yerleştirilir.			
15.	Termometrenin başlat düğmesine basılır.			
16.	Termometre sinyal sesi duyuluncaya kadar bekletilir.			
17.	Termometre kulak yolundan çıkarılarak, sıcaklık değeri okunur.			
18.	Termometre üzerindeki düğmeye basılarak tek kullanımlık prop çıkarılır.			
19.	Hastaya rahat edeceği bir pozisyon verilir.			

20.	Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
21.	Malzemeler toplanır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TEMPORAL ARTER YOLUYLA (ALINDAN) VÜCUT SICAKLIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Vücut sıcaklığını belirleyebilme becerisini kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Temporal arter termometresi, el antiseptiği, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5.	Hastaya işlem açıklanır.			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
7.	Ölçüm yapılacak bölge nemlilik, sıcaklık, ter, sıcak-soğuk suyla temas gibi faktörler yönünden değerlendirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Hastanın başı rahat bir pozisyona getirilir.			
10.	Termometre bireyin cildine uygun uzaklıkta tutulur.			
11.	Termometrenin başlat düğmesine basılır.			
12.	Termometrenin ucu, sinyal sesi gelene kadar hastanın alnında tutulur.			
13.	Termometredeki sıcaklık değeri okunur.			
14.	Malzemeler toplanır.			
15.	Eller yıkanır.			
16.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

OKSİJEN SATURASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Oksijen saturasyonunu belirleyebilme becerisini kazandırmak.

GEREKLİ MALZEMELER: Pulse oksimetre, alkol, gazlı bez, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki ismi karşılaştırılır ve gerekirse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5.	Hastaya işlem açıklanır.			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
7.	Yatak frenleri kontrol edilir.			
8.	Yatak bel seviyesine getirilir.			
9.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
10.	El hijyeni sağlanır.			
11.	Pulse oksimetre cihazını uygulamak için uygun bölge (işaret, orta ya da yüzük parmağı, parmaklarda dolaşım bozukluğu varsa kulak memesi, alın ya da burun köprüsü, alt ekstremitelerde dolaşım sorunu yoksa ayak parmağı) seçilir.			
12.	Uygun bölge için en yakın periferal nabız ve kapiller dolum kontrol edilir.			
13.	Bölge alkollü gazlı bez ile silinir ve bölgenin kuruması beklenir.			

14.	Pulse oksimetre probu, ışık yayan ve ışık alan sensörler karşılıklı gelecek şekilde cilde yerleştirilir.			
15.	Pulse oksimetrenin başlat düğmesine basılır.			
16.	Ölçüm sonucu ekranda görülene kadar beklenir.			
17.	Prob hastadan çıkarılır.			
18.	Ölçüm değeri ekranda okunur.			
19.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
20.	Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
21.	Malzemeler toplanır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Vücut sıcaklığına ilişkin bilgiler gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

APİKAL NABZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

AMAÇ: Apikal nabzı değerlendirme becerisini kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Saniyeli ya da dijital saat, steteskop.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
3.	Hastanın kimlik doğrulanır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler veya semi-fowler pozisyonu verilir.			
7.	Hastanın göğsü açılır.			
8.	Kalbin apeksi belirlenir. Sol klavikulanın orta hattından aşağıya doğru hayali dik bir çizgi çizilir. Bu çizginin sol 5. ve 6. kostalar arasındaki boşluk ile kesiştiği nokta bulunur. Bu nokta sternumdan yaklaşık 8 cm sola doğru, sol memenin hemen altındadır.			
9.	Steteskopun alıcısı kalbin apeksine yerleştirilir.			
10.	Nabız bir dakika sayılır.			
11.	Hastanın göğüs bölgesi kapatılır ve hastaya uygun pozisyon verilir.			
12.	Malzemeler toplanır.			
13.	Eller yıkanır.			
14.	Yapılan uygulama ve dakikadaki nabız sayısı gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM II

BİREYSEL HİJYEN

ÖZEL AĞIZ BAKIMI

AMAÇ: Özel ağız bakımı yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, foam çubukları, bardak içine konmuş ağız bakım solüsyonu, abeslang ya da airway, böbrek küvet, suda eriyen nemlendirici, böbrek küvet, bir bardak içinde su, kâğıt havlu, el antiseptiği, gerekli ise ağız içi aspirasyonu için malzemeler, kirli kabı.

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	El hijyeni sağlanır.			
7.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
8.	Hastaya, başı yaşlı bakım teknikerine dönük olacak şekilde sims ya da lateral pozisyon verilir.			
9.	Hastanın yüzünün altına su geçirmez örtü serilir.			
10.	Hastanın çene altına böbrek küvet yerleştirilir.			
11.	Alt çene, pasif el ile hafif basınç uygulanarak açılır ve dil üzerine abeslang ya da ağız içine airway yerleştirilir.			
12.	Uygulama boyunca gerekli olduğunda ağız içi aspire edilir.			
13.	Foam çubukları ağız bakım solüsyonları ile ıslatılır. Fazla solüsyon çubuklar kabın kenarına bastırılarak akıtılır.			
14.	Silme işlemine önce dişlerden başlanır ve şu sıra izlenir: • Uzak taraf üst çene: en arka dişten, çene orta hattına kadar,			

	• Uzak taraf alt çene: en arka dişten, çene orta hattına kadar, • Yakın taraf üst çene: en arka dişten, çene orta hattına kadar, • Yakın taraf alt çene: en arka dişten, çene orta hattına kadar, • Önce uzak taraf sonra yakın taraf yanak mukozası, • Damak, • Dil üzeri ve altı.			
15.	Her bölgenin silme işlemi için ayrı foam çubuğu kullanılır ve kirli kabına atılır.			
16.	Aynı uygulamalar duru su ile tekrarlanır.			
17.	Abeslang ya da airway çıkarılır.			
18.	Kâğıt havlu ile ağız çevresi kurulanır.			
19.	Böbrek küvet ve su geçirmez örtü ortamdan alınır.			
20.	Dudaklara suda eriyen nemlendirici sürülür.			
21.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
22.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
23.	Malzemeler toplanır.			
24.	Eller yıkanır.			
25.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BİLİNÇLİ HASTADA AĞIZ BAKIMI

AMAÇ: Bilinçli hastada ağız bakımı yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, diş fırçası, diş macunu, diş ipi, bir bardak su, su geçirmez örtü, böbrek küvet, kâğıt havlu, kirli kabı.

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
7.	Hastaya fowler ya da semifowler pozisyonu verilir.			
8.	Hastanın göğsünün üzerine su geçirmez örtü serilir.			
9.	Hastanın çene altına böbrek küvet yerleştirilir.			
10.	Diş fırçası su ile ıslatılarak, üzerine bir miktar macun sürülür.			
11.	Dişleri fırçalamaya ağzın bir tarafından ve üst arka dişlerden başlanır. Fırça 45° açıyla tutularak, diş-dişeti birleşimine yerleştirilerek dairevi hareketlerle fırçalanır. Son olarak dişetinden dişin taç kısmına doğru bir süpürme hareketiyle işlem tamamlanır. Diş fırçası ilerletilerek işlem tekrarlanır ve tüm dişler fırçalanır.			
12.	Diş fırçası, dişlerin çiğneyici yüzeyleri üzerinde, dişe paralel olacak biçimde ileri geri, kısa darbelerle hareket ettirilerek, dişlerin bu yüzeyleri temizlenir.			
13.	Sırası ile damak, yanaklar, dil üstü ve dilaltı fırçalanır.			
14.	Hastanın ağzına bolca su verilir, çalkalaması ve böbrek küvete tükürmesi söylenir. Bu işlem hastanın ağzı iyice temizlenene kadar tekrar edilir.			
15.	Hastanın ağzı kağıt havlu ile kurulanır.			

16.	Böbrek küvet temizlenerek hastanın çene altına yerleştirilir.			
17.	30 cm uzunluğundaki diş ipi orta parmaklara, parmaklar arasında 2.5-4 cm uzunluk kalacak şekilde dolanır.			
18.	Diş ipi, en arkadaki dişlerden başlayarak, dişin taç kısmından dişetine doğru kaydırarak hareket ettirilir. Dişeti zedelenmemeye dikkat edilir.			
19.	Hastanın ağzına bir miktar su vererek çalkalaması ve ardından böbrek küvete tükürmesi söylenir.			
20.	Kâğıt havlu ile ağız çevresi kurulanır.			
21.	Böbrek küvet alınır.			
22.	Dudaklara suda eriyen nemlendirici sürülür.			
23.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
24.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
25.	Malzemeler toplanır.			
26.	Eller yıkanır.			
27.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

TAM YATAK BANYOSU

AMAÇ: Tam yatak banyosu verebilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, silme bezi (2 adet), banyo küveti (2 adet), su (43-46º), sabun, yüz havlusu (2 adet), banyo havlusu (2 adet), gazlı bez, temiz giysi, temiz yatak takımı, hijyen için deodorant, losyon…, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
7.	Hastanın gizliliği korunarak, giysileri çıkartılır.			
8.	Eski örtüler kaldırılırken, temiz örtü örtülür.			
9.	Eğer sakıncası yoksa yastık alınıp yatak başı 30-45º yükseltilir.			
10.	Küvetlerden birinin içine 2/3 oranında yeterli miktarda sıcak duru su (43-46ºC) doldurulur. Küvetlerden diğerine sabunlu su doldurulur. Banyo süresince gerekli görüldükçe su değiştirilir.			
11.	Hastanın başının altına yüz havlusu serilir.			
12.	Hastanın göğsü üzerine yüz havlusu serilir.			
13.	Silme bezi suya batırılıp, fazla suyu sıkılır.			
14.	Silme bezi üçgen ya da dörtgen tekniğine uygun olarak katlanır.			
15.	Yatak banyosunu baştan ayağa doğru yapılır. Bu nedenle yüzde en temiz bölge olan gözden başlanır. Gözler yalnızca duru suyla, gözler kaplıyken, iç kantüsten dış kantüse doğru ve her göz için silme bezinin ayrı köşeleri kullanılarak silinir.			

16.	Göz basınç oluşturmadan yüz havlusu ile yavaşça kurulanır.			
17.	Yüzü silme işlemi, yüzün merkezinden dış kenarlarına doğru yapılır. Silme önce sabunlu su daha sonra duru su ile yapılır. Yüzde önce alın, burun yanları, yanaklar ve çene silinir. Her bölge, silme bezinin farklı yüzeyi ile silinir.			
18.	Yüz havlu ile kurulanır.			
19.	Boyun ve kulaklar önce sabunlu, sonra duru su ile silinir. Kulak temizliği, kulak kepçesi ve memesinin her iki yüzüne uygulanır. Silme işleminden sonra kurulanır.			
20.	Yüz havlusu hastanın başının altından alınır.			
21.	Hastanın uzak taraftaki kolunun altına banyo havlusu serilir.			
22.	Kol, bilekten başlanarak önce sabunlu sonra duru su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketlerle silinir ve kurulanır.			
23.	Küvetlerdeki su değiştirilir (su kirlendiğinde ya da soğuduğunda değiştirilir).			
24.	Banyo havlusu uzak taraftaki elin altına serilir.			
25.	Hastanın eli 3-5 dakika sabunlu suda bekletilir.			
26.	Gerekli ise tırnaklar kesilir, parmak araları yıkanır.			
27.	Aynı işlem duru su ile tekrarlanır.			
28.	Eller kurulanır.			
29.	Yakın taraftaki kol ve el için aynı işlemler tekrarlanır.			
30.	Hastanın üzerindeki örtü, göğüs ve karın açıkta kalacak biçimde, göbek hizasının altına kadar bir taraftan açılırken, diğer taraftan bu alana banyo havlusu uzunlamasına serilir.			
31.	Göğüs bölgesi, havlunun altından uzaktan yakına doğru önce sabunlu, sonra duru su ile silinir. Kadın hastalarda, derinin kat yaptığı meme altının temizliğine dikkat edilir.			
32.	Göğüs bölgesi kurulanır.			
33.	Karın bölgesi havlunun altından uzaktan yakına doğru önce sabunlu sonra duru su ile silinir. Silme işlemi sırasında karındaki derinin oluşturduğu kat yerlerinin arasının ve göbeğin temizliğine dikkat edilir.			

34.	Karın bölgesi kurulanır.			
35.	Banyo havlusu hastanın üzerinden kaldırılır ve hastanın üzeri örtüsü ile örtülür.			
36.	Hastanın uzak taraftaki bacağının altına banyo havlusu serilir.			
37.	Bacak fleksiyona getirilir.			
38.	Hastanın bacağı önce sabunlu su, sonra duru su ile distalden proksimale doğru uzunlamasına hareketlerle silinir ve kurulanır.			
39.	Banyo havlusu uzak taraftaki ayağın altına serilir.			
40.	Hastanın ayağı 3-5 dakika sabunlu suda bekletilir.			
41.	Gerekli ise tırnaklar kesilir, parmak araları yıkanır.			
42.	Aynı işlem duru su ile tekrarlanır.			
43.	Ayaklar kurulanır.			
44.	Yakın taraftaki ayak için aynı işlemler tekrarlanır.			
45.	Hasta sırtı silinmek üzere lateral ya da prone pozisyonuna getirilir.			
46.	Hastanın omzu ile kalçası arasında kalan yatak bölgesine banyo havlusu serilir.			
47.	Hastanın sırtından kalçasına doğru banyo havlusu örtülür.			
48.	Hastanın sırtı, havlunun altından enseden kalçalara doğru uzunlamasına hareketlerle önce sabunlu su, sonra duru su ile silinir ve kurulanır.			
49.	Eğer herhangi bir sakıncası yoksa, hastaya bu pozisyonda iken sırt masajı yapılır.			
50.	Kalça ve anüs farklı gazlı bezlerle silinir.			
51.	Hasta sırt üstü pozisyona getirilir.			
52.	Küvetteki su değiştirilir.			
53.	Perine bakımı yapılır.			
54.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
55.	Hastanın tercihine göre deodorant, losyon vs. uygulanır.			
56.	Hastanın temiz giysileri giydirilir.			
57.	Yatak takımları değiştirilir.			

58.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
59.	Malzemeler toplanır.			
60.	Eller yıkanır.			
61.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KADIN VE ERKEK HASTADA PERİNE BAKIMI

AMAÇ: Kadın ve erkek hastada perine bakımı yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, yıkama küveti (2 adet), su (43-46ºC), sabun ya da önerilen solüsyon, su geçirmez örtü, gazlı bez, çarşaf, sürgü (gerekli ise), tuvalet kâğıdı, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastanın boşaltım ihtiyacı varsa gidermesi sağlanır.			
7.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
8.	Kadın hastalarda, çarşaf hastanın üzerine eşkenar dörtgen şeklinde yerleştirilir. Daha sonra, çarşafın iki yanda kalan köşeleri, hastanın bacaklarına dolanarak, bacakları örtülür. Çarşafın iki bacak arasında kalan kısmı yalnızca işlem sırasında açılır. Erkek hastalarda çarşaf yalnız penis ve skrotum açıkta kalacak biçimde, bacaklarının üzerine düz olarak örtülür.			
9.	Su geçirmez örtü hastanın kalçalarının altına serilir.			
10.	Yıkama küvetlerinin 2/3 ‘si 43-46º C’ lik su ile doldurulur. Küvetlerden biri duru, diğeri sabunlu su için kullanılır.			
11.	Gazlı bezler küvetin içine konur.			
12.	Kadın hastaya dorsal rekümbent, erkek hastaya supine pozisyonu verilir.			
13.	Kirli kabını hastanın bacaklarının arasına yerleştirilir. Kadın hastalarda; • Silme işlemi uzak tarafta olan uyluğun üst-iç yüzünden başlanarak, kasıklardan kalçalara doğru olacak biçimde ve uzunlamasına hareketle yapılır. Her silme hareketi sonunda gazlı bez kirli kabına atılıp yeni bir			

	tampon alınır. Alan daha sonra duru su ile silip, kurulanır. • Yakın olan taraftaki uyluğun üst-iç yüzünü de aynı şekilde silinip kurulanır. • Mons pubis, bir yandan diğer yana doğru uzunlamasına hareketle önce sabunlu, sonra duru su ile temizlenip kurulanır. • Pasif elle, labium majörler hafifçe yanlara doğru açılır. Önce uzak taraftaki labium majörler, pubisten anüse doğru uzunlamasına hareketlerle ve her harekette yeni bir gazlı bez kullanılarak, sabunlu su ile silinir. • Labium minörler de aynı şekilde temizlenir. • Labialar, üretral meatus ve vajinal orifisi görecek biçimde açıldıktan sonra, bu hat temizlenir. • Aynı işlemler, duru su ile tekrarlanır ve kurulanır.			
14.	Erkek hastalarda; • Silme işlemine kadın hastalarda olduğu gibi sabunlu su ile uyluğun üst-dış yüzünden başlanır. Ardından mons pubis temizlenir. Bu alanlar duru suyla da silindikten sonra, iyice kurulanır. • Penisi orta kısmından hafifçe tutulur, hasta sünnetsiz ise, sünnet derisini geriye doğru çekilerek glans penis açığa çıkarılır. • Penis, meatustan başlanarak dairevi hareketlerle skrotuma kadar silinir. Her hareket tamamladıktan sonra, gazlı bez değiştirilir. İşlem duru su ile tekrarlanır. Sünnet derisi eski konumuna getirilir. • Skrotumun ön, yan ve arka yüzeyini, uzunlamasına hafif hareketlerle silinir. Skrotumu, anla duru suyla da silindikten sonra, kurulanır.			
15.	Anal bölge temizliği için, hastaya lateral pozisyon verilir.			
16.	Hastanın üzeri, yalnızca anal bölge açıkta kalacak biçimde örtülür.			
17.	Anal bölge uzunlamasına hareketlerle, önce sabunlu, sonra duru su ile silinir ve kurulanır.			
18.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
19.	Hastanın temiz giysileri giydirilir.			
20.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
21.	Malzemeler toplanır.			
22.	Eller yıkanır.			

23.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

YATAK İÇİNDE BAŞ BANYOSU

AMAÇ: Yatak içinde baş banyosu yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, saç yıkama küveti, saç havlusu (2 adet), el havlusu, su geçirmez örtü, su (43-44º C), pamuk tampon (2 adet), kova, maşrapa, şampuan, tarak ya da fırça, saç kurutma makinası, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
7.	Hastanın baş ve omzu, yatağın başucuna ve çalışılacak tarafa yakın olacak şekilde yerleştirilir.			
8.	Su geçirmez örtü, hastanın boyun ve omuz altına serilir.			
9.	Su kovası, saç yıkama küvetinin tahliye borusunun altına konur.			
10.	El havlusu katlanarak hastanın alın kısmına yerleştirilir.			
11.	Hastanın kulaklarına pamuk tamponlar yerleştirilir.			
12.	Hastanın boyun altına yıkama küveti yerleştirilir.			
13.	Saç havlusu yastığın üzerine serilerek önceden hazırlanır.			
14.	Hastanın saçları su ile ıslatılır.			
15.	Avuç içine alınan şampuanla, saçlı derinin başlangıcından enseye doğru masaj yapılarak köpürtülür.			
16.	Saçlar iyice durulanır.			
17.	Yıkama küveti hastanın başının altından alınır.			
18.	Üzerine havlu serilmiş olan yastık, hastanın başının altına yerleştirilir.			
19.	Havlu hastanın başına sarılır.			

20.	Alın üstüne konan el havlusu ve kulağa yerleştirilen pamuk tamponlar çıkartılır.			
21.	Saçlar ve saçlı deri kurulanır.			
22.	Hastanın saçları taranır.			
23.	Hastanın saçları saç kurutma makinası ile kurutulur.			
24.	Tek kullanımlık eldiven çıkartılır.			
25.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
26.	Malzemeler toplanır.			
27.	Eller yıkanır.			
28.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM III

ENFEKSİYON KONTROLÜ

EL YIKAMA

AMAÇ: Uygun el yıkama becerisini kazandırabilme.

GEREKLİ MALZEMELER: Sıvı sabun, kâğıt havlu, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Takılar varsa çıkarılır.			
2.	Formanın kolları uzun ise yukarıya doğru kıvrılır.			
3.	Forma lavaboya değmeyecek şekilde uygun mesafe korunarak lavabo önünde durulur.			
4.	Kâğıt havlu kullanılarak musluk açılır.			
5.	Suyun sıcaklığı ve akış hızı ayarlanır.			
6.	Eller ve bilekler ıslatılır.			
7.	Avuç içine 3-5 ml sıvı sabun alınır.			
8.	Sabun kullanılacaksa, sabun suyun altından geçirilerek eller köpürtülür.			
9.	El sırtı, avuç içleri, parmak araları, tırnak dipleri ve bilekler dairesel hareketlerle 5'er defa ovuşturulur. a. Avuç içleri temas edecek biçimde ovalanır, b. Avuç içleri ile diğer elin sırtı ovalanır. Sağ avuç içi sol el sırtı üzerinde temas ederek ve parmak aralarını ovarak, c. Sol avuç içi sağ el sırtı üzerinde temas ederek ve parmak aralarını ovarak, d. Parmaklar birbirlerinin arasına geçirip ovarak, e. Sağ ve sol elde sıra ile, parmaklar kapalı / fleksiyonda iken, parmakların arka yüzleri diğer elin avuç içi ile ovalanır. f. Sağ ve sol başparmaklar sıra ile, diğer elin avuç içinde ovalanır.			

	g. Sağ ve sol elin tüm parmak uçları sıra ile, diğer elin avuç içinde ovalanır.			
10.	Yıkama işlemi her iki elde sırası ile tekrarlanır.			
11.	Her iki kolda bileklerde 2.5 cm yukarısına kadar yıkanır.			
12.	Eller bileklerden itibaren parmak uçlarına doğru aynı hareketler tekrarlanarak iyice durulanır.			
13.	Ellerin yıkama işlemi yaklaşık 20-30 sn sürer.			
	Eller parmaklardan başlayarak bileklere doğru kâğıt havlu ile iyice kurulanır.			
14.	Musluk, temiz kâğıt havlu ile kapatılır.			
15.	Kâğıt havlu atık kutusuna atılır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

	STERİL ELDİVEN GİYME VE ÇIKARMA				
	Doküman No: SHMYO/YBT/FR/14	**İlk Yayın tarihi:** 03.08.2025	**Revizyon Tarihi:**	**Revizyon No:**	**Sayfa No:**2

AMAÇ: Steril eldiven giyme becerisi kazandırabilme.

GEREKLİ MALZEMELER: Uygun numaralı steril eldiven.

UYGULAMA BASAMAKLARI		**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Takılar çıkarılır.			
	Eller yıkanır.			
2.	Eldiven paketinin son kullanma tarihi, pakette yırtık/delik, nemlilik vb. olup olmadığı kontrol edilir.			
3.	Eldivenin dış paketi açılır.			
	İç paket bel seviyesinin üstünde düz ve temiz bir alana eldivenin bilek kısmı vücuda yakın tarafa gelecek şekilde konulur.			
4.	Eldivenin iç paketi önce uzak, sonra yakın; daha sonra yan tarafları iç kısmına dokunulmadan dikkatlice açılır.			
5.	Aktif olmayan elin baş ve işaret parmakları ile aktif ele ait eldivenin katlanmış olan manşet kısmı tutulur.			
6.	Eldiven, bel hizasından yukarıda tutularak, parmak kısmı aşağıda olacak şekilde paketten çıkarılır.			
7.	Eldiven dikkatli bir şekilde aktif ele giyilir.			
8.	Eldivenli elin başparmağı diğer parmaklardan uzak olacak şekilde tutulur.			
9.	Eldiven giyilen elin dört parmağı birleştirilerek diğer eldivenin manşet katları arasına yerleştirilir.			
10.	Eldiven, bel hizasından yukarıda olacak şekilde kaldırılıp paketten çıkarılır.			
11.	Eldiven dikkatlice aktif olmayan ele giydirilerek manşet katı kolun üzerine doğru açılır.			
12.	Her iki elin parmakları birbirinin arasına geçirilerek eldivenlerin ellere iyice yerleşmesi sağlanır.			
13.	Eldivenin delik olup olmadığı tekrar kontrol edilir.			

14.	Eller bel seviyesinin üzerinde, avuç içi yukarı bakacak şekilde tutulur.			
15.	Eldiven çıkarılırken aktif olan el ile diğer eldeki eldivenin manşet kısmı bileğe değmeden tutulur.			
16.	Eldivenin içi dışarı gelecek şekilde çıkarılır ve aktif elin içine alınır			
17.	Eldivensiz elin parmakları, eldiven olan elin manşet kısmından tutarak çıkarılır.			
18.	Eldivenler tıbbi atık kutusuna atılır			
19.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMANLARIN KULLANIMI

AMAÇ: Kişisel koruyucu ekipmanların kullanma becerisini kazandırabilme.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Bone bütün saçları içine alacak şekilde giyilir.			
3.	Tek kullanımlık önlük, açık kısmı arkaya gelecek şekilde tutularak kollar önlüğün kollarının içinden geçirilerek giyilir.			
4.	Önlük boyun ve bel kısmından bağlanır.			
5.	Maske, üst tarafta bulunan metal kısmı burun kanatlarının üzerine gelecek şekilde bağlarından tutulur.			
6.	Maske ağzı, burnu ve çeneyi tamamen kapatacak ve yanlardan hava almayacak şekilde yüze yerleştirilir.			
7.	Maskenin üst bağları kulakların üzerinden, alt bağları boyun kısmından geçirilerek başın arka tarafında bağlanır.			
8.	Gözlük, takılır ve yüz koruyucu kullanılacaksa yüzü tamamen kapatacak şekilde giyilir.			
9.	Non steril eldivenler, manşeti önlüğün üstüne ve bilek kısmını kapatacak şekilde giyilir.			
10.	Eldiven çıkarılırken aktif olan el ile diğer eldeki eldivenin manşet kısmı bileğe değmeden tutulur.			
11.	Eldivenin içi dışarı gelecek şekilde çıkarılır ve aktif elin içine alınır			
12.	Eldivensiz elin parmakları, eldiven olan elin manşet kısmından tutarak çıkarılır.			
13.	Eldivenler tıbbi atık kutusuna atılır.			
14.	Yüz koruyucusu ve gözlük çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.			

15.	Önlüğün öncelikle boyun bağcıkları sonra bel bağcıkları çözülerek iç kısmından tutularak boyun ve omuzlardan aşağı doğru içi dışına gelecek şekilde çıkarılıp katlanır.			
16.	Önlük tıbbi atık kutusuna atılır.			
17.	Maskenin önce alt bağcığı sonra üst bağcığı çözülür ve tıbbi atık kutusuna atılır.			
18.	Bone, dış yüzeyi ile tema edilmeden çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.			
19.	Eller yıkanır.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM IV

İLAÇ UYGULAMALARI

HAZIR FORMDA (İNSÜLİN/DMAH) SUBKÜTAN ENJEKSİYON UYGULAMA

AMAÇ: Subkütan (Deri Altı-SC) enjeksiyon uygulama becerisi kazandırabilme.

MALZEMELER: İlaç istem formu/ilaç kartı, hazır formda insülin/düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH: Clexan vb.), antiseptik solüsyon (%70'lik alkol-kurum politikasına göre), kuru pamuk, eldiven, kirli kabı, delici kesici atık kutusu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Hekim istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	Malzemeler temiz bir alana kolay ulaşabilecek şekilde yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimlik bilgileri, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve zamanı ilaç hekim istemi ile karşılaştırılır.			
5.	Hastaya yapılacak uygulama hakkında bilgi verilir. İşlem sırasında hafif yanma, batma olabileceği hakkında bilgi verilir.			
6.	Eldiven giyilir.			
7.	Hastanın mahremiyetini koruyarak, enjeksiyon yapılacak bölge belirlenir			
8.	Enjeksiyon bölgesi doku perfüzyonunda azalma, hassasiyet, ödem, nodül, morarma/şişlik açısından değerlendirilir.			
9.	Enjeksiyon yapılacak bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.			
10.	Bölge antiseptik bir tamponla dairesel hareketle merkezden dışa doğru 5 cm genişliğinde temizlenir. Kurumasını beklenir.			
11.	Anseptik solüsyonun kuruması için kısa bir süre beklenir.			
12.	Enjeksiyon sonrasında kullanılmak üzere antiseptikli tampon pasif elin yüzük ve serçe parmağı arasına yerleştirilir.			
13.	İnsülin ise önce yeni iğne ucu takılır. 2 ünite doz ayarlanır. Aşağı iğne ucu gelecek şekilde havası çıkarılır.			
14.	İnsülin uygulamasından hastanın order edilen insülin ünitesi ayarlanır.			
15.	Enjeksiyon yapılacak alana el değdirilmeden doku pasif el ile kavranır.			
16.	İğne geri çekilmeden 5-10 sn beklenir.			
17.	Pasif elde bulunan pamuk ile doku desteklenerek iğne dokuya giriş açısı korunarak geri çıkarılır.			

18.	İğne ucu kesici delici atık kutusuna, enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.			
19.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
20.	Eldivenler çıkarılır.			
21.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Yapılan işlem hastanın gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
24.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı yaklaşık yarım saat sonra değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ORAL İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Oral yoldan ilaç uygulama becerisi kazandırabilme.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (sıvı ve katı formdaki ilaçlar), ilaç kadehi, bir bardak su, tablet ezici (gerekli ise), kâğıt havlu, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir.			
4.	İlaç kartı ile eldeki ilaç karşılaştırılır.			
5.	Hastaya verilecek olan ilaç dozu hesaplanır.			
6.	İlaç şişeden ya da paketten çıkarılarak ilaç kadehine bırakılır.			
7.	Tablet formundaki ilaç ezilecekse ilaç ezici kullanılarak toz haline getirilir ve su ile dilüe edilerek ilaç kadehine bırakılır.			
8.	Sıvı formdaki süspansiyon ilaç şişesi çalkalanır.			
9.	Şişenin kapağı açılır ve kapağın iç yüzü yukarı gelecek şekilde bırakılır.			
10.	Şişe göz hizasında tutularak order edilen miktarda ilaç kadehine boşaltılır.			
11.	Şişenin kenarı kâğıt havlu ile silindikten sonra kapatılır ve ilaç dolabına kaldırılır.			
12.	Hazırlanan ilaçlar ilaç kartı ile ilaç tepsisine yerleştirilir.			
13.	İlaç tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
14.	İlaç kartı ile gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır.			
15.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
16.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
17.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır.			
18.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			

19.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
20.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
21.	El hijyeni sağlanır.			
22.	Gerekli ise hastanın yaşam bulguları kontrol edilir.			
23.	Hastanın semi fowler ya da fowler pozsiyona gelmesi sağlanır.			
24.	Hazırlanan ilaç kadehi hastaya verilir.			
25.	İlaç sublingual yolla uygulanacaksa, hastaya dilaltına yerleştirmesi ve ilaç tamamen eriyene kadar yutmaması ya da çiğnememesi söylenir.			
26.	İlaç bukkal yolla uygulanacaksa, hastaya ilacı yanak mukozası ve diş eti arasına yerleştirmesi ve ilaç tamamen eriyene kadar yutmaması ya da çiğnememesi söylenir.			
27.	İlaç pastil formda ise hastadan ilacı yutmaması ve çiğnememesi istenir.			
28.	İlacın yutulması gerekiyorsa, hastaya bir bardak su verilerek ilacı yutması söylenir ve hastanın yanında beklenir.			
29.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
30.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
31.	Eller yıkanır.			
32.	Yapılan işlem hastanın gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
33.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

GÖZE İLAÇ UYGULAMA

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (göz damlası-merhemi), kâğıt havlu, gazlı bez, serum fizyolojik, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir.			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir.			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
6.	İlaç kartı ile gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır.			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır.			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
12.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
13.	El hijyeni sağlanır.			
14.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
15.	Gözlerde çapaklanma, akıntı varsa serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez ile silinir.			
16.	Hastaya kâğıt havlu verilir.			
17.	Hasta supine ya da fowler pozisyonunda iken başı ekstansiyona getirilir.			
18.	Göz damlası aktif ele alınır.			
19.	Aktif el hastanın alnına yerleştirilir.			
20.	Pasif ele alına gazlı bez ile hastanın alt göz kapağı elmacık kemiğine doğru aşağı çekilerek alt konjoktiva kesesi açılır.			
21.	Hastaya yukarı ve geriye doğru bakması söylenir.			
22.	Göz damlası alt konjoktiva kesesinden 1-2 cm yükseklikte tutularak			

	damlatılır.			
23.	Hastanın alt göz kapağı serbest bırakılır.			
24.	Hastaya gözünü kapatması söylenir.			
25.	Nazolakrimal kanal üzerine gazlı bez yerleştirilerek en az 30 sn. hafif basınç uygulanır.			
26.	Göz merhemi aktif ele alınır.			
27.	Pasif ele alına gazlı bez ile hastanın alt göz kapağı elmacık kemiğine doğru aşağı çekilerek alt konjoktiva kesesi açılır.			
28.	Tüpün ucu alt göz kapaklarına ve kirpiklere değdirilmeden alt konjoktiva kesesine yakın tutulur.			
29.	Merhem alt konjoktiva kesesinin iç yüzüne, iç kantüsten dışa doğru yaklaşık 1.25 cm sürülür.			
30.	Hastanın alt göz kapağı serbest bırakılır.			
31.	Hastaya gözünü kapatması ve gözlerini hareket ettirmesi söylenir.			
32.	Göz kapağının dışına çıkan fazla ilaç temizlenir.			
33.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
34.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
35.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
36.	Eller yıkanır.			
37.	Yapılan işlem hastanın gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
38.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

KULAĞA İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Kulağa ilaç uygulama becerisi kazandırabilme.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (kulak damlası), kâğıt havlu, gazlı bez, pamuk tampon, serum fizyolojik, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir.			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir.			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
6.	İlaç kartı ile gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır.			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır.			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
12.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
13.	El hijyeni sağlanır.			
14.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
15.	Hasta lateral ya da fowler pozisyonda iken ilaç uygulanacak kulak üstte kalacak şekilde hastanın başına pozisyon verilir.			
16.	Dış kulak yolu kirli ise serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bez ile silinir.			
17.	Kulak kepçesi yetişkinlerde yukarı ve geriye çekilir.			
18.	Damlalık dış kulak kanalından 1 cm yukarıda tutularak ilaç dış kulak yoluna damlatılır.			

19.	Kulak kepçesi serbest bırakılır.			
20.	Tragus üzerine hafif basınç uygulanır.			
21.	Hastanın 5-10 dk aynı pozisyonda kalması sağlanır.			
22.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
23.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
24.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
25.	Eller yıkanır.			
26.	Yapılan işlem hastanın gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
27.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BURUNA İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Buruna ilaç uygulama becerisi kazandırabilme.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, ilaç kartı, ilaç (burun damlası), kâğıt havlu, gazlı bez, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir.			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir.			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
6.	İlaç kartı ile gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır.			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır.			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
12.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
13.	El hijyeni sağlanır.			
14.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
15.	Hastadan kâğıt havlu ile burnunu temizlemesi istenir.			
16.	Hastaya supine pozisyon verilir ve baş hiperekstansiyona getirilir.			
17.	Hastadan ağızdan nefes alıp vermesi istenir.			
18.	Damlalık burun deliğinin 1 cm üzerinde tutulur.			
19.	Order edilen damla sayısı buruna damlatılır.			
20.	Hastanın 5 dk aynı pozisyonda kalması sağlanır.			
21.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			

22.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
23.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
24.	Eller yıkanır.			
25.	Yapılan işlem hastanın gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
26.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

NEBÜLİZATÖR MASKE İLE İLAÇ UYGULAMA

AMAÇ: Nebülizatör maske ile ilaç uygulama becerisi kazandırabilme.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, nebülizatör cihazı, nebülizatör maskesi, ilaç kartı, ilaç, böbrek küvet, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	İlaç; formu, şekli, veriliş yolları, dozu, son kullanma tarihi yönünden kontrol edilir.			
4.	İlaçlar ve gerekli malzemeler, malzeme tepsisine yerleştirilir.			
5.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
6.	İlaç kartı ile gözlem formundaki ilaç bilgileri karşılaştırılır.			
7.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
8.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
9.	Hastaya ilacın veriliş nedeni, etkisi ve olabilecek yan etkileri açıklanır.			
10.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
11.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
12.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
13.	İlaç uygulamadan önce hastaya tuvalet ihtiyacını gidermesi söylenir.			
14.	El hijyeni sağlanır.			
15.	Hastaya fowler pozisyonu verilir.			
16.	Nebülizatör maskesinin haznesi çıkarılır.			
17.	Order edilen ilaç maskenin haznesine dökülür.			
18.	Maskenin haznesi tekrar yerine yerleştirilir.			
19.	Nebülizatör maskesi ile cihazın bağlantısı sağlanır.			
20.	Maske hastanın burnunu ve ağzını tamamen kapatacak şekilde yerleştirilir.			
21.	Nebülizatör cihazı çalıştırılır.			

22.	Maskenin haznesinde bulunan ilaç tamamen bitene kadar hastadan yavaş ve derin nefes alması istenir.			
23.	İlaç bittikten sonra nebülizatör cihazı kapatılır.			
24.	Maske hastadan çıkarılır.			
25.	Maske tekrar kullanılmayacaksa nebülizatör cihazından ayrılır.			
26.	Gerekli ise hastanın yüzü kurulanır.			
27.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
28.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
29.	Eller yıkanır.			
30.	Yapılan işlem hastanın gözlem formuna (ilaç adı, ilaç dozu, uygulama bölgesi, uygulama saati ve uygulayan kişinin adı ya da parafı) kaydedilir.			
31.	Hastanın uygulanan ilaca yanıtı değerlendirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM V

SOLUNUM GEREKSİNİMİ

NAZAL KANÜL İLE OKSİJEN UYGULAMASI

AMAÇ: Nazal kanül ile oksijen uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, nazal kanül, oksijen flowmetre, humidifer, distile su, oksijen kaynağı, gazlı bez, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	Malzemeler hazırlanır.			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
9.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
10.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
11.	El hijyeni sağlanır.			
12.	Hastanın burundan hava yolu açıklığı kontrol edilir.			
13.	Oksijenin nemlendirilmesi için humidiferin içerisine 2/3 oranında distile su doldurulur.			
14.	Nazal kanülün bağlantı tüpü flowmetrenin oksijen çıkışına bağlanır.			
15.	Doktor istemine göre oksijen akım hızı flowmetreden ayarlanır.			
16.	Kanülün ucundan oksijenin gelip gelmediği kontrol edilir.			

17.	Kanülün uçları burun deliğine 1 cm içeri girecek şekilde yerleştirilir.			
18.	Kanülün tüpü kulağın üzerinden geçirilerek çenenin önüne veya arkasına hastanın rahat edebileceği şekilde sabitlenir.			
19.	Kanülün cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirilir.			
20.	Hasta ağzı kapalı olacak şekilde burundan nefes alması için teşvik edilir.			
21.	Hastanın solunumu; hızı, derinliği, zorlanma durumu ve akciğer sesleri yönünden değerlendirilir.			
22.	Oksijenin akım hızı flowmetre, kanül ve oksijen kaynağı açısından uygun aralıklarla kontrol edilir.			
23.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
24.	Eldivenler çıkarılır.			
25.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
26.	Eller yıkanır.			
27.	Yapılan işlem gözlem formuna kaydedilir.			
28.	Hastanın oksijen tedavisine karşı tepkisi, solunum değerlendirme bulguları ve yan etkiler tedavi boyunca ve tedaviden sonra değerlendirilerek kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

MASKE İLE OKSİJEN UYGULAMASI

AMAÇ: Maske ile oksijen uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, oksijen maskesi, oksijen flowmetre, humidifer, distile su, oksijen kaynağı, gazlı bez, eldiven, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	Malzemeler hazırlanır.			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
9.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
10.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
11.	El hijyeni sağlanır.			
12.	Hastanın burundan hava yolu açıklığı kontrol edilir.			
13.	Oksijenin nemlendirilmesi için humidiferin içerisine 2/3 oranında distile su doldurulur.			
14.	Maskenin flowmetre ile bağlantısı sağlanır.			
15.	Doktor istemine göre oksijen akım hızı flowmetreden ayarlanır.			
16.	Maskenin ucundan oksijenin gelip gelmediği kontrol edilir.			
17.	Maske, hastanın burnunu ve ağzını kaplayacak şekilde ve basınç oluşturmayacak şekilde yerleştirilir.			
18.	Maskenin lastik bantlarının cilt ile temas eden basınç noktalarına gazlı bez yerleştirilir.			
19.	Eldivenler çıkarılır.			

20.	Oksijen tedavisi uzun süre devam edecekse her 2-3 saatte bir maske çıkarılır ve deri kurulanır.			
21.	Hastanın solunumu; hızı, derinliği, zorlanma durumu ve akciğer sesleri yönünden değerlendirilir.			
22.	Hastaya rahat edeceği uygun pozisyon verilir.			
23.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
24.	Eller yıkanır.			
25.	Yapılan işlem gözlem formuna kaydedilir.			
26.	Hastanın oksijen tedavisine karşı tepkisi, solunum değerlendirme bulguları ve yan etkiler tedavi boyunca ve tedaviden sonra değerlendirilerek kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM VI

BESLENME GEREKSİNİMİ

BESLENME POMPASI İLE DEVAMLI/SÜREKLİ BESLENME

AMAÇ: Beslenme pompası ile devamlı/sürekli beslenme yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet (2 adet), oda sıcaklığında enteral besin, tek kullanımlık beslenme torbası ve seti, beslenme pompası, Ph çubuğu, içme suyu, çam uçlu enjektör (50 ml'lik 2 adet), etiket, stetoskop, havlu/su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kabı, gözlem formu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler, semi-fowler pozisyonu ya da yatak başı 30°ye yükseltilerek sağ lateral pozisyon verilir.			
7.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
10.	Sondanın yerleşiminin doğruluğundan emin olmak için; Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır.			
11.	Sondanın klempi açılır.			
12.	Mide içeriği aspire edilir.			
13.	Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
14.	Rezidüel volüm ölçülür.			
15.	Aspire edilen içerik mideye geri verilir.			
16.	Sonda klemplenir.			
17.	Çam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.			
18.	Sonda 30 ml. içme suyu ile yıkanır.			
19.	Sonda klemplenir.			
20.	Sondanın distal ucu kapatılır.			

21.	Havlu/ Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
22.	Beslenme torbasının klempi kapatılır.			
23.	En fazla 4-6 saatte verilmesi gereken enteral besin beslenme torbasına boşaltılır.			
24.	Beslenme torbası, serum askısına asılır.			
25.	Beslenme torbasının üzerine besin türü, miktarı, tarihi, başlangıç ve bitiş zamanını içeren bilgi etiketi yapıştırılır.			
26.	Beslenme torbası setinin havası çıkarılır.			
27.	Beslenme seti, beslenme pompasına yerleştirilir, sonda ile bağlantısı yapılır.			
28.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
29.	Beslenme torbasının klempi açılır.			
30.	Beslenme pompasında besinin akış hızı ayarlanır.			
31.	Her 4-6 saatte bir 30 ml içme suyu ile sonda yıkanır.			
32.	Beslenme süresince hastanın fowler/semifowler pozisyonda kalması sağlanır.			
33.	Malzemeler toplanır.			
34.	Eller yıkanır.			
35.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BESLENME TORBASI İLE ARALIKLI BESLENME

AMAÇ: Beslenme torbası ile aralıklı beslenme yapabilme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet (2 adet), oda sıcaklığında enteral besin, tek kullanımlık beslenme torbası ve seti, Ph çubuğu, içme suyu, çam uçlu enjektör (50 ml'lik 2 adet), etiket, stetoskop, havlu/su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kabı.

	UYGULAMA BASAMAKLARI	**Gözlem Kriterleri**		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler, semi-fowler pozisyonu ya da yatak başı 30°ye yükseltilerek sağ lateral pozisyon verilir.			
7.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
10.	Sondanın yerleşiminden emin olmak için; Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır.			
11.	Sondanın klempi açılır.			
12.	Mide içeriği aspire edilir.			
13.	Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
14.	Rezidüel volüm ölçülür.			
15.	Aspire edilen içerik mideye geri verilir.			
16.	Sonda klemplenir.			
17.	Çam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.			
18.	Sonda 30 ml. içme suyu ile yıkanır.			
19.	Sonda klemplenir.			
20.	Sondanın distal ucu kapatılır.			

21.	Beslenme torbasının klempi kapatılır.			
22.	En fazla 4-6 saatte verilmesi gereken enteral besin beslenme torbasına boşaltılır.			
23.	Beslenme torbası, hastanın mide seviyesinden 30-45 cm yüksekte olacak şekilde serum askısına asılır.			
24.	Beslenme torbasının üzerine besin türü, miktarı, tarihi, başlangıç ve bitiş zamanını içeren bilgi etiketi yapıştırılır.			
25.	Beslenme torba setinin havası çıkarılır.			
26.	Beslenme torbasının sonda ile bağlantısı sağlanır.			
27.	Sondanın klempi açılır.			
28.	Besinin 30-60 dakikada yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
29.	Beslenme bitince sonda klemplenir.			
30.	Beslenme seti sondadan ayrılır.			
31.	Sonda, 30-60 ml içme suyu ile yıkanır.			
32.	Sonda klemplenir.			
33.	Sondanın distal ucu kapatılır.			
34.	Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
35.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
36.	Beslenmeden sonra en az 30 dk. hastanın fowler/semifowler pozisyonda kalması sağlanır.			
37.	Malzemeler toplanır.			
38.	Eller yıkanır.			
39.	Yapılan uygulamalar gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

ENJEKTÖR İLE ARALIKLI BESLENME

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, böbrek küvet (2 adet), oda sıcaklığında enteral besin, Ph çubuğu, içme suyu, çam uçlu enjektör (50 ml'lik 2 adet), stetoskop, su geçirmez örtü, klemp, el antiseptiği, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Hastaya fowler, semi-fowler pozisyonu ya da yatak başı 30°ye yükseltilerek sağ lateral pozisyon verilir.			
7.	Hastanın göğsünün üzerine havlu/su geçirmez örtü yerleştirilir.			
8.	El hijyeni sağlanır.			
9.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
10.	Sondanın yerleşiminin doğruluğundan emin olmak için; Sondanın ucuna çam uçlu enjektör takılır.			
11.	Sondanın klempi açılır.			
12.	Mide içeriği aspire edilir.			
13.	Aspire edilen içeriğin Ph'ı ölçülür.			
14.	Rezidüel volüm ölçülür.			
15.	Aspire edilen içerik mideye geri verilir.			
16.	Sonda klemplenir.			
17.	Çam uçlu enjektör sondanın ucundan çıkarılır.			
18.	Sondanın distal ucuna pistonu çıkarılmış olan çam uçlu enjektör yerleştirilir.			
19.	Enjektör, hastanın mide seviyesinden 30-45 cm. yüksekte tutulur.			
20.	Enjektörün içine 30 ml. içme suyu verilir.			

21.	Sondanın klempi açılır.			
22.	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
23.	Sonda klemplenir.			
24.	Verilecek miktarda enteral besin enjektöre boşaltılır.			
25.	Sondanın klempi açılır.			
26.	Enjektördeki besinin yaklaşık 30 dakikada yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
27.	Beslenme bitince sonda klemplenir.			
28.	Enjektörün içine 30 ml. içme suyu verilir.			
29.	Sondanın klempi açılır.			
30.	Enjektördeki içme suyunun yavaş yavaş boşalması sağlanır.			
31.	Sonda klemplenir.			
32.	Enjektör çıkarılır.			
33.	Sondanın distal ucu kapatılır.			
34.	Havlu/Su geçirmez örtü atık kutusuna atılır.			
35.	Tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
36.	Beslenmeden sonra en az 30 dk. hastanın fowler/semifowler pozisyonda kalması sağlanır.			
37.	Malzemeler toplanır.			
38.	Eller yıkanır.			
39.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM VII

ÜRİNER BOŞALTIM GEREKSİNİMİ
İDRAR TORBASI BOŞALTIM İŞLEMİ

AMAÇ: İdrar torbası boşaltımı uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Tek kullanımlık eldiven, steril kap/bireysel idrar kovası, atık kutusu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
3.	Eller yıkanır.			
4.	Eldiven giyilir.			
5.	Torbanın alt kısmındaki boşaltma vanası açılırken torbanın düzgün bir şekilde yerleştirildiğinden emin olunmalıdır. Torba, yere değmemeli ve hijyenik bir ortamda olmalıdır.			
6.	İdrar torbasının alt kısmındaki vana dikkatlice açılır.			
7.	İdrarın steril bir kaba veya tuvalete düzgün bir şekilde boşaltılmasını sağlayın. Bu işlem sırasında torbanın temas ettiği yüzeylerin temiz tutulmasına dikkat edilmelidir.			
8.	Torba boşaltıldıktan sonra vananın kapanması sağlanır.			
9.	Boşaltma işleminden sonra torbanın dış kısmı temizlenmeli, gerekirse dezenfekte edilmelidir.			
10.	Eldiven atık kutusuna atılır.			
11.	Eller yıkanır.			
12.	Dökülen idrar miktarı cc olarak kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM VIII

BAĞIRSAK BOŞALTIM GEREKSİNİMİ

REKTAL TÜP UYGULAMA

AMAÇ: Rektal tüp uygulama becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Malzeme tepsisi, koruyucu örtü, tek kullanımlık eldiven, suda eriyen kayganlaştırıcı, 22-30 Fr Rektal tüp, böbrek küvet, perianal bölge temizliği için gerekli malzemeler, kirli kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Eldiven giyilir.			
7.	Hastaya sol lateral ya da sim's pozisyonunu verilir.			
8.	Hastanın kalçalarının altına koruyucu örtü yerleştirilir.			
9.	Bireyin rektal bölgesi açık kalacak şekilde üzeri örtülür.			
10.	Rektal tüpün ucu suda eriyen kayganlaştırıcı ile yağlanır.			
11.	Pasif el ile hastanın kalçaları aralanır.			
12.	Hastaya derin bir nefes alması söylenir.			
13.	Rektal tüp, aktif el ile anüsten içeriye doğru yavaşça 7.5-10 cm kadar ilerletilir.			
14.	Rektal tüpün açık olan ucu böbrek küvete yerleştirilir. Tüpün ucu tamamen gömülecek biçimde küvet su ile doldurulur.			
15.	Distansiyonun fazla durumlarda hastaya sol lateral, sırt üstü, sağ lateral pozisyon verilebilir.			
16.	Uygulamaya 20 dk devam edilir. Bu sürede gaz çıkışı izlenir.			
17.	Rektal tüp çıkartılır.			

18.	Anal bölge temizlenir.			
19.	Eldivenler çıkarılır.			
20.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
21.	Malzemeler toplanır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

LAVMAN UYGULAMASI

GEREKLİ MALZEMELER: Düşük Volümlü Lavman Uygulaması için; Malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, suda eriyen kayganlaştırıcı, su geçirmez örtü, tuvalet kağıdı, sürgü, sabun, bez, havlu, kirli kabı

AMAÇ: Lavman uygulama becerisi kazandırabilmek.

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Eldiven giyilir.			
7.	Hastaya sol lateral ya da sim's pozisyonunu verilir			
8.	Hastanın altına su geçirmez örtü serilir.			
9.	Hastanın rektal bölgesi açık kalacak şekilde üzeri örtülür.			
10.	Sürgü kolay ulaşılabilir bir yere yerleştirilir.			
	Düşük Volümlü Lavman Uygulaması (Fleet Enema);			
11.	Tüpün kapağı çıkarılır.			
12.	Tüpün ucu suda eriyebilen kayganlaştırıcı ile kayganlaştırılır.			
13.	Tüpteki hava çıkartılır.			
14.	Kalçalar nazik bir şekilde ayırılarak, anüs görülür.			
15.	Hastadan derin nefes alması istenir.			
16.	Lavman tüpünün ucu anüsten ilerletilir.			

	Yetişkinde: 7.5-10 cm			
17.	Bütün solüsyon boşalana kadar tüp sıkılır.			
18.	Lavman tüpü çıkarılır.			
19.	Lavman seti atık kutusuna atılır, eldiven çıkarılır.			
20.	Hastanın tuvalete gitmesine ya da sürgüye oturmasına yardım edilir.			
21.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
22.	Hastanın perianal bölgesi temizlenir.			
23.	Eldivenler çıkarılır.			
24.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
25.	Malzemeler toplanır.			
26.	Eller yıkanır.			
27.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM IX

HAREKET GEREKSİNİMİ

HASTANIN YATAK KENARINA ÇEKİLMESİ

AMAÇ: Hastayı yatak kenarına çekme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
4.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
5.	Yatak ayakları sabitlenir.			
6.	Yatak bel seviyesine indirilir.			
7.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
8.	Yatak başı tamamen ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir			
9.	Yaşlı bakım teknikerinin yüzü ve gövdesi hastaya dönük olacak şekilde hastanın başucuna geçilir.			
10.	Hastanın kolları desteklenerek göğsünün üzerinde birleştirir.			
11.	Bir el hastanın boyun altından geçirilerek uzak taraftaki omuz tutulurken aynı zamanda ön kol ile hastanın baş ve boynu desteklenir. Diğer kol kürek kemiğinin altına geçirilir.			
12.	Dizler yatağa dayanarak destek alınırken, bir ayak önde diğeri arkada olacak şekilde dizler bükülür, bel bükülmez.			
13.	Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken, hastanın üst gövdesi yatak kenarına çekilir.			
14.	Hastanın kalça hizasına geçilir. Bir kol hastanın belinin altından, diğeri kalçasının altından geçirilerek kalça kısmı yatağın kenarına çekilir.			
15.	Hastanın bacak hizasına geçilir.			

16.	Kollar hastanın dizlerinin ve ayak bileklerinin altına geçirilerek, bacaklar yatak kenarına alınır.			
17.	Omurga ve bacaklar düzgün bir şekilde uzanmalıdır.			
18.	İşlem eğer 3 yaşlı bakım teknikeri veya sağlık personeli ile yapılacaksa, en güçlü olan hastanın kalça hizasına, daha az güçlü olan hastanın baş ve en az güçlü olan yaşlı bakım teknikeri de ayak hizasına geçerek, koordineli hareket ederek işlem gerçekleştirilir.			
19.	Yatak kenarları kaldırılır.			
20.	Yatak en düşük seviyeye indirilir.			
21.	Malzemeler toplanır.			
22.	Kullanıldı ise tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
23.	Eller yıkanır.			
24.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN SUPİNE POZİSYONUNDAN LATERAL POZİSYONUNA GETİRİLMESİ

AMAÇ: Hastayı supine pozisyonundan lateral pozisyona getirme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven, yastık.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Yatak bel seviyesine indirilir.			
8.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
9.	Yatak başı tamamen ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir.			
10.	Hastanın döndürüleceği yönün karşı tarafına geçilir ve hasta yatağın kenarına çekilir.			
11.	Hastanın yakınındaki kolu göğsü üzerine, uzaktaki kolu gövdesinden ileriye yerleştirilerek, yatak kenarı kaldırılır ve karşı tarafa geçilir.			
12.	Yüz ve gövde hastaya dönülür, bir ayak geriye alınır, dizler bükülür ve yakın diz yatağa dayanır.			
13.	Vücut ağırlığı öndeki ayaktan arkadaki ayağa doğru verilirken, bir elle hastanın uzak taraftaki omzu, diğer elle uzak taraftaki kalçası kavranarak hastaya lateral pozisyon verilir.			
14.	Yastıkla hastanın baş, boyun ve omuzları desteklenir.			
15.	Yatak kenarları kaldırılır.			
16.	Yatak en düşük seviyeye indirilir.			
17.	Malzemeler toplanır.			
18.	Kullanıldı ise tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			

19.	Eller yıkanır.			
20.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN SUPİNE POZİSYONUNDAN PRONE POZİSYONUNA GETİRİLMESİ

AMAÇ: Hastayı supine pozisyonundan prone pozisyonuna getirme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven, yastık, havlu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Yatak bel seviyesine indirilir.			
8.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
9.	Yatak başı tamamen ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir.			
10.	Hasta, döndürüleceği yönün zıt tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
11.	Hastanın ayakları birleştirilir, kolları gövdesine iyice yaklaştırılır. Hastanın başı, döndürüleceği yönün ters tarafına çevrilir.			
12.	Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir.			
13.	Yatak kenarları kaldırılır ve yatağın karşı tarafına geçilir.			
14.	Hasta önce lateral sonra prone pozisyonuna getirilir.			
15.	Hastanın başı rahat nefes alabilmesi için sağ ya da sola çevrilir ve gerekirse küçük bir yastıkla desteklenir.			
16.	Karın ve göğüs arasındaki boşluğa ince bir havlu yerleştirilir.			
17.	Hastanın bacak ile ayak arasındaki açı 90°olacak ve ayak parmak uçları yatağa değmeyecek şekilde bilekten dize kadar yastıkla desteklenir.			
18.	Yatak kenarları kaldırılır.			
19.	Yatak en düşük seviyeye indirilir.			
20.	Malzemeler toplanır.			

21.	Kullanıldı ise tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN PRONE POZİSYONUNDAN SUPİNE POZİSYONUNA GETİRİLMESİ

AMAÇ: Hastayı prone pozisyonundan supine pozisyonuna getirme becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven, yastık.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Yatak bel seviyesine indirilir.			
8.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
9.	Yatak başı tamamen ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir.			
10.	Hasta, döndürüleceği yönün zıt tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
11.	Hastanın başı döndürüleceği tarafın ters tarafına çevrilir.			
12.	Hastanın bacakları yan yana uzatılır ve kolları gövdesine iyice yaklaştırılır.			
13.	Yatak kenarı kaldırılır ve karşı tarafa geçilir.			
14.	Yüz ve gövde hastaya dönülür, bir ayak geriye alınır, dizler bükülür ve yakın diz yatağa dayanır.			
15.	Hastanın uzak taraftaki omuz ve kalçası kavranarak yatağın kenarına çekilir, sırasıyla lateral pozisyona sonra da supine pozisyonuna getirilir. Bu sırada ağırlık öndeki ayaktan arkadaki ayağa verilir.			
16.	Yastıkla hastanın baş, boyun ve omuzları desteklenir.			
17.	Yatak kenarları kaldırılır.			
18.	Yatak en düşük seviyeye indirilir.			
19.	Malzemeler toplanır.			

20.	Kullanıldı ise tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
21.	Eller yıkanır.			
22.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN YATAKTA OTURTULMASI

AMAÇ: Hastayı yatakta oturtma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven.

	UYGULAMA BASAMAKLARI	Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Yatak bel seviyesine indirilir.			
8.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlığı indirilir.			
9.	Yatak başı tamamen ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir.			
10.	Hasta sırt üstü pozisyona getirilir.			
11.	Yaşlı bakım teknikerinin yüzü ve gövdesi yatağın başucuna dönük, ayakları açıktır.			
12.	Yaşlı bakım teknikeri yatağa yakın olan koluyla hastanın uzak taraftaki omzunu kavrarken baş ve boynu destekler.			
13.	Yaşlı bakım teknikeri diğer elini yatağa dayar ve vücut ağırlığını öndeki ayaktan arkadaki ayağa kaydırarak hastayı oturur pozisyona getirir.			
14.	Yatak kenarları kaldırılır.			
15.	Yatak en düşük seviyeye indirilir.			
16.	Malzemeler toplanır.			
17.	Kullanıldı ise tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
18.	Eller yıkanır.			
19.	Yapılan uygulama formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN YATAK KENARINDA OTURTULMASI

AMAÇ: Hastayı yatak kenarında oturtma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6.	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Yatağın başı, hasta dik oturur duruma gelinceye kadar yükseltilir.			
8.	Hastanın bel kısmına yakın durulur.			
9.	Bir kol, hastanın kol ve üst sırt bölgesinin altına konulur, diğer kol hastanın bacaklarının üstünden geçirilir.			
10.	Hasta dizlerinden kavranır, tek bir hareketle bacakları yatak kenarından sarkıtılır ve gövdesi dik pozisyona getirilir.			
11.	Malzemeler toplanır.			
12.	Kullanıldı ise tek kullanımlık eldiven çıkarılır.			
13.	Eller yıkanır.			
14.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN YATAKTAN SANDALYEYE ALINMASI

AMAÇ: Hastayı yataktan sandalyeye alma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Kaymaz tabanlı terlik.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere bırakılır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Hasta bir süre yatak kenarında oturtulup gözlenir.			
7.	Terlikleri giydirilir.			
8.	Hastanın yüzü yatak ayakucuna bakacak ve sandalye yatağın başucuna paralel olacak şekilde yerleştirilir.			
9.	Sandalyenin tekerlekleri kilitlenir.			
10.	Yaşlı bakım teknikeri ayaklarını hafifçe yana açar. Hastadan sandalyeye uzanması ve sandalyenin kolunu yakalaması istenir ve bu esnada hastanın koltuk altından tutularak ona destek olunur.			
11.	Hastayla birlikte koordineli hareket edilerek önce hastanın sandalyeye geçmesi sonra da sandalyeye yerleşmesi sağlanır.			
12.	Eller yıkanır.			
13.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN SANDALYEDEN YATAĞA ALINMASI

AMAÇ: Hastayı sandalyeden yatağa alma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Hastanın yüzü, yatak ucuna bakacak, sandalye yatağın başucuna paralel olarak şekilde yerleştirilir.			
7.	Sandalyenin tekerlekleri kilitlenir.			
8.	Yaşlı bakım teknikeri ayaklarını hafifçe yana açar.			
9.	Hasta yatağa yakın olan eli ile yaşlı bakım teknikerinin omzundan diğer eliyle de sandalyenin kolundan destek alır.			
10.	Hastanın koltuk altından tutularak yatağa geçmesi sağlanırken hastayla birlikte koordineli hareket edilir.			
11.	Hastanın ayakları yatağa kaldırılarak uygun pozisyon alması sağlanır.			
12.	Yatak kenarları kaldırılır.			
13.	Eller yıkanır.			
14.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

HASTANIN YATAKTAN SEDYEYE ALINMASI

AMAÇ: Hastayı yataktan sedyeye alma becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Gerekli ise tek kullanımlık eldiven.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
4.	Hastaya işlem hakkında açıklama yapılır.			
5.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
6	Yatak ayakları sabitlenir.			
7.	Sedye yatağın ayakucuna dik açı yapacak şekilde konur sedyenin tekerlekleri kilitlenir. Bu işlem için en az üç kişi gereklidir.			
7.	En uzun boylu kişi yatağın başında olmak üzere boy sırasına göre sıralanır.			
8.	Baş taraftaki kişi; hastanın baş ve omuz kısmından tutar, bir kolunu hastanın baş ve boynunu destekleyecek şekilde omzunun altından geçirir, diğer kolunu yanındaki kişinin kolunun hemen yanına koyar.			
9.	Ortadaki kişi; bir kolunu hastanın belinin, diğer kolunu hastanın kalçasının altına yerleştirir.			
10.	Ayakucunda duran kişi; bir kolunu ortada bulunan kişinin kolunun hemen yanına, diğer kolunu hastanın ayak bileklerinin altına yerleştirir.			
11.	Bir komutla hasta yataktan göğüs hizasına kadar kaldırıldıktan sonra sedye ye doğru dönüp tek bir hareketle sedyeye yerleştirilir.			
12.	Sedyenin kenarları kaldırılır.			
13.	Eller yıkanır.			
14.	Yapılan uygulama gözlem formuna kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM X

SICAK SOĞUK UYGULAMALAR

TERMOFOR UYGULAMASI

AMAÇ: Sıcak uygulama becerisini kazanmak.

GEREKLİ MALZEMELER: Termofor kılıfı/örtü, sıcak su (yetişkinlerde 41-46/46- 52 C), termofor, su termometresi, havlu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	Malzemeler hazırlanır • Termoforun delik olup olmadığı kontrol edilir. • Termoforun ağız kısmı yüksekte tutularak düz bir zemine bırakılır. • Termoforun 2/3'ü doldurulur. • Termoforun kapağı sıkıca kapatılır. • Termofor ters çevrilerek kapakta sızıntı olup olmadığı kontrol edilir. • Termoforun dışı kurulanır. • Termofor kılıfına geçirilir.			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
9.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
10.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			

11.	El hijyeni sağlanır.			
12.	Hastaya yapılacak işlem açıklanır.			
13.	İşlem uygulanacak bölgeye göre hastaya pozisyon verilir.			
14.	Termoforun ağzı hastadan uzak tarafa gelecek şekilde uygulama yapılacak bölgeye yerleştirilir ve havlu ile sarılır.			
15.	Uygulama yapılan bölge kontrol edilir (Uygulama süresi maksimum 20-30 dk'dır).			
16.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
17.	Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
18.	Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
19.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
20.	Eller yıkanır.			
21.	Yapılan işlem gözlem formuna kaydedilir.			
22.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BUZ KESESİ UYGULAMASI

AMAÇ: Soğuk uygulama becerisini kazanmak.

GEREKLİ MALZEMELER: Buz torbası ve kılıfı, buz parçaları, tahta kaşık, havlu.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Doktor istemi kontrol edilir.			
2.	Eller yıkanır.			
3.	Malzemeler hazırlanır. • Buz torbasının delik olup olmadığı kontrol edilir. • Buz torbasının ağız kısmı yüksekte tutularak düz bir zemine bırakılır. • Buz torbasının 2/3'ü uygun ısıdaki su ile ya da buz parçaları ile doldurulur. • Buz torbasının kapağı sıkıca kapatılır. • Buz torbası ters çevrilerek kapakta sızıntı olup olmadığı kontrol edilir. • Buz torbasının dışı kurulanır ve kılıfına geçirilir.			
4.	Malzeme tepsisi hasta odasında görebileceğimiz şekilde kolay ulaşılabilecek bir yere bırakılır.			
5.	Hastanın kol bandından kimlik kontrolü yapılır.			
6.	Hastanın adını soyadını söylemesi istenir.			
7.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
8.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
9.	Hasta yatağı bel seviyesine getirilir.			
10.	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir.			
11.	El hijyeni sağlanır.			
12.	Hastaya yapılacak işlem açıklanır.			
13.	İşlem uygulanacak bölgeye göre hastaya pozisyon verilir.			
14.	Buz torbasının ağzı hastadan uzak tarafa gelecek şekilde uygulama			

	yapılacak bölgeye yerleştirilir ve havlu ile sarılır.			
15.	Uygulama yapılan bölge kontrol edilir (Uygulama süresi maksimum 20-30 dk'dır).			
16.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			
17.	Yatak kenarlıkları kaldırılır.			
18.	Yatak en düşük seviyeye getirilir.			
19.	Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde yerlerine kaldırılır.			
20.	Eller yıkanır.			
21.	Yapılan işlem gözlem formuna kaydedilir.			
22.	Hastaya rahat edeceği pozisyon verilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

BÖLÜM XI

BAKIM UYGULAMALARI

YARA BAKIMI

AMAÇ: Yaşlılarda yara bakım becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Temiz tek kullanımlık eldiven, el antiseptiği, steril eldiven, el antiseptiği, %0,9 flaster, steril gazlı bez, malzeme tepsisi, atık kabı.

Uygulama Basamakları		Gözlem Kriteri		
		1	2	3
1.	Hastaya kendini tanıtır.			
2.	Hastanın kimliğini kontrol eder.			
3.	Hastaya yapılacak işlemi açıklar.			
4.	Elleri yıkar.			
5.	Malzemeleri hazırlar.			
6.	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
7.	Pozisyonu verir.			
8.	Steril eldiven giyer.			
9.	Büyük kesilerde gerekirse steril gömlek giyer.			
10.	Yarayı muayene eder.			
11.	İhtiyaç halinde lokal anestezik madde uygular.			
12.	Merkezden çevreye doğru dairesel olarak yarayı dezenfekte eder.			
13.	Order edilen medikal içerikle silme işlemi yapılır.			
14.	Yarayı pansuman malzemesi ile kapatarak flasterleme işlemi yapılır.			
15.	Eldivenlerinizi çıkarıp kullanılan malzemeleri uygun atık kutusuna atılır.			
16.	Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır.			
17.	Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
18.	Elleri yıkanır.			
19.	Yapılan işlemi ve gözlemler kaydedilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	**Yeterli Düzeyde Değil**	**Yeterli**	**İyi Düzeyde**	**Mükemmel**

GASTROSTOMİ/JEJUNOSTOMİ BAKIMI

AMAÇ: Yaşlılarda gastrostomi/jejunostomi bakımı becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Temiz tek kullanımlık eldiven, el antiseptiği, steril eldiven, el antiseptiği, %0,9 serum fizyolojik, steril gazlı bez, malzeme tepsisi, atık kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşabilecek şekilde uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
5.	Bireye işlem açıklanır.			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
7.	El hijyeni sağlanır.			
8.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
9.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
10.	Steril gazlı bez %0,9 serum fizyolojik ile ıslatılır.			
11.	Hastanın stoma etrafındaki steril gazlı bezi çıkarılır.			
12.	Gastrostomi/jejunostomi tüpü etrafı değerlendirilir. Kızarıklık +/- Akıntı +/- Kanama +/- Koku +/-			
13.	Kirli eldiven çıkarılır, eller el yıkama protokolü doğrultusunda tekrar yıkanır.			
14.	Steril eldiven giyilir.			
15.	Pasif olan el ile gastrostomi/jejunostomi tüpü tutulur.			

16.	Aktif olan ele serum fizyolojik ile ıslatılmış steril gazlı bez alınarak stomanınetrafı yumuşak ve dairesel hareketlerle temizlenir. Gerekiyorsa işlem ayrı steril gazlı bez ile tekrarlanır.			
17	Steril gazlı bez ile kurulanır.			
18.	Stoma etrafına steril gazlı bez yerleştirilir.			
19.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
20.	Steril eldiven çıkarılır.			
21.	Atıklar atık kutusuna atılır.			
22.	Eller yıkanır.			
23.	Tüm bulgu, gözlemler ve işlem gözlem formuna kaydedilir.			
24.	Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.			
25.	Hastanın durumuna göre bakım sıklığı planlanır. - Rutin bakım günde bir kez yapılır - Enfeksiyon varlığında rutin bakım en az 12 saat ara ile yapılır. - Stoma etrafındaki steril gazlı bezde ıslaklık/nem gözlendiğinde bakım yenilenir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	Yeterli Düzeyde Değil	Yeterli	İyi Düzeyde	Mükemmel

İLEOSTOMİ / KOLOSTOMİ BAKIMI

AMAÇ: Yaşlılarda ileostomi/kolostomi bakımı becerisi kazandırabilmek.

GEREKLİ MALZEMELER: Temiz tek kullanımlık eldiven, steril eldiven, el antiseptiği, enjektöre çekilmiş % 0.9 serum fizyolojik, steril gazlı bez, İleostomi/kolostomi torbası, ileostomi/kolostomiadaptörü, bariyer pasta, makas, stoma ölçüm cetveli, malzeme tepsisi, atık kabı.

UYGULAMA BASAMAKLARI		Gözlem Kriterleri		
		1	2	3
1.	Eller yıkanır.			
2.	Malzemeler hazırlanır.			
3.	Malzemeler kolay ulaşabilecek şekilde uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
4.	Hastanın kimliği doğrulanır.			
5.	Bireye işlem açıklanır.			
6.	Hasta mahremiyeti sağlanır.			
7.	El hijyeni sağlanır.			
8.	Tek kullanımlık eldiven giyilir.			
9.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
10.	Hastada var olan kolostomi torbası/adaptör yavaşça çıkarılır.			
11.	Stoma etrafı değerlendirilir. kızarıklık +/- nekroz +/- akıntı +/- kanama +/- tıkanıklık +/			
12.	Torba içindeki gaita miktarı ölçülür, çıkarılan torba atık kutusuna atılır.			
13.	Eldiven çıkarılır, el hijyeni sağlanır ve steril eldiven giyilir.			
14.	Enjektöre çekilmiş serum fizyolojik basınç uygulanmadan stoma üzerine sıkılarak stomanın temizliği sağlanır.			

15.	Serum fizyolojikle ıslatılmış steril gazlı bez alınarak stoma çevresi yumuşak hareketlerle atuşman yapılarak silinir. Gerekiyorsa işlem ayrı steril gazlı bez ile tekrarlanır.			
16.	Stoma etrafı steril gazlı bez ile kurulanır.			
17.	Stomanın çapı stoma ölçüm cetveli ile ölçülür.			
18.	Arkasındaki kâğıdı çıkartmadan önce torba/adaptör ölçülen stoma çapından 1,6-3mm daha büyük kesilir.			
19.	Adaptörün yapışkan koruyucusu kaldırılır, cilde yapıştırılmadan önce bariyer pasta (adaptör ve stoma arasında açıkta kalan cildi gaita ve idrardan korumak için) adaptörün açıklığının kenarına daire şeklinde uygulanır, kuruması beklenir.			
20.	Adaptörün kâğıdı çıkarılarak stomayı içine alacak şekilde yerleştirilir ve torbanın alt ucu hastanın üst bacağına parallel olacak şekilde cilde yapıştırılır.			
21.	Adaptörün çevresine parmaklarla 30 saniye- 1 dakika yavaşça basınç uygulanır.			
22.	Adaptöre uygun stoma torbası bir noktadan başlayarak dairesel hareketlerle adaptöre yerleştirilir sonra varsa adaptörün üzerinde bulunan kilit kapatılır.			
23.	Torbanın açık kısmı yukarıya doğru katlanarak klembi kapatılır.			
24.	Torbayı hafifçe çekilerek adaptöre iyi yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.			
25.	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
26.	Steril eldiven çıkarılır.			
27.	Atıklar atık kutusuna atılır.			
28.	Eller yıkanır.			
29.	Tüm bulgu, gözlemler, ölçülen gaite miktarı ve işlem gözlem formuna kaydedilir.			
30.	Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.			
31.	Torba ve adaptör değişimi için uygun planlama yapılır. -Torbanın üçte biri/yarısı dolduğunda boşaltılır. -Torbanın gaz ile dolduğu gözlemlendiğinde boşaltılır. -Stoma çevresinde herhangi bir sızıntı yoksa adaptör 3-5 gün aralarla değiştirilir.			

	-Kolostomi/ileostomi torbası 2 gün aralarla değiştirilir.			

DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ:

1	2	3	4	5
Geliştirilmeli	Yeterli Düzeyde Değil	Yeterli	İyi Düzeyde	Mükemmel