AMAÇ: Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerince hizmet verilen özellikli hasta grubuna dâhil hastaların, tüm tıbbi bakım ve tedavileri ile psikolojik desteklerinin kesintisiz sürdürülebilmesini sağlamaktır. **KAPSAM:** Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerince hizmet verilen özellikli hasta grubuna dâhil hastalar ve hasta yakınları ile hizmet veren evde sağlık hizmetleri birim çalışanlarını kapsar.

SORUMLULAR:

Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumlu Hekimi

Evde Sağlık Hizmetleri Birim Hekimi

Evde Sağlık Hizmetleri Biriminde görev yapan tüm sağlık personeli

TANIM

Özellikli Hasta Grubu: Hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık profesyonelleri ve kullanılacak ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemler içeren, disiplinler arası işbirliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

FAALİYET AKIŞI

Özellikli Hasta Grupları:

Terminal Dönem Hastalar

Onkoloji Hastaları

Bağışıklık Sistemi Baskılanmış Hastalar

Geriatri Hastaları

Yanık Tedavisi Gören Hastalar

1. TERMİNAL DÖNEM HASTA BAKIMI:

Hizmet Sunum Süreçleri: Terminal Dönem Hastaları, Evde Sağlık Hizmet Biriminden hizmet alırken gerektiği durumda Palyatif Bakım Servisine yatırılarak hizmetin devamlılığı sağlanır.ve alması sağlanır.

Disiplinlerarası İşbirliği: Terminal dönem hasta bakımı multidisipliner yaklaşım gerektirir. Hekimler, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, sosyal hizmet görevlileri, rehabilitasyon ekipleri, din görevlileri, hastabakıcılar ile hastanın ailesi yer alır. Evde Sağlık Hizmeti alan hastanın primer hastalığı ve sekonder belirtilerine göre ilgili Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumlu hekiminin önerisi ile “Konsültasyon Süreci talimatı” doğrultusunda ihtiyaç duyulan sağlık profesyonellerinden destek alınır. **Hizmet Verilecek Ortam Şartları:** Hastanın yatak ve oda içindeki güvenliği sağlanır. Hastanın düşme riski değerlendirmesi yapılır. Yüksek riskli hastaların bakım veren yakınına düşmenin önlenmesi için alınacak tedbirler ile ilgili eğitim verilir. Hastanın primer hastalığı ya da sekonder belirtileri doğrultusunda uygun tıbbi bakım planı hazırlanır ve uygulanır.

Gerekli Ekipmanlar: Hatanın durumuna göre gerekli ekipmanların gerek ev ortamında gerekse ilgili Evde Sağlık Hizmetleri Birimi acil müdahale setinde hazır bulunması sağlanmalıdır. (Acil çantası ve malzeme kontrol formu)

Özel Bakım Uygulamaları Ve İşlemler:

Bireysel öz bakım: Terminal dönemdeki hastalar kendi bakımlarını yapamayabilir. Hastanın bakımını üstlenmiş olan yakını gereksinimlerine yardımcı olmalı gerektiğinde kendi yapmalıdır. Bu sebeple, hastanın bakımını yapacak olan yakınına, ağız, burun ve gözlerin bakımı, hastanın kişisel hijyeninin nasıl sağlanacağına dair gerekirse, uygulamalı olarak, eğitim verilir.

Ağrılı hastada bakım: Terminal dönemdeki hastaların birçoğunda özellikle kanser hastalarında görülen bir bulgudur. Hastaların birçoğu ölümden çok ağrıdan korkar. Ağrı kesicilerin miktarı, veriliş

yöntemi hekim tarafından belirlenir. Kanser hastalarına güçlü ağrı kesiciler, ağrı pompaları, sinir blokları kullanılmaktadır. İlaçların yanı sıra ağrının kontrolünde hasta ile iş birliğinin sağlanması da çok önemlidir.

Ağrı kontrolünde temel amaç ağrının hafifletilmesi, ortadan kaldırılması ya da şiddetinin azaltılmasıdır.

Yorgunluğu olan hastada bakım: Yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda görülen en rahatsız edici belirtilerden biride güçsüzlük ve yorgunluktur. Kanser ve diğer kronik hastalıklarda ortaya çıkan bu belirtinin nedeni, doku oksijenlenmesinin azalmasıdır. Güçsüzlüğün ve yorgunluğun fiziksel nedeni ağrı, enfeksiyonlar ve uykusuzluktur. Psikolojik nedeni ise anksiyete ve depresyondur. Bu hastaların dinlenmesi sağlanmalı, temel ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olunmalıdır.

Bulantı ve kusması olan hastada bakım: Bulantı ve kusma terminal dönem hastalarında görülen önemli bir sorundur. Özellikle yemeklerden sonra artar ve hastayı rahatsız eder. Bu durumdaki hastalara, doktor istemine göre yemeklerden önce antiemetikler ve ağız bakımı verilir. Ağız bakımı hastayı rahatlatır, iştahını açar. Ölümü yaklaşan hastanın birkaç gün yemek yememesi sorun yaratmayabilir. Hasta yemek yemesi için zorlanmamalı, yutma sorunu yoksa az miktarda sevdiği gıdalar verilmelidir.

Disfaji (yutma güçlüğü) olan hastada bakım: Yutma güçlüğü nedeniyle hastalar ağızdan gıda almak istemeyebilir. Bu durumda zorlanmamalı, ev ortamında uzman hekim önerisi mevcut ise parenteral beslenmeye geçilmelidir.

Kilo kaybı ve iştahsızlığı olan hastada bakım: Kilo kaybı ve iştahsızlık terminal dönem hastalarının çoğunluğunda görülmektedir. İştahsız hastalar I.V. olarak beslenir, hastaların aldığı, çıkardığı kontrol edilir. Almaları gereken kalori miktarı hesaplanarak hastaların beslenmesi sağlanır.

Konstipasyon, diyare, idrar inkontinansı, retansiyon, distansiyonu olan hastada bakım: Yaşlı hastalarda, kanser hastalarında ve terminal dönem hastalarında görülen bulgulardır. İdrar kaçırma durumlarında hastalara kateter takılmalı ya da emici alt bezleri kullanılmalıdır. Kabız olan hastalara laksatifler verilebilir. Distansiyonu olan hastalara gaz giderici uygulamalar yapılır.

Şuur bulanıklığı ve uykusuzluğu olan hastada bakım: Hastalara uyku problemleri için sedatifler verilebilir. Hastaların şuur bulanıklığı nedeniyle çeşitli kazalara maruz kalmamaları için gerekli önlemler alınmalıdır.

Ödemli hastada bakım: Daha çok invaziv girişim yerlerinde, alt eksremitelerde ve sakral bölgede oluşur. Ödemli bölgede deri bütünlüğü kolay bozulacağından cilt bakımına önem verilir. Ödemli bölge yüksekte tutulmalıdır.

Hareket kabiliyetinin azaldığı durumlarda bakım: Hareket azalmasına bağlı olarak kaslarda zayıflama görülür. Hastalar mümkün olduğu kadar yardım ve destek verilerek hareket ettirilmelidir. Sık sık pozisyonları değiştirilmeli, yatak yaralarını önlemek için havalı yataklar kullanılmalıdır. Hasta yakınlarına yaptırıla bilinecek egzersizler ile yatakla temas eden bölgelere masaj yapılması konusunda eğitim verilir.

Dispne ve solunum sıkıntısı olan hastada bakım: Hastaların %50'sinde görülen solunum sıkıntısını gidermek için ev ortamında imkan var ise oksijen tedavisi uygulanır. Hastalara bilinci açıksa dik oturur ya da yarı dik oturur pozisyon verilir. Ağızda sekresyon birikmemesi için ağız ve boğaz aspire edilir. Gerekirse solunan hava nemlendirilir.

Ateş, titreme ve terlemesi olan hastada bakım: Terminal dönemdeki hastaların çoğunda ateş görülür. Yüksek ateşi olanlara soğuk uygulama yapılır. Hastalar, periferik dolaşım bozulduğu için

yüksek ateşe rağmen üşür. Üşüyen hastalara soğuk uygulama yapılır. Hastaya, uygun antipiretikler verilmelidir. Terleyen hastaların yatak takımları değiştirilir.

Taşikardisi olan hastada bakım: Hastaların nabzında bozulmalar görülür. Terminal dönem hastalarında özellikle ölüme yakın dönemde bradikardi, şoklarda taşikardi görülür. Hastaların vital bulguları sık sık alınır, gerekirse monitörize edilir.

Tromboz ve patolojik cilt bulguları olan hastada bakım: Terminal dönem hastalarında dolaşım bozukluğuna bağlı olarak nekroz ve trombozlar gelişebilir. Yatağa bağımlı hastalarda ise en önemli sorun yatak yaralarıdır. Hastalara sık sık pozisyon değişikliği yapılır. Mümkünse hastalar hareket ettirilir, basınç noktalarına simitler konur ve masaj yapılır.

2.ONKOLOJİ HASTA BAKIM SÜRECİ:

Disiplinlerarası İşbirliği: Onkoloji hasta bakımı multidisipliner yaklaşım gerektirir. Hekimler, hemşireler,

psikologlar, diyetisyenler, sosyal hizmet görevlileri, rehabilitasyon ekipleri, din görevlileri, hastabakıcılar ile hastanın ailesi yer alır. Evde Sağlık Hizmeti alan hastanın primer hastalığı ve sekonder belirtilerine göre ilgili Evde Sağlık Hizmetleri Birim sorumlu hekiminin önerisi ile “Konsültasyon Süreci Prosedürü” doğrultusunda ihtiyaç duyulan sağlık profesyonellerinden destek alınır.

Hizmet Verilecek Ortam Şartları: Hastanın yatak ve oda içindeki güvenliği sağlanır. Yatak kenarları kaldırılır. Düşme riski değerlendirmesi yapılır. Yüksek riskli hastaların bakım veren yakınına düşmenin önlenmesi için alınacak tedbirler ile ilgili eğitim verilir. Hastanın primer hastalığı ya da sekonder belirtileri doğrultusunda uygun bakım planı hazırlanır ve uygulanır.

Gerekli Ekipmanlar:

Hastanın durumuna göre gerekli ekipmanların gerek ev ortamında gerekse ilgili Evde Bakım Hizmetleri Birimi acil müdahale setinde hazır bulunması sağlanmalıdır. (Acil Müdahale Çantası İlaç Kontrol Formu, Acil Müdahale Çantası Malzeme Kontrol Formu)

Özel Bakım Uygulamaları Ve İşlemler:

Alopesi: Kemoterapötik ilaçların ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıdır. Alopesi için;

• Hastaya saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra yeniden çıkacağını açıklamak,

• Saçların çıkarken yapı ve renk yönünden farklılık olabileceğine ilişkin hastayı uyarmak,

• Hastaları şapka, eşarp, bone, peruk gibi değişik materyaller konusunda bilgilendirmek,

• Kemoterapiden önce saçlarını kısaltmasını önermek,

• Göz kalemi, kaş kalemi, takma kirpik önerip uygulamasına yardım etmek,

• Kalan saçlar için sık şampuan uygulamamak ve yumuşak fırça kullanmak,

• Saç kaybı arttıkça, kalan saçları traş ettirebileceği konusunda öneride bulunmak,

• Kafa derisini güneşi bloke eden ajanlarla, şapkalarla sıcak ve soğuktan korumak,

• Aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklikleri görüşerek hastanın nasıl kabulleneceği konusunda aile üyelerine tavsiyelerde bulunularak manevi destek sağlamak.

Deri Bütünlüğünde Bozulma: Kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle vücudun deri tabakasındaki iritasyon, kızarıklık, kaşıntı ile kendini gösteren değişimdir. Deri bütünlüğü bozulan hastalar için;

• Nemli ve kirli deride, deri bütünlüğü bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan alanı temiz ve kuru tutmak,

• Deri frajil olduğundan tedavi alanının ovuşturmamak ve kaşımamak,

• Kimyasal iritan maddelerle kolayca travmatize olduğunda alanı, ılık su ve parfümsüzyumuşak sabunla hafifçe yıkamak, yumuşak bir havlu ile kurulayıp havalandırmak,

• Metal element içeren maddeler iritasyonu arttırdığı gibi radyasyon ışınlarının dağılmasına da neden olacağından talk pudrası, losyon ve deodorant kullanmamak,

• Radyasyon alan derideki kesikler yavaş iyileştiğinden ve enfeksiyona eğilim olduğundan jilet yerine elektrikli veya pilli traş makinası kullanmak, bölge kırmızı ve ağrılı ise traş olmamak, kadın hastalarda ise manikür yaptırmamak,

• İritasyon ve reaksiyonu önlemek için; teri emici, yumuşak ve bol giysiler giymek,

• Bölgeyi aşırı sıcak ve soğuktan, direkt gün ışığından korumak için uzun kollu elbise ve geniş kenarlı şapkalar giymek, ayrıca güneş ışığını bloke eden kremler kullanmak, cilde doğrudan sıcak ya da soğuk kompres uygulamasından kaçınmak, yapıştırıcı band/selobant kullanmamak,

• Yatağa bağımlı hastalarda basınç bölgelerini gözleyerek hastanın pozisyonunu 2 saatte bir değiştirmek,

• Ekstremiteleri yükselterek ödemi önlemek,

• Sabah, akşam tuvaleti, yatak banyosu, baş ve ayak banyosu vererek hijyenik gereksinimleri karşılamak,

• Deride kızarıklık, hiperpigmentasyon, kaşıntı, kuruluk, dermatit, akne oluşabileceği, dil, mukoz membran ve el ekleminde koyulaşmalar olabileceği,

• Fotosensivite nedeniyle güneşte fazla kalmanın sakıncalı olduğu,

• Ciltte ve tırnakta renk değişikliği olabileceğinden hastanın istediği renkte tırnak cilası kullanabileceği, bu bozukluğun zamanla düzeleceği,

• Tırnakların kısa olması, pamuklu giysilerin tercih edilmesi konusunda hastayı bilgilendirilmek,

• Cildi kuru ve temiz tutmak,

• İrrite edici losyon ve kremleri kullanmamak,

• Soğuk kompres, antihistaminik ve kortikosteroid kullanmak. Kaşıntıyı arttırmamak ve cilt bütünlüğünü bozmamak için özellikle kaşımamak gerektiği hastaya anlatılmalıdır.

Yorgunluk: Kanserli hastalarda sık görülen sorunlardan biri olan yorgunluk, kemoterapinin yan etkisi olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, diyare, ağrı, immobilite, anemi ve malnütrisyon gibi faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıkan bir semptomdur. Yorgunluğu olan hastalar için;

• Hastanın bakım gereksinimlerini kısa sürede tamamlamak,

• Bakımın sağlanmasında ve sürdürülmesinde hastayı teşvik etmek, gerekiyorsa yardım etmek,

• Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörleri önlemek,

• Hastanın gece en az 7-8 saat uyuması, gündüz uyku periyotları oluşturulmasını ve aktivite kısıtlamasını sağlamak,

• Tedavinin tipine göre hafif egzersizler seçilmesine, enerji seviyesinin artmasına yardımcı olmak,

• Hastanın enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda önemli aktivitelerini yapması, ancak bunu sonradan daha fazla yorgunluk hissetmesine neden olacak şekilde yapmaması ve yeterli beslenmesini sağlamak.

• Hastanın dinlenik olduğu zaman, örneğin sabahları en besleyici besinleri alması, sert zor ve çok çiğnenen besinlerin verilmemesini, sık sık ve azar azar beslenmesini, dinlenme periyotlarının verilmesini, proteinden zengin ve bol kalorili besinlerin seçilmesini önermek,

• Yıkılan hücrelerin ve artık ürünlerin uzaklaştırılabilmesi için sıvı kısıtlaması yok ise, günde en az 8-10 bardak su almasını önermek.

Anemi: Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, DİC'e bağlı olarak gelişen bir tablodur. Anemisi olan hastalar için;

• Yorgunluk, baş dönmesi, titreme ya da taşipne gibi anemi belirtilerini gözlemlemek,

• Ortostatik hipotansiyon baş dönmesi varsa, özellikle yatarken ve kalkarken yavaş hareket etmesini söylemek,

• Halsizlik ve dispneyi gözlemek, gerekirse oksijen tedavisi yapmak,

• Hemoglobin ve hematokriti düzenli aralıklarla kontrol etmek,

• Bilgi eksikliği varsa anemi belirtileri konusunda bilgilendirmek.

Notropeni: Kemoterapi ve/veya radyoterapiye bağlı kemik iliği baskılanması, immünosüpresyona bağlı oluşan ve enfeksiyon gelişme riskine yol açan önemli bir semptomdur. Nötropenisi olan hastalar için;

• Hastada enfeksiyon belirtilerini (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı, iltihap oluşumu vs) gözlemlemek,

• Enfeksiyonun en sık görüldüğü bölgeleri (cilt ve muköz membranlar, oral kavite, solunum sistemi ve üriner sistem) gözlemlemek,

• Hastada ağız ve vücut hijyenine önem vermek, günlük kontrolleri yapmak ve deriyi travmalardan korumak,

• Konstipasyon oluşmaması için önlemler almak,

• Perianal bölgeyi ılık suyla ve yumuşak sabunla temizlemek,

• Tırnakların kısa ve düz kesilmesini sağlamak,

• Deri bütünlüğünü korumak ve günlük temizliğini yapmak,

• Hasta ve ailesinin el yıkamaya özen göstermesini sağlamak,

• Düzenli aralarla hastanın ateş takibini yapmak,

• Hastanın dinlenmesine ve beslenmesine dikkat etmek

Trombositopeni: Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, DİC ve pıhtılaşma faktörlerinin yetersiz yapımı nedeniyle kanamaya eğilimin artmasıdır. Trombositopenisi olan hastalar için;

• Hastayı banyo yaptırılırken ve dolaştırılırken çarpma, düşme gibi travmalardan korumak,

• Burun temizliğinin travmatik olmamasına dikkat etmek,

• Ağız bakımı için yumuşak materyal kullanmasını önermek,

• Vazodilatasyon yapacağı için alkollü içkileri yasaklamak,

• Aspirin ve non steroid antiinflamatuar ilaçlar kullanılmamasını sağlamak,

• IM enjeksiyonlardan kaçınmak, gerekli ise işlemden sonra 3-5 dakika basınç uygulamak,

• Konstipasyon oluşumunu önlemek için hastanın bol sebze meyve yemesini sağlamak,

• Deride peteşi ekimoz kontrolünü yapmak,

• Diş eti, burun, idrar, dışkı kanaması gibi normal olmayan kanamaları yakından takip etmek **Stomatit:** Ağız ve orafarenksteki ülseratif lezyonlar, oral inflamasyon, kemoterapi (immünosupresyon), bulantı, kusma, oral hijyen yetersizliği, nötropeni, trombositopeni ve dehidratasyon nedeniyle gelişebilir. Stomatiti olan hastalar için;

• Oral kaviteyi her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden kontrol edip değerlendirmek,

• Hastaya uygun ağız bakımını öğretmek,

• Lezyon yoksa: 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalamak ve mukostatin ve betadin ile gargara yapmak,

• Lezyon varsa; 2 saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapıp arkadan dudakları vazelinlemek,

• Hastanın öğünlerden önce ve sonra ağız bakımını yapmasını sağlamak,

• Stomatit oluşmuşsa uygun solüsyonlar önermek,

• Sıvı dengesini sürdürmek,

• Sıcak yiyeceklerden kaçınarak, yumuşak, protein ve vitamin yönünden zengin yiyecekler önermek

• Asitli, tuzlu, baharatlı besinlerden kaçınılmasını önermek,

• Alkol ve sigara kullanılmamasını önermek,

• Dudaklar kuru ise vazelin ya da E vitaminli preperatlar ile yumuşatmak,

• Diş protezlerinin uygun olup olmadığının değerlendirilmesini, rahatsız ediyorsa takılmaması gerektiğini öğütlemek,

• Yumuşak diş fırçası kullanılmasını önermek,

• Eğer ağızda kanama varsa bunu önlemek için hastaya ağzına küçük bir buz parçası almasını önermek,

• Ağrı için doktor istemine göre lokal aneljezik kullanılmasını önermek

Diyare: Kemoterapi, anksiyete, stres gibi nedenlerle GİS'in aktif olarak bölünen epitelyal hücrelerinin hasarıdır. Diyare olan hastalar için;

• Günlük dışkılama sayısı ve dışkının özelliklerini tanılamak ve kaydetmek,

• Barsak alışkanlıklarını tanılamak,

• Aldığı çıkardığı sıvı takibi ve kaybedilen sıvıyı yerine koymak,

• Dışkı kültüründe üreme yoksa doktor istemine göre antidiyaretik ilaçları vermek,

• Perine bölgesini iritasyon, travma ve kanama açısından gözlemlemek,

• Bölgeyi ılık suyla temizlendikten sonra hafifçe kurulamak,

• Dışkı sayısını kaydetmek ve dışkıyı kanama yönünden gözlemlemek,

• Az lifli, pişmiş yiyecekleri menüye almak,

• Sütlü ürünlerden sakınmasını sağlamak, potasyum kaybı olacağından sakıncası yoksa muz, portakal, patates vermek,

• Diyetteki yağ miktarını azaltmak,

• Fazla sıcak ve soğuk olmayan az şekerli yiyecekleri az ve sık olarak almasını sağlamak,

• Diyare düzeldiğinde lifli besinlerin diyete azar azar eklenmesini sağlamak

Konstipasyon: Kemoterapinin nörotoksik etkisi, narkotik ajanların kullanımı, hareketsizlik, yeme alışkanlığında değişiklikler, dehidratasyon, hipokalsemi nedenleri ile gelişebilir. Konstipasyon olan hastalar için;

Lifli besinleri önermek (sebze, meyve, yulaf vb.),

• Sakıncası yoksa sıvı alımını arttırmak (günde en az 2lt),

• Aktivite önermek,

• Düzenli defekasyon alışkanlığı kazandırmaya çalışmak,

• Dışkılama, barsak sesleri, bulantı, abdominal distansiyon gibi paralitik ileus belirtilerini izleyip ve kaydetmek,

• Nonfarmakolojik uygulamalar yarar sağlamadığında eğer sakıncalı değilse doktor istemine göre laksatifler vermek

Bulantı-kusma: Bulantı ve kusma genellikle kemoterapi tedavisi nedeniyle görülür. Bulantı tedaviden sonraki ilk 6 saat içinde ortaya çıkmaktadır. Bulantı-kusması olan hastalar için;

• Bulantı ve kusmanın şekli ve oluş biçimi açısından hastayı tanılamak,

• Çıkartılan miktarı, içerik, renk açısından değerlendirerek kaydetmek,

• Dehidratasyon belirtileri açısından hastayı gözlemlemek,

• Antiemetik ilaçları en az yarım saat önce vermek,

• Ağız bakımının sık verilmesini, protez varsa tedavi sırasında çıkartılmasını sağlamak,

• Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes almanın faydalarını anlatmak,

• Vücut ağırlığı, aldığı çıkardığı sıvı miktarını değerlendirmek,

• Kemoterapiyi düşünmek bile bulantıya sebep olabileceğinden, tedaviden önce ve tedavi sırasında gevşeme tekniklerinin kullanılmasını önermek ve öğretmek,

• Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz, hasta giysilerinin rahat olmasına özen göstermek,

• Öğünlerin azar azar sık sık alınmasını ve iyice çiğnenmesini önermek,

• Öğünlerde sıvı alımından kaçınılmasını önermek,

• Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı gıdalardan kaçınılmasını önermek ve kompleks karbonhidratların yararlı olabileceği konusunda bilgi vermek,

• Yiyeceklerin özellikle kuru gıdalardan seçilmesine dikkat etmek,

• Yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktiviteler yapmasını önermek

İştahsızlık: İştahsızlık, yiyeceklerin sindirimi, besin alımı yetersizliği, kullanılan ilaçlar ve aktivite azlığı, bulantı, kusma, stomatit, depresyon ve bazı kemoterapötik ilaçlar nedeniyle görülmektedir. İştahsızlığı olan hastalar için;

• İştahsızlık gelişebileceği konusunda hasta ve ailesine eğitim vermek,

• Diyetisyenle işbirliği yapılarak beslenme programını planlamak,

• Yüksek kalorili ve proteinli besinlerin alınmasına cesaretlendirmek,

• Az ve sık aralarla beslenmeyi önermek,

• Açlık hissettiği anda yemek yemeye cesaretlendirmek,

• Her öğünden önce ağız bakımını sağlamak,

• Hastanın sevdiği bir ortamda sevdikleri ile birlikte, az ve sık yemesini sağlamak,

• Ortamda hoş olmayan ya da hastanın hoşlanmadığı kokuları engellemek,

• Yemekleri iştahı uyandıracak görüntüde sunmak,

• Yemeklerin hazırlandığı ortama hastanın girmemesini sağlamak,

• Rahat, sakin, hafif müzikli bir ortam sağlanması gibi uygulamalar yapmak,

• Beslenmesi oral yolla karşılanmıyorsa intravenöz ya da enteral yolla beslenmesini sürdürmek **Ağrı:** Hastalık veya tedavinin etkilerinin yüze yansıması olarak ifade edilir. Ağrısı olan hastalar için;

• Doktor önerisine göre, tedaviyi uygulamak,

• Masaj yapmak, sıcak ya da soğuk uygulama, ılık banyolar, çevrenin sessiz ve sakin olmasını sağlamak,

• Gevşeme tekniklerini öğretmek, radyo dinlemesini, televizyon seyretmesini sağlamak,

• Okuma, müzik dinleme, hayal kurmayı önermek

Anksiyete ve Depresyon: Kanserin herhangi bir evresinde görülen davranışlarda aşağıdaki faktörler etkili olmaktadır; geçmiş hastalık deneyimleri ve uyum yetileri, gelecek planlarının tehdit edilme

derecesi, hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutumlar ve dini inanışlar, genel kişilik özellikleri, aile içinde üstlenilen rol modelleri, yaşam şekli ve sosyoekonomik durumları, sosyal destek sistemleri ve bunlara ulaşılabilirlik düzeyleri, hastalığın boyutu ve semptomların varlığı, duygu düşüncelerini açıklama yetenekleri, tanının konduğu yaş ve gelişim düzeyleri. Anksiyete ve depresyonu olan hastalar için;

• Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği sağlamak,

• Hastanın kaybolduğunu hissettiği kontrolünü yeniden sağlamak ya da birinin hastanın çevresine hakim olduğu duygusunu vermek,

• Geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirmek, uygun yöntemin kullanılmasını sağlamak,

• Hasta ve ailesine yeterli psikososyal destek sağlamak

2..İMMÜN SİSTEMİ BASKILANMIŞ OLAN HASTALAR

Hizmet sunum süreçleri: Solid veya hemotojen malignansi tanısıyla izlenen tüm hastalar, nötropenik hastalar, HIV/AİDS olguları, yanık, solid organ veya kemik iliği nakli yapılan olgular, immünsupresif tedavi alan tüm hastalar, konjenital veya sonradan kazanılmış immün yetmezliği olan hastalar bu gruba dâhildir.

Disiplinlerarası işbirliği: ESH ekipleri tarafından değerlendirilen bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar, koruma tedbirlerine rağmen, yüksek ateş belirtileri gösteriyorsa kendi doktoruna yönlendirilir. **Hastanın yaşam alanı ile ilgili gereklilikler:** Hastanın ziyaret kısıtlaması getirilmelidir. Odasında minumum düzeyde eşya bulunmalıdır. Hastanın yanına sadece belirli kişiler koruyucu ekipmanlar (maske, steril eldiven, önlük, galoş) ile girmelidirler. Kendine ait bardağı, tabağı, çatalı, vb. her şeyi ayrı olmalıdır. Ev ortamında sağlanabiliniyorsa tuvalet ve banyosu da ayrı olmalıdır.

.**Gerekli ekipmanlar:** Ağız bakımı talimatına uygun malzemeler , Acil durum için O2 tüpü, Aspirasyon cihazı, Non- steril eldiven, Maske, Steteskop, Otoskop, Işık kaynağı, pulsoksimetre, glikometri,

Özel bakım uygulamaları ve işlemler:

• Hijyen: Hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenen sağlık personeli ve aile bireyleri her temas öncesi ve sonrası “Hasta ve Çalışan Hijyeni Tıbbi Atıklardan Korunması Prosedürü”ne göre el hijyeni sağlamalıdır. Üst solunum yolu enfeksiyonu olan sağlık personeli ve aile bireylerinin hasta ile temasında cerrahi maske gibi koruyucu önlemler alınmalıdır.

• Ateş: Ateş takibi ekip ve hasta yakını tarafından düzenli olarak yapılmalıdır.

• Beslenme: Hastalar ekip tarafından nütrisyon açışından değerlendirilip, malnütrisyon önlemleri alınmalıdır. Alkol, sigara kullanımına kısıtlama getirilmelidir.

• Hastalığı ile ilgili genel belirti değişiklikleri kayıt altına alınıp gerekli yerlere bildirilmelidir.

3.GERİATRİ (YAŞLILIK) HASTALARI

3.1.GERİATRİK BİREYLERDE GÖRÜLEBİLECEK OLASI SAĞLIK SORUNLARI

• Beden gereksiniminden fazla/az beslenme

• Yutma bozukluğu

• İdrar yapmada değişiklik

• Konstipasyon

• Bireysel bakımda yetersizlik

• Aktivite intoleransı

• Kendini beslemede eksiklik

• Yürümenin bozulması

• Gaz değişiminde bozukluk

• Evdeki sorumluluklarını sürdürme ve yürütmede bozukluk

• Boş vakitlerini değerlendirmede yetersizlik

• Tuvalet sonrası bakımda yetersizlik

• Uykusuzluk

• Travma riski

• Enfeksiyon riski

• Kronik ağrı

• Bellekte bozulma

• Akut/kronik konfüzyon

• Beden bilincinde bozulma

• Cinsel yaşamda değişim

• Ölüm anksiyetesidir. Tespit edilen sağlık sorununa yönelik eğitim ve tıbbi bakım planlanmalıdır.

3.2.GERİATRİK BİREYLERE YÖNELİK EĞİTİM

• Yaşlıya eğitim sessiz ve sakin bir ortamda yapılmalı. Eğitim seansları aralıklı olmalı, eğitim süresi kısa tutulmalıdır.

• Hatırlamayı kolaylaştırıcı yöntemler (saat alarmı kurmak, randevuları takvime kaydetmek, sorunları ve soruları küçük kâğıtlara not etmek gibi) öğretilmelidir.

• Gündüz dinlenme saatlerinde uyumanın gece uykusuzluğa yol açacağı açıklanmalıdır.

• Yatılan oda uyumadan önce havalandırılmalı, uyku geldiğinde yatağa girilmeli ve yatak odasında TV bulundurulmamalıdır.

• Solunum kapasitesini artırmak için uygun pozisyon açıklanmalıdır. (Yatarken omuzların altı geniş yastıklarla desteklenmelidir.).

• Solunum yollarının temizlenmesi için öksürük ve derin solunum egzersizleri öğretilmelidir.

• Günlük aktiviteler sırasında yeterince istirahat edilmelidir.

• Sigara içilen ortamlarda bulunulmamalıdır.

• Yaşanılan mekân sık sık havalandırılmalıdır.

• Sıcak veya soğuk aşırı ısı değişikliklerinden korunulmalıdır.

• Yemekler sık aralarla küçük öğünler hâlinde yenilmelidir.

• Aktiviteler arasında sık sık dinlenilmelidir.

• Damar değişikliği nedeniyle bacak ve ayaklarda gelişebilecek sorunlara yönelik bakımın nasıl olacağı açıklanmalıdır.

• Kan basıncının nasıl ölçüleceği öğretilmelidir. Belli aralarla kan basıncı ölçümü planlanmalıdır.

• Kan basıncı yüksekliği varsa beslenmenin nasıl olacağı açıklanmalıdır.

• Beden ağırlığının normal sınırlarda olması için günlük enerji ihtiyacını karşılayacak temel besin gruplarını içerecek bir beslenme planı yapılmalıdır.

- Az ve sık beslenilmelidir.
- Besinlerin kolay sindirilebilmesi için iyice çiğnenmelidir.
- Yemekler oturur pozisyonda yenilmelidir.
- Düzenli aralarla (sabah aç karnına, aynı giysilerle) kilo takibi yapılmalıdır.
- Günlük alınan sıvı miktarı ve çıkarılan idrar miktarı izlenmelidir.
- Yemekleri hazırlamada güçlük çekiliyorsa yardım alınmalıdır.
- Yemekten önce ve sonra eller yıkanmalı, yemekten sonra ağız bakımı yapılmalıdır.
- Kabızlığın önlenmesi için lifli besinler yenilmeli, yeterli sıvı alınmalı (Sıvı alımını kısıtlayacak bir durum yoksa günde 6-8 bardak su içilmelidir.), yürüyüş ve karın adalelerini güçlendirici egzersizler yapılmalıdır.
- Bağırsak yumuşatıcı ilaçları sürekli kullanmanın uygun olmadığı açıklanmalıdır.
- İdrar kaçırma yaşlıyı çok rahatsız eden bir durumdur. Yaşlının utanmasına, sosyal ilişkilerini kesmesine yol açabilir. Ayrıca cilt tahrişine, idrar yolu enfeksiyonuna da yol açabilir. Bu durumun pek çok kişide görülebildiği, alınacak önlemlerle ve uygun tedaviyle yaşamın normal şekilde sürdürülebileceği açıklanmalıdır.
- İdrar kaçırmanın nedeni araştırılmalı ve nedene göre tedavi edilmelidir.
- Kullanılan ilaçların (örneğin, idrar söktürücü ve sinir sistemini baskılayan ilaçlar) idrar kaçırmaya etkisi olup olmadığı araştırılmalıdır.
- İdrar yapmayı kontrol eden adaleleri güçlendirme egzersizleri öğretilmelidir.
- Mesane eğitimi (önce 30 dakikada bir idrar yapma, giderek idrar yapma aralığını 2-3 saate kadar çıkararak idrara yapma sıklığını azaltma) öğretilmelidir.
- Pedlerin nasıl kullanılacağı, bu bölgenin nasıl temiz ve kuru tutulacağı öğretilmelidir.
- İdrar kaçırma korkusu nedeniyle az sıvı almanın sağlıklı olmadığı açıklanmalıdır.
- İdrar söktürücü ilaçlar, gece idrar yapmayı önlemek için sabah saatlerinde alınmalıdır.
- Yeterli protein, kalsiyum ve D vitamini almanın önemi açıklanmalıdır.
- Kas-kemik kayıplarını önleyecek egzersizlerin düzenli yapılmasının önemi açıklanmalıdır.
- Düşmelerin önlenmesi için yapılması gerekenler açıklanmalıdır.
- Ağrıyla baş etme yoları açıklanmalıdır.
- Eklemleri zorlamamak için yardımcı aletler kullanılmalıdır.
- Günlük aktiviteler yapılırken ortam daha iyi aydınlatılmalıdır.
- Işık değişikliğine gözün uyumu azaldığı için yatak odasında gece lambası bulundurulmalıdır.
- Parlak yüzeylerden yansımayı önleyecek şekilde ışık düzenlemesi yapılmalıdır.
- Saat, takvim, telefon numaraları büyük ve koyu renk olmalıdır. (Yaşlılar en iyi siyah rengi görür.).
- Evde eşyaların yeri değiştirilmeden önce yaşlılara söylenmelidir.
- Kulaklar banyo sırasında parmağa dolanan bir bezle temizlenmelidir.
- Kulağı temizlemek için pamuklu çubuk veya kürdan gibi cisimler kullanılmamalıdır.
- Haftada bir veya iki kez ılık suyla duş şeklinde banyo yapılmalıdır. Saç için yumuşak şampuanlar tercih

edilmeli ve saç kremi kullanılmalıdır.

• Banyo sırasında deri; kızarıklık, sıyrık ve yumru yönünden izlenmelidir.

• Banyodan sonra yumuşak havluyla baş ve vücut tahriş edilmeden kurulanmalı, koltuk altları ve parmak araları ıslak kalmamalı, deriye nemlendirici krem sürülmelidir.

• Ayaklar ve ayak parmakları kızarıklık, solukluk, mavimsi-mor renk, kaşıntı, çatlak yönünden izlenmeli, bu değişiklikler varsa sağlık kuruluşuna başvurulmalıdır.

• Ayaklar her gün su ve sabunla yıkanıp kurulandıktan sonra teri emen çoraplar giyilmelidir. Ayağı sıkmayan, destekleyen, kaymayan deri ayakkabılar tercih edilmelidir. Çıplak ayakla dolaşılmamalıdır.

• El tırnakları yuvarlak olarak, ayak tırnakları ise ılık suda yumuşatıldıktan sonra düz olarak kesilmelidir.

• Bedendeki tüylerin temizliğinde jilet gibi kesici aletler kullanılmamalıdır. (Tüy dökücü kremler kullanılabilir)

• Uzun süre güneş ışınlarına maruz kalınmamalıdır.

• İç çamaşırları sentetik olmamalı, pamuklu ya da yünlü olabilir. Sık aralarla değiştirilmelidir.

• Beden ısısının normal sınırlarda olması için sıcak ve soğuk havalara uygun giysiler giyilmelidir. Soğukta tek kalın giysi yerine bir iki kat daha ince giysi tercih edilmeli ve gerektiğinde bir katı çıkarılmalıdır. Soğuk ortamlarda beden ısısının korunması için hareketli olunmalıdır.

• Tuvalete gitmeden önce ve sonra eller yıkanmalıdır. Taharetlenme önden arakaya doğru olmalıdır. Renksiz tuvalet kâğıdıyla kurulanmalıdır.

• İşitme cihazı kullanan hastalara nasıl kullanılacağı, nasıl temizleneceği ve bataryasının nasıl değiştirileceği öğretilmelidir.

• Kapı zilinin ve telefonun sesi yükseltilmelidir.

• Yaşlılar yüksek sesle söyleneni daha zor duyabileceklerinden onlarla yüksek olmayan sakin bir ses tonuyla konuşulmalıdır.

10. YANIK TEDAVİSİ GÖREN HASTALAR:

Hizmet Sunum Süreçleri: Yanık vakalarında ilk değerlendirme hastane şartlarında olacağından yanık yaraları temizlenmiş, ölü dokular patlamış ve büller debride edilmiştir. Pansumana ev şartlarında devamı uygun görülmesi halinde evde sağlık hizmetlerinin hizmeti başlar. 1. Derece ve 2. Derece(her zaman olmayabilir) yanık pansumanları ev şartlarında günlük yapılabilir**.**

Disiplinler Arası İşbirliği:ESH ekipleri tarafından pansumanı düzenli olarak yapılan hasta gerekli görülürse, ile “Konsültasyon Süreci talimatı” doğrultusunda ihtiyaç duyulan uzman hekimden destek alınır.

Hastanın Yaşam Alanı ile İlgili Gereklilikler: Öncelikle hastanın yatak ve oda içindeki güvenliği sağlanır. Hastanın düşme riski değerlendirmesi yapılarak eğitimi verilir. Hastanın pansumanı temiz şartlarda yapılmalı, yanık bölgesi ve çevresi temiz tutulmalı, meşh yapılarak üzeri örtülür.

Gerekli Ekipmanlar: Hastanın durumuna göre gerekli ekipmanların gerek ev ortamında gerekse ilgili Evde Bakım Hizmetleri Biriminin pansuman setinde hazır bulunması sağlanmalıdır.

Özel Bakım Uygulamaları ve İşlemler:

Yanık vakalarında ilk değerlendirme hastane şartlarında olacağından yanık yaraları temizlenmiş, ölü dokular patlamış ve büller debride edilmiştir. Pansumana ev şartlarında devamı uygun görülmesi halinde evde sağlık hizmetlerinin hizmeti başlar. Ellerde bulunan büllerin patlatılması şiddetli ağrıya neden olacağından yapılmamalıdır. Yanık dokusu enfeksiyonlardan korunmak amacıyla silver sulfadiazin preparatı ile kaplanır. Daha sonra el ve ayaklarda bulunan yanıklarda yanık bölgesi pansuman yapılarak sarılır. Yüzde genellikle yanık yarasının kapanması gerekli değildir. Boyun bölgesinde ise yaranın kapatılması gereklidir. Ön ve arka vücut yüzeyinde ise antiseptik kremle yanık yüzeyinin kaplanması yeterlidir. Ancak çocuklarda hareketli olmaları nedeniyle vücut yanıklarınında kapatılması

Uygun olabilir. Gerekli yanık bakımı ve kapiller düzelme sonrasında yanık alanlarının kapatılması diğer bir dinamik olaylar zinciridir.

İLGİLİ DOKÜMANLAR

- Hasta Bakım Prosedürü
- Konsültasyon Süreci Talimatı