

KOVANCILAR MYO EVDE HASTA BAKIMI UYGULAMA BECERİLERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

YÜZ TEMİZLİĞİ VE BAKIMI BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, yüz temizliği ve bakımı uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir. Her basamak 3'lü Likert ölçeği ile değerlendirilecektir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Gerekli malzemeler hazırlanır ve eller, el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.			
2	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve hastadan izin alınır.			
3	Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilerek kolay ulaşılabilir biçimde yerleştirilir.			
4	Yatak etrafına perde ya da paravan çekilir.			
5	Yakın taraf yatak kenarlıkları indirilir.			
6	Hasta oturur pozisyona alınır. Sırtı yastık ile desteklenir. Hasta oturur pozisyona alınamıyorsa başı yana çevrilir. Muşamba, çevrenin ıslanmaması için nevresim üzerine serilir.			
7	Sabunlama bezi ıslatılıp ele sarılır. Bezin ucu ile önce uzak taraf göz kapağı içten dışa, sonra yakın taraf göz kapağı bezin diğer ucu ile aynı şekilde silinir.			
8	Tekrar sabunlanan bez ile önce alın, sonra burnun üstü ve kenarları, yanaklar ve çene silinir, durulanır ve kurulanır.			
9	Yüze nemlendirici krem veya losyon sürülür.			
10	Yaşlı, bilinci kapalı ve çocuk hastaların öz bakım gereksinimleri tamamlandıktan sonra yatak kenarlıkları kaldırılır.			
11	Bakım sonrası malzemeler temizlenerek tekrar kullanıma hazırlanır.			

YARA BAKIM BECERİSİ BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, yara bakımı uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Hastaya kendini tanıtmak			
2	Hastanın kimliğini kontrol etme			
3	Hastaya yapılacak işlemi açıklama			
4	Elleri yıkama			
5	Malzemeleri hazırlama			
6	Hastanın mahremiyetini sağlama			
7	Pozisyonu verme			
8	Koruyucu Ekipman kurallarına göre giyme			
9	Steril eldiven giyme			
10	Kirli pansumanı çıkarma			
11	Yarayı muayene etme (derisi, rengi, basıncı, turgoru)			
12	Merkezden çevreye doğru dairesel olarak yarayı dezenfekte etme			
13	Order edilen medikal içerikle silme			
14	Yarayı pansuman malzemesi ile kapatarak flasterleme			
15	Koruyucu ekipman çıkarma sırasına göre çıkartıp malzemeleri uygun atık kutusuna atma			
16	Malzemeleri ortamdan uzaklaştırma			
17	Hastaya rahat bir pozisyon verme			
18	Elleri yıkama			
19	Yapılan işlemi ve gözlemleri kaydetme			

AYAK BAKIMI BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, ayak bakımı uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir. Her basamak 3'lü Likert ölçeği ile değerlendirilecektir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Gerekli malzemeler hazırlanır ve eller el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.			
2	Hastaya yapılacak uygulama hakkında bilgi verilir.			
3	Malzemeler hastanın yanına kolay ulaşılabilecek bir yere konur.			
4	Hasta odasının kapısı açıksa pencereler kapatılır. Yatak etrafına paravan / perde çekilir.			
5	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıkları indirilir. Yatak rahat çalışılabilecek yüksekliğe getirilir.			
6	Hasta yatağa yarı bağımlı ise sandalyeye oturtulur veya ayakları yataktan aşağıya sarkıtılır. Bu durumda ayağının altına denk gelecek şekilde yere koruyucu ped yerleştirilir. İçi su dolu küvet koruyucu ped üzerine konur.			
7	Hasta yatağa tam bağımlı ise ayaklarının altına su geçirmez örtü serilir. İçi su dolu küvet su geçirmez örtünün üzerine konur. Bir el ile hastanın dizinin altından diğer el ile ayaklarından tutarak küvetteki suya daldırılır.			
8	Nasır vb. varsa ayak 10-15 dakika kadar suda bekletilir.			
9	Sabunlama bezi sabunlanarak ayak bilekleri, ayak sırtı, topuk, parmak araları ve taban bölümü yıkanır ve durulanır.			
10	Gerekirse ayak törpüsü ile topuk kısmı törpülenir. Ayak yıkanır, durulanır. Küvetten çıkarılır ve kurulanır.			
11	Aynı uygulama yakın taraftaki ayak için de küvetteki su değiştirilerek yapılır.			
12	Ayak tırnakları uzun ise tırnak batmasını önlemek için düz şekilde kesilir.			
13	Özellikle parmak araları olmak üzere tüm ayak iyice kurulanır.			
14	Gerekirse ayaklara nemlendirici sürülerek masaj yapılır.			
15	Su geçirmez örtü ve diğer malzemeler kaldırılır. Eldiven değiştirilir.			
16	Hastaya uygun pozisyon verilir.			
17	Yatak takımları kirliyse değiştirilir.			
18	Kullanılan malzemeler ortamdan uzaklaştırılır, temizlenerek yerlerine kaldırılır.			

VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, vücut sıcaklığını değerlendirme uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Hastaya kendini tanıtmak			
2	Hastanın kimliğini kontrol etme			
3	Hastaya yapılacak işlemi açıklama			
4	Elleri yıkama			
5	Malzemeleri hazırlama			
6	Hastaya uygun pozisyon verme			
7	Hastaya uygulama yapılacak olan kolu giysisinden çıkarmasına yardım etme			
8	Hastanın aksillar bölgesini nemlilik açısından gözlemlene, nemli ise tamponla kurulama			
9	Elektronik termometrenin ucu deriye temas edecek şekilde aksillar bölgeye yerleştirme			
10	Hastanın kolunu termometrenin üzerine getirmesini ve kolunu göğsüne çaprazlayarak termometrenin sabitlenmesini sağlama			
11	Elektronik termometre sinyal verinceye kadar bekleme			
12	Dijital göstergedeki değeri okuma			
13	Elektronik termometrenin alıcı kısmı hastanın dil altına sağ ya da sol boşluğuna yerleştirme			
14	Hastanın termometreyi ısırması, konuşmaması konusunda uyarıda bulunma			
15	Ölçüm süresince hastanın dudaklarının kapalı olmasını sağlama			
16	Elektronik termometre sinyal verinceye kadar bekleme			
17	Termometre alınarak ağız sekresyonlarını pamuk tamponla silme			
18	Dijital göstergedeki değeri okuma			
19	Termometreyi şarj ünitesinden çıkartma			
20	Elektronik termometreye disposibl prob takma			
21	Hastanın kulak yolunu düz hale getirme (Yetişkinlerde yukarı ve geri, çocuklarda aşağı ve geri çekme)			
22	Termometreyi hastanın kulağına, sapı çeneyi gösterecek şekilde yerleştirme			
23	Kulağı serbest bırakarak, probu kulak kanalında sabit tutma			
24	Termometrenin başlat düğmesine basma ve sinyal verinceye kadar			

	bekleme			
25	Termometreyi kulak kanalından çıkarma			
26	Dijital göstergedeki değeri okuma			
27	Disposibl probu çıkarmak için düğmeye basma ve atık kutusuna atma			
28	Termometreyi şarj ünitesinden çıkartma			
29	Termometreyi hastanın temporal arterinin üzerine yaklaştırma			
30	Termometrenin başlat düğmesine basma ve vücut sıcaklık değeri okununcaya kadar bekleme			
31	Dijital göstergedeki değeri okuma			
32	Eldivenleri giyme			
33	Elektronik termometreye disposibl rektal uç takma			
34	Rektal termometreyi kayganlaştırıcı sürerek uygun derinlikte yerleştirme (yetişkin: 3.5-3.8 cm, çocuk: 2-2.5 cm, yenidoğan: 1.2 cm)			
35	Hastaya derin nefes alıp vermesini söyleyerek gevşemişini sağlama			
36	Baş ve işaret parmağıyla hastanın anüsünü açma			
37	Yavaşça termometreyi yerleştirme			
38	Direnç hissedildiğinde termometreyi çekme			
39	Elektronik termometre sinyal verinceye kadar bekleme			
40	Dijital göstergedeki değeri okuma			
41	Disposibl rektal ucu çıkarıp atma			
42	Hastanın anal bölgesini tuvalet kağıdı ile temizleme			
43	Eldivenleri çıkarma			
44	Hastaya rahat bir pozisyon verme			
45	Malzemeleri ortamdan uzaklaştırma			
46	Elleri yıkama			
47	Yapılan işlemi ve gözlemleri kaydetme			

VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, vücut sıcaklığını değerlendirme uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Hastaya kendini tanıtma			
2	Hastanın kimliğini kontrol etme			
3	Hastaya yapılacak işlemi açıklama			
4	Elleri yıkama			
5	Malzemeleri hazırlama			
6	Hastaya uygun pozisyon verme			
7	Hastaya uygulama yapılacak olan kolu giysisinden çıkarmasına yardım etme			
8	Hastanın aksillar bölgesini nemlilik açısından gözlemlleme, nemli ise tamponla kurulama			
9	Elektronik termometrenin ucu deriye temas edecek şekilde aksillar bölgeye yerleştirme			
10	Hastanın kolunu termometrenin üzerine getirmesini ve kolunu göğsüne çaprazlayarak termometrenin sabitlenmesini sağlama			
11	Elektronik termometre sinyal verinceye kadar bekleme			
12	Dijital göstergedeki değeri okuma			
13	Elektronik termometrenin alıcı kısmı hastanın dil altına sağ ya da sol boşluğuna yerleştirme			
14	Hastanın termometreyi ısırması, konuşmaması konusunda uyarıda bulunma			
15	Ölçüm süresince hastanın dudaklarının kapalı olmasını sağlama			
16	Elektronik termometre sinyal verinceye kadar bekleme			
17	Termometre alınarak ağız sekresyonlarını pamuk tamponla silme			
18	Dijital göstergedeki değeri okuma			
19	Termometreyi şarj ünitesinden çıkartma			
20	Elektronik termometreye disposibl prob takma			
21	Hastanın kulak yolunu düz hale getirme (Yetişkinlerde yukarı ve geri, çocuklarda aşağı ve geri çekme)			
22	Termometreyi hastanın kulağına, sapı çeneyi gösterecek şekilde yerleştirme			
23	Kulağı serbest bırakarak, probu kulak kanalında sabit tutma			
24	Termometrenin başlat düğmesine basma ve sinyal verinceye kadar bekleme			
25	Termometreyi kulak kanalından çıkarma			
26	Dijital göstergedeki değeri okuma			

27	Disposibl probu çıkarmak için düğmeye basma ve atık kutusuna atma			
28	Termometreyi şarj ünitesinden çıkartma			
29	Termometreyi hastanın temporal arterinin üzerine yaklaştırma			
30	Termometrenin başlat düğmesine basma ve vücut sıcaklık değeri okununcaya kadar bekleme			
31	Dijital göstergedeki değeri okuma			
32	Eldivenleri giyme			
33	Elektronik termometreye disposibl rektal uç takma			
34	Rektal termometreyi kayganlaştırıcı sürerek uygun derinlikte yerleştirme (yetişkin: 3.5-3.8 cm, çocuk: 2-2.5 cm, yenidoğan: 1.2 cm)			
35	Hastaya derin nefes alıp vermesini söyleyerek gevşemişini sağlama			
36	Baş ve işaret parmağıyla hastanın anüsünü açma			
37	Yavaşça termometreyi yerleştirme			
38	Direnç hissedildiğinde termometreyi çekme			
39	Elektronik termometre sinyal verinceye kadar bekleme			
40	Dijital göstergedeki değeri okuma			
41	Disposibl rektal ucu çıkarıp atma			
42	Hastanın anal bölgesini tuvalet kağıdı ile temizleme			
43	Eldivenleri çıkarma			
44	Hastaya rahat bir pozisyon verme			
45	Malzemeleri ortamdaki uzaklaştırma			
46	Elleri yıkama			
47	Yapılan işlemi ve gözlemleri kaydetme			

SAÇ BANYOSU BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, saç banyosu uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir. Her basamak 3'lü Likert ölçeği ile değerlendirilecektir.

1.Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.

2.Geliştirilmeli: Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.

3.Yeterli: Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Hasta ve yakınlarına işlem hakkında bilgi verilir.			
2	El hijyeni sağlanır.			
3	Kişisel koruyucu ekipman giyilir (önlük, bone, maske, eldiven).			
4	Malzemeler hasta başına götürülür.			
5	Oda kapısına uyarı asılır.			
6	Açık kapı ve pencereler kapatılır.			
7	Oda ısısı 25°C'ye ayarlanır.			
8	Paravan kullanılarak mahremiyet sağlanır.			
9	Hastanın mahremiyeti korunur.			
10	Yıkama küveti su ile doldurulur.			
11	Hasta supine ya da Fowler pozisyonuna getirilir.			
12	İlgili yatak kenarı indirilir.			
13	Boyun ve omuz altına muşamba ve çarşaf yerleştirilir.			
14	Saç aksesuarları çıkarılır, saç ve saçlı deri incelenir.			
15	Yastık uzaklaştırılır, baş havlusu yerleştirilir.			
16	Omuz altı rulo pike ile desteklenir.			
17	Gözlere gazlı bez, kulaklara pamuk tampon yerleştirilir.			
18	Baş yıkama muşambası ve atık su yönlendirme yapılır.			
19	Saçlar ıslatılır ve şampuan uygulanır.			
20	Saç diplerine masaj yapılarak yıkanır.			
21	Saçlar durulanır.			
22	İşlem saç temizlenene kadar tekrar edilir.			
23	Fazla su saçtan sıkılarak uzaklaştırılır.			
24	Baş havluya sarılır, hasta yastığa alınır.			
25	Göz ve kulak koruyucular çıkarılır, atılır.			
26	Muşamba ve çarşaf kaldırılır.			
27	Saç kurulanır.			
28	Yüz, boyun ve omuzlar kurulanır.			
29	Saç taranır.			
30	Islak/ kirli yatak takımı değiştirilir.			
31	Uygun hasta pozisyonu verilir.			
32	Yatak kenarları kaldırılır.			
33	Atıklar uygun şekilde uzaklaştırılır.			

34	Kişisel koruyucu ekipmanlar çıkarılır.			
35	El hijyeni sağlanır.			
36	İşlem ve gözlem kaydedilir.			

NABIZ VE SOLUNUM ÖLÇME BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, nabız ve solunumu değerlendirme uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Hastaya kendini tanıtırma			
2	Hastanın kimliğini kontrol etme			
3	Hastaya yapılacak işlemi açıklama			
4	Elleri yıkama			
5	Malzemeleri hazırlama			
6	Hastaya uygun pozisyon verme			
7	Nabız sayımı yapılacak bölgeyi açıkta bırakma			
8	Nabız sayımı yapılacak kolu göğüs üzerine yerleştirme			
9	Nabız almak için işaret, orta ve yüzük parmak uçlarını radial arter üzerine koyma			
10	Nabız atışlarını hissedinceye kadar parmak uçlarını arter üzerine bastırma			
11	Atımların net hissedildiği anda nabız ritmini ve dolgunluğunu değerlendirme			
12	Saatin saniye göstergesi ile atımları saymaya başlama			
13	Atımlar düzenli ise 30 sn. sayma ve 2 ile çarpma. Nabız düzensizse ya da ilk defa sayılıyorsa 1 dk. süresince sayma			
14	Nabız sayma işlemi bittikten sonra hastanın elini göğüs kafesine biraz daha yaklaştırma			
15	Göğüs kafesinin yükselip alçalmasını gözlemleme			
16	Her soluk alıp vermeyi bir solunum olarak sayma			
17	Solunum hızını alırken derinliği de gözlemleme			
18	Sayma işlemini 1 dakika boyunca yapma			
19	Hız ve ritimde değişiklik olup olmadığını kontrol etme			
20	Elleri yıkama			
21	Yapılan işlemi ve gözlemleri kaydetme			

KAN BASINCINI ÖLÇME BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, kan basıncını değerlendirme uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Hastaya kendini tanıtmak			
2	Hastanın kimliğini kontrol etmek			
3	Hastaya yapılacak işlemi açıklamak			
4	Elleri yıkamak			
5	Malzemeleri hazırlamak			
6	Hastanın egzersiz, merdiven çıkma, yemek yeme, sigara içme gibi durumlarını sorgulama (Hareket sonrası hastanın durumu acil değil ise 15-20 dakika dinlendikten sonra ölçüme başlama)			
7	Stetoskobun kulaklıklarını ve diyafram kısmını alkolü pamukla silme			
8	Sakin, gürültüsüz bir ortam sağlama			
9	İşlem esnasında konuşmaması gerektiğini hastaya hatırlatma			
10	Ölçüm yapılacak bölge için ölçüm yapılmasını engelleyecek faktörlerin varlığını sorgulama			
11	Ölçüm yapılacak bölgeyi işlem için hazırlama			
12	Hastaya uygun pozisyon verme			
13	Hastanın mahremiyetini sağlama			
14	Ölçüm yapılacak kolu, kalp seviyesine kadar kaldırma (Gerekğinde kolu destekleme)			
15	Manşonun içindeki havayı tamamen boşaltma			
16	Brakial arteri palpasyon tekniği ile belirleme			
17	Brakial arterin palpe edilen bölgesinden iki ya da üç santimetre yukarıda ve bağlantı boruları ön kolun üst yüzeyinde olacak şekilde manşonu kola yerleştirme			
18	Manometre göstergesinin 0 mmHg üzerinde olup olmadığını kontrol etme ve puvarı kapatma			
19	Ölçüm yapılan kolda radial arteri palpe etme ve nabız hissetme			
20	Bir elin parmakları radial arterde iken diğer el ile manşonu şişirmeye başlama			
21	Nabızın kaybolduğu değerin 30 mmHg yukarısına kadar şişirmeye devam etme ve o noktada şişirmeyi durdurma			
22	Stetoskobu brakial arter üzerine yerleştirerek, manşon basıncı saniyede 2-3 mmHg azalacak şekilde manometrenin puvarını yavaşça açma			
23	Manşon basıncı azalırken Korotkoff seslerini takip ederek, sistolik ve diyastolik kan basınç değerlerini tespit etme			
24	Diyastolik KB duyulduktan sonra, manşonun havasını tamamen boşaltma			

25	Stetoskopu kulaktan çıkarma ve manşonu koldan ayırma			
26	Elleri yıkama			
27	Yapılan işlemi ve gözlemleri kaydetme			

FOLEY SONDA BAKIMI BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, foley sonda bakımı uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir.

1. **Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
2. **Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
3. **Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Elleri yıkama			
2	Malzemeleri hazırlama			
3	Hasta/ hasta ailesine işlem hakkında bilgi verme			
4	Yatak seviyesi uygun yüksekliğe ayarlama			
5	Malzemeleri uygun bir alana yerleştirme			
6	Hastanın mahremiyeti koruma			
7	Kadın hastalara dorsal rekumbent ya da Sim's pozisyonu, erkek hastaya supine pozisyonu verme			
8	Steril tekniğe uygun olarak steril eldiven giyme			
9	Hastanın kalçasının altına su geçirmez yatak koruyucu örtüyü yerleştirme			
10	Perine bölgesine steril örtü örtme			
11	Antiseptik solüsyon hazırlama			
12	Üretral meatüs ve çevresindeki dokuları enfeksiyon belirtileri açısından gözlemlene			
13	Katateri 10 cm uzağına kadar antiseptik solüsyon ile silme			
14	Gerekliyse katateri tekrardan tespit etme			
15	Gerekliyse katater bağlantı tüplerini ve torbasını değiştirme			
16	Drenajı sağlamak için hastaya uygun pozisyon verme			
17	Perianal bölgeyi temizleme ve kurulama			
18	Yatak yüksekliğini alçaltma			
19	Malzemeleri uygun şekilde atma			
20	Eldivenleri çıkarma			
21	Elleri yıkama			
22	Yapılan işlemleri gözlem formuna kayıt etme			

EL VE TIRNAK BAKIMI İŞLEM BECERİ DEĞERLENDİRME KILAVUZU

Aşağıda yer alan işlem basamakları, el ve tırnak bakımı uygulaması sırasında izlenecek adımları içermektedir.

- 1. Yetersiz:** Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması.
- 2. Geliştirilmeli:** Doğru fakat eksik ya da hatırlatmayla uygulanması.
- 3. Yeterli:** Doğru ve sırasıyla, yardım almadan uygulanması.

İşlem Sırası	İşlem Basamakları	1	2	3
1	Gerekli malzemeler hazırlanır ve eller, el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.			
2	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve hastadan izin alınır.			
3	Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir.			
4	Malzemeler kolay ulaşılabilir bir yere yerleştirilir.			
5	Yakın taraf yatak kenarlıkları indirilir.			
6	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir. Direnç varsa beklenip tekrar denenir.			
7	El, küvet içindeki sabunlu su ile yıkanır. Temiz su ile durulanır, havlu ile kurulanır.			
8	Gerekirse tırnak bakımı yapılır. Tırnaklar yuvarlak kesilir, gerekiyorsa suda bekletilir, kesim sonrası eller tekrar yıkanır.			
9	Eller ve tırnaklar losyon ile yağlanır.			
10	Ellere masaj yapılır.			
11	Yaşlı, bilinci kapalı ve çocuk hastaların bakımından sonra yatak kenarlıkları kaldırılır.			
12	Bakım sonrası malzemeler temizlenir ve tekrar kullanıma hazırlanır.			