

T.C.  
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi  
Fethiye Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu  
Sağlık Bakım Hizmetleri Bölümü  
Yaşlı Bakımı Programı

**YBK1498 MESLEK STAJI  
(30 İŞ GÜNÜ)**

**Öğrencinin Adı- Soyadı:**

**Formun doldurulduğu Tarih: ..../...../.....**

**Uygulama Yaptığı Hastane/Kurum/Bölüm:**

## SEVGİLİ ÖĞRENCİMİZ;

### YAZ STAJI BAŞVURU İŞLEMLERİ

STAJ BAŞVURU EVRAKLARININ SON TESLİM TARİHİ **24.06.2026**

STAJA BAŞLAMA TARİHLERİ **15.06.2026-03.08.2026**

STAJ BİTİMİNDE STAJ DEFTERİ ve YAŞLI BİREY VERİ TOPLAMA FORMU VE BAKIM PLANI SON TESLİM TARİHİ VE YERİ **10.09.2026**

Bu tarihe kadar staj evraklarının öğrenci işleri/bölüm sekreterliğine teslim edilmesi gerekmektedir.

NOT: Yaz stajını yapmaktan vazgeçen öğrencilerin öğrenci işlerine yazılı dilekçe vererek başvuru yapması zorunludur.

### STAJ ÖNCESİ YAZ STAJI YAPACAK ÖĞRENCİLERİN İZLEYECEĞİ ADIMLAR

- Staj yapacak öğrencilerin
  - İş Yeri Staj Sözleşmesi,
  - Taahhütname,
  - SGK Bildirim Belgelerini
- Bölümümüz web sayfasından (<https://sbhfethiyesaglik.mu.edu.tr/tr/dokuman>) almaları gerekmektedir.
- E- Devlet üzerinden SGK Müstehaklık Belgesi çıkartılmalıdır.
- İş Yeri Staj Sözleşmesi yüksekokul müdürüne imzalatılmalıdır. Ardından staj yapılacak kuruma imzalatılarak bir örneği bölüm sekreterliğine teslim edilmelidir.
- SGK MÜSTEHAKLİK BELGESİ, İŞ YERİ STAJ SÖZLEŞMESİ, TAAHHÜTNAME (1'er adet) onaylı olarak 24 Haziran 2026 tarihine kadar Bölüm Sekreterliğine teslim edilmesi gerekmektedir.
- \*İSG1805 İş Sağlığı ve Güvenliği dersini almaları ve dersten başarılı olmalarına veya İş Sağlığı ve Güvenliği Temel Eğitim Sertifikasını, almaları ve eğitimi başarıyla tamamladıklarına dair aldıkları belgeleri akademik danışmanları aracılığıyla okulumuza teslim etmeleri gerekmektedir.

### STAJ ESNASINDA YAPILACAKLAR

- Staj esnasında belirtilen günlerde ve mesai saatlerinde belirtilen iş yerinde yaptığınız işlemleri ayrıntılarıyla staj defterine/dosyasına rapor olarak yazmanız gerekmektedir. Bu raporları günlük olarak tutmanız ve sonrasında iş yerine staj bitiminde tek tek onaylatmanız (İşyeri kaşesi/Mühür ve imza) gerekmektedir.
- Staj devam çizelgesini staja devam ettiğiniz günlerde doldurulması ve iş yeri yetkilisi tarafından işyeri kaşesi/mührünün basılması ve imzalanması gerekmektedir
- Staj süresi içerisinde **iş kazası geçirilmesi** durumunda öncelikle bulunulan kurumda ilgili yetkililere, SGK ve İŞKUR'a bildirilmesi gerekmektedir.
- Aynı gün içerisinde Yüksekokulumuz SGK bildirim sorumlusuna bildirmesi zorunludur.
- Bu belge staj yaptığınız işyerinin öğrenciyi değerlendirdiği belgedir ve iş yeri yetkilisi tarafından doldurulur. İşyeri Staj Değerlendirme Formu ağız kapalı ve mühürlü bir zarf içerisinde staj defteri ile birlikte bölüm sekreterliğine teslim edilmelidir.

### STAJ BİTTİKTEN SONRA YAPILACAKLAR

Yaz stajını bitiren öğrencilerin hazırladıkları dosyaları teslim edeceklerdir. Bunlar;

**1. KAPALI ZARF İÇERİSİNDEKİ İŞ YERİ STAJ DEĞERLENDİRME FORMU,**

**2. YAŞLI BİREY VERİ TOPLAMA FORMU VE BAKIM PLANI,**

**3. STAJ DEFTERİ**'dir.

**10.09.2026** tarihine kadar MSKÜ FSHMYO öğrenci işleri/bölüm sekreterliğine teslim etmesi zorunludur.

Staj ile ilgili bilgi numaraları: 0252 211 5664 ve 0252 211 1460

### Hatırlatma!

Raporlu olma durumunda/ iş kazası yaşanma durumunda "Yüksekokulumuz SGK bildirim sorumlusu" aynı gün içerisinde sözlü ve yazılı olarak ibraz ediniz.

İş kazası bildirim numarası:

0252 211 5665

**Başarı Dileklerimizle...**

# YBK1498 MESLEK STAJI (30 İŞ GÜNÜ) KURALLARI

## Öğrencinin Uyması Gereken Kurallar

ÖZELLİKLE VE ÖNCELİKLE HER BİR ÖĞRENCİ; **SAYGILI, SABIRLI, ETİK İLKELERE BAĞLI, HİJYENİK VE SORUMLU** DAVRANARAK HEM KURUM KURALLARINA HEM DE MESLEKİ STANDARTLARA UYMALIDIR.

**Öğrenciler, dönem içi uygulamalarını yürütürken aşağıdaki kurallara uymakla yükümlüdür:**

### 1. Gizlilik ve Mahremiyet

Hasta ve yaşlı bireylerin kimlik bilgileri, sağlık durumları ve özel yaşamlarına ilişkin bilgiler gizli tutulur. Fotoğraf, video veya ses kaydı alınmaz ve paylaşılmaz.

### 2. Kılık-Kıyafet ve Kişisel Bakım

FSHMYO'nun belirlediği Lacivert kumaş alt üst forma, temiz ve düzenli kıyafet giyilir.

Tırnaklar kısa ve temiz olmalı; makyaj, parfüm, takı kullanımından kaçınılır.

Kişisel hijyene ve el temizliğine azami özen gösterilir.

Kimlik kartı (AD-SOYAD-ÖĞRENCİ MSKÜ amblemi)

Eşarp kullanılacaksa beyaz, lacivert, siyah renk, düz/desensiz,

Beyaz/Siyah / Lacivert kumaş ceket, hırka, içten giyilen body, ayakkabı (kot kumaşı, dar ve hareketi engelleyecek şekilde olmayacak)

### 3. Devam ve Disiplin

Uygulamalara zamanında başlanır, geç kalınmaz.

İzin veya mazeret durumunda, sorumlu kurum yetkilisi önceden bilgilendirilir. Sigorta için okul yetkilisi bilgilendirilir.

### 4. İletişim ve Davranış

Hasta ve yaşlı bireylere karşı daima saygılı, nazik, sabırlı ve güler yüzlü olunmalıdır.

Çalışma ortamında yüksek sesle konuşmaktan, tartışmaya girmekten kaçınılır.

Kurum çalışanları ile işbirliği içinde hareket edilir, emir-komuta zincirine uyulur.

### 5. Görev ve Yetki Sınırları

Öğrenciler yalnızca öğretim elemanının ve kurumun izin verdiği görevleri yerine getirir.

İlaç uygulaması ve tıbbi müdahaleler öğrencilerin yetki alanı dışındadır.

Acil veya olağan dışı durumlar derhal ilgili yetkiliye bildirilir.

### 6. Etik İlkeler

Her bireye eşit ve adil davranılır; ayrımcılık yapılmaz.

Hasta ve yaşlı bireylerden herhangi bir çıkar veya menfaat talep edilmez.

Mesleki etik değerlere bağlı kalınır.

### 7. İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları

Kurumun iş sağlığı ve güvenliği talimatlarına uyulur.

Eldiven, maske, önlük gibi kişisel koruyucu ekipman gerektiğinde kullanılır.

Bulaşıcı hastalık riski olan durumlarda izolasyon kurallarına dikkat edilir.

Çalışma alanında kayma, düşme ve yaralanmalara karşı güvenlik önlemleri alınır.

Herhangi bir yaralanmada kurum ve okul bilgilendirilir.

### 8. Çalışan ve Hasta Güvenliği

Hasta güvenliği için düşme önleyici uygulamalar, doğru pozisyon verme ve transfer teknikleri titizlikle uygulanır.

Hasta ve yaşlı bireylerin güvenliği için bakım sırasında yalnız bırakılmamalı, yatak korkulukları ve tekerlekli sandalye frenleri gibi güvenlik önlemleri kontrol edilmelidir.

Çalışan güvenliği için kesici-delici aletler dikkatle kullanılmalı ve uygun şekilde imha edilmelidir.

Hasta haklarına saygı gösterilir, onam ve rıza alınmadan işlem yapılmaz.

### 9. Acil Durum ve Güvenlik Prosedürleri

Kurumun acil durum, yangın, tahliye ve ilk yardım prosedürleri öğrenilir ve gerektiğinde uygulanır.

Tıbbi cihazlar, araç ve gereçler dikkatli, doğru ve güvenli şekilde kullanılır.

## **ÖĞRENCİDEN STAJDA İSTENEN BELGELER:**

-Staj Defteri(günlük)

Bir vakanın en az 4 hafta takip edilmesi ve vakaya ait doldurulan **YAŞLI BİREY VERİ TOPLAMA FORMU VE BAKIM**

**PLANI** formu (hastanın açık ismi, adres tc vb özel bilgileri kaydedilmez)

-Vakaya ait hastalık bilgisi (kaynak belirterek)

-Uygulama esnasında kullanılan rehber formlar (işaretlenmiş olarak)

**Formların/dosyanın istenen zamanda teslimi önemlidir. Teslim tarihi mazeretsiz geciken dosyalar teslim alınmaz.**

Öğrencinin Adı- Soyadı:

Formun doldurulduğu Tarih: ..../...../.....

Uygulama Yaptığı Hastane/Kurum/Bölüm:

### YAŞLI BİREY VERİ TOPLAMA FORMU VE BAKIM PLANI

DEMOGRAFİK VERİLER	
Adı Soyadı:	Yaşı:
Cinsiyeti:	Yaşadığı Yer (İlçe/İl):
Medeni Durumu:	Çocuk Sayısı:
Eğitim Düzeyi:	Ekonomik Durumu:
Mesleği:	Çalışma Durumu:
TIBBİ VERİLER	
Yatış Tarihi:	Görüşme Tarihi:
Sosyal Güvencesi:	Tıbbi Tanısı:
Başvuru şekli: <input type="checkbox"/> Poliklinik <input type="checkbox"/> Başka bir klinik <input type="checkbox"/> Başka bir hastane <input type="checkbox"/> Acil	Geliş şekli: <input type="checkbox"/> Ayaktan <input type="checkbox"/> Sedyeye <input type="checkbox"/> Sandalye
Mevcut riskli durumlar: <input type="checkbox"/> Kanama riski <input type="checkbox"/> Düşme riski <input type="checkbox"/> Alerjileri <input type="checkbox"/> Bulaşıcı hastalık riski <input type="checkbox"/> İzolasyon (Temas/Solunum/Damlacık) <input type="checkbox"/> İntihar riski <input type="checkbox"/> Başkalarına zarar verme riski <input type="checkbox"/> Psikiyatrik öz-geçmiş varlığı <input type="checkbox"/> Diğer	
Veri Kaynakları (kendisi, dosyası, ailesi, ekip üyeleri vb):	
<b>Kiminle birlikte yaşıyor:</b>	
TIBBİ ANAMNEZİ	
<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 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>Kan Grubu:</b>	

### SAĞLIK ALGISI - SAĞLIK YÖNETİMİ(GFSÖM temellendirilmiş veriler)

#### A-Sağlık Öyküsü

Kuruma/Hastaneye geliş nedeniniz/yakınmanızı açıklar mısınız?

Kuruma Gelişine/Hastaneye yatışına neden olan şimdiki problemin başlama zamanı ve şekli?

#### B-Özgeçmiş/ Hastalık/Tedavi/ Soy-geçmişte Kronik Hastalık/Hastaneye Yatış/Kuruma Geliş Öyküsü

### C-Mevcut sağlık durumuna ilişkin algısı

-Hastalığınıza yúkleđiđiniz anlam nedir? (Zarar veren / tehdit eden / kayıp / m¼cadele gerektiren / ceza vb)  
Yada Kuruma gelişine y¼klediđi anlam nedir?

-Hastalığımızın yaşamınız ¼zerine etkisini anlatabilir misiniz?

-Hastalığının nedeni hakkında ne d¼ř¼n¼yor? (Kalıtım / şans / kader / ¼z¼nt¼-stres / enfeksiyon vb)

### D-Sağlık Y¼netimi

-Hastalık tanısı aldıktan sonra, sağlıklı olmak i¼in yaşamınızda nasıl bir değişiklik yaptınız?

-Yaptığınız bu değişiklik yaşamınızı nasıl etkiledi?

-Ge¼miř ve řu andaki sağlık sorunları ile ilgili yardım arama davranışlarınız oldu mu? Neler yaptınız?

### E-Sağlığı Etkileyebilecek Davranışlar

Sigara (Miktar, sıklık, s¼re)

Diyet (¼zelliđi, s¼re)

Alkol (Adı, miktar, sıklık, s¼re)

Egzersiz (¼zelliđi, s¼re)

Madde Kullanımı (Adı, miktar, sıklık, s¼re)

Hijyen (¼zelliđi, s¼re)

İla¼ (Adı, miktar, sıklık, s¼re)

Geleneksel Tedavi Uygulamaları (Adı, miktar, sıklık, s¼re)

Hastalık ve tedavi s¼recini y¼netmeyle ilgili motivasyonu

### V¼CUT SICAKLIğININ KONTROL¼

Değerlendirme Kriterleri	Bulgular
Beden sıcaklığı	..... °C
Terleme	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Sıcak intoleransı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Soğuk intoleransı	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
¼evre ısısına uygun giyim	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Titreme	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok



## UYKU/DİNLENME

(Uyku alışkanlığı, uyku düzeninde meydana gelen değişiklikler, uyku problemleri, uyku problemleri ile baş etme davranışı, gün içinde yorgunluk hissetme vb.)

Kuruma Geliş/Hastalık sürecinden sonra uyku alışkanlığınızda bir değişim oldu mu? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Uyumak için farmakolojik ajanlara ve rahatlatıcı yöntemlere ihtiyaç duyuyor musunuz? Varsa belirtiniz.

Uyku-Dinlenme Değerlendirme Kriterleri	Bulgular	
Uyku saatleri		
Uyku süresi		
Uykuya dalmada güçlük	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Gece sık sık uyanma	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok
Sabah erken uyanma	<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 Varsa nedir?	<input type="checkbox"/> Yok

## AKTİVİTE/EGZERSİZ

(Solunum sistemi, Kalp-dolaşım sistemi, Kas-iskelet-nörolojik sistem)

Kuruma geliş/Hastalık sürecinden sonra aktivite-egzersiz ve kendine bakım aktivitelerinde (Kendi kendine beslenme, banyo yapma, saç tarama ve giyinme, tuvalete gitme, hareket etme, merdiven çıkma, alışveriş, yemek pişirme, ev işi vb. ) değişiklikler oldu mu?

Bu değişim sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Aktivite/Egzersiz Değerlendirme Kriterleri	Bulgular	
Yardımcı araç kullanımı	<input type="checkbox"/> Var Araçlar: .....	<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
Desteksiz yürüyebilme	<input type="checkbox"/> Var .....	<input type="checkbox"/> Yok
Merdiven inip çıkabilme	<input type="checkbox"/> Var .....	<input type="checkbox"/> Yok
Yerinde duramama/aşırı hareketlilik	<input type="checkbox"/> Var .....	<input type="checkbox"/> Yok
Sürekli aynı pozisyonda durma	<input type="checkbox"/> Var .....	<input type="checkbox"/> Yok
Kendisine/çevresine zarar verici davranışlar	<input type="checkbox"/> Var Neler?.....	<input type="checkbox"/> Yok

## ÇALIŞMA VE EĞLENCE

Çalışma Ve Eğlence Değerlendirme Kriterleri	Bulgular
Çalışma Durumu	
Gelir Durumu	<input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi
Sağlık sigortası	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Boş zamanlarını değerlendirme aktiviteleri (Uğraş çalışmalarına katılma, Bir şey yapmadan oturma, Kitap-gazete-dergi okuma, Radyo-müzik dinleme, Televizyon izleme Yapılan etkinliklere (spor, gezme) katılma gibi	

## BOŞALTIM

Kuruma geliş/Hastalık sürecinden sonra boşaltım sistemi ile ilgili ne gibi değişiklikler yaşadınız? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Boşaltım Değerlendirme Kriterleri	Bulgular
Son defekasyon tarihi	
Defekasyon sıklığı	
Bağırsak Eliminasyonu	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diyare <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Anal Tıkaç <input type="checkbox"/> Obstipasyon
İdrar Rengi	
İdrar miktarı	.....ml/24 saat İdrar yapma alışkanlığı ..... kez/24 saat
İdrar	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> İnkontinans <input type="checkbox"/> Üri <input type="checkbox"/> Nütri <input type="checkbox"/> Arı <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Diyaliz <input type="checkbox"/> Foley Katater <input type="checkbox"/> Diğer

## 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						



Ödem	<input type="checkbox"/> Var <b>Derecesi:</b> <b>Bölgesi:</b> Dokuda çökme yok (0) Çökme 2 mm (+, hafif) Çökme 4 mm (2+) Çökme 6 mm (3+, orta derece) Çökme 8 mm (4+, ciddi)	<input type="checkbox"/> Yok
Bası yarası	<input type="checkbox"/> Var Yeri..... Braden Bası Yarası Ölçek Puanı:	<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	
Diğer		

### BRADEN BASINÇ ÜLSERİ RİSK DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

YÜKSEK RİSK: Toplam puan 12 ve↓ ORTA RİSK: Toplam puan 13-14 DÜŞÜK RİSK: Toplam puan 15-16 ve 75 yaş üzerindeki 15-18					1.Hafta	2.Hafta	3.Hafta
<b>UYARANIN ALGILANMASI</b> Basınca karşı oluşan rahatsızlığın algılanması.	1. TAMAMEN YETERSİZ: Ağrılı uyarılara yanıt vermiyor (İnleme, algılama). Bilinçsizliğe bağlı olarak vücudunda ağrı odaklarını hissedemiyor.	2.ÇOK YETERSİZ: Yalnız ağrılı uyarılara yanıt veriyor. Rahatsızlığını inleme ile belli edebiliyor.	3.BİRAZ YETERLİ: Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Sürekli iletişim kurulamıyor. Hastanın yatak içinde çevrilmesi gerekiyor.	4. TAMAMEN YETERLİ: Sözlü uyarılara yanıt veriyor. Duyu kusuru yok.			
<b>NEMLİLİK</b> Vücudun Nemliliği.	1. SÜREKLİ ISLAK: Deri, ter, İdrar, gaita ile sürekli ıslak, her çevrildiğinde ıslaklık hissediliyor.	2. ÇOK ISLAK: Deri çoğu zaman ıslak. Her vardiyada çarşafın bir kez değiştirilmesi gerekiyor.	3. BAZEN ISLAK: Deri bazen ıslak. çarşafın ıslandıkça değiştirilmesi gerekiyor.	4. NADİREN ISLAK: Deri genellikle kuru, çarşafın rutin olarak değiştirilmesi gerekiyor.			
<b>AKTİVİTE</b> Fiziksel Aktivitenin Derecesi.	1. YATAĞA BAĞIMLI: Her türlü bakım gereksinimi yatakta karşılanıyor.	2. SANDALYEYE BAĞIMLI: Çok az yürüyebiliyor. Sandalyeye oturabilmesi için yardım gerekiyor. Kendi ağırlığını kaldırmakta güçlük çekiyor.	3. BAZEN YÜRÜYEBİLİYOR: Yardımla veya yardımsız kısa mesafede yürüyebiliyor. Her vardiyada çoğu zaman yatakta veya	4. SIK SIK YÜRÜYEBİLİYOR: Günde en az iki defa oda dışına çıkabiliyor. Oda içinde 2 saatte bir yürüyebiliyor.			

			sandalyede oturuyor.			
<b>HAREKET</b> Pozisyonunu Değiştirme ve Kontrol edebilme.	1. TAMAMEN HAREKETSİZ: Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.	2. ÇOK HAREKETSİZ: Vücut ve ekstremice pozisyonunda hafif değişiklik yapabiliyor.Kendiliğin den Pozisyonunu değiştiremiyor.	3. AZ HAREKETLİ: Vücut ve ekstrem İtelerinde sık, ancak hafif değişiklik yapabiliyor.	4. HAREKETLİ: Pozisyonunu yardımsız sıklıkla değiştirebiliyor.		
<b>BESLENME</b> Beslenme alışkanlığı.	1. ÇOK YETERSİZ: Asla öğününün tamamını yiyemiyor. Nadiren verilen yemeğin 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.	2.YETERSİZ: Verilen yemeğin yarısını, nadiren tamamını yiyebiliyor. Günde 3 defa protein bazen destekleyici ek gıda alabiliyor. Uygun diyetin tüp ile verilen besinin birazını alabiliyor	3. YETERLİ: öğünün yarısından fazlasını yiyebiliyor. Günde 4 kez protein alabiliyor. Ara sıra öğünü reddediyor. Verilmişse ek diyeti ya da Total parenteral beslenmeyi alabiliyor.	4. ÇOK İYİ: Her öğünü çoğunlukla yiyor, öğünleri reddetmiyor. Günde 4 defa protein alabiliyor. Genellikle öğün 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 pozisyonunda duruyor.			
<b>TOPLAM</b>						

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

## BİLİŞSEL-ALGISAL

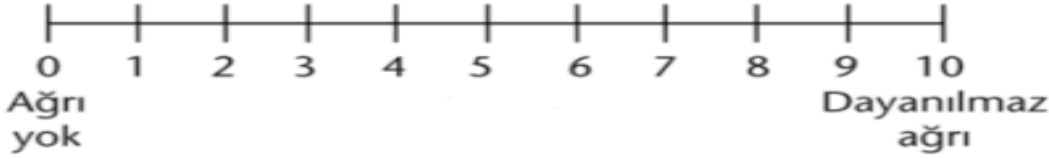
Duyuların sorgulanması		
İşitme güçlüğü	Var	Yok
İşitme cihazı kullanılıyor mu?	Evet	Hayır
Görme bozukluğu	Var	Yok
Gözlük/lens kullanılıyor mu?	Evet	Hayır
Dokunma/hissetme kaybı var mı?	Var	Yok
Koku alma yetisi	Var	Yok
Tat alma yetisi	Var	Yok

## AĞRI DEĞERLENDİRMESİ

Görsel Ağrı Skalası (VAS)(Bilinçli bireylerde değerlendiriniz)



Numerik Ağrı Skalası(Bilinçli bireylerde sorunuz)



Ağrı değerlendirilmesinde kullanılan ölçek:

Ağrı skoru:

Ağrının sıklığı:

Süresi:

Yeri:

Ağrı Tipi: Z<sub>1</sub>klayıcı Y<sub>1</sub>ıcı çak saplanır Tarzda K<sub>1</sub>ılma

İğn<sub>1</sub>yıcı D<sub>1</sub>ğer.....

Ağrıyı artıran/azaltan faktörler: .....

## KENDİNİ ALGILAMA

(Benlik, beden imgesi, kişilik, kendine saygı? Kendinizi nasıl tanımlarsınız? İnsanlar genellikle sizi nasıl tanımlarlar?

En çok beğendiğiniz özellik/ özellikleriniz nelerdir? En az beğendiğiniz özellik/ özellikleriniz nelerdir?

Yapabilseydiniz, hangi özelliğinizi değiştirmek isterdiniz? vb.)

Kuruma Geliş/Hastalık sürecinden sonra kendinizle ilgili duygu ve düşüncelerinizde değişim oldu mu? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Güçlü/zayıf özellikleriniz nelerdir? Hastalık sürecini yönetmede bu özellikleriniz sizi nasıl etkiledi?

## **ROLLER ve İLİŞKİLER**

(Aile İçi Rol ve Sorumlulukları, Sağlık Probleminin Aile İçi İlişkileri Üzerine Etkisi, Aile İçi Değerleriniz Hastalığınızı ve Tedavinizi Nasıl Etkiledi? Aile İçinde Yaşanılan Problemlerin Çözümü Nasıldır? Ailede Fiziksel, Sözel, Duygusal, Ekonomik Şiddetin Varlığı vb.)

Kuruma Geliş/Hastalık sürecinden sonra anne/baba/çocuk vb. rollerinizde ne gibi değişiklikler yaşadınız? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Herhangi biriyle ilgili bakım sorumluluğunuz var mı? (Eşiniz, çocuğunuz, partneriniz vb.)

Sosyal destek ağınızı tanımlar mısınız? Aile, arkadaş, sağlık profesyonelleri, sosyal gruplar vb. kimlerden destek alırsınız?

Ne tür desteklere ihtiyaç duyarsınız?

Kuruma geliş/Hastalık sürecinden sonra aile içi ilişkilerinizde nasıl değişiklikler yaşadınız?

Kurumda/Klinikte tıbbi ekip üyeleri ve aynı tanıyı alan diğer hastalarla iletişiminiz nasıldır?

## **CİNSELLİK – ÜREME**

(Menstruasyon Özellikleri, Kontrasepsiyon Öyküsü, Gebelik Öyküsü, Menopoz Öyküsü, Andropoz Öyküsü, Cinsellik, Kadın Olma, Erkek Olma Ne Anlama Geliyor? vb)

Kuruma Geliş/Hastalık sürecinden sonra cinsel yaşamınızda bir değişiklik oldu mu? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

## **STRES - BAŞ ETME**

(Bireyin Hayatında Stres Yaşamısına Neden Olan Durumlar, Stresli Durumlarda Bireyin Hissettikleri, Bireyin Yaşadığı Stresli Durumlar İle Baş Etmek / Rahatlamak İçin Neler Yaptığı, Bireyin Kullandığı Savunma Mekanizmaları vb. )

Kuruma geliş/Hastalık sürecinden sonra stresle baş etmenizde bir değişiklik oldu mu? Oldu ise ne gibi bir değişiklik oldu?

Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

Kuruma Geliş/Hastalık sürecinde herhangi bir kayıp/ kayıplar yaşadınız mı? Bu kayıp/kayıplar yaşamınızı nasıl etkiledi? Hastalık sürecinde yaşadığınız kayıp/güçlük/engel/stresli durumlarla nasıl baş ediyorsunuz?

## DEĞERLER – İNANÇLAR

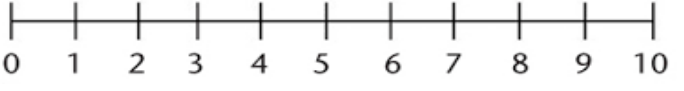
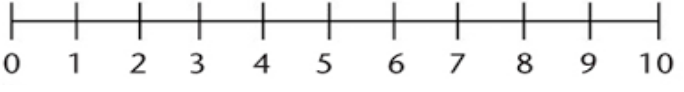
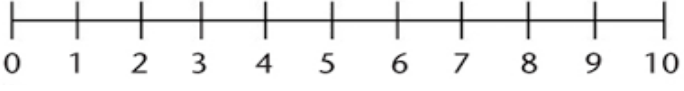
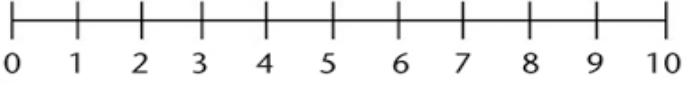
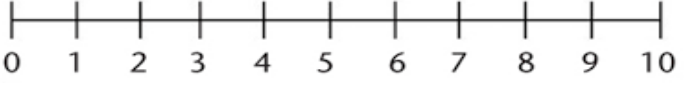
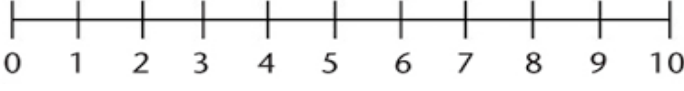
(Sağlık davranışı ve sağlık davranışını etkileyen faktörler- yaşamını ve sağlık davranışını etkileyen belirgin aile değerleri, Kültürel uygulamaları, dini uygulamaları- yaşam amacı, hastalığın/ rahatsızlığın, hastaneye/kuruma yatmanın birey için anlamı vb.)

Yaşam/Ölüm hakkındaki inanç ve değerlerinizden söz eder misiniz?

Kuruma Geliş/Hastalık sürecinden sonra değerler /inançlarınıza ilişkin bir değişiklik oldu mu? Bu değişiklikler sizin yaşamınızı nasıl etkiledi?

İnançlarınız doğrultusunda sağlık uygulamalarına ilişkin herhangi bir kısıtlama ya da yasak var mı? Bu yasaklar/kısıtlamalar sizin mevcut sağlık durumunuzu nasıl etkiledi?

İnançlarınız doğrultusunda sağlık bakımınız karşılanırken sağlık profesyonellerinin göz önünde bulundurması gereken değer ve inançlarınız var mı?

<b>Kaygı/Endişe</b> Kaygısına puan verecek olsa kaç puan verir?	
<b>Korku</b> Korkusuna puan verecek olsa kaç puan verir?	
<b>İyi hissetme</b> İyi hissetme haline puan verecek olsa kaç puan verir?	
<b>Beden İmajı</b> Kendi kendini olumlu değerlendirmesine kaç puan verir?	
<b>Yalnızlık</b> Kendi kendini yalnız hissetmesine kaç puan verir?	
<b>Umutsuzluk</b> Kendi kendini umutsuz hissetmesine kaç puan verir?	

**YAŞLI BAKIM TEKNİKERİNİN DÜŞÜNCELERİ/GÖZLEMİ VE YAŞLI/HASTA BİREY İLE İLGİLİ DİĞER NOTLAR**

**BİREYİN HASTALIĞI HAKKINDA KISA BİLGİLENDİRME YAPINIZ.**  
(Hipertansiyon, Diyabet, Mental Retardasyon vb. gibi hastalık ile ilgili tıbbi bilgi veriniz.)

## VİTAL BULGULAR TAKİP

VİTAL BULGULAR		Kan Basıncı	Nabız	Vücut Sıcaklığı	Solunum
Tarih	Saat				
Tarih	Saat				
Tarih	Saat				
Tarih	Saat				
Tarih	Saat				

## RUHSAL DURUM DEĞERLENDİRMESİ

<b>Genel Davranış, Görünüm ve Tutum</b>	
Görünüş/Giyim:	
Postürü:	
Göz ilişkisi kurma:	
Yüz ifadesi:	
Konuşma ve ses tonu: (Basınçlı konuşma, Mutizm, Afazi, Disfazi, vb)	
Yürüyüş özellikleri:	
Davranış özellikleri: (Sosyobilité, Agresyon, Negativizm, Stereotipi vb)	

<b>Bilişsel fonksiyonlar</b>	
Bilinç	
Yönelim (yer, zaman, kişi)	
Algı (halüsünasyon, illüzyon vb)	
Bellek (uzak/yakın/anlık bellek)	
Dikkat ve Konsantrasyon	
Kavramlaştırma ve soyutlama	
Yargılama ve İçgörü	

Yukarıda elde edilen veriler doğrultusunda bireyin Őu anki yaşamında meydana gelen değişimleri, hastalık öncesi ve hastalık sonrası süreci değerlendiriniz.

<b>Boyutlar</b>	<b>Kurumdan/ Hastalıktan Önce</b>	<b>Mevcut/ Őu Anki Durum</b>	<b>Kurumdan/ Hastalıktan Sonra</b>
Beslenme			
Boşaltım			
Aktivite			
Uyku			
Bağımsızlık			
Cinsellik			
İlişkiler			
Destek sistemi			
Roller			
Ev-mesleki iş			
İş dışı uğraş			
Benlik saygısı			
Beden imajı			
Gelecek planı			
İnanç			

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:

İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ						
Tarih:			Yaşı :			
Hastanın Adı Soyadı:			Yattığı Bölüm:			
Cinsiyeti:			Risk Değerlendirme Anketi:			
Değerlendirme Gerekçesi ve Numarası	1 İlk Değerlendirme	2 Post-op Dönem	3 Hasta Düşmesi	4 Bölüm Değişikliği	5 Durum Değişikliği	
Parametreler	Risk Faktörleri	Puan	İlk Değerlendirme .../.../... ( )	Yeniden Değerlendirme (Tarih-Gerekçe Numarası)		
				.../.../... ( )	.../.../... ( )	.../.../... ( )
YAŞ	60-69	1	1	1	1	1
	70-79	2	2	2	2	2
	80 ve üstü	3	3	3	3	3
BİLİNÇ DURUMU	Bilinci kapalı.	1	1	1	1	1
	Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.)	2	2	2	2	2
DÜŞME HİKAYESİ	Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var.	3	3	3	3	3
HASTALIKLAR/KOMORBİDİTELER*	Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır.	1	1	1	1	1
	Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır.	2	2	2	2	2
HAREKET KABİLİYETİ	Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk desteği, kişi desteği vb.) ihtiyaç var.	5	5	5	5	5
	Ayakta/yürürken denge bozukluğu var.	10	10	10	10	10
	Baş dönmesi var.	2	2	2	2	2
BOŞALTIM İHTİYACI	Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var.	1	1	1	1	1
GÖRME DURUMU	Görme bozukluğu var. (Katarakt, gözlük kullanımı vb.)	2	2	2	2	2
	İleri derecede görme engeli var.	10	10	10	10	10
İLAÇ KULLANIMI**	4'den fazla ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
	Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var.	2	2	2	2	2
	Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var.	3	3	3	3	3
EKİPMAN KULLANIMI***	Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var.	1	1	1	1	1
	Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var.	2	2	2	2	2
<b>TOPLAM</b>					1	1
<b>RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU</b>						
Düşük Risk	0-9 Puan Arasında					
Yüksek Risk	10 Puan Üzerinde					
NOT:	*Düşmelerin önlenmesine yönelik alınacak önlemler hastada var olan risk faktörlerine göre belirlenmelidir.		*Hpotansyon, vertgo, serebrovasküler hastalık, parknson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrt, osteoporoz, kırıklar			
	*İtaki Düşme Riski Ölçeği yalnızca yetişkin yatan hastalarda kullanılır.		** Pskotropolar, antkoagülanlar, nöroleptikler, diüretikler/laksatifler, antdyabetkler, narkotkler, santral, venöz sstem laçları (dgoksn vb.), narkotk analjezikler, kan basıncını düzenleyic laçlar, benzodazepnler			
	*Yüksek risk düzeyinde bulunan hastalar için "Düşme Risk Yüksek Hasta" sembolü kullanılmalıdır.		*** Hastanın hareketin kısıtlayan herhangi bir ekipman. Örn: IV nfüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.			

**KULLANILAN İLAÇ FORMU**

<b>Tarih Saat</b>	<b>İlaç Adı Etken Maddesi</b>	<b>Veriliş Yolu Sıklık</b>	<b>Endikasyonları</b>	<b>Kontrendikasyonları ve Yan Etkileri</b>	<b>İlacı kullanım süresi İlaca başlama tarihi</b>

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:

## YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ BAKIM PLANI

Tarih:

Tespit Edilen Sorun	Neden	Amaç/Hedef	Uygulanan Girişimler	Değerlendirme

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI:

## YAŞLI BAKIM TEKNİKERİ BAKIM PLANI

Tarih:

Tespit Edilen Sorun	Neden	Amaç/Hedef	Uygulanan Girişimler	Değerlendirme

ÖĞRENCİNİN ADI SOYADI: