

**T.C.**  
**MUĞLA SITKI KOÇMAN ÜNİVERSİTESİ**  
**FETHİYE SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**  
**YAŞLI BAKIM PROGRAMI**  
**YAŞLI BİREY VERİ TOPLAMA FORMU VE BAKIM PLANI**

Öğrencinin Adı- Soyadı:

Tarih: .... / ..... / .....

|                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>A. DEMOGRAFİK VERİLER</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Adı Soyadı:</b>                                                                                                                                                                                                    | <b>Doğum Tarihi:</b>                                                                                                                                                                                                           |
| <b>Cinsiyet:</b> <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Erkek                                                                                                                                        | <b>Mesleği:</b>                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Medeni Hali:</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>Eğitim Durumu:</b>                                                                                                                                                                                                          |
| <b>Çocuk Sayısı:</b>                                                                                                                                                                                                  | <b>Tanısı:</b>                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Kiminle birlikte yaşıyor:</b>                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>B. TIBBİ ANAMNEZİ</b>                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Kronik Hastalıklar</b>                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> HT <input type="checkbox"/> KOAH <input type="checkbox"/> Kalp Yetersizliği <input type="checkbox"/> KBY <input type="checkbox"/> Diğer:                                  |
| <b>Sürekli Kullandığı İlaçlar</b>                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Geçirilmiş Hastalık / Operasyon</b>                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Protezler</b>                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Diş <input type="checkbox"/> Gözlük <input type="checkbox"/> Lens <input type="checkbox"/> İşitme cihazı <input type="checkbox"/> Diğer.....                                                          |
| <b>Alerji</b>                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> İlaç <input type="checkbox"/> Yiyecek <input type="checkbox"/> Diğer                                                                        |
| <b>Alışkanlıkları</b>                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                                                                                                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> Düzenli Egzersiz Yapma<br><input type="checkbox"/> Düzenli Sağlık Kontrolü Yaptırma<br><input type="checkbox"/> Düzenli ve Dengeli Beslenme<br><input type="checkbox"/> Stresle Baş Edebilme | <input type="checkbox"/> Sigara ....adet/paket/gün ...yıl<br><input type="checkbox"/> Alkol ....sıklığı/miktar<br><input type="checkbox"/> Madde ....sıklığı/miktar<br><input type="checkbox"/> Olumlu Kişiler Arası İlişkiler |
| <b>Kan Grubu:</b>                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>C. YAŞAM BULGULARI</b>                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>Kan Basıncı:</b>                                                                                                                                                                                                   | <b>Nabız:</b>                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>Vücut sıcaklığı:</b>                                                                                                                                                                                               | <b>Solunum:</b>                                                                                                                                                                                                                |

**VÜCUT SICAKLIĞININ KONTROLÜ**

| Değerlendirme Kriterleri          | Bulgular                                                  |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Beden sıcaklığı</b>            | ..... °C                                                  |
| <b>Terleme</b>                    | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Sıcak intoleransı</b>          | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Soğuk intoleransı</b>          | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Çevre ıslısına uygun giyim</b> | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Titreme</b>                    | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |

**SOLUNUM**

| Değerlendirme Kriterleri | Bulgular                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                              |  |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|--|
| Solunum Sayısı           | ...../dk                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | O <sub>2</sub> Saturasyonu   |  |
| Solunum Ritmi            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Solunum Derinliği            |  |
| Solunum Tipi             | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Bradipne <input type="checkbox"/> Taşipne <input type="checkbox"/> Apne<br><input type="checkbox"/> Hipopne <input type="checkbox"/> Hiperpne <input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Hiperventilasyon<br><input type="checkbox"/> Kussmaul Solunum <input type="checkbox"/> Cheynes-Stokes Solunum |                              |  |
| Siyanoz                  | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Yok |  |
| Öksürük                  | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Yok |  |
| Balgam                   | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Yok |  |
| Öksürürken Ağrı          | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Yok |  |
| Trakeostomi              | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Yok |  |

**BESLENME**

| Değerlendirme Kriterleri | Bulgular                                                                                                                                                         |      |                                                                                                          |     |  |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|--|
| Boy                      | ..... cm                                                                                                                                                         | Kilo | .....kg                                                                                                  | BKİ |  |
| Son 6 ayda kilo kaybı    | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                                                                                                        |      |                                                                                                          |     |  |
| Beslenme Bozukluğu       | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                                                                                                        |      |                                                                                                          |     |  |
| Beslenme Şekli           | <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Yardımla <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Enteral<br>(.....)                  |      |                                                                                                          |     |  |
| Diyet Tipi               | <input type="checkbox"/> Rejim 0 (Oral alımı kapalı)<br><input type="checkbox"/> Rejim 1 (Sıvı gıda)<br><input type="checkbox"/> Rejim 2 (Sulu yumuşak besinler) |      | <input type="checkbox"/> Rejim 3 (Normal diyet)<br><input type="checkbox"/> Özel diyet Açıklayınız ..... |     |  |
| İştahsızlık              | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                     |      | <input type="checkbox"/> Yok                                                                             |     |  |
| Bulantı                  | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                     |      | <input type="checkbox"/> Yok                                                                             |     |  |
| Kusma                    | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                     |      | <input type="checkbox"/> Yok                                                                             |     |  |
| Holitazis                | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                     |      | <input type="checkbox"/> Yok                                                                             |     |  |
| Disfaji                  | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                     |      | <input type="checkbox"/> Yok                                                                             |     |  |
| Distansiyon              | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                     |      | <input type="checkbox"/> Yok                                                                             |     |  |

|                                                             |                    |  |
|-------------------------------------------------------------|--------------------|--|
| Aşağıdaki BKİ tablosuna göre bireyi değerlendirin:          |                    |  |
| Beden kitle indeksi değerlerine göre bireylerin kilo tanımı |                    |  |
| Ağırlık Sınıfı                                              | BKİ değeri (kg/m2) |  |
| Zayıf                                                       | < 18,5             |  |
| Normal                                                      | 18,5-24,9          |  |
| Fazla kilolu                                                | 25-29,9            |  |
| Şişman (Obez)                                               | ≥ 30               |  |
| Morbid Obez                                                 | ≥ 40               |  |
| Süper Obez                                                  | ≥ 50               |  |
| BKİ formülü= [(Vücut ağırlığı kg)/(Boy m)2]                 |                    |  |

Kaynak: [www.temd.org.tr](http://www.temd.org.tr)**BOŞALTIM**

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|---------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Değerlendirme Kriterleri</b> | <b>Bulgular</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Son defekasyon tarihi</b>    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Defekasyon sıklığı</b>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>Bağırsak Eliminasyonu</b>    | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> İnkontinans<br><input type="checkbox"/> Konstipasyon <input type="checkbox"/> Hemoroid <input type="checkbox"/> Fekal Tıkaç                                                                                                                                                                                                              |
| <b>İdrar Rengi</b>              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>İdrar miktarı</b>            | .....ml/24 saat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| <b>İdrar yapma alışkanlığı</b>  | ..... kez/24 saat                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>İdrar</b>                    | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Noktüri<br><input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Hematüri<br><input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Diyaliz <input type="checkbox"/> Foley Katater <input type="checkbox"/> Diğer<br>..... |

**CİNSELLİĞİN İFADESİ**

|                                                        |                                                           |
|--------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| <b>Değerlendirme Kriterleri</b>                        | <b>Bulgular</b>                                           |
| <b>Kadın/erkek rollerini yerini getirme</b>            | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Cinsel ihtiyaçların ifade edilmesi/gösterilmesi</b> | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Cinsiyete uygun giyim</b>                           | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Perine bakım gereksinimi</b>                        | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok |

## ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI GÖZLEM FORMU

| ALDIĞI SIVILAR                       |                          |        |     |       |         |      | ÇIKARDIĞI SIVILAR        |       |       |       |         |
|--------------------------------------|--------------------------|--------|-----|-------|---------|------|--------------------------|-------|-------|-------|---------|
| SAAT                                 | ALINAN SIVILARIN MİKTARI |        |     |       |         | SAAT | İDRAR                    | GAİTA | KUSMA | DİĞER | TOPLAM  |
|                                      | IV YOL                   | PO YOL | NGT | DİĞER | TOPLAM  |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
|                                      |                          |        |     |       |         |      |                          |       |       |       |         |
| TOPLAM (GÜNLÜK)                      |                          |        |     |       |         |      | TOPLAM (GÜNLÜK)          |       |       |       |         |
| GÜNLÜK TÜM SIVILARDAN ALINAN TOPLAM: |                          |        |     |       | .....CC |      | GÜNLÜK TOPLAM ÇIKARILAN: |       |       |       | .....CC |
| BALANS :                             |                          |        |     |       |         |      | .....                    |       |       |       |         |

**BİREYSEL HİJYEN**

| Değerlendirme Kriterleri                 | Bulgular                                                                                                                                                                                                                                                                               |                              |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Kişisel temizlik ve giyinmede bağımlılık | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Yok |
| Ciltte Sıcaklık                          | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Yok |
| Ciltte Soğukluk                          | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Yok |
| Ciltte Kuruluk                           | <input type="checkbox"/> Var Yeri.....                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Yok |
| Ödem                                     | <input type="checkbox"/> Var<br><br><b>Derecesi:</b><br><b>Bölgesi:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dokuda çökme yok (0)</li> <li>• Çökme 2 mm (+, hafif)</li> <li>• Çökme 4 mm (2+)</li> <li>• Çökme 6 mm (3+, orta derece)</li> <li>• Çökme 8 mm (4+, ciddi)</li> </ul> | <input type="checkbox"/> Yok |
| Bası yarası                              | <input type="checkbox"/> Var Yeri.....<br><br>Braden Basınç Ülseri Risk Değerlendirme Ölçeği ile hastayı değerlendiriniz.                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Yok |
| Hijyenik bakım gereksinimi               | <input type="checkbox"/> Var                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Yok |
| Saçlı deri                               | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Saç kaybı <input type="checkbox"/> Hijyen eksikliği <input type="checkbox"/> Lezyon                                                                                                                                           |                              |

**HAREKET**

| Değerlendirme Kriterleri | Bulgular                                          |                              |
|--------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------|
| Yardımcı araç kullanımı  | <input type="checkbox"/> Var<br>Araçlar:<br>..... | <input type="checkbox"/> Yok |
| Kontraktür               | <input type="checkbox"/> Var                      | <input type="checkbox"/> Yok |
| Harekette kısıtlılık     | <input type="checkbox"/> Var                      | <input type="checkbox"/> Yok |
| Hareket sırasında ağrı   | <input type="checkbox"/> Var                      | <input type="checkbox"/> Yok |

**GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNE GÖRE TANILAMA****Güvenli Çevrenin Sağlanması ve Sürdürülmesi**

|                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                                                     |                                                                                                                                        | <b>İtaki Düşme Riski Ölçeği</b>                                                                             |                                                                                      |
| <b>Değerlendirme Zamanı</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> İlk Değerlendirme <input type="checkbox"/> Post-operatif Dönem <input type="checkbox"/> Hasta Düşmesi <input type="checkbox"/> Bölüm Değişikliği <input type="checkbox"/> Durum Değişikliği |                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                      |
| <b>Risk Faktörleri</b>                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                        |                                                                                                             | <b>Puan</b>                                                                          |
| <b>Minör Risk Faktörleri</b>                                                                                                                                                                                         | 65 yaş ve üstü.                                                                                                                        |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Bilinci kapalı.                                                                                                                        |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Son 1 ay içinde düşme öyküsü var.                                                                                                      |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Kronik hastalık öyküsü var.*                                                                                                           |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var.                                             |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Üriner/fekal kontinans bozukluğu var.                                                                                                  |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Görme durumu zayıf.                                                                                                                    |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | 4'ten fazla ilaç kullanımı var.                                                                                                        |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var.**                                                                                       |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor.                                                                                              |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var.                                                                                            |                                                                                                             | <b>1</b>                                                                             |
| <b>Major Risk Faktörleri</b>                                                                                                                                                                                         | Bilinç açık, koopere değil.                                                                                                            |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Ayakta/yürürken denge problemi var.                                                                                                    |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Baş dönmesi var.                                                                                                                       |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Ortostatik hipotansiyonu var.                                                                                                          |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Görme engeli var.                                                                                                                      |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Bedensel engeli var.                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.**                                                                                          |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
|                                                                                                                                                                                                                      | Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var.***                                                                                       |                                                                                                             | <b>5</b>                                                                             |
| <b>Toplam puan</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                      |
| <b>RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU</b>                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Düşük Risk</b>                                                                                                                                                                           | Toplam Puanı 5'in altında (ilk değerlendirme, pos-op dönem, hasta düşmesi, bölüm değişikliği ve durum değişikliğinde değerlendirilir.) |                                                                                                             |                                                                                      |
| <input type="checkbox"/> <b>Yüksek Risk</b>                                                                                                                                                                          | Toplam Puanı 5 ve 5'in üstünde (Düşme Riski Yüksek Hasta figürü kullanılır. Her gün düşme riski yeniden değerlendirilir.)              |                                                                                                             |                                                                                      |
| <b>İtaki Düşme Riski Ölçeği Bilgilendirme Tablosu</b>                                                                                                                                                                |                                                                                                                                        |                                                                                                             |                                                                                      |
| <b>*Kronik Hastalıklar</b>                                                                                                                                                                                           | Hipertansiyon<br>Diyabet<br>Artrit                                                                                                     | Dolaşım sistemi hastalıkları<br>Sindirim sistemi hastalıkları                                               | Paralizi<br>Depresyon<br>Nörolojik Hast.                                             |
| <b>**Hasta Bakım Ekipmanları</b>                                                                                                                                                                                     | IV İnfüzyon<br>Solunum Cihazı<br>Kalıcı Kateter                                                                                        | Göğüs Tüpü<br>Dren                                                                                          | Perfüzator<br>Pacemaker vb.                                                          |
| <b>***Riskli İlaçlar</b>                                                                                                                                                                                             | Psikotropikler<br>Narkotikler<br>Benzodiazepinler                                                                                      | Antidiyabetikler<br>Santral Venöz Sistem<br>İlaçları (Digoksin vb.)<br>Kan Basıncını Düzenleyici<br>İlaçlar | Nöroleptikler<br>Antikoagülanlar<br>Narkotik Analjezikler<br>Diüretikler/Laksatifler |

**BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ**

| <b>YÜKSEK RİSK:</b> Toplam puan 12 ve↓ <b>ORTA RİSK:</b> Toplam puan 13-14<br><b>DÜŞÜK RİSK:</b> Toplam puan 15-16 ve 75 yaş üzerindeki 15-18 |                                                                                                                                                |                                                                                                                                          |                                                                                                                                           |                                                                                                                   | <b>Değerlendirme Tarihi</b> | <b>1.Hafta</b> | <b>2.Hafta</b> | <b>3.Hafta</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------|----------------|----------------|
| <b>UYARANIN ALGILANMASI</b><br>Basınca karşı oluşan rahatsızlığın algılanması.                                                                | 1. TAMAMEN YETERSİZ:<br>Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor (İnleme, algılama). Bilinçsizliğe bağlı olarak vücudunda ağrı odaklarını hissedemiyor. | 2.ÇOK YETERSİZ:<br>Yalnız ağrılı uyarılara yanıt veriyor. Rahatsızlığını inleme ile belli edebiliyor.                                    | 3.BİRAZ YETERLİ:<br>Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurulamıyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.              | 4. TAMAMEN YETERLİ:<br>Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.                                            |                             |                |                |                |
| <b>NEMLİLİK</b><br>Vücudun Nemliliği.                                                                                                         | 1. SÜREKLİ ISLAK:<br>Deri, ter, İdrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.                                       | 2. ÇOK ISLAK:<br>Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafın bir kez değiştirilmesi gerekiyor.                                         | 3. BAZEN ISLAK:<br>Deri bazen ıslak. Çarşafın ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.                                                        | 4. NADİREN ISLAK:<br>Deri genellikle kuru, çarşafın rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.                        |                             |                |                |                |
| <b>AKTİVİTE</b><br>Fiziksel Aktivitenin Derecesi.                                                                                             | 1. YATAĞA BAĞIMLI:<br>Her türlü bakım gereksinimi yatakta karşılanıyor.                                                                        | 2. SANDALYEYE BAĞIMLI: Çok az yürütebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor. Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor. | 3. BAZEN YÜRÜYEBİLİYOR:<br>Yardımla veya yarımsız kısa mesafede yürütebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatakta veya sandalyede oturuyor. | 4. SIK SIK YÜRÜYEBİLİYOR:<br>Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürütebiliyor.  |                             |                |                |                |
| <b>HAREKET</b><br>Pozisyonunu Değiştirme ve Kontrol edebilme.                                                                                 | 1. TAMAMEN HAREKETSİZ:<br>Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.                                                                                   | 2. ÇOK HAREKETSİZ:<br>Vücut ve ekstremitelerde pozisyonunda hafif değişiklik yapabiliyor. Kendi ağırlığından pozisyonunu değiştiremiyor. | 3. AZ HAREKETLİ:<br>Vücut ve ekstremitelerinde sık, ancak hafif değişiklik yapabiliyor.                                                   | 4. HAREKETLİ:<br>Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.                                                 |                             |                |                |                |
| <b>BESLENME</b><br>Beslenme alışkanlığı.                                                                                                      | 1. ÇOK YETERSİZ:<br>Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin                                                                  | 2.YETERSİZ:<br>Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen                                        | 3. YETERLİ:<br>Öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor.                        | 4. ÇOK İYİ:<br>Her öğünü çoğunlukla yiyor, öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün |                             |                |                |                |

|                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                                       |  |  |  |
|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
|                           | 1/3'ünü yiyebiliyor. 2 öğün ya da daha az protein alabiliyor (Et ve süt ürünleri) Sıvı alımı az. Ağızdan sıvı desteği alamıyor. 5günden fazla süredir IV ve berrak diyet alıyor.                                                                                                                           | destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor                                                                                                                                  | Verilmişse ek diyeti ya da Total parenteral beslenmeyi alabiliyor.                                                                                                         | aralarında yiyor. Ek gıda gerekmiyor. |  |  |  |
| <b>SÜRTÜNME VE TAHRİŞ</b> | SORUN 1: Hareket ederken çok fazla yardıma gereksinimi var. Çarşafta kaydırmaksızın tamamen kaldırılması olanaksız. Sıklıkla sandalyeden ya da yataktan aşağı kayıyor. Yeniden pozisyon vermede çok fazla yardıma gereksinimi var. Sertlik, kontraktür ya da huzursuzluk sürekli sürtünmeye yol açabiliyor | 2. OLASI SORUN Çok az yardımla az ve güçsüz hareket yapabiliyor. Hareket sırasında deri, çarşafa sandalyeye ya da diğer malzemelere sürtünüyor. Genellikle yatak ve sandalyede pozisyonunu sürdürüyor, fakat bazen kayıyor. | 3. SORUN YOK Yatak ve sandalyede bağımsız hareket edebiliyor. Kendini kaldırabilmek için, yeterli kas gücü var. Yatak ya da sandalyede her zaman uygun pozisyonda duruyor. |                                       |  |  |  |
| <b>TOPLAM</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                            |                                       |  |  |  |

Kaynak: <https://www.yoihd.org.tr>**UYKU**

| Değerlendirme Kriterleri      | Bulgular                     |                              |
|-------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| Uyku saatleri                 |                              |                              |
| Uyku süresi                   |                              |                              |
| Uykuya dalmada güçlük         | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Gürültüye hassasiyet          | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Işığa hassasiyet              | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Horlama                       | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| Uyku için yardımcı girişimler | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
|                               | .....                        |                              |
|                               | .....                        |                              |

## İLETİŞİM

| Değerlendirme Kriterleri                                                     | Bulgular                                                                         |          |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|----------|
| <b>Görme Problemi</b>                                                        | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                        | Problem: |
| <b>İşitme Problemi</b>                                                       | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                        | Problem: |
| <b>Konuşma Problemi</b>                                                      | <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok                        | Problem: |
| <b>Bilişsel Değerlendirme:</b>                                               | <b>Hafıza;</b> Anlık, Yakın, Uzak                                                |          |
|                                                                              | <b>Algılama;</b>                                                                 |          |
|                                                                              | <b>Zeka ve Öğrenme;</b>                                                          |          |
|                                                                              | <b>Dikkat;</b>                                                                   |          |
|                                                                              | <b>Oryantasyon;</b> yere, kişiye ve zamana                                       |          |
|                                                                              | <b>Yönelim;</b> Hangi yıl/ay/gün? Hangi mevsim? Burası neresi? Hangi şehirdeyiz? |          |
| <b>Kaygı/Endişe</b><br>Kaygısına puan verecek olsa kaç puan verir?           |                                                                                  |          |
| <b>Korku</b><br>Korkusuna puan verecek olsa kaç puan verir?                  |                                                                                  |          |
| <b>İyi hissetme</b><br>İyi hissetme haline puan verecek olsa kaç puan verir? |                                                                                  |          |
| <b>Beden İmajı</b><br>Kendi kendini olumlu değerlendirmesine kaç puan verir? |                                                                                  |          |
| <b>Yalnızlık</b><br>Kendi kendini yalnız hissetmesine kaç puan verir?        |                                                                                  |          |
| <b>Umutsuzluk</b><br>Kendi kendini umutsuz hissetmesine kaç puan verir?      |                                                                                  |          |

## ÇALIŞMA VE EĞLENCE

| Değerlendirme Kriterleri                          | Bulgular                     |                              |
|---------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <b>Çalışma Durumu</b>                             |                              |                              |
| <b>Gelir Durumu</b>                               |                              |                              |
| <b>Sağlık sigortası</b>                           | <input type="checkbox"/> Var | <input type="checkbox"/> Yok |
| <b>Boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri</b> |                              |                              |

**ÖLÜM**

| Değerlendirme Kriterleri                                    | Bulgular                                                          |                              |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Sosyal destekleri                                           | <input type="checkbox"/> Var<br>Varsa İsimleri:<br>.....<br>..... | <input type="checkbox"/> Yok |
| Spiritüel gereksinimleri<br>(Dini, inançsal gereksinimleri) | <input type="checkbox"/> Var<br>.....<br>.....                    | <input type="checkbox"/> Yok |
| Kendine zarar verme eğilimi                                 | <input type="checkbox"/> Var                                      | <input type="checkbox"/> Yok |
| Ölüm hakkındaki düşünceleri:                                |                                                                   |                              |

**AĞRI DEĞERLENDİRMESİ**

Görsel Ağrı Skalası (VAS)(Bilinçli yerinde olmayan bireylerde değerlendiriniz)

Nümerik Ağrı Skalası(Bilinçli bireylerde sorunuz)

Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçek:

Ağrı skoru:

Ağrının sıklığı:

Süresi:

Yeri:

Ağrı Tipi: ☐ Zonklayıcı ☐ Yanıcı ☐ Bıçak saplanır Tarzda ☐ Kasılma  
☐ İğneleyici

Ağrıyı artıran/azaltan faktörler:

.....

| KULLANILAN İLAÇ FORMU |                           |                        |                |                     |             |
|-----------------------|---------------------------|------------------------|----------------|---------------------|-------------|
| Tarih<br>Saat         | İlaç Adı<br>Etken Maddesi | Veriliş Yolu<br>Sıklık | Endikasyonları | Kontrendikasyonları | Yan Etkiler |
|                       |                           |                        |                |                     |             |
|                       |                           |                        |                |                     |             |
|                       |                           |                        |                |                     |             |
|                       |                           |                        |                |                     |             |
|                       |                           |                        |                |                     |             |
|                       |                           |                        |                |                     |             |
|                       |                           |                        |                |                     |             |
|                       |                           |                        |                |                     |             |

**YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ BAKIM PLANI****Tarih:**

| <b>Tespit Edilen Sorun</b> | <b>Neden</b> | <b>Amaç/Hedef</b> | <b>Uygulanan Girişimler</b> | <b>Değerlendirme</b> |
|----------------------------|--------------|-------------------|-----------------------------|----------------------|
|                            |              |                   |                             |                      |
|                            |              |                   |                             |                      |
|                            |              |                   |                             |                      |
|                            |              |                   |                             |                      |