|  |
| --- |
| 1. **AĞIZ BAKIMI TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Oral kavitenin bütünlüğünü korumak ve devamını sağlamak için standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol; ağız bakımı gerektiren durumları ve oral kavitenin düzeylerine göre tanılanması ile düzeylere yönelik bakımı kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR**

* **Mukozit**: Ağız mukoz membran bütünlüğünde bozulma (eritem, ödem, kanama, ülserasyon, psödomembran oluşumu ile karakterize durum).
* **Halitozis:** Ağız kokusu
* **Stomatitis:** Ağız mukozası iltihabı
* **Gingivitis:** Diş eti iltihabı
* **Glossitis:** Dil iltihabı

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Tanılama Sıklığı:** 12 saatte bir, 8 saatte bir, 2-4 saatte bir, 1-2 saatte bir.

**Ağız bakımı gerektiren durumlar;**

* Koma ve şoktaki hastalar,
* Diyabetik ve üremikler,
* Oksijen inhalasyonu,
* NG Tüp takılı hastalar
* Dehidratasyon,
* Yüksek ateş,
* Protein, vitamin ve kalori eksikliği,
* Ağızdan beslenememe,
* İlaç kullanımına (Psikotrop, antibiyotik, antikolinerjik, demir vs) bağlı ağız kuruluğu, lezyon, dişlerde sararma,
* Kemoterapi,
* Radyoterapi,
* Erken post-op dönemdeki hasta,
* Sigara ve alkol kullanımı,
* Kötü oral hijyen,
* Risk faktörleri taşıyan hastalara, özel ağız bakımı verilir.
* Ağızda oluşan plaklar uzaklaştırılmalıdır. Bu işlem esnasında hastanın tanısı, trombositopenisi varsa antikoagülan alımı göz önünde bulundurulmalıdır.
* Trombositopeni ve kanama eğilimi olan hastalarda diş ipi kullanılmaz.
* Fırçalama için yumuşak, naylon kıllı bir diş fırçası kullanılır.
* Protezi olan hastada ağız bakımı vermeden önce, protezi çıkarılır.
* Bakımının tüm aşamalarında hasta bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanır.
* Steroid içeren inhaler tedavi sonrası grade’ine bakmaksızın uygun sıklıkla ağız bakımı yapılmalıdır.
* Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar için kullanılacak solüsyon, solüsyonun koyulacağı kap ve gazlı bez steril olmalıdır.

**Mukozit Sınıflandırma Skalası (WHO)**

* **Grade 0:** Normal,
* **Grade 1:** Ağrısız ülserler ya da hafif acıma hissi ile beraber eritem bulunmaktadır.
* **Grade 2:** Ağrılı eritem, ödem ya da ülserler, ancak katı gıdalar yenebilmektedir.
* **Grade 3:** Ağrılı eritem, ödem ya da ülserler ve yalnızca sıvı gıdalar alınabilmektedir.
* **Grade 4:** Parenteral ya da enteral beslenme desteği gerekmektedir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRADE DERECESİ** | **TANILAMA SIKLIĞI** | **BAKIM PLANI** |
| GRADE 0 | 24 saatte | 8 saatte bir |
| GRADE 1 | 12 saatte | 6 saatte bir |
| GRADE 2 | 8 saatte | 4 saatte bir |
| GRADE 3 | 2-4 saatte | 2 saatte bir |
| GRADE 4 | 1-2 saatte | Saat başı |

* **Ağız İçinin Değerlendirilmesi**
* **Dudaklar;** Pürüzsüz, pembe, nemli
* **Dil;** Pembe nemli, papillalar mevcut, rahat hareket edebilir
* **Tükürük;** Akışkan, şeffaf
* **Mukoza;** Pembe ve nemli
* **Diş etleri;** Pembe ve sağlam
* **Dişler;** Parlak ve temiz

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Nemlendirici krem, pomad veya vazelin,
* Kapalı bir kap içinde kare gazlar ve/veya gaz tamponlar
* Abeslang
* Antiseptik solüsyon veya gargara (varsa ağız bakım seti)
* Böbrek küvet
* Atık torbası veya kutusu
* Işık kaynağı
* Non-steril eldiven
* Havlu

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldivenler giyilir.
* Perde ya da paravan çekilir.
* Hastaya uygun pozisyon verilir (Hasta bilinçli ise fowler pozisyon, bilinçli değilse başının altında tek yastık bırakarak başını yana çevirin).
* Protezleri varsa çıkarılır.
* Çenesinin altına havlu ve böbrek küvet yerleştirilir.
* Hastanın ağız içi iyi görülebilecek şekilde aydınlatılır.
* Kavite düzeyi belirlenir. Grade düzeyine uygun bakım planlanır.
* Gazlı bezin ipleri içeride kalacak şekilde abeslang üzerine sarılır.
* Gazlı bez, bakım için hazırladığınız solüsyon ile ıslatılır.
* Dikkatli bir şekilde dişler, yanak içleri, dil, dilaltı, diş etleri ve diğer yumuşak dokuların hepsi silinir.
* Gazlı bez kirlendikçe yeni spanç ile silme işlemi tekrarlatılır.
* Kalan solüsyon ile eğer hasta bilinçli ise ağzı çalkalatılır.
* Dudaklara nemlendirici bir krem, pomad veya vazelin sürülür.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| 1. **AĞRILI HASTADA AĞRI TAKİP TALİMATI** |

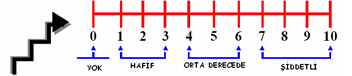
1. **AMAÇ:** Hastanın ağrısını en aza indirerek rahatlamasını sağlamaktır.
2. **KAPSAM:** Bu protokol, ağrılı hastada ağrının şiddetini tespit etmeyi ve tanılama kriterlerine göre uygulamayı kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler, hemşireler ve fizyoterapistler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Ağrı:** Mevcut ya da olası doku harabiyeti ile birlikte olan duyusal bir deneyim ve hoş olmayan bir duygudur.
* **VAS:** Vizuel Analog Skalası. Sayısal olarak ölçülemeyen bazı değerleri sayısal hale çevirmek için kullanılan tablodur.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* VAS değerlendirmesi ağrı öncesi veuygulama sonrası yapılır.
* Ağrılı hastanın ağrısı, “Hasta Tanılama Formu”nda ki ağrı skalasına göre tanılanır.

**Ağrı Skalası (VAS)**





**Değerlendirme:** Hastalar için elde edilen değerlerin ortalaması alınır.

* 1-4 puan hafif ağrı, 4 saatte bir değerlendirilir.
* 5-6 puan orta şiddette ağrı, 2 saatte bir değerlendirilir.
* 7 ve üzeri puan şiddetli ağrı, saatte bir değerlendirilir.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Kullanılması öngörülen ilaçlar
* İlaç uygulama yöntemine göre, protokolüne uygun malzemeler
* Bakım planına göre, uygulanacak talimatlara uygun malzemeler.

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta bilgilendirilir.
* VAS’a göre değerlendirme yapılır.
* Hastanın vital bulguları protokole uygun alınır.
* Ağrıya yönelik Hemşirelik Bakım Planı hazırlanır ve plan doğrultusunda;
* Ağrı lokalizasyonuna uygun pozisyon verilir, uyaranlardan uzak durması sağlanır.
* “Hasta Bireyle İletişim Kurma ve Sürdürme Talimatı”na uygun iletişim sağlanır.
* Doktor direktifine göre seçilen analjezik uygulama protokolüne göre uygulanır.
* Ağrısı, hijyenik bakımını yapmasına engel oluyorsa, protokollere uygun bakım verilir.
* Ağrının nedenine ve lokalizasyonuna göre sıcak ya da soğuk uygulama talimatı uygulanır.
* Uygulamalardan sonra hayati belirtiler protokole uygun alınır VAS değerlendirilir.
* Kullanılan malzemeler temizlenip kaldırılır.
* Elde edilen tüm gözlem bulguları kayıt edilir.

|  |
| --- |
| 1. **ALDIĞI- ÇIKARDIĞI SIVI TAKİP TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hastanın 24 saat içinde aldığı ve çıkardığı sıvıların doğru ölçümünü yaparak, olası komplikasyonları önlemek.
2. **KAPSAM:** Bu protokol, aldığı- çıkardığı sıvıların tanılanması ile takibini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Parasentez:**  İçinde su veya cerahat toplanmış bir vücut boşluğundaki sıvıyı çıkarmak için yapılan delme ameliyatı.
* **Torasentez:** Plevral sıvının bir iğne ya da kateter ile aspirasyonu işlemidir.

1. **UYARILAR VE ÖNLEMLER**

**Aldığı ve Çıkardığı Sıvı Takibinin Yapıldığı Hastalıklar:**

* Konjestif Kalp Yetmezliği,
* Böbrek Yetmezliği,
* Yoğun sıvı tedavisi olan hastalar,
* Ödemli hastalar,
* Kemoterapi ve Böbreğe toksik etkisi olan ilaç kullanan hastalar,
* Diüretik kullananlar,
* Karaciğer sirozu, karaciğer hastalığı,
* Cerrahi operasyon geçiren hastalar,
* Yüksek ateşli hastalar,
* Oral beslenemeyenler (Koma, yutma güçlüğü v.s.),
* Diyaresi ve kusması olan hastalar,
* Yanık ve hormonal nedenler,
* Beslenme bozuklukları.

**Aldığı Sıvılara;**

* Oral alınan tüm sıvılar,
* IV sıvılar,
* İrrigasyon sıvıları,
* İrrigasyon sıvılardan arta kalan miktar (geri alınamayan miktar),
* Periton diyalizinden arta kalan sıvı,
* Meyveler,
* Yemek sıvıları dahil edilir.

**Çıkardığı Sıvılara;**

* İdrar
* Kusmuk
* Hematemez
* Melena
* Diyare
* Mens Kanaması
* Drene olan sıvı
* Mide aspirasyonu
* Parasentez
* Torasentez
* Terleme
* Ameliyat drenaj kaybı
* Periton diyalizinden fazla çıkan sıvı, dahil edilir.

**Sıvı Bilançosu:**

**Dengede:** Aldığı- çıkardığından 200-400ml fazla

**Pozitif Bilanço:** Aldığı > çıkardığı (böbrek yetmezliği)

**Negatif Bilanço:** Çıkardığı > aldığı (diüretik kullanımı)

**Dışkı kayıpları; her dışkılama, özel ölçme kabı ile takibi yapılır.**

**Oral kayıplar; (kusma, hematemez) bardak ve ölçme kabı ile takibi yapılır.**

* Alt bezi kullanan hastalarda boş bez tartılır, hasta idrarını yaptıktan sonra bez tartılır.
* Aradaki fark çıkardığı sıvı olarak kaydedilir.
* Menstrüel kanamalarda her pette 30-50 ml kayıp vardır. 24 saatlik ped kullanım sayısına göre takibi yapılır.
* Yara sızıntı ve kanamalarda 24 saatlik ped sayısına göre değerlendirilir.

**Sıklıkla kullanılan ölçeklerin ml olarak değerleri**

* Bir su bardağı sıvı: 200 ml
* Bir su bardağı yoğurt: 200 ml
* Bir kase çorba: l50 ml
* Bir yemek kaşığı: l5 ml
* Ölçekler standart olmadığı için bardak ve kase gibi kaplar önceden ölçülüp not alınmalıdır.

**6. ARAÇ VE GEREÇLER**

* Hemşire gözlem formu
* Kalem

1. **İŞLEM BASAMAKLARI**

* Aldığı - çıkardığı sıvıların toplamının, hasta için önemi anlatılır.
* Hastaya her sabah vücut ağırlığı ölçüm protokolü uygulanır.
* Aldığı-çıkardığı sıvıların dengesinin tanılama sıklığına göre toplamı yapılır. Dengede olup olmadığı kontrol edilir.

**Oral alınan sıvılar için**,

* Hastaya aynı bardak ölçüsünü kullanması söylenir.
* Takibinin yapılabilmesi için içtiği sıvıların kaydının yapılmasının önemi anlatılır. Okuma yazma bilmeyen hastalar için kağıt, kalem kullanmayıp, her bardak için bir çizgi çizmesi söylenir.

**Çıkarılan sıvılar için,**

* Çıkardığı sıvıların toplanması için ölçü kabı verilir.
* Ölçü kabının üzerine; Hasta adı soyadı, barkod numarası, oda - yatak numarası ve biriktirilen sıvının cinsi yazılır.
* Aldığı-çıkardığı sıvı dengesizliğinde doktor ile işbirliği yapılır.
* Aldığı-çıkardığı sıvılar cc (ml) olarak **“Hemşire Gözlem Formuna”** tanılama sıklığına göre kaydedilir.
* Tanılama sıklığına göre ölçüm yapıp kaydedilen sıvı (herhangi bir tetkik için gönderilmeyecek ise) boşaltılır.
* 24 saatlik idrar toplanıyorsa sabah 08:00’ da hastanın ilk idrarı tuvalete yaptırılır. Ertesi günün sabahı, hastanın son idrarı ölçü kabına olmak üzere saat 08:00’a kadar olan tüm idrarı toplanır.
* Sondası olan hastanın sızıntı yönünden takibi yapılır.
* Dreni, foley sondası, nazogastrik sondası olan hastanın tanılama sıklığına göre ölçümü yapılır ve kaydedilir.
* Kullanılan kaplardaki hastanın çıkardığı sıvılar, ölçüm yapıldıktan sonra uygun elimine edilmelidir.
* Kliniğe özel kaplar (ördek, sürgü) kullanılmış ise, kapların temizliği yapılmalı ve yerlerine yerleştirilmelidir.

|  |
| --- |
| **4- AMPUL FORMUNDA İLAÇ HAZIRLAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Ampul formundaki ilacı doğru/uygun teknikle hazırlamakiçin standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; ampul formundaki ilacı doğru ve uygun teknikle hazırlamayı kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

[](http://www.google.com.tr/imgres?start=106&biw=1440&bih=751&tbm=isch&tbnid=ybU2ct9xP6AeFM:&imgrefurl=http://www.colourbox.com/image/single-medical-ampoule-isolated-image-3873647&docid=Y_STTMfgjG66NM&imgurl=http://www.colourbox.com/preview/4062997-382586-ampoule-containing-yellow-drug.jpg&w=320&h=480&ei=WAfyUojLGoqu4ASn84GQCQ&zoom=1&iact=rc&dur=480&page=5&ndsp=31&ved=0CGsQhBwwIjhk)

Boyun

Gövde

Baş

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Tanımlama**

* Ampul içindeki ilaç;
* Tortu,
* Renk,
* Miktar,
* Son kullanma tarihi açısından tanılanır.
* İlacın prospektüsü;
* Yan etkiler,
* İlaç etkileşimleri yönünden okunur.

**Temel ilkeler**

* İlaç, hemşire bankosunda hazırlanır.
* Uygulanan ilacın son kullanma tarihi kontrol edilir.
* Ampul formunda ilacın hazırlığı, ilacı uygulayacak hemşire tarafından yapılır.
* İlacın hazırlığında steril-disposable enjektör kullanılır.
* Her ilaç için ayrı enjektör kullanılır.
* Ampul kırılırken elin cam parçalarıyla yaralanmamasına özen gösterilir.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* İlaç kartı
* Tedavi tepsisi
* Ampul formundaki ilaç
* Steril gazlı bez
* Enjektör (ilacın dozuna uygun)
* Yedek iğne ucu
* Atık torbası veya kutusu

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* İlaç kartı ile ampul karşılaştırılır.
* Ampulün baş kısmında kalan ilaç, doz kaybını önlemek amacıyla parmakla vurularak aşağı indirilir.
* Ampul baş ve gövde kısmından tutulup boyun kısmındaki çizgiden kırılır. Ampul kırılmıyorsa boyun kısmı ampul testeresi ile inceltilerek kırılır.
* İstenen doz, steril bir şekilde (enjektör iğnesi ampulün kenarına değdirilmeden) enjektöre çekilir.
* Enjektördeki hava çıkartılır ve koruyucu başlığı takılır.
* Hazırlanan ilaç tedavi tepsisine yerleştirilir.
* Malzemeler temizlenerek kaldırılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.

|  |
| --- |
| **5- ASPİRASYON UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Aspirasyon uygulamaları ile ilişkili enfeksiyonların gelişimini önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Solunum yolu sekresyonlarının aspirasyonu ile ilgili faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulamasından aspirasyon uygulamaları yapılan tüm birimlerindeki hekim ve hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Orofarengeal / nazofarengeal aspirasyon**: Etkili öksürebilmesine rağmen sekresyon atamayan hastalarda, ağızdan ve burundan girilerek farenkste son bulacak şekilde üst solunum yoluna girilerek yapılır.
* **Orotrakeal/nazotrakeal aspirasyon:** Etkili öksüremeyen, pulmoner sekresyonu olan ve yapay hava yolu bulunmayan hastalara ağız ve burundan bronş ve trakeaya girilerek yapılır.
* **Endotrakeal aspirasyon:** Endotrakeal tüp/trakeostomi kanülünden, bronş ve trakeaya girilerek gerçekleştirilir.(Oro, ağız yoluyla aspirasyonu; nazo, burun yoluyla aspirasyonu ifade etmektedir.)
* **Açık aspirasyon**: Ventilatöre bağlı hastanın ventilasyonunu keserek endotrakeal tüpten yapılan aspirasyon işlemidir.
* **Kapalı aspirasyon**: Ventilatöre bağlı hastanın ventilasyonunu kesmeden endotrakeal tüpten yapılan aspirasyon işlemidir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**

**Aspirasyon Uygulanan Durumlar:**

* Mekanik ventilatöre bağlı hastalar
* Santral sinir sistemi patolojisi olan hastalar
* Öksürük ve yutma refleksinin kaybolduğu durumlar
* Kas ve sinir hastalıkları

**Temel İlkeler:**

* Aspirasyon aseptik tekniğe uygun olarak yapılmalıdır.
* Entübe hastalar sık aralıklarla aspire edilmemeli; endikasyonu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

**Aspirasyon Gerektiren Belirtiler**:

* Hastanın ifadesi,
* Hırıltılı solunum,
* Öksürük ve sekresyon varlığı,
* Takipne, hiperventilasyon,
* Siyanoz,
* Taşikardi, ritim problemleri,
* Kan basıncının artması,
* Terleme, huzursuzluk,
* Ventilatörde yüksek basınç alarmı,
* Pulse oksimetrede SPO2 değerinin düşük seyretmesi,
* Aspirasyon işlemi 15-20 sn den fazla sürdürülmez.
* İki uygulama arası en az 20-30 sn olmalıdır.
* Hastanın genel durumuna göre uygun pozisyon verilmelidir.
* Hasta enteral besleniyorsa beslenme durdurulmalıdır.
* Aspiratör basıncı yetişkinlerde 80-140 mmhg,
  + - * Çocuklarda 80-100 mmhg
      * Yeni doğanda 60-80 mmhg olmalıdır.
* Aspirasyon sondasının çapı entübasyon tüpü / trakeostomi kanülünün çapının 1/3 ü olmalıdır. Yetişkin için 12-18, çocuk için 8-10, yeni doğan için 5-8 nolu sondalar kullanılmalıdır.
* Endotrakeal aspirasyonda, aspirasyon sondasının uzunluğu, entübasyon tüpünden uzun olmalıdır.
* Aspirasyon sondası tüp içinde ilerletilirken aspiratör kapalı olmalıdır.
* Çıkarılan kateter, bir kez daha içeri itilerek aspirasyon yapılmamalıdır.
* Aspirasyon sırasında ambu hazır bulundurulmalıdır.
* Aspirasyon sondası inspiryumda ilerletilmelidir.
* Aspirasyon sırasında hastanın kalp hızı, ritmi, solunumu, cilt rengi gözlenmelidir.
* Yüz bölgesinde travma, anomali ve operasyonlar varsa orotrakeal / nazotrakeal aspirasyon uygulanmamalıdır.
* Sekresyonları yoğun ve sekresyona bağlı tıkacı olan hastalar dışında, aspirasyon işlemi öncesinde tüp içine sıvı verilmemeli; eğer sıvı verilmesi gerekiyorsa tek kullanımlık steril solüsyonlar (5-15 ml steril sıvı içeren ampuller) kullanılmalıdır.
* Aspirasyon işlemi tamamlandıktan sonra, kullanılan 5-15 ml ampul içinde sıvı kalmış ise bekletilmeden atılmalıdır.
* Akciğer sekresyonları yeterince temizlendikten sonra yıkama solüsyonunda yıkanan kateter ile ağız sekresyonları aspire edilmeli ve kateter atılmalıdır.
* Aspirasyon sondası tek kullanımlıktır. Her aspirasyon için yeni ve steril bir kateter kullanılmalıdır. Aynı kateter sıvı içinde bekletilmemeli, kesinlikle tekrar kullanılmamalıdır.
* Yıkama için 500 ml’lik plastik ya da cam şişeler içindeki steril sıvılar (serum fizyolojik ya da steril su) kullanılmalıdır.
* Solüsyonlar 8 saatten uzun süre kullanılmamalı, yıkama solüsyonu çok kirlenmiş ise 8 saat beklenilmeden değiştirilmelidir. Hazırlanan solüsyon kabının üzerine kullanılmaya başlandığı tarih ve saat kaydedilmelidir.
* Aspirasyon işlemi tamamlandıktan sonra kateter atılmadan önce yıkama solüsyonu kullanılmalıdır.
* Kapalı aspirasyon kateterleri 24 saat ara ile fonksiyon bozukluğu gelişmesi, kateterin tıkanması, kateter kılıfının delinmesi durumlarında 24 saat beklenmeden değiştirilmelidir.
* Farklı hastalar arası kullanımda aspirasyon setinin tamamı değiştirilmelidir.
* Hastane vakum sistemine bağlı aspiratörler aracılığı ile açık veya kapalı aspirasyon uygulanan her hastada aspiratörün içindeki tek kullanımlık torba, işaretli seviyeye kadar dolunca yenisi ile değiştirilmeli, ayrıca her hasta için mutlaka torba, hortum ve çam ucu değişimi yapılmalıdır.
* Torbalı sistem olmayan aspiratör kavanozları doldukça, her 24 saatte bir boşaltılıp temizlenmeli ve uygun şekilde dezenfekte edilmelidir.
* Taşınabilir aspiratör kullanılması gereken durumda aspiratör kavanozu doldukça, her 24 saatte bir boşaltılıp temizlenmeli ve klor içeren tablet vb ile dezenfekte edilmelidir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

**Açık Aspirasyon İçin:**

* Aspiratör
* Steril aspirasyon kateteri
* Steril eldiven ve nonsteril eldiven
* Ambu
* Airway
* 5 – 15 ml steril sıvı içeren ampuller
* 500 ml ‘lik plastik ya da cam şişe içinde steril sıvılar (distile su veya serum fizyolojik)
* Oksijen kaynağı
* Paravan / perde
* Ağız bakım malzemeleri

**Kapalı Aspirasyon İçin:**

* Kapalı sistem aspirasyon kateteri
* Nonsteril eldiven
* 5 – 15 ml steril sıvı içeren ampuller
* Steril aspirasyon kateteri
* Steril spanç veya gazlı bez
* Aspiratör
* Paravan / perde
* Ağız bakım malzemeleri

1. **UYGULAMA:**

**Aspirasyon İçin Ana İşlem Basamakları:**

* İşlem hakkında hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilir (Ventilatöre bağlı bilinçsiz hastaların da tepki veremedikleri halde işitebildikleri ve hissedebildikleri unutulmamalıdır).
* Eller **“El Hijyeni Talimatına”** uygun yıkanır.
* Aspirasyon işleminden önce hastanın aspirasyona ihtiyacı olup olmadığı değerlendirilir.
* Aspiratör basıncı kontrol edilir.
* Yatağın etrafında perde veya paravan varsa hasta mahremiyeti sağlanır.
* Bir sakıncası yoksa hastanın başı 20-30 derece yükseltilerek pozisyon verilir

**Orotrakeal / nazofarengeal aspirasyon yapıyorsanız:**

* Nonsteril eldiven giyilir
* Aspiratör açılıp, ağız içi farenks de dâhil olacak şekilde yavaşça aspire edilir.

**Orotrakeal / nazotrakeal aspirasyon yapıyorsanız:**

* Airway yerleştirilir
* Hastaya 1 dk % 100 oksijen verilir.
* Steril eldiven giyilir.
* Aspirasyon sondası aseptik tekniğe uygun olarak sağ ele alınır.
* Sol el ile aspirasyon sondası alt ucundan kıvrılıp sabitlenir.
* Sağ eldeki sonda inspiryum esnasında tüpten içeri itilir.
* Sonda kendi etrafında döndürülüp yavaşça geri çekilerek aspire edilir.
* Hastaya 1 dk %100 oksijen verilir.

**Endotrakeal aspirasyon yapıyorsanız:**

* Steril eldiven giyilir.
* Hasta ventilatörden ayrılır.
* Aspirasyon sondası aseptik tekniğe göre sağ ele alınır.
* Sol el ile aspirasyon sondası alt ucundan kıvrılıp sabitlenir, sağ eldeki sonda inspiryum esnasında tüpten içeri itilir.
* Kateter karinaya ulaştığında (direnç hissedilir ve genellikle hasta öksürür) ilerletme durdurulur ve kateter 1 cm geri çekilir.
* Sonda kendi etrafında döndürülerek yavaşça geri çekilerek aspire edilir.
* Aspirasyon sondası, kullanım sonrası yıkama solüsyonu ile yıkanır ve sağ eldeki eldiven içinde kıvırarak, eldivenle birlikte atık ayrıştırma protokolüne uygun olarak enfekte çöpüne atılır.
* Hasta tekrar ventilatöre bağlanır.
* Aspirasyon işleminin etkinliği değerlendirilir.

**Kapalı sistem aspirasyon işlem basamakları**

* Kapalı aspirasyon kateterinin kapağı açılır.
* Kapalı aspirasyon kateterinin aspiratör ile bağlantısı sağlanır.
* Lavaj gerekli ise serum fizyolojik enjektörü lavaj giriş lümenine bağlanır.
* Lavaj girişinin, kateterin üst kısmında olup olmadığı kontrol edilir.
* Ventilatör ayarı % 100 düzeyine getirilir ve hastaya 1 dk % 100 oksijen verilir.
* Bir el ile T bağlantısı tutulur ve kateter 10-12,5 cm ilerletilir.
* Serum fizyolojik inspirasyon sırasında verilir ve lavaj sırasında aspirasyon uygulanmaz.
* Kateter karinaya ulaştığında (direnç hissedilir ve genellikle hasta öksürür) ilerletme durdurulur ve kateter 1cm geri çekilir.
* Aralıklı aspirasyon uygulanarak kateter geri çekilir.
* Başparmak 2-3 saniye aspirasyon düğmesine basılıp kaldırılır.
* Aspirayon işlemi sonlandırıldıktan sonra tekrar aspire edilmeyecekse kateterin üzerindeki aspirasyon kontrol düğmesi kapatılır.
* Yıkama portundan 2 cc SF verilerek ve eş zamanlı olarak kontrol düğmesine basılarak kateterin ucu yıkanır.
* Hastanın ikinci bir aspirasyona ihtiyacı olup olmadığı değerlendirilir.
* Aspiratör hortumu kapalı aspirasyon kateterinden çıkarılarak, kapalı aspirasyon kateterinin kapağı kapatılır.
* SF enjektörü çıkarılır ve yıkama portunun kapağı kapatılır.
* Aspirasyon hortumu ile steril aspirasyon kateterinin bağlantısı sağlanır ve ağız boşluğu ve orofarenks aspire edilir.
* Aspirasyon sondası kullanım sonrası yıkama solüsyonu ile yıkanır ve sağ eldeki eldiven içinde kıvırarak, eldivenle birlikte atık ayrıştırma protokolüne uygun olarak enfekte çöpüne atılır.
* Aspiratör kapatılır.
* Ventilatör ayarı %100 O2 düzeyine getirilir ve hastaya 1 dk süresince %100 O2 verilir.
* Ventilatör ayarı eski konumuna getirilir.
* Hastanın monitörden nabız, kan basıncı ve solunum sayısı değerlendirilerek, aspirasyon öncesi bulgular ile karşılaştırılır (Aspirasyon işlemine bağlı gelişen komplikasyonların erken saptanmasını sağlar).
* Aspirasyonun etkinliği değerlendirilir.
* Hastanın akciğer sesleri dinlendiğinde hırıltılı solunum sesi olmamalıdır
* Oksijen düzeyi değerlendirildiğinde, pulse oksimetrede saturasyon oksijen değeri 90 ve üzeri olmalıdır.
* Ventilatörde sekresyon varlığını gösteren alarm olmamalıdır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir (Aspirasyon işleminin ne kadar sıklıkta yapıldığının ve sekresyonun özelliklerinin sürekli olarak takip edilmesini sağlar).

|  |
| --- |
| **6- AYAK BAKIMI UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Ayak temizliğini sağlamak, kötü kokuları ve enfeksiyonu önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Ayak bakımı uygulamalarının hangi durumlarda ve nasıl yapılacağını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Servis/Ünite Hemşiresi
4. **UYARILAR VE ÖNERİLER:**

* Temizlik için alkol içermeyen sabun kullanılmalıdır.
* Deri bütünlüğünü korumak amacıyla cilt bakımında pudra kullanılmamalıdır.
* Hastanın diyabeti var ise her gün, diyabeti yok ise ihtiyaca göre ayak bakımı verilir.
* Parmak araları ıslak bırakılmamalıdır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Non- steril eldiven
* Aseton
* Orta boy derin küvet
* Ilık su
* Sabun
* Havlu
* Nemlendirici krem/Vazelin
* Tırnak makası
* Törpü
* Povidon iyot
* Tedavi tepsisi

1. **UYGULAMA:**

* İşlem hakkında hasta ve hasta yakınına bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”** uygun şekilde yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Uygun pozisyon verilir.
* Ayaklardaki oje veya tırnak cilası aseton ile çıkartılır.
* Ilık su ile dolu böbrek küvet içinde 2 dakika süre ile ayaklar bekletilir.
* Tırnaklar uzun ise tırnak makası ile düz şekilde kesilir. Tırnak eti kesilmiş ise povidon iyot ile pansuman edilir.
* Topuk ve tırnak altları sert ise törpülenir.
* Hastanın ayakları sabunlanır ve temiz ılık su ile yıkanıp durulanır.
* Yumuşak havlu ile kurulanır.
* Islak kalan parmak aralarına pamuk tampon yerleştirilir.
* Ayaklar nemlendirici krem ile nemlendirilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”** uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formuna”** kaydedilir.

|  |
| --- |
| **7- BASI** **YARASI BAKIM VE TEDAVİ TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Bu talimatın amacı, bası yaralarının tedavisine yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat bası yaralarının tedavisine yönelik tüm faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından ilgili birim hemşireleri sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Eksuda:** Zararlı etkenlerin canlı dokuda uyardığı, ateş, ağrı, sıcaklık, şişkinlik ve işlev bozukluğuyla belirgin, damar, sıvı ve hücre reaksiyonlarının tümü.
* **Seröz:** Vücudun seröz katlarında bulunan, yangı anında miktarı artan protein yapısında duru sıvı.
* **Hemorojik:** Kanamalı
* **Pürülan:** İrin içeren, cerahatli
* **Serohemorojik:** Hem serum hem de kandan oluşmuş, bu niteliği gösteren.
* **Seropürülan:** Hem seröz hem de cerahatli olan.
* **Granülasyon:** Yaraların içinde oluşan ve onların iyileşmesini sağlayan ufak, yuvarlak kabarcıklardan oluşan bağ doku üremesi.
* **Epitelizasyon:** Zedelenmeye uğramış yüzeyin epitel hücrelerinin çoğalmasıyla oluşan iyileşmesi.
* **Sarı nekroz:** Canlı organizmada doku veya hücrelerin yerel ölümü.
* **Masere:** Yumuşayarak soyulma
* **Frajil:** Kırılgan
* **Eritem:** Deri üzerinde oluşan kızarıklık, kızartı.
* **Kaviteli ülser:** Deri ya da mukoza altı dokuları meydanda bırakan kronik yaralardır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**

**Bası Yarası Değerlendirme**

* Bası yarasıyla ilk karşılaştığınızda ilk değerlendirme yapılmalı ve bası yarasını haftada en az bir kez değerlendirmeli ve bulguları kaydedilmelidir.
* Her pansuman değişiminde bası yarası, tedavinin değiştirilmesi gerektiren belirti ve bulgular açısından gözlemlenmeli. (örn; yaranın iyileşmesi, yaranın kötüleşmesi, eksudanın azlığı veya fazlalığı, enfeksiyon belirtileri veya diğer komplikasyonlar)
* Bası yarasının yeri, evresi, boyutları, doku tipi/tipleri, yara yatağı ve yara çevresinin durumu, yara kenarları, cepleşme, tünelleşme, eksuda, nekrotik doku, koku, granülasyon dokusunun bulunup bulunmadığı ve epitelizasyon gibi fiziksel özellikleri değerlendirilmeli ve değerlendirmeleri doğru bir biçimde kayıt edilmelidir.
* Bası yarasının vücut atıklarıyla ve enfekte materyallerle kontamine olması önlenmelidir.
* Tüm bakım uygulamalarında hastanın mahremiyeti korunmalı. Yara pansumanlarında asepsi, antisepsi kuralları uygulanmalı. Bası yarasının bulunduğu bölge dikkate alınarak uygun pozisyon verilmelidir.

**Bası Yarası Evrelendirme:**

**I. EVRE:**

* Deri bütünlüğünde bozulma yok.
* Deride, bastırmakla veya 30 dk basıncın kaldırılmasıyla geçmeyen kızarıklık var.
* Koyu tenli kişilerde renk açılması belirgin olmayabilir. Ancak dokunun rengi çevre dokulardan farklıdır.
* Çevre doku ile karşılaştırıldığında bölge, ağrılı, sert, daha soğuk ya da sıcak olabilir.

**II. EVRE:**

* Kısmi kalınlıkta doku (dermis) kaybı var.
* Yara derin olmayan çukur şeklindedir.
* Yara yatağı pembe renklidir ve slough (sarı, bronz, gri ya da kahverengi fibrinli) doku yoktur.
* Klinik olarak derinin sıyrılması ya da içi serum dolu büller şeklinde gözlenebilir.

**III. EVRE:**

* Tam kalınlıkta doku kaybı var (derin çukur).
* Subkutan doku ve/veya üst fasyaya kadar uzanan doku hasarı ya da nekroz var.
* Yarada subkutan yağ görülür. Ancak kemik, tendon ya da kaslar etkilenmemiştir.
* Slough doku olabilir.

**IV. EVRE:**

* Tam kalınlıkta doku kaybı (derin çukur) var.
* Kemik, tendon ya da kaslar etkilenmiştir. Yarada kemik ve tendonlar görülebilir ya da palpe edilebilir.
* Yaranın bazı bölümlerinde slough ya da eskar (bronz, kahverengi, siyah) doku vardır.
* Sıklıkla tünel ve cepler vardır.

**EVRELENDİRİLEMEYEN BASINÇ ÜLSERİ (EBÜ):**

* Tam kalınlıkta doku kaybı var. Ancak ülser slough doku ile ve/veya eskar dokusu ile kaplıdır.
* Ölü doku uzaklaştırılıncaya kadar yaranın gerçek evresi belirlenemez.

**Bası Yarasında Eksudanın Değerlendirilmesi**

* **Eksudanın Miktarı**
* Yok
* Az
* Orta
* Çok
* **Eksudanın Rengi**
* Seröz
* Hemorojik
* Pürülan
* Serohemorojik
* Seropürülan

**Bası Yarasında Yara Yatağının Değerlendirilmesi**

* Nemli
* Kuru
* Islak
* Granülasyon
* Epitelizasyon
* Sarı nekroz
* Siyah nekroz
* Tendon- kemik

**Bası Yarası Etrafındaki Cildin Değerlendirilmesi**

* Sağlıklı
* Islak
* Ödemli
* Masere
* Kabuklaşma
* Hipergranülasyon
* Frajil
* Kuru
* Eritem
* Bül
* Selülit
* Sütur

1. **ARAÇ VE GEREÇLER**

* Steril eldiven
* Muayene eldiveni
* Steril spanç ve ya ped
* % 0,9’luk Serum Fizyolojik ve ya Laktatlı Ringer
* Perde ve ya paravan
* Flaster
* Steril yara örtüsü
* Atık poşeti

1. **İŞLEM BASAMAKLARI**

**Bakıma Yönelik Uygulamalar**

* İmmobil hastalarda kontrendikasyonu yoksa en az 2 saatte bir planlı şekilde pozisyon değiştirilmelidir (Havalı yatakta da 2 saatte bir planlı şekilde pozisyon verilmelidir).
* Hastaya, doğrudan basınç ülserinin bulunduğu bölge üzerine pozisyon verilmemelidir.
* Yatağın baş kısmı 30 derece veya daha düşük derecede tutulmalıdır.
* Sürtünme ve yırtılma kuvvetlerini azaltmak için transfer araçları kullanılmalıdır. Hastaya pozisyon verilirken çekip sürüklenmemeli, kaldırılmalıdır. Kullanılan araçlar hastanın altında bırakılmamalıdır.
* Tekerlekli sandalyeye bağımlı kişilerde anatomiye uygun pozisyon sağlanmalıdır. Ağırlık uygun şekilde dağıtılmalı, ayaklar desteklenmeli, tekerlekli sandalyenin yüksekliği ayarlanmalıdır.
* Çarşafların ve kıyafetlerin kırışık ve ıslak olmamasına özen gösterilmelidir.
* Yatakların ve tekerlekli sandalyelerin oluşturduğu basıncı azaltmaya yardımcı olan araçlar (yastıklar, köpüklü pedler, havalı yataklar) kullanılmalıdır.
* Terleme, yara drenajı ve inkontinans değerlendirilmeli ve vücudun kuru kalmasına yönelik önlemler alınmalıdır. Cildi temizlemeli, dışkı ve idrarı toplayıcı araçlar kullanılmalıdır.
* 15 dakikada bir basıncı azaltan egzersizler yaptırılmalı, bu yapılamıyorsa saat başı pozisyon değiştirilmelidir.
* Hastanın aktivite düzeyi tolere edebildiği ölçüde arttırılmalıdır.
* Hasta gerektiğinden uzun süre sürgü üstünde tutulmamalıdır.
* Hastada halka ya da simit şeklinde araçlar kullanılmamalıdır.
* Basınç ülserleri üzerine doğrudan ısıtıcı araç ve cihaz ( sıcak su şişesi, ısıtıcı pedler, yatak ısıtıcıları) uygulanmamalıdır.

**Tedaviye Yönelik Uygulamalar**

* Hastaya yapılacak tüm girişimlerden önce ve sonra eller **“El Hijyeni Talimatı”**na göre yıkanır
* Eldiven giyilmelidir.
* Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.

**I.Derece Bası Yarası Bakımı:**

* Pozisyon verme protokolüne göre pozisyonu iki saatte bir değiştirilip, cilt bası yarası yönünden gözlenir.
* Bası yarasının oluştuğu bölgeye göre uygun pozisyon verilerek bası yarası değerlendirilmeli ve yara bakımı uygulanmalıdır.
* Cildin temiz ve kuru olması sağlanır.
* Yatak takımları kontrol edilip temiz, gergin, kuru olması sağlanır.
* Giysilerinin temiz, kuru, kırışıksız olması sağlanır.
* 1. derece bası yarasında koruyucu önlemler devam ettirilmelidir.

**II. Derece Bası Yarası Bakımı:**

* Hastanın mahremiyeti için perde veya paravan çekilir. Oda sıcaklığının en az 22 -25 derece olması sağlanır.
* 2. derece bası yarasında koruyucu önlemler devam ettirilmelidir, pansuman malzemeleri kullanılabilir.
* Hastaya işlem için uygun pozisyon verilir ve bası yarası bölgesi açılır.
* Tüm malzemeler önceden steril bir şekilde açılarak hazırlanır.
* Yara üstünde daha önceden kapatılmış pansuman varsa pansumanı tespit eden flaster %0,9 NaCl ile ıslatılıp çıkartılır. Bölge enfeksiyon ve nekrotik doku yönünden gözlenir.
* Muayene eldiveni çıkartılıp steril eldiven giyilir.
* % 0,9 NaCl ile bası yarası yıkanır. Yaranın üstü steril spanç ile kapatılıp flasterle sabitlenir.

**III. – IV. Derece Bası Yarası Bakımı:**

* II. Derece Bası Yarası Bakım protokolleri uygulanır.
* 3. ve 4. derece bası yaralarında koruyucu önlemler devam ettirilmelidir. Aynı zamanda yara bölgesi büyüklüğü, nekrotik durumu, drenaj olup olmadığı, yara çevresi cilt bütünlüğü değerlendirilmelidir.
* Antiseptik solüsyon kullanılması gereken akıntılı, enfekte yaralarda öncesinde ve sonrasında serum fizyolojik veya Laktatlı Ringer ile temizlenmelidir.
* Kaviteli ülserlerde irrigasyon yapılmalıdır.
* Akıntılı yaralarda, fazla eksudayı emecek ancak yarayı kurutmayacak pansuman malzemesi kullanılmalıdır. Yara, serum fizyolojik ile temizlendikten sonra uygun yara bakım ürünü veya kuru steril gazlı bez/ped ile kapatılmalıdır.
* Akıntısı olmayan yaralarda yarayı nemli tutacak pansuman malzemesi kullanılmalıdır. Yara, serum fizyolojik veya Laktatlı Ringer ile temizlendikten sonra uygun yara bakım ürünü veya nemli steril gazlı bezle kapatılmalıdır.
* Bası yarasını temizlerken mümkün olduğunca az miktarda mekanik güç kullanılmalıdır.
* Debridman, enfeksiyon ortamını kaldırmak, iyileşmeyi hızlandırmak ve yaranın derinliğini değerlendirmek için doktor tarafından yapılması gerekebilir. Debridman yara üzerindeki ölü dokular kaldırılarak, canlı doku ortaya çıkana kadar yapılmalıdır.
* Operasyon planlanırsa hasta preop hazırlanır.
* Yara uygun steril yara örtüsü ile kapatılır.
* Bası yarası iyileşmesini desteklemek amacıyla uygun beslenmesi sağlanmalıdır. Oral alımının az ya da hiç olmaması durumlarında hekimin önerisi doğrultusunda enteral ya da parenteral beslenme ile hastalar desteklenmelidir.
* Hasta taburcu edilirken hasta ve yakınlarına yatak yarası oluşumunu önleme ve bakım ve tedavisi ile ilgili gerekli olan eğitimler verilmelidir.
* Eldiven çıkartılıp **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun eller yıkanır.
* Bakım sonrasında oluşan atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na göre toplanmalıdır.
* Hemşire tarafından her gün düzenli olarak günde bir defa hastanın bası yarası bakımının yapılması, derecelendirilmesi ve kayıt işleminin yapılması için bakım planı hazırlanır ve yapılan bütün değerlendirme ve uygulamalar **“Hemşire Gözlem Formuna”** kaydedilmelidir.

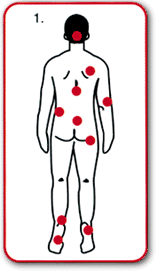
|  |
| --- |
| **8- BASI YARASI RİSK DEĞERLENDİRME TALİMATI** |

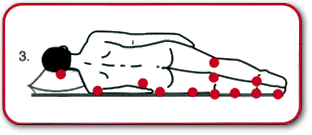
1. **AMAÇ: :** Bu talimatın amacı, bası yarası oluşma riskinin saptanması ve oluşmuş yaraların bakımına yönelik standart bir yöntem belirlenmesidir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat bası yarası oluşma riskinin ve oluşmuş yaranın saptanmasına yönelik tüm faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimat uygulanmasından ilgili birim hemşireleri sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Yara:** Fiziksel (dışsal etkenler), kimyasal (yanlış ilaç kullanımı), termal radyasyon (ısı), cerrahi nedenlere bağlı ya da spontan olarak gelişen doku bütünlüğünün bozulması olarak tanımlanır.
* **Kronik Yara:** Yedi ile on dört günde iyileşmeyen yaralardır. Bası yaraları, diyabetik yaralar ve venöz yaralar bu gruptadır.
* **Bası Yarası:** Tek başına basınç ya da yırtılma ile basıncın bir arada sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan lokalize deri ve/veya deri altı doku hasarıdır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**

**BASI YARASI RİSK BÖLGELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**





* **Sırt üstü yatarken basıncın en fazla olduğu bölgeler;**
* Oksipital bölge
* Scapula
* Dirsekler
* Gluteal bölge
* Koksiks
* Sakrum
* Topuklar
* **Yan yatarken basıncın en fazla olduğu bölgeler;**
* Parietal bölge
* Kulaklar
* Omuz başları
* Dirseklerin yan tarafları
* Kostaların yan kısımları
* İliak çıkıntı
* Trokanter bölge
* Dizin yan kısımları
* Ayağın ve topuğun yan kısımları
* **Yüz üstü yatarken en fazla bası altında kalan yerler;**
* Yanak
* Çene
* Omuz başları
* Kadınlarda göğüsler
* Erkeklerde cinsel organlar
* Dizler
* Ayak başparmakları
* Ayak bileğinin iç yan kısımları
* **Yarı oturur durumdayken bası altında kalan yerler;**
* Koksiks
* Sakrum
* Diz arkası
* Ayaklar (tabanları ya da yan kısımları)
* **Şişman hastalarda özellikle bası altında kalan yerler;**
* Göğüslerin altları
* Kalça kıvrım yerleri
* Karın bölgeleri

Günlük bakım sırasında ve pozisyon değişimlerinde hasta, risk bölgeleri açısından değerlendirilir.

**RİSK FAKTÖRLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

* **Hastaya Bağlı Faktörler**
* Obezite
* Beslenme bozukluğu
* Diyabet
* Yaşlılık
* Zayıflık
* Malnütrisyon
* Enfeksiyon
* Ödem
* Anemi
* Hipotansiyon
* Ng sonda ile beslenme
* Hareket kısıtlılığı
* Steroid kullanımı
* Hipertermi
* Hipotermi
* Yatağa/sandalyeye bağımlılık
* Büyük ameliyat
* Travma
* Anoreksia
* Periferik vasküler hastalık
* Kronik hastalıklar (konjestif kalp hastalığı, nefrotik sendrom, karaciğer hastalıkları)
* Kemoterapik ajanlar
* Radyasyon tedavisi alma veya radyasyona maruz kalma
* Nörolojik hastalıklar
* Bilinç düzeyinde azalma, sedasyon, anestezi
* **Yapılan Girişimler Ve Kullanılan Malzemelere Bağlı Faktörler**
* Santral kateter
* Endotrakeal tüp
* Nazogastrik sonda
* İdrar sondası
* Traksiyon
* Alçı
* Atel
* Fiziksel tespit
* Kompresyon manşonu
* Varis çorabı
* Bandaj
* IV setler
* Foley sonda
* Su dolu eldiven
* Simit
* **Özel Risk oluşturan durumlar**
* Entübe hastalarda entübasyon tüpünün dudak kenarına basısını önlemek için tüp ağız içinde dudağın diğer tarafına tespit edilir. Risk varsa tüp ile dudak kenarına vazelinli spanç yerleştirilir.
* Nazal tüp takılı hastalarda burunda bası yarasını önlemek için tespit bandı farklı bölgelere uygulanır.
* Fiziksel tespit altındaki hastalarda kısıtlama araçlarının bası yarası oluşturmasına engel olunur.
* Non invaziv ventilasyon maskesi takılı olan hastalarda basınç bölgeleri gözlenir.

**BASI YARASI RİSK PUANLAMA**

* **Braden risk değerlendirme aracı ( >5 yaş )**
* **YÜKSEK RİSK:** Toplam puan 12 ve altı
* **ORTA RİSK:** Toplam puan 13-14
* **RİSK YOK:** Toplam puan 16 üstü

**DUYUSAL ALGI:** Basınç ya da rahatsız edici durumları algılama

**Tamamen Cevapsız;** Bilinç düzeyinde değişiklik veya sedasyon nedeniyle ağrılı uyaranlara cevabın olmaması veya tüm vücutta ağrıyı hissetmede sınırlı

**Sadece Ağrılı Uyaranlara Çok Sınırlı Cevap;** Rahatsızlığı dile getirememe yalnızca inleme/huzursuzluk ile ifade edebilme veya vücudun yarısındaki ağrı/rahatsızlığı hissetme

**Sözlü Komutlara Kısmen Cevap;** Rahatsızlık veya dönme isteğini dile getirememe

ya da 1-2 extremitede rahatsızlık veya ağrı hissetmede sınırlılık

**Normal Sözel Cevap;** Sözel komutları algılamada ağrı, rahatsızlığını dile getirmede sorun yok

**NEMLİLİK:** Derideki nemin derecesi

**Sürekli Nemli:** Ter veya idrarla derinin sürekli nemli olması; hasta çevrilirken, taşınırken vücudu kurulanmalı

**Çok Sık Nemli:** Deri sıklıkla nemli fakat her zaman değil; çarşaf her şiftte bir kez değiştirilmeli.

**Ara Sıra Nemli:** Deri ara sıra nemli; günde bir kez çarşaf değiştirmek gerekir.

**Nadiren Nemli:** Deri genelde kuru; rutin aralarla çarşaf değiştirilmeli.

**AKTİVİTE:** Fiziksel faaliyet derecesi

**Yatağa Bağımlı:** Sürekli yatakta

**Tekerlekli Sandalyeye Bağımlı:** Yürüme sınırlı/yok, kendini kaldıramıyor ve/veya yardımla oturuyor.

**Aralıklı Yürüyor:** Gün boyunca ara sıra kısa aralarla yardımla/yardımsız yürüyor. Zamanının çoğunu yatakta/sandalyede geçiriyor.

**Sık Yürüyor:** Oda içinde /dışında günde en az iki saatte bir yürüyor.

**HAREKET:** Pozisyon değiştirme derecesi

**Tamamen Hareketsiz:** Yardımsız pozisyon değiştiremiyor.

**Çok Sınırlı/Kısıtlı Hareketli:** Vücuduna extremitelerine sınırlı olarak bağımsız pozisyon değiştirebiliyor.

**Hafif Sınırlı/Az Hareketli:** Vücudun extremitelerinin pozisyonunu sık sık bağımsız değiştirebilir.

**Sınır Yok/Tam Hareketli:** Yardım olmadan her türlü pozisyonu alabiliyor.

**BESLENME:** Yiyecek alımı

**Çok Zayıf:** Asla yemeğinin tamamını almıyor, nadiren yemeğinin yarısını yiyor. Günde 2 porsiyondan az protein alıyor. Sıvı az alıyor. Destekleyici sıvı diyet almıyor veya NPO/IV ile 5 günden fazla besleniyor.

**Muhtemelen Yetersiz:** Nadiren sunulan yemeğinin tamamını yiyor, genellikle yarısını yiyor. Yalnızca günde 3 porsiyon alıyor. Genelde verilen diyeti alıyor veya IV sıvı, diyet/tüple besleniyor.

**Yeterli Besleniyor:** Öğünlerin çoğunda besinlerin yarıdan fazlasını yer. Günde 4 porsiyon protein alır. Ara sıra verilen öğünü reddeder. Tüple beslenerek veya TPN alarak beslenme gereksiniminin çoğu karşılanır.

**Mükemmel:** Her öğünün çoğunu yer, asla öğün reddetmez. Genel olarak günde 4 porsiyon ya da daha fazla et ve süt ürünleri tüketir. Bazen öğün aralarında da yer ve gıda desteğine ihtiyaç duymaz.

**SÜRTÜNME VE YIRTILMA**

**Sorun/Problem Var:** Hareket sırasında minimumdan maksimuma kadar yardıma ihtiyaç duyar. Çarşaf üzerinde kaydırmadan tam kaldırmak mümkün değil. Sık sık yatak veya sandalyeden aşağıya kayar ve yeniden pozisyon alabilmek için maksimum düzeyde yardıma gereksinim duyar.

**Potansiyel Problem:** Zayıf hareket eder veya minimum yardıma ihtiyaç duyar. Hareket sırasında deri, sandalye, çarşaf ve diğer araçlar üzerinde bir miktar kayabilir. Sandalye veya yatakta nispeten iyi bir pozisyonda kalabilir, ancak bazen aşağıya doğru kayar.

**Problem Yok:** Yatak ve sandalyede bağımsız hareket eder ve hareket sırasında tamamen kalkmak için yeterli kas gücü vardır. Yatakta ya da sandalyede uygun pozisyonunu sürdürüyor.

|  |
| --- |
| **9- BAŞ BANYOSU UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Öz bakımını yapamayan hastanın baş ve saçlarının hijyenik bakımını sağlamak.
2. **KAPSAM:** Bu talimat baş banyosu uygulama yöntemlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
5. **UYARILAR VE ÖNERİLER:**

* İşlem hakkında hasta bilgilendirilir ve hastanın kişisel tercihleri belirlenir.
* Hastanın bağımlılık derecesine göre bakıma katılımı sağlanmalıdır.
* İşlem boyunca hastanın mahremiyeti korunmalı ve üşümesi engellenmelidir.
* Bakım sırasında derinin tahriş olması, çizilmesi ve yaralanması önlenmelidir.
* Bakım sırasında kullanılan ürünler (şampuan, losyon vb.) kullanım alanlarına ve hastanın cildine uygun olmalıdır.
* Bakım sonrasında cildin nemli kalması önlenmelidir.
* Hastanın kafa derisinin çizilmemesi ve kişisel korunma amaçlı eldiven giyilir.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Saç havlusu
* Yüz havlusu
* El yakmayacak sıcaklıkta 2 (iki) ayrı kovada su
* Plastik Kova
* Su dökmek için bir kap (maşrapa)
* Baş yıkama muşambası / yıkama seti
* Şampuan ve ya sabun
* Gözleri kapamak için gazlı bez
* Kulaklar için pamuk tampon
* Tarak ya da saç fırçası
* Pike
* Muşamba ve çarşaf
* Paravan ve ya yatak arası perde
* Yastık için plastik örtü

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Hazır saç yıkama boneleri kullanılacağı durumlarda, ürün kullanım talimatı doğrultusunda uygulama yapılmalıdır. Hazır bone olmadığı durumlarda işlem aşağıdaki gibi uygulanmalıdır.
* Eller, işlem öncesi ve işlem sonrası **“El Hijyeni Talimatı”**na göre yıkanır.
* Malzemeler odaya getirilir, işlem sırasında kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir. Hasta mahremiyetini sağlamak için paravan ya da perde çekilir.
* Hastaya, başı ve gövdesi kendimize yakın ve yatakta çapraz yatacak şekilde sırt üstü ya da yan yatış pozisyonu verilir.
* İşlem yapılacak taraftaki yatak kenarları indirilir.
* Hastanın yatak çarşafının ve giysilerinin ıslanmaması için boynunun ve omuzlarının altına muşamba ve çarşaf yerleştirilir.
* Hastanın saç tokası varsa çıkarılır, hastanın kafa derisi ve saçları gözlemlenir.
* Sakıncası yoksa yastık, hastanın başının altından alınır ve üzerine baş havlusu konularak uzak tarafa yerleştirilir. Hasta yastıksız yatamıyorsa yıkama işlemi yastık kaldırılmadan yapılır. Yastık yüzünün üstüne plastik örtü geçirilir.
* Hastanın başı (durumu uygunsa) rulo yapılan pike ile omuz altından desteklenir.
* Gerekiyorsa gözlere gazlı bez, kulaklara pamuk tampon uygulanır.
* Baş yıkama muşambası ve ya saç yıkama seti hastanın başının altına yerleştirilir, muşambanın alt ucu suyun boşalacağı kovaya yerleştirilir.
* Hastanın saçları ıslatıldıktan sonra şampuan/sabun uygulanır.
* Saç dipleri alın ve şakaklardan başlayarak geriye doğru parmak uçlarıyla masaj yaparak yıkanır. İşlem bir elle yapılırken diğer elle baş arka kısımdan desteklenir.
* Saçlar bol su ile durulanır. Şampuanlama/durulama işlemine saçlar temizleninceye kadar devam edilir.
* Hastanın başının altındaki muşamba alınarak kovanın içine konulur.
* Hastanın başı yastığa konulur, baş havluya sarılır, varsa gözlerdeki gazlı bez, kulaklardaki pamuk tampon çıkartılır.
* Hastanın altına konulan çarşaf ve muşamba kaldırılır.
* Hastanın yüzü, boynu ve omuzları silinip, kurulanır.
* Hastanın saçı taranır ve mümkünse saç kurutma makinesi ile kurutulur.
* Yatak çarşafları değiştirilerek, hastaya uygun pozisyon verilir.
* Hastanın durumuna göre saç, banyoda ayakta ve ya oturtularak yukarıdaki basamaklara uygun yıkanabilir.
* Kullanılan malzemeler temizlenerek kaldırılır.
* İşlem ve gözlemler “**Hemşire Gözlem Formu**”na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **10- BAYAN ve ERKEK HASTADA PERİNE BAKIMI TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Perine bölgesinin temizliğini sağlamak, enfeksiyonlardan korumak ve var olan enfeksiyonun tedavisini sağlamak amacıyla perine bakımında standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat perine bakımına yönelik faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR**

* **Loşia:** Doğumdan sonra altı haftalık dönemdeki vajinal akıntı.
* **Mons Pubis:** Karın duvarının en alt kısmında, gevşek bağ dokusu ve yağ dokusundan oluşan bölge.
* **Supine Pozisyon:** Hastanın sırt üstü yatırıldığı pozisyon.
* **Dorsal Rekümbent Pozisyon:** Hastanın sırtüstü yatırılıp, ayak tabanlarına basarak, bacakların fleksiyonda ve yana açık olduğu pozisyon.

1. **UYARILAR VE ÖNERİLER**

* Uygulama sırasında hasta mahremiyeti korunmalıdır.
* Ilık su ile ıslatılmış ped bir kez kullanılmalıdır.
* Doğum sonu dönemde, genital organ ya da rektum ameliyatı geçiren hastalarda, hasta mobilize değilse perine bakımı her şiftte en az bir kez hemşire tarafından uygulanmalıdır.
* Yatağa bağımlı hastalarda perine bakımı sıklığı ihtiyaca göre belirlenmelidir.
* Perine bölgesi enfeksiyon belirti ve bulguları (koku, pürülan akıntı, kızarıklık, ödem, ısı artışı, hassasiyet v.b.) açısından değerlendirilir.
* Doğum yapmış hastalarda;
* İşlem sırasında loşianın rengi, miktarı, kokusu kontrol edilir ve hastaya anormal bulgular anlatılır (kötü kokulu akıntı, ödem, ateş ve ağrı) .
* Perinede gelişebilecek enfeksiyon belirtileri gözlenir. Özellikle hastanın epizyotomisi varsa ödem, kızarıklık ve ısı artışı yönünden değerlendirilir.
* Perine temiz ped ile kapatılır. 3–4 saatte bir ped değiştirmenin önemi anlatılır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER**

* Steril Olmayan Eldiven
* Böbrek Küvet
* Çöp Torbası
* Sürgü
* Ilık su (gerekli ise antiseptikli solüsyon)
* Çarsaf
* Steril Spanç
* Ped
* Yatak koruyucu
* Sabun ve sabunluk
* Traş bıçağı

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Hastanın mahremiyeti sağlanır.

**Bayan Hastada Perine Bakımı:**

* Hastaya dorsal rekümbent pozisyon (sakıncası yoksa) verilir.
* Hastanın altına hasta bezi serilir.
* Sabunlu spanç ile symphisis pubis içten dışa doğru zig zag hareketi ile silinir.
* Bir elin parmakları ile labia majörler aralanarak uzak taraftan başlanarak yukarıdan aşağıya doğru silinir.
* Her silmede ayrı spanç kullanılıp atılır.
* Perine bölgesi kıllı ise tıraşı yapılıp hastanın altına sürgü konulur.
* Bol su ile yıkanır.
* Hastanın altından sürgü alınıp hasta lateral pozisyona getirilerek anal bölge temizlenir.

**Erkek Hastada Perine Bakımı:**

* Hastaya supine pozisyonu verilir.
* Hastanın altına hasta bezi serilir.
* Islatılmış pet ile önce mons pubisten göbeğe doğru sonra kasıklardan diz kapaklarına doğru tekli hareketlerle her seferinde yeni bir pet kullanılarak silinir.
* Penis orta kısmından hafifçe tutulur, glans penisteki üretra meatustan başlayarak dışarıya doğru, dairesel hareketlerle skrotuma kadar silinir, silme işlemine penis tamamen temizleninceye kadar devam edilir.
* Glans penis ve penis duru su ile silindikten sonra kurulanır.
* Skrotumun ön, yan ve arka yüzeyi hafif hareketlerle temizlenir ve kurulanır.
* Perine bölgesi kıllı ise tıraşı yapılıp hastanın altına sürgü konulup bol su ile yıkanır.
* Sürgü ve hasta bezi hastanın altından alınarak rahat bir pozisyon verilir.
* Kirli hasta bezi değiştirilir. Temiz hasta bezi hastanın altına yerleştirilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **11- BİREYİN YATAKLI SERVİSE KABUL EDİLME TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hemşirelik bakımına ait verileri kısa sürede ve doğru şekilde toplamak, bireyin kliniğe adaptasyonunu sağlamak, bireyin tedavisinin yapılacağı bölümle ilgili bilgi gereksinimini karşılamak, yataklı servisle ilgili endişe ve korkularını azaltmak amacına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat tanışma, anamnez ve hemşirelik bakımının planlanmasına yönelik faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Bireyin yataklı servise kabulü ilk 4 saat içinde yapılmalıdır.
* “**Hasta Tanılama Ve Değerlendirme Formu**”na göre tanılama yapılır.
* Tanılama için hastanın mahremiyetinin korunacağı uygun bir ortam hazırlanır.
* **Hasta Tanılama Ve Değerlendirme Formu** ve “**Hemşire Gözlem Formu”** tükenmez kalemle okunaklı bir şekilde doldurulur, karalama yapılmamalıdır.
* Alerjileri, bulaşıcı hastalık vb. durumlarına uygun kol bandı takılmalıdır.
* Eksik kalan veriler gerekçesi ile birlikte nöbet teslim sırasında nöbetçi hemşireye bildirilmelidir.
* Elde edilen bilgilerin gizliliği korunmalıdır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu
* Hemşire Gözlem Formu
* Tansiyon aleti
* Steteskop
* Derece
* Boy ölçer
* Tartı
* Pulse Oksimetre

1. **UYGULAMA:**

* Birey ile tanışılır.
* Hasta yatağına alınır.
* Odasındaki diğer hastalarla tanıştırılır.
* Hastanın sosyo-demografik bilgileri **‘Hemşirelik Süreci Ve Hasta Tanılama Formu’**na kaydedilir.
* Hastanın şikayeti ve hastalık öyküsü alınır ve kaydedilir.
* Vital bulguları alınır ve kaydedilir.
* Alerjisi ve alışkanlıkları sorgulanır ve kaydedilir.
* Varsa kullandığı ilaçlar sorgulanır ve kaydedilir.
* Yanında getirdiği ilaçları “**Hasta İlacı Teslim Formu”** doldurularak imza karşılığı teslim alınır ve hasta taburcu olurken hasta veya hasta yakınına imza karşılığında teslim edilir.
* Kan transfüzyonu yapılıp yapılmadığı, reaksiyon gelişip gelişmediği ve bulaşıcı hastalığının olup olmadığı sorgulanır ve kaydedilir.
* Ağrı değerlendirmesi yapılır ve kaydedilir.
* Hasta ve yakını servis genel kuralları hakkında bilgilendirilir.
* Diyeti, yemek ve ara öğün saatleri hakkında,
* Sigara yasağı hakkında,
* Refakatçinin nasıl kalabileceği hakkında,
* Vizit saati, ziyaret saatleri ve ziyaret şekli hakkında bilgi verilir.
* Tuvalet, banyo, hemşire odası, çıkış ve acil çıkışlar, dinlenme salonu, tedavi odası ve diğer birimler tanıtılır.
* Telefonu nasıl kullanabileceği konusunda,
* Yatak başı sistemi ve kullanımı hakkında (lamba, hemşire çağırma zili v.b…),
* Yanında bulundurması gereken malzeme, araç-gereçler hakkında,
* Servise kabul edilen hasta veya hasta yakınına; giyim eşyası, para, tıbbi donanım (protezleri, walker, vb.) gibi mülkiyetinden kendisinin veya yakınlarının sorumlu olduğu konusunda ve kullanmadığı eşyalarının, hasta yakını aracılığı ile eve gönderilmesi hakkında,
* Su, gazete vb. ihtiyaçlarını nasıl karşılayacağı hakkında,
* Berber ihtiyacı durumunda ne yapılacağı konusunda,
* Servis hemşiresine haber vermeden servisten ayrılmaması konusunda,
* Klinikteki diğer çalışanların görevleri hakkında bilgi verilir.
* Fizik muayene yapılarak sistem tanılaması yapılır ve kaydedilir.
* Hastanın mevcut ve olası sorunları tespit edilir ve kaydedilir.
* Bası yarası risk tanılama ölçeği kullanılarak risk puanı belirlenir ve kaydedilir.
* **“Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu”** bilgi alınan kişi ve tanılamayı yapan hemşire tarafından adı soyadı yazılarak imzalanır.

|  |
| --- |
| **12- BİTLİ HASTA BAKIM TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** Bölgedeki bit ve yumurtalarını yok ederek, hijyenik bakım vermek ve yayılmayı önlemektir.
  2. **KAPSAM:** Bu talimat, bitin yerleştiği bölgelerin tanılanmasını, hijyenin sağlanmasını ve farlı kişilere bulaşmasının önlenmesini kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur.
  4. **TANIMLAR**

**Bitin yerleştiği bölge/ bölgeler:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Baş biti | Vücut biti | Pubis biti |
| - Saç  - Sakallı deri  - Kulak arkası  - Ense | - İç çamaşırı ve yatak çarşaflarının dikiş yerleri  - Vücut tüyleri | - Pubis  - Karın  - Bacak kılları  - Kalça  - Göğüs, axilla  - Kaş ve kirpikler  - Ender olarak saç, sakal |

**Bitlenme semptomları:**

**Baş bitlenmesi:**

* Saça veya sakala yapışık parlak, sarımsı renkte ve oval/damlacık biçiminde sirkeler,
* Kaşıntı (kulak arkası ve ensede olması)
* Oksipital bölgede kaşıntı sonrası oksipital adenit,
* Saçların iltihap ve serozite ile keçeleşmesi sonrası kötü kokması,
  1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Baş banyosu malzemeleri,
* Sık dişli tarak,
* Tedavi şampuanı veya solüsyonu,
* Vazelin,
* Bone,
* Makas,
  1. **İŞLEM BASAMAKLARI (Baş Bitlenmesi İçin):**

**Psikolojik hazırlık:**

* Utanma duygusunu destekleyecek tutum ve davranışlar açısından dikkatli olunarak nazik davranılmalı ve cesaretlendirilmeli,
* Anlayacağı açık bir dil kullanarak bitlerin yok olacağı ve kendisinden kaynaklanmadığı anlatılmalı,
* İşlem hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilerek katılıma teşvik edilmeli,
* Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için cesaretlendirilmeli,
* Yapılacak uygulamalar için izin alınmalı.

**Fiziksel hazırlık:**

* Temiz giysi ve yatak çarşafı temini sağlanmalı,
* Şapka, başörtüsü, fırça, tarak, yastık kılıfı v.b. eşyaların hastaya özel olması sağlanmalı,
* Tırnakları kesilmeli ve ellerin temizlenmesini sağlanmalı,
* Hastaya durumuna uygun pozisyon verilmelidir.

**Fiziki Ortamın Hazırlığı:**

* Oda sıcaklığını ayarlayın (25 C),
* Mahremiyeti korumak için paravan veya perdeyi çekin, odanın kapısını kapatın,
* Malzemeleri uygun yere yerleştirin.
* Ekip Elemanlarının Hazırlığı:
* Ellerinizi yıkayın,
* Bone takın,
* Eldiven ve muşamba önlük giyin.

**İşlem:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Yatağa bağımlı hastalarda **“Saç Banyosu Talimatı”**na uygun saç banyosu yapılır.
* Saçlı deri bitim çizgisinden, kulak arkasına ve ensede saçsız deri kısmına kadar olan bölgeye vazelin sürülür,
* Saçlar tutam, tutam ayrılır ve uygun solüsyon/şampuan dipten uçlara doğru yedirilir,
* Boneyi dışarıda saç kalmayacak şekilde geçirilir,
* Solüsyon/ şampuan kullanma talimatına uygun süre içinde bekletilir,
* Kullanılan solüsyonun göze, ağıza kaçmamasına özen gösterilir,
* Saçlar sık dişli tarakla taranır, bol su ile durulanır.
* Kendi ihtiyaçlarını karşılayabilen hastaların bu işlemi banyoda yapmaları sağlanır,
* Yatağa bağımlı olmayan hastalar için işlemin nasıl yapılacağı öğretilir ve uygulanmasına yardımcı olunur,
* Bit tedavisinde kullanılan solüsyon/ şampuanın kullanma talimatındaki sıklıkla işlem tekrarlanır,
* Diğer hastaların ve aile üyelerinin de koruyucu solüsyon/şampuanlarla yıkanması önerilir ve sağlanır.
* Malzemeler toplanır ve talimata uygun dezenfeksiyonu sağlanıp kaldırılır,
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Hastanın yatak çarşaflarının ve giysilerinin kaynatılması ve ütülenmesi sağlanır,
* Gözlem ve bulguları kayıt edilir,
* Elde edilen tüm gözlem ve veriler kayıt edilir, ekip üyeleriyle paylaşılır.

|  |
| --- |
| **13- BOŞALTICI LAVMAN UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Alt kolon ve rektum içine lavman eriyiğini vererek eriyikle birlikte barsak içeriğinin dışarıya çıkmasını sağlamaya yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat barsakta bulunan dışkının dışarıya boşaltılması için yapılan tanılama ve uygulama faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* **Tanılama**
* **Lavman tipi;**
* Kalıcı lavman,
* Geçici lavman,
* **Yaş ve rektum mesafesi;**
* Bebek 2,5 - 4 cm
* Oyun çağı ve okul öncesi 5 - 7,5 cm
* Okul çağı 10 cm
* Yetişkin 12,5 cm
* **Sıvı Miktarı;**
* Bebekte 50 cc veya daha az
* Oyun çocuğu ve okul öncesi çocukta 300 cc veya daha az
* Okul çağı çocukta 500-1000 cc
* Yetişkinde 750-1000 cc
* **Lavman (eriyik) ısısı;**
* Ateş düşürmek için: 35 °C
* Çocukta 37 °C
* Yetişkinde 35 °C - 38 °C
* Diğer
* **Kateter;**
* Çocukta 12-16 Fransız Numaralı
* Yetişkinde 18-20 Fransız Numaralı
* **İşlem süresince tanılama;**
* Rektal tüp yaşa uygun mesafede +/-
* Lavman setinde hava +/-
* Pozisyon stabilitesi +/-
* Rektal bölge
* Fissur +/-
* Fistül +/-
* Hemoroid +/-
* Terleme +/-
* Taşikardi +/-
* **İşlem sonrası tanılama;**
* Verilen eriyiğin tolerasyonu +/-
* Amaca ulaşıldı mı +/-
* Gaz çıkarma +/-
* Dışkılama +/-
* Verilen miktarın tamamı geriye alındı mı?+/-
* Dışkı
* Renk
* Görünüm
* Miktar
* Tanılama Sıklığı: İşlem öncesi ve sonrası bir kez yapılır. Amaca ulaşılamadıysa hekime bilgi verilir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Lavman seti
* Koruyucu yatak bezi
* Sürgü ya da komot
* Tuvalet kâğıdı
* Disposable eldiven
* Uygun miktar ve ısıda eriyik
* Kayganlaştırıcı jel ya da pomat
* Paravan veya perde

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Perde veya paravan çekilir,
* Lavman seti yataktan veya sedyeden 45-60 cm yukarı asılır,
* Koruyucu yatak bezi yatağa serilir,
* **“Hastaya Pozisyon Verme Talimatı’**na göre sol lateral pozisyon verilir (alt bacak düz, üst bacak kıvrık),
* Hastanın yanında sürgü bulundurulur,
* Tüpün üzerine kayganlaştırıcı sürülür,
* Hastaya derin nefes alması söylenir,
* Sol elle anüs bölgesi açılır, sağ elle rektal tüp yaşına uygun mesafede ilerletilir,
* Tüp yerleştirdikten sonra lavman setinin içerisindeki solüsyon hava gitmeyecek şekilde verilir,
* Tüp bir kerede çekilir,
* Hasta 3-5 dakika sırt üstü yatırılır, altına sürgü verilir,
* Hastaya verilen sıvı miktarı kadar sıvının gelip gelmediği kontrol edilir,
* Dışkılama olmuşsa hastanın anal bölge temizliği yapılır,
* Dışkılama olmamış ise 1 saat sonra hekime haber verilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık** **Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem ve sonuç **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **14- BULANTI KUSMASI OLAN HASTANIN BAKIM TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ:** Bulantıyı azaltıcı girişimlerle olası komplikasyonları önlemek ve hastayı rahatlatmak.
    2. **KAPSAM:** Bu talimat; bulantı kusması olan hastalarda hastanın rahatlığını sağlamaya yönelik bakımı kapsar.
    3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
    4. **TANIMLAR**
* **Aspirasyon:** Nefes alma sırasında, mide içeriği gibi, yabancı maddelerin solunum sistemine kaçmasıdır.
* **Antiemetik:** Bulantı ve kusma önleyici ilaçlar.
* **Fowler pozisyonu:** Yatağın baş kısmının yükseltilerek, 90° oturma pozisyonuna getirilmesi pozisyonuna fowler denir.
  + 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Bulantı, kusma belirtileri**

* Bradikardi
* Solukluk
* Terleme
* Pupillaların genişlemesi
* Öğürme
* Besin artıklarının regürjitasyonu

**Hastanın şuur durumunun değerlendirilmesi önemlidir:** Yer, zaman ve kişi oryantasyonu.

**Kusma ve bulantının özellikleri değerlendirilir;**

* Kusma öncesi bulantının olup olmadığı durumlar tespit edilir.
* Bulantının sıklığı belirlenir.
* Sürekli (hiperemezis gravidarum, beyin tümörü, sitostatik tedavi)
* Süreksiz (kötü ağız hijyeni, kötü çevre faktörleri)
* Kusmanın ne zaman olduğu belirlenir.
* Açlık kusması (Gebelikte, kronik alkol bağımlılığında)
* Her yemekten sonra (akut gastritte, özofagus divertikülünde)
* Belirli gıdalardan sonra kusma (tiksinti, intolerans)
* Şiddetli ağrı ile kusma (böbrek ve safra koliği, pankreatit)
* Yemeklerden bağımsız kusma (kafa içi basınç artışı, menenjit, beyin tümörleri)
* Diyare ile birlikte kusma (enterit, ileus)
* Bulantıyla birlikte kusma (enfeksiyonlar, gastrointestinal hastalıklar)
* Sürekli kusma (hiperemezis gravidarum, beyin tümörü, sitostatik tedavi)
* Kusmanın şekli belirlenir:
* Gevşek, atonik ve akışkan (kusma refleksi yok, ileus)
* Fışkırır tarzda (kafa-beyin travmaları, pilor stenozu)
* Öğürme ile birlikte (seyahat hastalığı, gebelik)
* Kusma muhteviyatı değerlendirilir:
* Miktarı
* Rengi
* Kokusu (kötü kokulu pilor stenozu)
* İçerik değerlendirilir (Dilüe, yapışkan, pıhtılı, safralı, hematemez, kahve telvesi şeklinde, sindirilmiş besin)
  + 1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Özel ağız bakımı protokolüne uygun malzemeler
* Acil durum için O2 tüpü
* Aspirasyon cihazı
* Paravan
* Temiz çarşaf, giysi
* Non- steril eldiven
* Maske
  1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Oda havalandırılır, bulantı-kusmaya neden olabilecek çevresel faktörler ortamdan uzaklaştırılır (hasta yakınlarını odadan çıkarın).
* Hasta mahremiyeti korunmalı ve diğer hastaları rahatsız etmemek için paravan çekilmelidir.
* Uygulamalar esnasında rahat olunmalı ve hastanın anlayabileceği şekilde açıklama yapılmalıdır.
* Hastaya uygun pozisyon verilir (mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek için).
* Bilinci yerinde olan hasta için yarı fowler pozisyon
* Bilinci yerinde olmayan hastalar için baş yanda pozisyon
* Takma dişleri varsa çıkartılır.
* Kusma muhteviyatı aspire edilmişse aspirasyon işlemi uygulanır.
* Akciğer - kalp hastalarında göğüs ağrısı, solunum güçlüğü varsa:
* Uygun pozisyon verilir,
* Oksijen uygulaması yapılır (doktor orderi ile).
* Malzemeler toplanıp temizlenerek kaldırılır.
* Hastanın diyeti ekip çalışanlarıyla birlikte düzenlenir (Kemoterapi yapılmadan 4-6 saat önce yağlı gıdaların kesilmesi, sevdiği gıda alımının sağlanması vb.).
* Hastanın aldığı - çıkardığı sıvı takibi yapılır ve sıvı alımı düzenlenir (özellikle antiemetikler sonrasında sıvı alımı artırılır).
* Kusma sonrası diş eti ve ağız mukozası değerlendirilerek “Ağız Bakımı Talimatı” uygulanır.
* Order edilen tedavi uygulanır.
* Hasta rahat edebileceği pozisyona getirilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **15- DEMİR PREPARATLARINI UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Demir preparatlarını uygun/doğru teknikle uygulayarak komplikasyonları önlemek.
2. **KAPSAM:** Bu talimat demir eksikliği ve komplikasyonları, demir içeren gıdalar, anaflaktik reaksiyon belirtileri, yüksek doz belirtileri, yan etkilerinin tanılanması, hastanın bilgilendirilmesi, oral, IM, IV, (Z tekniği) demir preparatlarının uygulanması ile takibini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire ve hekim sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Oral demir preparatları, gastrointestinal sistem (GİS) yakınmalarına yol açmadığı sürece aç karnına verilir.
* Demir içeren oral preparatlar, süt ve süt ürünleri, çay, kahve gibi içecekler ve antiasitler, tetrasiklinler gibi ilaçlarla birlikte verilmez (en az 1 saat beklenmelidir).
* Bebeklerde mama ile birlikte verilmez (en az 1 saat beklenmelidir).
* Demir ilacı kullanımı ile gaitanın rengi koyulaştığından GİS kanama ile karıştırılmamalı ve hasta ve yakınlarına bilgi verilmelidir.
* GİS yakınmaları oluşursa ilacın yemek sonrası, düzelmezse yemek aralarında alınması gerektiği ve demir ilaçlarının portakal suyu ile alındığında emilimin artacağı hasta ve yakınlarına anlatılmalıdır.
* Oral ilaçlar dişlerde leke, ağızda tat değişikliği yapabileceğinden “**Ağız Bakım** **Talimatı**”na uygun ağız bakımı yapılmalıdır.
* IM uygulamada aynı bölgeye en fazla 2.5 cc tek enjeksiyonda uygulanır (artan miktardaki ilaç diğer gluteal bölgeye yapılabilir).
* IM preparatlar; yalnız gluteal kasa Z tekniği ile derin olarak uygulanır.
* IV demir preparatları perfüzyon şeklinde verilecekse; sadece %0,9 NaCl ile sulandırılır (1/20 oranında).
* IV perfüzyona önce yavaş (20 damla/dk) başlanır sonra damla sayısı artırılarak (40-60 damla/dk) devam edilir.
* Direkt IV demir preparatı 1 ml /dk da uygulanır.
* Anaflaktik reaksiyon görülebileceğinden, kortikosteroidler, adrenalin ve antihistaminikler hazır bulundurulmalıdır.
* 38 ̊C ve üzeri ateşte IV demir preparatı uygulaması ateş düşene kadar ertelenir.
* Sistemik arter kan basıncı yüksekse perfüzyon yavaş verilir.

**Demir Eksikliği Anemisinin Komplikasyonları**

* **Çocuklarda**
* Büyüme ve motor gelişmede duraksama,
* Öğrenme ve davranış bozuklukları,
* Uykuya eğilim,
* Enfeksiyonlara direnç azalması,
* Egzersiz intoleransı,
* Taşikardi-ödem.
* **Genel Belirtiler**
* Anemiye ait genel belirtiler (solukluk-halsizlik-çarpıntı-dispne),
* Tırnaklarda kolay kırılma, düzleşme, çukurlaşma,
* Saçlarda kolay kırılma ve kuruluk,
* Subfebril ateş,
* Çeşitli sindirim yolu yakınmaları,
* Splenomegali (Oluşum mekanizması bilinmez),
* Dil yüzeyleri çok düzgündür,
* Sinirlilik, uykusuzluk, inatçı baş ağrıları,
* Ağızda ve dilde yanma,
* Ekstremitelerde uyuşukluk.
* Gebelerde;
* Erken doğum,
* Olumsuz fetal gelişme.
* **Demir İçeren Yiyecekler:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Demirden Zengin** | **Nispeten Zengin** | **Demirden Fakir** |
| İstiridye Kırmızı | Kırmızı, beyaz et | Tahıl ürünleri |
| Karaciğer | Yeşil sebze ve meyveler | İnek sütü |
| Baklagiller | Balık | Ispanak (Emilimi az) |
| Böbrek | Üzüm |  |
| Pekmez |  |  |

* **Demir Eksikliğinde Laboratuar Bulguları:**
* Serum demiri düşük (%40 mikrogramdan az)
* Demir bağlama kapasitesi yüksek (%400 mikrogram ve üzeri)
* Ferritin 1 ml’ de 10 mg’dan azdır
* Retikülosit azalmış veya normal
* Htc düşük, hemoglobin düşük, lökosit normal
* Tedaviye başladıktan 4-5 gün sonra retikülositoz başlar
* Trombosit sayısı normal ya da düşük
* **Demir Tedavisi Uygulanmayacağı Durumlar:**
* Demir yükselmesi
* Demire karşı aşırı duyarlılık
* Talasemi
* Bronşial astım (Allerji riski yüksek olduğu için gözetim altında)
* Chron hastalığı
* Kurşun anemisi (Bu tür anemide demirin kullanımında bozukluk vardır. Demir vermenin bir yararı yoktur.)
* **Anaflaktik Reaksiyon Belirtileri:**
* Kızarıklık
* Kaşıntı
* Ürtiker
* Baygınlık
* Dispne
* Artralji
* Hipotansiyon
* Şok
* Tanılama Sıklığı: Uygulamaya başlandığı ilk 5 dakika sürekli, sonra perfüzyon süresince
* **Yüksek Doz Belirtileri:**
* Mavi-yeşil kusmuk
* Siyah diyare
* Hipotansiyon/şok
* Mortalite %30
* **Demir Tedavisinin Yan Etkileri:**
* Bulantı, kusma
* Diyare/konstipasyon
* Midede yanma
* Ateş
* Geçici tat alma duygusu kaybı
* Ağızda metalik tat
* Lokal ürtiker
* Parenteral tedavide enjeksiyon yerinde ağrı-leke
* Anaflaksi

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* IM/IV ilaç uygulama talimatı malzemeleri
* Kortikosteroidler,
* Adrenalin,
* Antihistaminikler

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Oral demir preparatları talimata uygun verilir,
* **“Ağız Bakım Talimatına”** uygun ağız bakımı yapılır/yaptırılır,
* IM demir preparatları **“İntramüsküler (Kas İçi-İm) Yolla İlaç Uygulama Talimatı”** uygun hazırlayın, Z tekniği ile derin olarak uygulayın,

**Z Tekniği:**

* İğneyi batırmadan önce doku yana doğru çekilir,
* Enjeksiyonun sonunda 2-3 dizyem hava verilir,
* İğneyi çekince enjeksiyon yeri ovmadan baskı uygulanır,
* Vital bulguları talimata uygun kontrol edin (IV uygulama öncesi),
* IV demir preparatları “**İntravenöz (Damar İçi - Iv) Yolla İlaç Uygulama Talimatı”** na uygun; 1 ampul preparatı 100 ml %0,9 NaCl ile sulandırılıp, önce dakikada 20 damla, daha sonra 40-60 damla olacak şekilde uygulanır,
* Direkt IV uygulanacaksa ilaç 1 ml/dk şeklinde verilir,
* Anaflaktik reaksiyon açısından ilk 5 dakika hasta yalnız bırakılmamalı, daha sonra işlem boyunca hasta gözlemlenmelidir,
* Hasta yüksek doz tanılama kriterlerine göre tanılanır, belirtilerden herhangi biri görüldüğünde derhal doktora haber verilir,
* Kullanılan malzemeler kaldırılır,
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Elde edilen belirti, bulgular ve yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **16- DERİN SOLUNUM VE ÖKSÜRME EGZERSİZİ TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Derin solunum egzersizinde akciğer kapasitesini artırarak alveollerin kollebe olmasını önlemek, solunum yollarında biriken mukus ve sekresyonları harekete geçirerek çıkartılmasını sağlamak, solunum fonksiyonunu kolaylaştırmak, hipoventilasyonu önlemek, öksürme egzersizinde de bronşlarda biriken sekresyonun kolay çıkartılmasını sağlayarak solunum yolları açıklığını sürdürmek amacıyla uygulamada standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol Derin Solunum ve Öksürme Egzersizleri’ni uygulama faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından Hekim, Hemşire ve Fizyoterapist sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Derin Solunum Egzersizi;** Abdominal (Diyafragmatik), Büzük Dudak (Pursed Lip) Solunumu veSegmental Solunum olarak üçşekilde yapılır. Derin solunum egzersizi Spirometre denilen solunuma yardımcı aletlerle de yapılabilir.
* **Tapotman:** Ellerin yanları, küçük parmakların üzerinde yelpaze gibi açılıp kapanan parmaklar, parmak sırtları yarı kapanmış avuçlarla uygulanan darbelere denir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Derin Solunum Egzersizi, birey uyanık olduğu zamanlarda saat başı ya da günde 3-5 kez yapılabilir. Bireyin genel klinik durumu, yapılan ameliyat türü, egzersizin gün içinde hangi sıklıkta yapılacağını belirler.
* Derin Solunum Egzersizi, yemeklerden iki saat sonrası için planlanmalıdır.
* Derin Solunum Egzersizi’ne 2-3 dakika olarak başlanır, tolere edebilirse 10 dakikaya çıkarılır.
* Birey Derin solunum Egzersizi’ni yan yatarken, otururken ve ayakta yapabilir.
* Öksürme Egzersizi; beyin, spinal, göz ameliyatı yapılan, kafa içi basıncı artmış, vertebra kırığı, kanaması, ağrısı, diyafragma rüptürü olan bireyde uygulanmamalıdır.
* Öksürme Egzersizi’nde işlem günde 3 kez, hasta tolere edebiliyorsa 5 kez tekrarlanır. Hasta egzersiz sırasında çok yorulmuşsa dinlenmesi için zaman verilmelidir.
* Öksürme Egzersizi sırasında, dispne ya da siyanoz gelişmesi halinde işleme son verilmelidir.
* Bireye sekresyonun dışarıya atılmasında arka arkaya öksürmenin kuvvetli bir öksürükten daha etkili olduğu bilgisi verilmelidir.
* Bireye ameliyat öncesinde, öğrenmesi için öksürük egzersizi en az 1 kere yaptırılmalıdır.
* Göğüs ya da karın ameliyatlarından sonra öksürme egzersizi sırasında solunuma yardımcı kaslar ve karın kasları kullanılırken ağrı oluşabileceğinden, ameliyat bölgesi ve çevre dokular yastıkla desteklenerek ağrı azaltılabilir.



**Şekil 1: Ameliyatlı bölgenin desteklenmesi**

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Paravan
* Kâğıt havlu
* Balgam kabı
* Böbrek küvet
* Ağız bakımı malzemeleri
* Yastık veya battaniye
* Maske
* Eldiven
* Spirometre (Triflow)

1. **UYGULAMA:**

* İşlem hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilir. Uygulamaya katılımları sağlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Fiziksel ortam düzenlenir (Oda havalandırılır, paravan veya perde çekilir, uyaranlar azaltılır).

1. **DERİN SOLUNUM EGZERSİZİ:**

**Abdominal (Diyafragmatik) Solunum Egzersizi:**

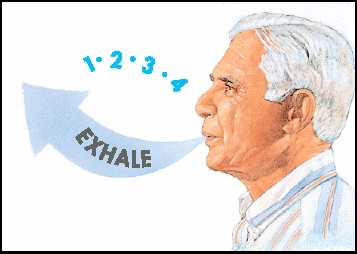
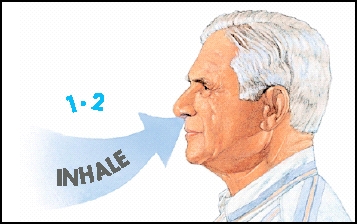
* Hastaya sırt üstü yatar pozisyon verilir. Dizlerinin başının altına bir yastık yerleştirilir.
* Hastaya rahat ve sakin soluk alıp vermesi söylenir.
* Sağ elimiz hastanın karnının üzerine, sol elimiz hastanın sternumun üzerine yerleştirilir.
* Hastaya yavaşça burnundan nefes alması söylenir.
* Hastadan, içinden 4 sayana kadar burundan yavaş ve derin bir nefes alması istenir.
* Nefes alınan süre kadar, havayı içinde tutması söylenir. (Hasta isterse içinden dörde kadar sayabilir) .
* İnspirasyon süresince hava akciğerlere doldukça sağ elimizin yukarı doğru yükselmesi beklenir. Abdominal solunumda burundan nefes alınırken karın mümkün olduğunca şişirilmeye çalışılır.
* Sol elimizin altında fazla bir hareket olmaması gerektiği konusunda hasta uyarılır.
* Hasta nefes alırken sağ el ile uygulanan basınç giderek azaltılır**.**
* Bu egzersiz, hasta kendi kendine doğru bir şekilde yapmaya başlayıncaya kadar tekrarlanır.
* Hastadan kaslarını kasarak, ekspirasyon yaparken dudaklarını büzerek nefes vermesi istenir.
* Egzersiz hastaya duyusal, görsel ve dokunmayla ilgili uyaranları yavaş yavaş kaldırarak ve zorlaştırarak uygulatılır.
* Tam oturma pozisyonunda, ayakta ve yürürken egzersizi uygulaması istenir.



**Şekil 2: Diyafragmatik Solunum Egzersizi**

**Büzük Dudak Solunumu ( Pursed lip):**

* Hasta rahat bir pozisyonda oturtulur.
* Hastaya ellerini kaburga kemikleri altına, orta parmaklar birbirine dokunacak biçimde diyafragma üstüne yerleştirmesi söylenir.
* Büzük Dudak Solunumu, nefes verme süresi alma süresinin en az iki katı olacak biçimde ve sürekli olarak, zorlamadan büzülmüş dudakların arasından nefes verme şeklidir.
* Hastaya burnundan yavaşça gül koklar gibi nefes alması söylenir.
* Hastadan dudaklarını büzerek ıslık çalar gibi yavaş yavaş nefes vermesi istenir.
* Hastaya egzersiz ayaktayken ve efor sarf ederken de uygulatılır.



**Şekil 3: Büzük Dudak Solunumu ( Pursed lip)**

**Segmental Solunum Egzersizi:**

* Hastaya rahat bir pozisyon verilir (Oturarak veya yatarak).
* Egzersize başlamadan önce hava yolu açıklığı sağlanır.
* Etkilenmiş olan akciğer bölgesi belirlenir, sınırları saptanır.
* Ellerimiz belirlenen bölge üzerine yerleştirilir (Göğüs duvarına)
* Ekspirasyon sonunda ellerimiz güçlü bir şekilde göğse bastırılır**.**
* Hastaya ağızdan derin bir soluk alarak elimizi itmesi istenir (“Elimi yukarı doğru kaldıracak şekilde nefes alın” denir).
* Hasta nefes aldığı sürece göğse uygulanan basınç yavaş yavaş azaltılarak sonlandırılır.
* Egzersiz doğru yapılana kadar tekrarlanır.
* Programı bağımsız yapabilmesi için hastanın kendi eliyle öğrenmesi sağlanır.

**Spirometre (Triflow) ile Solunum Egzersizi: “Solunum Egzersiz Cihazı (Triflow) Uygulama Talimatı”**na göre yapılır.

1. **ÖKSÜRME EGZERSİZİ:**

* Hasta rahat oturtulur ve vücudunu öne doğru eğer.
* Hastanın diğer eline kağıt havlu ya da mendil verilir.
* Hastaya üç kez solunum egzersizinde olduğu gibi nefes alıp vermesi söylenir. Son nefesten sonra, burundan derin bir nefes alması ve nefes verirken güçlü ve kesik kesik, ardı ardına öksürmesi söylenir. Öksürme sırasında hastanın sırtına tapotman yapılır.
* Hasta derin bir nefes alır, bir kaç saniye nefesini tutar. Başka nefes almadan açık ağızdan iki veya üç kez öksürür.
* Nefes verirken öne doğru eğilmesi istenir.

**Egzersizler bittikten sonra;**

* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **17- DİYABETİK AYAK YARASI OLUŞUMUNU ÖNLEME/ DİYABETİK AYAK BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ**: Diyabetli hastada ayak yarasının oluşmasını önlemek, oluşan yaranın komplikasyonsuz gerilemesini sağlamaktır.
2. **KAPSAM:** Diyabetli hastada ayak yarasının oluşmasını önlemeye yönelik faaliyetleri ve tanılamayı kapsar.
3. **SORUMLULAR**: Klinik/ ünite hemşiresi
4. **TANIMLAR**:

* **HgbA1c:** Diğer ismiyle glikozillenmiş hemoglobin, şeker hastalığında tedavinin etkinliğini ölçmek, kimi zaman da şeker hastalığı tanısı koymak için kullanılan bir kan tahlilidir. Hemoglobin A1c sıklıkla HbA1c olarak da kısaltılır. Şeker hastalığı tedavisinde geçmiş iki-üç ay ait kan şekeri profili hakkında bilgi verir.
* **Monofilament:** 10 gr’ lık bir basınçla ayağın duyu durumunu değerlendirmeye yarayan ince plastik ucu olan alet.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**

**Temel İlkeler**

* Diyabet teşhisi konan her hastaya diyabet hakkında eğitim talimatı uygulanır.
* Bakımın tüm aşamalarında hasta yeterli düzeyde bilgilendirilir ve bakıma katılımı sağlanır.
* Kan şekeri kontrol altında tutulur ( Açlık - 80-140 mg/dl Tokluk- 180 mg/dl).
* Ayak bakımından sonra ayaklar / parmak araları kurulanır ve nemlendirilir.
* 24 saatte bir **“Ayak Bakım Uygulama Talimatı”** uygulanır.

**Ayağın Değerlendirilmesi**

* **Parmak uçları:** Sıcaklık, ödem ve enfeksiyon açısından değerlendirilir.
* **Tırnaklar:** Şekil bozukluğu ve kesim şekli (düz kesilmeli) açısından değerlendirilir.
* **Ayak gövdesi:** Sıcaklık, ödem, hidrasyon vb. açısından değerlendirilir.
* **Bacaklar:** Sıcaklık, ödem, hidrasyon vb. açısından değerlendirilir.
* **Renk:** Bacaklar, ayaklar ve parmaklarda solukluk, siyonize, kızarıklık olup olmadığına bakılır, bütün nabızların alınabilmesi gerekir.
* **Monofilament** ile ayaktaki bası noktalarına basınç verilerek his kaybı olup olmadığına bakılır. Monofilament yoksa bir kağıdın ucu ayak tabanındaki bası noktalarına sürülerek bakılır.

**Diyabetik Ayak Sınıflandırma Skalası (Wagner Sınıflandırması)**

* **Grade 0:** Açık ülser yoktur, risk faktörü yüksektir, zedelenme ve incinme vardır,
* **Grade 1:** Yüzeyel ülser vardır, açık enfeksiyon yoktur.
* **Grade 2:** Tendon, ligament ve yumuşak doku tutulumu vardır.
* **Grade 3:** Derin enfeksiyon, osteomyelit vardır.
* **Grade 4:** Ayağın ön bölümünde nekroz vardır.
* **Grade 5:** Ayağın tamamında nekroz oluşmuştur.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRADE DERECESİ** | **TANILAMA SIKLIĞI** | **BAKIM PLANI** |
| GRADE 0 | 24 saatte | 24 saatte bir |
| GRADE 1 | 24 saatte | 12 saatte bir |
| GRADE 2 | 24 saatte | 12 saatte bir |
| GRADE 3 | 12 saatte | 12 saatte bir |
| GRADE 4 | 12 saatte | 12 saatte bir |
| GRADE 5 | 12 saatte | 12 saatte bir |

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Non steril eldiven
* Aseton
* Orta boy derin küvet
* Ilık su
* Sabun
* Havlu
* Nemlendirici krem/Vazelin
* Tırnak makası
* Törpü
* Povidon iyot
* Tedavi tepsisi

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Ayak bakımı **“Ayak Bakımı Uygulama Talimatı”**na uygun yapılır/yaptırılır.
* Ayak bakımından sonra ayakların kuru tutulması sağlanır.
* Uzun tırnaklar törpülenerek kısaltılır (Tırnakların köşelerine dokunmadan törpüleyin).
* Banyo ve bakımlardan sonra ayağa nemlendirici sürülür.
* Çorapların temiz, kuru, terletmeyen ve emici özellikte olmasına dikkat edilmelidir.
* Ayakkabıların önü kapalı, bağcıklı, az topuklu, yumuşak derili ve kalın tabanlı olmasına dikkat etmesi konusunda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilir.
* Basınç bölgeleri desteklenir.
* Kan şekeri kontrol altında tutulur.
* Diyetine göre beslenmesi sağlanır.
* Banyo ve bakımdan sonra aşağıdaki gibi ayak egzersizleri yapmaları sağlanır;
* Sandalyeye oturulur (yalın ayak)
* Ayak parmakları aşağı yukarı açıp kapatılır. (10 defa)
* Bir ayak parmak ucu diğer ayak topuk basarak dikiş makinesi hareketi yapılır. (10 defa)
* Tek tek her iki ayak bileği daireler çizerek döndürülür.
* Parmak uçları yere basılarak, topuk çevrilir.
* Ayak yukarı kaldırılır, parmaklar aşağıya itilir.
* Ayak yukarı kaldırılır, parmaklar öne itilir.
* Her iki ayak yukarı kaldırılır, parmaklar öne çekilir.
* Her iki ayak yukarı kaldırılır, bir ayak öne çekilir, diğer ayak yere itilir.
* Tek ayak kaldırılarak ayak parmaklarına daireler çizdirilir.
* Yere bir gazete konulur, çıplak ayak parmaklarıyla gazete almaya çalışılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* İşlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **18- EKSTRAVAZASYON ACİL BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Ekstravazasyon yaşanan bölgede doku hasarını en aza indirmek için standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Ekstravazasyon oluştuktan sonra ilk 60 dakikada yapılan uygulama faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Doktor ve servis/ünite hemşiresi.
4. **TANIMLAR:**

* **Ekstravazasyon:** Damar yolunun açıldığı alanda vezikant veya irritant ilaçların sızması sonucunda ağrı ya da nekroz olmasına denir.
* **Vezikant İlaç:** Ekstravazasyon durumunda doku hasarına neden olan ajan.
* **İrritant ilaç:** Tahriş eden tahrişe neden olan enjeksiyon odağında veya ven boyunca flebit, gerginlik hissi ve ağrı oluşturabilen ajan.
* **Flebit:** Toplardamar iltihabına denir.
* **Sitotoksik Ajan:** Hücreleri yok eden ya da çoğalmalarını önleyen ilaçlardır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**

* Vezikant/irritant sitotoksik ajanların antidotları kemoterapi uygulaması esnasında hazır bulundurulur.(Türkiye’de kemoterapi ilaçlarının antidotu bulunmamaktadır.)
* İnfüzyon gidişinde değişiklik, kateter giriş yerinde ağrı, yanma, kızarıklık, şişlik olması ve hastanın kateter giriş odağında tanımladığı her türlü yakınmanın varlığında kemoterapi ilaç uygulaması durdurulur.
* Ekstravazasyon olayı, kızarıklık reaksiyonu ve ven irritasyonundan ayırt edilir.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Değerlendirme Parametreleri** | **Ekstravazasyon** | **Ven irritasyonu** | **Kızarıklık Reaksiyonu** |
| **İntraketten kan aspirasyonu** | Bazı olgular dışında aspirasyondan kan gelmez | Aspirasyonda kan gelişi mevcuttur. | Aspirasyonda kan gelişi mevcuttur |
| **Ağrı** | Dakikalar ya da saatler süren yavaş ağrı ve yanma mevcuttur. İğne odağının çevresinde ortaya çıkar. | Ven boyunca ağrı vardır. Gerginlik hissi mevcuttur | Ağrı yoktur. |
| **Kızarıklık** | İğne odağının çevresinde, lekeli kızarıklık gelişir. İlaç verilmesi kesildiğinde kızarıklık kaybolmaz. | Ven seyri boyunca kızarıklık ve hiperpigmentasyon  olabilir. | İlaç verilirken ven boyunca ani lekeler ortaya çıkabilir. Genellikle 30 dk. içinde kaybolur. |
| **Şişlik** | İğne odağının çevresinde, hemen ya da birkaç saat sonra şişlik çıkabilir. | Şişlik yoktur. | Şişlik yoktur. |
| **Ülserasyon** | Sinsice gelişir. Genellikle 48-96 saat sonra görülür. |  | Ülserasyon yoktur. |
| **Diğer** | İnfüzyon niteliğinde değişiklik, sıvı akışına direnç gelişmesi, lokal karıncalanma görülür. |  | Kaşıntı olabilir. |

**Ekstravazasyon geliştikten sonra doktor orderine göre sıcak/soğuk uygulama yapılır.**

* **Soğuk uygulama:** Vazokonstrüksiyon etkisiyle ilacın subkutan dokulara emilimini azaltır. İlk 30 - 60 dakika soğuk uygulamadan sonra 48 - 72 saat boyunca 2 saatte bir 15 dakika uygulanır. Bu ilaçlara soğuk uygulama yapılması deride ülserasyona neden olabilir.
* **Sıcak uygulama:** Vazodilatasyon etkisiyle lokal kan akımını arttırır. İlacın emilimini ve dolaşıma katılımını sağlar. Uygulama sıklığı soğuk uygulamadaki gibidir. Sadece Vinca Alkaloidleri ve Etoposid gibi ilaçlarda uygulanır.
* Ekstravaze bölgede damar dışına sızan vezikant veya irritant ilacın oluşturduğu şişlik, doktor tarafından enjektör ucu ile aspire edilmeli.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER**

* Enjektör 5cc’ lik 3 tane
* Uygulanan ilacın antidotu
* Sıcak / soğuk kompres
* Steril spanç
* Non - steril eldiven

1. **UYGULAMA:**

* Kemoterapik ilaç uygulaması hemen durdurulur.
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı**”na göre yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Kateter yerinden oynatılmadan 5cc’ lik enjektörle aspire edilir.
* Aspire edilen ilaç miktarı kaydedilir.
* Verilen ve geri kalan ilaç miktarını hesaplayarak infiltre edilen miktar belirlenir.
* Uygulanan vezikant ilacın potansiyel antidotu yok ise, hekim istemine göre 50-100 mgr. hidrokortizon ya da 2 mgr. deksametazonu IV ya da extravaze bölgeye SC enjeksiyonla uygulanır.
* İşlem bittikten sonra iğne / IV kateteri basınç uygulamadan çıkarılır.
* Ekstravazasyon alanı immobilize edilmelidir.
* Extravaze extremite kalp seviyesinin üstünde elevasyona alınır (Elevasyon 48 saat süre ile devam ettirilir).
* Doktor orderine göre sıcak ya da soğuk uygulama yapılır.
* Hastaya, doktor istemine uygun analjezik verilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **19- EKSTRAVAZASYONLA GELİŞEN DOKU HASARINDA BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Ekstravazasyon sonucu gelişen doku hasarının her aşamasında iyileşme sürecini hızlandırmak ve doku bütünlüğünü yeniden sağlamak için standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Ekstravazasyon oluşumundan sonraki ilk 60 dakikanın sonundan başlar, yara iyileşmesi sağlanıncaya kadar süren faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Doktor, servis/ünite hemşiresi.
4. **TANIMLAR**

* **Ekstravazasyon:** Damar yolunun açıldığı alanda vezikant veya irritant ilaçların sızması sonucunda ağrı ya da nekroz olmasına denir.
* **Ülserasyon:** Deri ve mukoza yüzeyinde doku kaybı sonucu ortaya çıkan lezyonlardır.
* **Nekroz:** Canlı bir organizmada hücre ve dokunun patolojik ölümüne nekroz denir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Ekstravazasyon iyileşme süreci; doku hasarı gelişen bölgede, kızarıklık, ülserasyon, enfeksiyon, nekroz ve ağrının varlığı yönünde değerlendirilmelidir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Sıcak/soğuk kompres
* Non-steril eldiven
* Yara bakım pansuman malzemeleri

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına”** göre yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Ekstravaze bölgeye doktor orderine göre ekstravaze ilacın cinsine uygun sıcak ya da soğuk uygulama yapılır.
* Ekstravaze olan ekstremite ilk 48 saat kalp seviyesinin üzerine elevasyona alınır.
* Ekstraveze bölge kızarıklık, ağrı, ülserasyon, enfeksiyon, nekroz açısından 24 saat aralarla kontrol edilir.
* Ekstravaze bölgede ülserasyon geliştiğinde uygun bakım yapılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **20- EKSTRAVAZASYONU ÖNLEME TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Ekstravazasyon oluşumunu önlemek için standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Ekstravazasyonu önleme, sitotoksik ajanın uygulaması için IV kateterin yerleştirilmesinden, uygulama bitip, kateterin çıkartılmasına kadar geçen süreyi kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Servis/ünite hemşiresi
4. **TANIMLAR:**

## Vezikant İlaç: Ekstravazasyon durumunda doku hasarına neden olan ajan,

* **İrritant İlaç:** Tahriş eden tahrişe neden olan enjeksiyon odağında veya ven boyunca flebit, gerginlik hissi ve ağrı oluşturabilen ajan.
* **Flebit:** Toplardamar iltihabı,
* **Hematom**: Vücutta herhangi bir bölgede dokunun içinde kan birikmesidir.
* **Lenfatik Drenaj**: Vücutta bağışıklık, vücut savunması ve lenf sıvısının yaptığı işlevleri yerine getirmeye çalışan bir tür sistemi anlatmaktadır.
* **Sitotoksik Ajan**: Hücreleri yok eden ya da çoğalmalarını önleyen ilaçlardır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Uygulama yapan hemşire uygulayacağı ilacın prospektüs bilgisine sahip olmalı. Vezikant özelliği olan ilaçları tanımalı, ekstravazasyona neden olabilecek risk etmenlerini tanımlamalı, ekstravazasyon oluşmaması için ve oluştuğunda alınacak önlemleri bilmelidir.
* Hematom, bozuk lenfatik drenaj, flebit, inflamasyon, gözle görüle bilen enfeksiyon bulgusu olan bölgeler, 24 saat öncesinde kateter girişi uygulanmış bölgelere yakın alanlar, radyo terapi alınan bölgeler kullanılmamalıdır.
* Eklemlere (el bileğinin ön ve arka yüzü, dirsek ön yüzü) kateter girişi yapmaktan mümkün olduğunca kaçınılmalıdır.
* Ciddi ekstravazasyon hasarı ya da flebit riski, hastanın hareketini etkileyebileceği için vezikant ajanları alt ekstremitelere uygulanmamalıdır.

## İnfüzyon gidişinde değişiklik, kateter giriş yerinde ağrı, yanma, kızarıklık, şişlik olması ve hastanın kateter giriş odağında tanımladığı her türlü yakınmanın varlığında kemoterapi ilaç uygulaması durdurulmalıdır.

* Vezikant ilaçların sürekli infüzyonu gerektiğinde, uzun süreli ve çok sayıda kemoterapi uygulandığında, zayıf ve küçük venleri olan hastalarda, kalıcı venöz port kateter takılması için hasta cesaretlendirilmeli ve doktorla iş birliğine gidilmelidir.
* Ekstravaze bölgede, doku arasına kaçan ilacın miktarı ve cinsine göre 48-96 saat ya da günler sonra yara meydana gelebilir böyle bir durumla karşılaşmamak için ilaç bitiminde damar yolu çıkarılırken bölge ektravazasyon yönünden değerlendirildikten sonra hasta taburcu edilmelidir.

## ARAÇ ve GEREÇLER:

## Non-steril eldiven

## Uygulanacak tedavi

1. **UYGULAMA:**

* Hasta, işlem öncesi extravazasyon belirti ve bulguları hakkında bilgilendirilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” göre yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Vezikant/iritan uygulanacağı ven, periferden içe (el üstünden başlayarak) doğru yol izlenerek kateter girişi yapılır.
* Kemoterapi ilaç uygulaması süresince risk faktörleri göz önünde bulundurularak infüzyon aralıklarla takip edilir.
* Vezikant ilaç infüzyon halinde veriliyorsa; hastayı, extravazasyonun belirti ve semptomlarını hissettiği anda, derhal hemşireye bildirmesi konusunda uyarılır.
* İlaç uygulaması bitiminde intraket çekilmeden önce bir sızıntı olmasını önlemek için 100cc SF ile yıkanır.
* Ekstravazasyon durumunda **“Ekstravazasyon Acil Bakım Talimatı”** uygulanır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **21- EL BAKIMI UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** El hijyenini sağlamaya ve sürdürmeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** El bakımı uygulamalarının hangi durumlarda ve nasıl yapılacağını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Servis/Ünite Hemşiresi
4. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Temizlik için alkol içermeyen sabun kullanılmalıdır.
* Deri bütünlüğünü korumak amacıyla cilt bakımında pudra kullanılmamalıdır.
* Hastanın ihtiyacına göre ayak bakımı verilir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Non steril eldiven
* Aseton
* Orta boy derin küvet
* Ilık su
* Sabun
* Havlu
* Nemlendirici krem/Vazelin
* Tırnak makası
* Törpü
* Povidon iyot
* Tedavi tepsisi

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun şekilde yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Ellerde oje veya tırnak cilası varsa aseton ile çıkartılır.
* Ilık su ile dolu böbrek küvet içinde 2 dakika süre ile eller bekletilir.
* Tırnaklar uzun ise tırnak makası ile oval şekilde kesilir. Tırnak eti kesilmiş ise povidon iyot ile pansuman edilir.
* Hastanın elleri sabunlanır ve temiz ılık su ile yıkanıp durulanır.
* Yumuşak havlu ile kurulanır.
* Eller nemlendirici krem ile nemlendirilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **22- EL HİJYENİ TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personeli, hasta, hasta refakatçileri ve ziyaretçiler için uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemlerini belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Hastanedeki tüm çalışanları, hasta, hasta refakatçilerini ve ziyaretçileri kapsar.
3. **TANIMLAR:**

* **El hijyeni;** el yıkama, antiseptik el yıkama, alkollü el antiseptiği ile ovalama ya da cerrahi el antisepsisini ifade etmek için kullanılan genel bir terimdir.
* **Normal (sosyal) el yıkama**: Ellerin sabun ve su ile yıkanmasıdır. Bu tip yıkama ile kirler ve geçici mikrop florası uzaklaştırılır, kalıcı flora etkilenmez.
* **El antisepsisi:** Hijyenik (antiseptik kullanarak) el yıkama ve el ovalamayı kapsar.
* **Hijyenik (antiseptik kullanarak) el yıkama**

Riskli durumlar için, (enfekte hastalarla temastan sonra ve yoğun bakım ünitelerinde hasta ile temastan önce ve sonra) antiseptikler kullanılarak yapılan el temizliğidir. Amaç, eldeki tüm geçici ve kısmen de kalıcı floranın uzaklaştırılmasıdır.

* **Hijyenik el ovalama**

Antiseptik solüsyonla veya çabuk etkili alkolik çözeltiler ile ellerin kuvvetlice ovuşturulması ile yapılan el temizliğidir.

* **Cerrahi el yıkama**

Hijyenik el yıkama sonrasında varlığını sürdüren kalıcı florayı da azaltmak üzere yapılan el yıkama veya el ovmayı tanımlar.

1. **UYGULAMA:**

**El hijyeni uygulanması gereken durumlar:**

* Enfekte hasta ile direkt temastan önce ve sonra,
* Hasta çevresindeki yüzeylerle temas sonrasında,
* İnvaziv işlemlerde eldiven giymeden önce ve sonra,
* Kan, vücut sıvıları, sekresyonlar, kontamine materyalle veya bu örneklerin alınması veya taşınması esnasında kullanılan kaplarla temas sonrası,
* İki ayrı hastaya temas etme arasında ve aynı hastada kirli vücut bölgesine temas ettikten sonra temiz bölgeye temasa geçmeden önce el hijyeni uygulanmalıdır.

**Normal (sosyal) el yıkama**

Sosyal hayattaki el temasını gerektiren kirli veya kontamine tüm rutin işlemlerden sonra eller görünür kir kalmayacak şekilde su ve sabunla yıkanmalıdır.

* Akarsu altında eller ıslatılır.
* Sıvı el sabununu el yüzeyine tümüyle yayılır.
* Parmaklar, avuç içi ve el sırtının tüm yüzeyleri en az 20 saniye süreyle yıkama maddesiyle temizlemek için kuvvetle ovuşturulur.
* Bol su ile ellerinizi durulanır.
* Eller kağıt havlu ile kurulanır.
* Musluk sensörlü değil ise; elleri kurutmak için kullanılan havlu yardımı ile musluk kapatılır.
* Kullanılan havlu çöp kovasına atılır

**Hijyenik el yıkama**

* Klorheksidin kullanılıyorsa 1 dk, povidon iyot kullanılıyorsa 2 dk süre ile avuç içleri ve parmak araları başta olmak üzere eller tüm yüzey ve parmakları kapsayacak şekilde kuvvetlice ovuşturulur.
* Eller su ile iyice durulanır, durulama parmak uçlarından dirseklere doğru yapılır, parmaklar yukarı gelecek şekilde tutularak, kontamine suyun dirsekten tekrar parmak ucuna akışı önlenir.
* Eller kağıt havlu ile kurulanır, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılır.

**Hijyenik el ovalama**

* Alkol ancak temiz şartlarda etkili olduğundan görünür kir varsa eller önce su ve sabunla yıkanarak kurutulur.
* Alkol bazlı solüsyon 3-5 ml bir avuca alınır. İki el birleştirilerek tüm el yüzeyi ve parmaklara temas edecek şekilde ellerdeki solüsyon kuruyana kadar ovuşturulur.

**Cerrahi el yıkama**

* Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır.
* Antiseptikli (klorheksidin veya povidon iyot içeren) sabun alınır (5 ml), el ve kollar ovuşturularak 3-5 dk süreyle yıkanır. Günün ilk uygulamasında ayrıca tırnak dipleri 30 sn süreyle fırçalanır (antiseptikli sabun emdirilmiş tek kullanımlık sünger/fırçalar cerrahi el yıkama için uygundur).
* Su dirseklerden aşağı akıtılarak durulanır ve steril havluyla kurutulur.
* Musluk eller kullanılmadan kapatılır.
* Steril eldiven giyene kadar hiçbir yere dokunulmaz.

**Cerrahi el ovalama**

* Saat, yüzük ve bilezikler çıkarılır.
* Alkol ancak temiz şartlarda etkili olduğundan ellerde görünür kir varsa eller önce su ve sabunla yıkanarak kurutulur.
* Hızlı etkili alkol bazlı ürün (3-5 ml) eller ve kollara ovularak uygulanır. İşlem süresi günün ilk ameliyatı için 3 dk olmalıdır. Bu süre boyunca ilave antiseptik alınarak tüm yüzeylerin ıslak kalması sağlanır. Sonraki ameliyatlar için 1 dakikalık süre yeterlidir.
* Parmak uçları yukarı tutularak ellerin kendi halinde kuruması sağlanır. Steril eldiven giymek için tamamen kuruması beklenir.

|  |
| --- |
| **23- ELEKTROKONVÜLSİF TEDAVİ (EKT) ÖNCESİ HASTA BAKIM TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** Uygulanacak bu özel tedavi için uygun tıbbi şartları sağlamak, tedavi sırasında doğabilecek yan etkilerle baş edebilmek ve tedavi etkinliğini en üst düzeye çıkarmaktır.
  2. **KAPSAM:** Bu talimat; EKT öncesi hastanın refahını en üst düzeye çıkarmaya ve tedavinin etkinliğini artırmaya yönelik bakımı kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
  4. **TANIMLAR:**
* **Elektrokonvülsif Tedavi** (EKT): Belli psikiyatrik rahatsızlıklar İçin güvenli ve etkili bir tıbbi tedavidir. EKT tedavisinde beyine belli dozlarda elektrik uyarımı verilmesiyle elektroşok tedavisi uygulanır.
  1. **UYARILAR VE ÖNERİLER:**
* Hasta en az 6 saat öncesinde aç bırakılmalıdır.
* İşlem esnasında takma diş ve protez olmamalıdır.
* Şok esnasında kontrolsüz inkontinans olabileceğinden işlem öncesi mesanenin boşalması sağlanmalıdır.
* İşlem öncesi mutlaka hastanın damar yolu açıklığı sağlanmalıdır.
  1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Yeşil gömlek
* Tansiyon aleti ve steteskop
* Bone
* Disposable eldiven
* Anjioket
* Sedye
* Turnike
* Alkollü pamuk
  1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Hasta ve yakınları EKT konusunda bilgilendirilir. EKT ile ilgili hastanın korku ve anksiyete belirtileri gözlenir ve duygularını paylaşması için desteklenir.
* Hasta dosyasında bilgilendirilmiş onam formu kontrol edilir.
* Hastanın işlem için, en az 6 saat öncesinden aç olup olmadığı kontrol edilir.
* Takma diş, protez, takı vb. çıkarılır.
* İşlemden hemen önce mesanenin boş olması sağlanır.
* Yaşam bulguları kontrol edilir.
* Hastanın sürekli kullandığı ilaçları varsa ( antihipertansif, H2blokörü vb.) EKT tedavisinden önce birkaç yudum su ile verilmelidir.
* Rahat giysiler giymesi sağlanır (eşofman gibi). Üstüne yeşil gömlek giydirilir ve bone takılır.
* Eldivenler giyilir.
* EKT uygulanacak her hastaya ilaç uygulanabilmesi için damar yolu açılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Yapılan tüm hazırlıklar kontrol edilir ve hasta sedyeye alınarak EKT odasına alınır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **24- ELEKTROKONVÜLSİF TEDAVİ (EKT) SONRASI HASTA BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Tedaviden sonra komplikasyonları önleme, hastanın oryantasyonunu sağlama ve tedavi etkinliğini en üst düzeye çıkarmaktır.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; EKT sonrası hastanın refahını en üst düzeye çıkarmaya ve tedavinin komplikasyonlarını önlemeye yönelik bakımı kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Elektrokonvülsif Tedavi** (EKT): Belli psikiyatrik rahatsızlıklar İçin güvenli ve etkili bir tıbbi tedavidir. EKT tedavisinde beyine belli dozlarda elektrik uyarımı verilmesiyle elektroşok tedavisi uygulanır.

1. **UYARILAR VE ÖNERİLER:**

Hastada EKT sonrası bazı komplikasyonlar gelişme riski vardır. Bu komplikasyonlar yönünden hasta yakın takip edilmelidir. Bunlar;

* Baş ağrısı
* Mide bulantısı
* Kusma
* Kırık
* Kardiyak etkiler (sinüs bradikardisi, taşikardi, bradikardi, bradiaritmiler, taşiaritmiler, EKG’de ST ve T dalga değişiklikleri)
* Oluşmamış (infra) nöbet
* Uzamış nöbet
* Geç (tardiv) nöbet
* Kas ağrıları
* Konfüzyon
* Bellek bozuklukları (anterograd, retrograd ve özyaşamsal amnezi)
* Kafa içi basınç artışı
* Malign hipertermi
* Hipertansiyon

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Tansiyon aleti ve steteskop
* Disposable eldiven
* Pamuk

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Hasta güvenli bir şekilde yatağına alınır.
* Yatak kenarlıkları kaldırılarak hastanın güvenliği sağlanır.
* Hastanın rahat solunum yapabilmesi için; başını sağ tarafa doğru hiperekstansiyon şeklinde pozisyon verilir ve sekresyon olup olmadığı kontrol edilir. Satürasyon takibi yapılır ve gerektiğinde hekim istemine göre O2 verilir.
* Vital bulguları ölçülür ve bir saat 15 dakikada bir takip edilir.
* Hastanın bilinci yerine gelinceye kadar yanında kalınır ve adı ile hitap edilerek yatıştırıcı açıklamalar yapılır.
* Hasta odasında gözlenir ve oryantasyonu değerlendirilir.
* Hastada herhangi bir komplikasyon/yan etkinin gelişip gelişmediği değerlendirilir.
* Hastada hafıza değişikliği varsa bu durumun birkaç hafta içerisinde geçeceği bildirilir.
* Hastanın konfüzyonu geçince oral alımı açılır ve ilaçları verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* **“EKT Takip Formu”** ve **“Hemşire Gözlem Formu”**na; tarih, EKT sayısı, süresi, dozu, EKT öncesi ve sonrası vital bulguları, komplikasyonları ve tedavileri kayıt edilir.

|  |
| --- |
| **25- ELEVASYON UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Dolaşımı rahatlatarak ödemi önlemek/geriletmek için standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol; elevasyon uygulamalarının hangi durumlarda ve nasıl uygulanacağını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Doktor, hemşire, fizyoterapist.
4. **TANIMLAR:**

* **Elevasyon**: Ekstremitenin kalp hizasının üstüne kaldırılması.

1. **UYARILAR ve ÖNLEMLER:**

* **Tanılama Sıklığı:** Uygulanan elevasyon hastanın tanısına göre planlanır.

**Elevasyon Uygulandığı Durumlar:**

* Sistemik hastalıklar (lenfoid, lenfanjit vb.)
* Operasyon
* Yanık
* Enfeksiyon
* Açık yaralar
* Ödem
* Ortopedik uygulamalar (alçı, atel, traksiyon vb.)
* Diğer nedenler

**Elevasyon uygulamasında;**

* Yükseklik derecesi
* Pozisyon
* Operasyon yeri (extremite, baş, gövde...)
* Operasyon özelliği (greft, flep, atel)
* Sistemik hastalıkların varlığı (hemipleji, kalp, akciğer hastalıkları) göz önüne alınır.

**Elevasyon uygulamasında dikkat edilecek diğer şartlar:**

* **Üst ekstremitelerde:**
* Axiller bölge desteği
* Axiller artere bası olmaması
* Axiller arter kontrolü
* Omuz alt bölgesi desteği
* **Alt ekstremitelerde:**
* Diz altı desteği
* Taban desteği
* Ayak/topuk travmatize edici temasları
* **El elevasyonunda:**
* Bilek ve parmakların desteği
* **Elevasyon sürecinde yapılan tanılama**
* Yara ya da opere alana bası olmaması,
* İstenilen yükseklikte olması,
* İstenilen açı ve pozisyonda olması,
* Ödem (veya artan ödem) olmaması,
* Dolaşım problemi (siyanoz) olmaması,
* Hastanın eşlik eden diğer sağlık sorunlarına etkisi olmaması,
* Hastanın rahatlık ifadesinin olması,
* Verilen pozisyonla ilgili hastada karıncalanma, ağrı, sıkıntı, yorulma ifadesi olup olmamasına dikkat edilir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Muhtelif yastıklar (silikon özellikli vb)
* Kum torbası
* Askıya alıcı materyaller

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’’**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Karyolanın fonksiyon uygunluğunu kontrol edilir.
* Destek yastıklarını seçilir.
* Özel askıya alıcı materyalleri hazırlanır.
* Elevasyon bölgesine göre; uygun pozisyon verilir.
* Hasta yatağı uygun pozisyona getirilir.
* Pozisyonu ve kaviteleri yastıklarla desteklenir.
* Verilen pozisyonla ilgili; karıncalanma, ağrı, sıkıntı, yorulma gibi şikâyetleri değerlendirilir.
* Hasta ve ailesi bilgilendirilerek elevasyon ve pozisyonun korunması sağlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* İşlem bölgesi, başlama saati, işlemin etkinliği **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **26- ENDOTRAKEAL TÜP BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hava yolunun açıklığının kontrolünü ve oral kavitenin devamlılığını sağlamak amacına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Entübasyon tüpü bakım talimatının hangi durumlarda ve nasıl uygulanacağını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Hemşire/Ünite hemşiresi
4. **TANIMLAR:**

* **Endotrakeal Entübasyon**: Translaringeal olarak (ağız veya burun yoluyla), trakea içine yerleştirilen bir tüp yoluyla hava yolu açıklığının sağlanması yöntemidir.

Trakeal tüpler balonlu veya balonsuz olarak iki tiptir ve polivinil klorür veya slikon kauçuk yapıdadırlar. Disposable özellikte ve steril olarak tek tek paketlenmektedirler.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Endotrakeal tüp seviyesi ön dişler hizasından kadınlarda 20-21 cm, erkeklerde 21-23 cm olmalıdır.
* Entübasyon tüpüne bağlı lokal sorunlar gözlenmelidir.
* Ağız kenarı, burun ve yanak kronik zedelenmeye bağlı laserasyonlar yönünden gözlenmelidir.
* 24 saatte bir, ağız köşelerinde ülserasyonu önlemek amacıyla endotrakeal tüp yeri sağdan sola veya soldan sağa yer değiştirilmelidir.
* Endotrakeal tüpün takılma tarihi, numarası ve kaç cm’den tespit edildiği belirtilmelidir.
* Entübasyonlu hastaya ağız bakım protokolüne uygun olarak ağız bakımı verilir.
* Her temas öncesinde ve sonrasında eldiven giyilmiş olsun veya olmasın el hijyeni sağlanmalıdır.
* Hastanın solunum sekresyonlarının çevreye sıçrama ihtimali nedeni ile hasta ile temas sırasında temiz önlük giyilmelidir.
* Ağız bağı alt kısmına hastanın ağız çevresinde yara oluşumunu önlemek amacı ile steril uzaklaştırılmalıdır. Aynı önlük ile servis içinde dolaşmamalı ve başka bir hastaya bakım verilmemelidir. Spanç konulmalıdır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Tedavi tepsisi
* Aspirasyon sondası
* Aspiratör
* Enjektör
* Böbrek küvet
* Stetoskop
* Sargı bezi
* Non-steril eldiven
* Steril eldiven
* El dezenfektanı
* Ağız temizleme solüsyonu
* Makas
* Abeslang
* Nemlendirici losyon
* Rulo gazlı bez

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun yıkanır.
* Non-steril eldiven giyilir.
* Hasta semi fowler pozisyonuna getirilir.
* Steteskopla akciğerlerin havalanması dinlenir.
* Endotrakeal tüp kafı enjektörle havası alınıp tekrar 15 cc ile şişirilir.
* Ağız içi, **“Aspirasyon Uygulama Talimatı”**na uygun şekilde aspire edilir.
* **“Ağız Bakımı Talimatına”** uygun ağız içi bakımı verilir.
* Tüp içi **“Aspirasyon Uygulama Talimatı”**na uygun şekilde aspire edilir.
* Kirli tüp tespit bağı yenisi ile değiştirilir.
* Tüp seviyesi kontrol edilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na göre yıkanır.
* İşlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **27- ENTERAL BESLENME TALİMATI** |

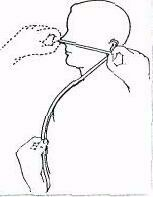
1. **AMAÇ:** Oral yolla beslenemeyen bireyin günlük beslenmesini tüp yoluyla devam ettirmek amacına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol enteral beslenme uygulama faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Servis/Ünite Hemşiresi
4. **TANIMLAR:**

* **Enteral beslenme:** Oral yolla yeterince veya hiç beslenemeyen bireyin beslenme sondaları veya yerleştirilen kateterler (PEG, PEJ) aracılığı ile günlük ihtiyacı olan besin maddelerinin karşılanmasına denir. Yapay beslenmenin bir şeklidir ve oral nutrisyonel destekler yanında nazogastrik/enteral veya perkutan (gastrik/jejunal) tüp yolu ile beslenmeyi içerir. Ana hedef sonuçları iyileştirmek için malnutrisyonun tedavi edilmesi ve önlenmesidir.
* **Enteral nutrisyon için endikasyonlar**
* Yedi günden daha fazla süre için yetersiz oral alımın olması,
* Malnutrisyonda ya da malnutrisyona gireceği öngörülen hastalarda endikedir.
* **Ciddi nutrisyonel risk kriterleri aşağıdaki kriterlerden en az birinin varlığıyla tanımlanır:**
* 6 ay içinde > %10 kilo kaybı
* BMI < 18.5 kg/m2 (yaşlı hastalarda < 20 kg/m2)
* SGD düzey C veya NRS ≥ 3
* Serum albümin < 30 g/L (hepatik veya renal bozukluk olmaksızın)
* **Beslenme Sondaları (Feeding);** Sonda, bireyin durumu, uygulama türü, enteral beslenmenin süresine göre uzunluk, materyal, çap ve lümen farklılıklar gösterebilen materyallerdir.
* **Nazogastrik Yol**: Burun boşluğundan mideye beslenme tüpü yerleştirilmesine nazogastrik yol denir.
* **Oragastrik Yol:** Ağızdan mideye beslenme tüpü yerleştirilmesine oragastrik yol denir.
* **Nazoduodenal Yol:** Burun boşluğundan mideyi geçip oniki parmak barsağına beslenme tüpü yerleştirilmesine nazoduodenal yol denir.
* **Oraduedonal Yol;** Ağızdan mideyi geçip on iki parmak barsağına beslenme tüpü yerleştirilmesine oraduodenal yol denir.
* **Nazojejunal Yol:** Burun boşluğundan mideyi ve on iki parmak barsağını geçip ince barsağa beslenme tüpü yerleştirilmesine nazojejunal yol denir.
* **Orajejunal Yol:** Ağızdan mideyi ve oniki parmakbarsağını geçip ince barsağa beslenme tüpü yerleştirilmesine orajejunal yol denir.

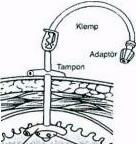
**Tüpün Uzunluğunun Belirlenmesi;**

Yerleştirme Öncesi doğru şekilde uygun uzunluğun saptanması, tüpün ilerletilecek kısmının belirlenmesini sağlar.

Nazogastrik uygulamada; tüp burun ucundan kulak memesine, oradan sternumun altucuna kadar uzatılarak ölçülür, uzunluğu belirlenir ve işaretlenir.Oragastrik uygulamada, tüp dudakların ortasından çene altına, oradan sternumun alt ucuna kadar uzatılarak, ölçülür,uzunluğu belirlenir ve işaretlenir.



* **Gastrostomi**; Karın cildinden mideye beslenme tüpü yerleştirilmesine gastrostomi denir.
* **PEG (Perkütan Endoskopik Gastrostomi):** Bireye endoskopik yöntemle gastrostomi açılmasına denir.
* **PEJ** (**Perkütan Endoskopik Jejenostomi):** Geniş lümenli PEG sondasının içinden daha ince lümenli bir sondanın endoskop yardımıyla mideden İnce barsağa kadar ilerletilmesine denir.
* **Jejunostomi:** Karın cildinden ince barsağa beslenme tüpü yerleştirilmesine jejunostomi denir.

**Resim 1. PEG Resim 2. PEJ**

**Enteral Beslenme Uygulama Yöntemleri**

* **Bolus Besleme:** Belli miktarda ürün belirlenmiş saat aralıklarıyla bir şırınga aracılığıyla yavaşça verilir. Ürünün kısa zaman periyodunda aralıklarla fazla miktarda hızlı bir şekilde verilmesidir. Uygulama hızı dakikada 30 ml'yi geçmemelidir. Dikkat edilmezse diyareye neden olur.
* **Aralıklı Besleme:** 24 saat içinde bireyin alması gereken beslenme ürününün eşit parçalara bölünerek 3-6 defada verilmesidir. Her beslenme ürünün veriliş hızı 30-90 dakika olmalıdır.
* **Sürekli İnfüzyon Besleme:** Beslenme ürününün 16-24 saat süreyle kesintisiz olarak bir pompa sistemi ile bireye verilmesidir. Beslenme ürününün sürekli infüzyonu bolus uygulamadan daha iyi tolere edilir.
* **Gastrik Rezidü:** Mide içeriğinin enjektöre çekilerek rezidüel volümün kontrol edilmesidir.
* Sürekli beslemede son iki saatte verdiğin miktarın yarısından fazlası, aralıklı beslenmede 100 ml ‘den fazlası rezidüyü pozitif kılar. Rezidü için enjektöre çekilen mide içeriği mideye geri verilmelidir.

1. **UYARILAR/ ÖNERİLER**

* Ellerinizi yıkamadan solusyonlar, setler hazırlanmamalıdır.
* Tüp yeri kontrol edilmeden (radyografik görüntülemeyle) beslenmeye başlanmamalıdır.
* Formüllerin ideal sıcaklığının 20-250 olması diyareyi önler.
* Bazı ilaçlar da (makrolid, antiasitler, atropin, metoklopramid vb. ) diyareye neden olur.
* Enteral beslenme komplikasyonları olan;
* Bulantı/kusma, ishal (günde 3-4 kez, 500 ml/ l kez), distansiyon, karın ağrısı gibi komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır.
* Tüpün burundan/ağızdan çıktığı noktaya işaret konulmalı ve seviyesi her gün ve her beslemeden önce kontrol edilmelidir. Enteral nutrisyonun en sık gözlenen komplikasyonu (%50) tüp malpozisyonu/yer değiştirmesi olduğu unutulmamalıdır.
* Bireyin başı, beslenirken ve beslenme bittikten sonra bir saat süre ile 30-45 derece yükseltilmelidir.
* Ürünün bolus verilme hızı yetişkinde 30, çocuklarda 20 ml/dak geçmemelidir. Gastrik beslemelerde tercih edilmelidir.
* Enteral beslenmeye saatte 10-20 ml beslenme ürünü verilerek başlanır, tolere ediyorsa8-12saatte bir 20 ml hızla arttırılabilir. Tolere edilebilen maksimum veriliş hızı genellikle 120 ml/saati aşmaz. Gastrik rezidüel volüm başlangıçta ve 6-8 saatte bir kontrol edilmelidir.

**Sürekli Beslenmede Gastrik Rezidü Takibi;**

* Rezidü 200 ml/ saat veya 1 lt/günden fazla ise veriliş hızı doktor istemine göre azaltılmalı veya beslenme sonlandırılmalıdır.
* Gastrik rezidüel volüm 6 saatte bir beslenme solüsyonuna 15-20 dk ara verilerek kontrol edilir. Gelen miktar ≤ 200 ml az ise kalori hedefine ulaşıldı ise hızı sabit tut veya iki katına arttır, > 250 ml ise doktor ile paylaşılarak gerekli müdahaleler yapılır.
* Beslenmeye 15- 20 dk ara verilmelidir. Mide içeriği enjektöre çekilmelidir. Rezidü pozitif ise beslenmeye bir saat ara verilir, miktar azalmış ise beslenmeye devam edilir.
* Rezidü miktarı yüksek ise beslenme kesilir, doktora haber verilir.
* Birinci gün 4 saatte bir, ikinci gün ve beslenme stabilleşince günde 4-6 defa rezidü takibi yapılır.
* Aralıklı beslenmede gastrik rezidü takibi her beslenmeden önce yapılır.
* Her gastrik rezüdü takibinden sonra, beslenmeden önce ve sonra veya herhangi bir kesinti gerektiğinde en az 40 ml su verilerek tüp yıkanmalıdır.
* İnce lümenli tüpler kullanıldığında beslenme sırasında 4-6 saate bir yıkama yapılmalıdır.
* Birey aralıklı beslenecek ise sürekli infüzyonla hedeflenen doza ulaştıktan sonra aralıklı beslenmeye geçilmelidir.
* Aralıklı beslenme sadece gastrik beslenme için uygundur. Duedonal ve jejunal yolla yapılmamalıdır.
* Beslenme ürünü kapağı açılmadan son kullanma tarihine kadar, kapağı açıldıktan sonra buzdolabında 24 saat, oda ısısında 8 saat saklanabilir.
* Beslenme ürünü soğuk verilmemelidir.
* Beslenme seti her gün değiştirilmelidir.
* Beslenme setindeki ürün 8 saatte bir yenilenmelidir.
* Ürün yenileme öncesi, torba yıkanmalı, sonra yeni beslenme ürünü doldurulmalıdır (torbayı yıkamak için içme suyu kullanılmalıdır).
* Burun/ ağız tespit bandı her gün değiştirilmeli ve farklı yerlere yapıştırılmalıdır.
* Tüpten ek bir besin (pekmez, bal, meyve suyu vb) verilmemelidir.

**Beslenme Tüpünden İlaç Verilmesi Gerekiyorsa;**

* İlaçları vermeden önce ve verdikten sonra ya da birden fazla ilaç verilmesi gerekiyorsa iki İlaç arasında en az 30 ml su verilerek tüp yıkanmalıdır.
* İlaçların önerilen veriliş şekline (aç, tok) dikkat edilmelidir.
* İlaçlar ürünle karıştırılmamalıdır.
* **Enteral ürünlerle birlikte;** Fenitoin sodyum (Eptantoin, Hidantin vb), varfarin (Coumadin vb), tetrasiklinler (Monodoks, Tetra vb), florokinolon antibiyotikler (Avelox, Cipro, Tavanic, Menefloks, Sanset vb) gibi ilaçlar etkileşime neden olduğu için verilmemelidir.
* Tüple beslenme sendromuna dikkat edilmelidir (dehidrasyon, diyare, osmatik diürez ve böbrek işlevlerinin bozulması).
* Refeeding sendromuna dikkat edilmelidir (hipofosfatemi, hipokalemi, hipomagnezemi, tiamin ve diğer vitaminlerin eksikliği, sıvı retansiyonu ile klinik bulgu verebilen bir beslenme yetersizliği sendromudur). İleri derecede malnutrisyonlu kişilerde hızlı ve fazla miktarda beslenmenin potansiyel olarak yaşamsal tehdit oluşturduğu unutulmamalıdır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER**

* Eldiven
* 2 adet çam ağaç ucu enjektör
* Su
* Bardak
* Enteral beslenme torbası
* Steteskop
* Tedavi tepsisi
* Uygun beslenme solüsyonu

1. **UYGULAMA**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Non-steril eldiven giyilir.
* Hasta nazogastrik ile besleniyor ise; hastanın tüp seviyesine bakılır, steteskop ile tüpün yeri kontrol edilir.
* Enjektör sondaya takılarak mide içeriği enjektöre çekilir.
* Gelen içerik miktarı hasta için beklenen rezidü miktarına göre kontrol edilir.
* Rezidü beslenmeye engel değil ise çekilen mide içeriği hastaya geri verilir.
* Hastanın almış olduğu beslenme solüsyonu açılır. Eğer bir önceki beslenmeden kalan ve buzdolabında saklanan ürün kullanılacak ise; solüsyon beslemeden 1 saat önce oda ısısına çıkarılarak ısınması sağlanır.
* Hasta manuel besleniyor ise saat başı aldığı veya aralıklı verilen miktar kadar beslenme solüsyonu bardağa koyularak uygun süre ve hızda hastaya verilir
* Hasta beslenme pompası ile besleniyor ise; açılan solüsyon beslenme setinin haznesine 8 saat gidecek miktar kadar konulur, beslenme seti yıkamalı ise diğer hazneye su konulur. Setin havası alınır. Uygun beslenme ve yıkama dozu ayarlanarak beslenme solüsyon setinin ucu beslenme sondasına takılır.
* Açılan ürünün geri kalanı buzdolabında bir sonraki beslenme saatine kadar saklanır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na göre yıkanır.
* İşlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **28- FLAKON FORMUNDA İLAÇ HAZIRLAMA TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ:** Flakon formundaki ilacı doğru/uygun teknikle hazırlamakiçin standart bir yöntem belirlemektir.
    2. **KAPSAM:** Bu talimat; flakon formundaki ilacı doğru ve uygun teknikle hazırlamayı kapsar.
    3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur.
    4. **TANIMLAR:**
    5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Tanımlama**

* Flakon içindeki ilaç;
* Tortu,
* Renk,
* Miktar,
* Son kullanma tarihi,
* Özelliği ( sıvı-toz)
* Kapağının açık olup olmadığı açısından değerlendirilir.
* Uygulanacak İlacın prospektüsü;
* Yan etkiler,
* İlaç etkileşimleri yönünden okunur.

**Temel ilkeler**

* Uygulanacak ilacın son kullanma tarihi kontrol edilir.
* Flakon formundaki ilacın hazırlığı, ilacı uygulayacak hemşire tarafından yapılır.
* İlacın hazırlığında steril-disposable enjektör kullanılır.
* Her ilaç için ayrı enjektör kullanılır.
* Toz formundaki flakonlar sulandırılırken mutlaka prospektüs bilgileri kontrol edilerek sulandırma için uygun olan solüsyon kullanılmalıdır. İlacın erimesi için yapılan çalkalama şekillerine dikkat edilmeli (çalkalama, avuç içinde dairesel hareketlerle çevirme veya bir süre bekletme yapılarak), bazı ilaçların çalkalandığında köpürerek hemojenite sağlanamayacağı veya protein yapısında bozulma olabileceği göz önüne alınmalıdır.
  + 1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* İlaç kartı
* Tedavi tepsisi
* Flakon ve sulandırıcı ampul
* Enjektör (ilacın dozuna uygun)
  + 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* İlaç kartı ile flakon karşılaştırılır.
* Flakon kapağı kaldırılır, altındaki lastik tıpa kontaminasyondan korunur.
* Flakon sıvı formda ise istenilen dozdaki ilaç steril bir şekilde enjektöre çekilir.
* Flakon toz formunda ise; ampuldeki eritici mayi **“Ampül Formunda İlaç Hazırlama** **Talimatı”**na göre enjektöre çekilir.
* Enjektörde bulunan eritici sıvı (sulandırma sıvısı) flakonun içine steril bir şekilde boşaltılır.
* Prospektüs bilgisine göre (çalkalama, avuç içinde dairesel hareketlerle çevirme veya bir süre bekletme yapılarak) toz ilacın erimesi sağlanır.
* Toz ilaç tamamen eriyince istenen doz, flakondan enjektöre çekilir, havası çıkartılır ve koruyucu başlığı takılır.
* Enjektör üzerine ilaç ismi ve dozu yazılır.
* Hazırlanan ilaç tedavi tepsisine yerleştirilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.

|  |
| --- |
| **29- FOTOTERAPİ UYGULAMA TALİMATI** |

* + - 1. **AMAÇ:** Yenidoğanın kandaki bilirubin düzeyinin düşürülmesi ve olası komplikasyonların önlenmesidir.
      2. **KAPSAM:** Bu talimat; küvözün - bebeğin hazırlığı ile uygulama süresince takibini kapsar.
      3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
      4. **TANIMLAR**:
* **Gonadlar**: Kadın ve erkekte eşey cinsiyet (yumurtalık, testisler v.b.) organlarıdır.
* **Hiperbilirubinemi:** Yenidoğanda kandaki bilürübin düzeyinin yükselmesidir.
* **ABO uyuşmazlığı:** Annenin kan grubunun 0, bebeğin A, B veya AB olduğu durumlarda ortaya çıkan kan uyuşmazlığıdır.
* **Rh uyuşmazlığı:** Annenin kan grubunun Rh (-), bebeğin Rh (+) olduğu durumlarda ortaya çıkan kan uyuşmazlığıdır.
  + - 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Kuvöz ısısı 30-32 C olmalıdır.
* Yenidoğan kıyafetleri tamamen çıkartılıp genital organı kapalı olarak kuvöze yatırılır.
* Uygulama süresince bebeğin gözlerinin ışıktan zarar görmemesi için gözler uygun şekilde mutlaka kapatılır.
* Her 2 saatte bir bebeğin pozisyonunun değiştirmesi gerekmektedir.
* Çocuğun vücuduna nemlendirici krem veya pomad sürülmez.
* 8 saat aralarla idrar dansitesi takibi yapılır.
* Ateş takibine özellikle dikkat edilir.
* **İşlem süresince;**
* Yenidoğanın rengi ( bronz baby sendrom) +/-
* Dışkısı (Yeşil sulu) +/-
* İdrar rengi (Koyu sarı) +/-
* Dehidratasyon :+/-
* Isı artışı +/-
* Ciltte kuruluk +/-
* İdrar miktarında ( 1ml/h az)+/-
* Kilo kaybı +/-
* Fontanel çöküklüğü +/-
* Ağız kuruluğu +/-
* Ateş +/-
* Gözde enfeksiyon +/-
* Döküntü +/-
* Kernikterus yönünden gözlenir.
  + - 1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Fototerapi cihazı
* Göz bandı
* Bebek bezi
  + - 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* Fototerapi lambalarının yüksekliği kontrol edilir. (bebekten 50-55 cm uzaklıkta, kuvözden 10 cm uzakta olması sağlanacak)
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yenidoğanın sadece gonadları koruyacak şekilde bez bırakılarak tamamen kıyafetleri çıkarılır.
* Bebeğin gözleri ışığa maruz kalmayacak şekilde kapatılır. (Tespit işleminde bebeğin cilt tahrişi olmamasına özen gösterilmelidir.)
* Hekim istemine göre aldığı-çıkardığı ve vital bulgu takibi yapılır. Anormal bulgular ekip üyeleri ile paylaşılıp, değerlendirilir.
* İdrar çıkışı rengi ve konsantrasyonu dehidratasyon bulgusu açısında takip edilir.
* Sıvı ve volüm dengesizliğini gösteren belirti ve bulgular (yüksek ateş, nabızda artış, ritim bozukluğu, hipoton deri turgoru) gözlenir.
* Deri; turgor, kuruluk, kızarıklık ve döküntü açısından, fontaneller (çökük) dehidratasyon yönünden gözlenir.
* Dudaklarda ve ağızda, çatlama kuruluk izlenir, ağız bakımı verilir.
* Fototerapi alan yenidoğana artan sıvı kaybını karşılamak için orderına uygun şekilde sıvı verilir, beslenmesi sağlanır.
* Aralıklı olarak (bilirubin seviyesine göre ) fototerapi ışığı kapatılarak göz açılır, göz içten dışa doğru steril spançla, (distile suyla ıslatılarak) bir kez silinecek şekilde bakım yapılır.
* Günlük kilo takibi yapılır.
* Kuvözdeki bebeğin pozisyonu 2 saat ara ile değiştirilir. Basınç bölgelerine masaj yapılır, yatak koruyucunun temiz ve gergin olması sağlanır.
* Hastanın cildi temiz ve kuru tutulur, krem veya losyon sürülmez.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* Tespit edilen anormal bulgular ekip üyeleri ile paylaşılarak gerekli müdahaleler yapılır.

|  |
| --- |
| **30- GÖZ BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Gözden sekresyonları uzaklaştırmak, gözü enfeksiyonlardan korumak ve var

olan enfeksiyonu önlemek, konjektivanın kurumasını önlemek amacına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.

1. **KAPSAM:** Bu protokol göz bakım faaliyetlerini kapsar.
2. **SORUMLULAR:** Servis/Ünite Hemşiresi
3. **TANIMLAR:**

* **Konjonktiva:** Göz kapaklarının iç yüzeyini döşedikten sonra göz küresinin üst yüzeyini ve korneada sonlanan ince, şeffaf muköz bir zardır.
* **Kornea:** Gözün en dıştaki şeffaf tabakadır.
* **Ekzoftalmi:** Göz kürelerinin öne doğru çıkmasıdır.
* **Rondel:** Gözün üzerini kapatmak için kullanılan steril gazlı bezdir.
* **Göz Bakımı Endikasyonları;**
* Göz enfeksiyonlarında,
* Bilinci kapalı hastalarda,
* Göz içi basıncın ölçüm sonrasında,
* Göz ameliyatı olan hastalarda postoperatif dönemde; göz ilk açıldığında,
* Göz herhangi bir travmaya maruz kaldığında,
* Ekzoftalmi olan hastalarda,
* Ventilatördeki hastalarda,
* Yatağa bağımlı hastalarda,
* Boyama maddesi kullanılarak yapılan göz muayenesi sonrasında,
* Hekim istemi doğrultusunda

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Bakım sıklığı hastanın göz bakımına olan ihtiyacına göre değerlendirilir.
* Yatağa bağımlı ve bilinçsiz hastalarda gözde patolojik durum yoksa her gün göz bakımı uygulanır.
* Patolojik bir durum mevcutsa göze uygulanacak tedavi hekim istemine uygun sıklıkta yapılır.
* Silme sırasında kullanılan steril gazlı bezler bir kez kullanılıp atılmalıdır.
* Silme işlemi yapılırken göz küresine basınç yapılmamalıdır.
* Hastanın gözleri içten dışa doğru tek hamlede silinmelidir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Steril gazlı bez
* Tedavi tepsisi
* Serum fizyolojik
* Böbrek küvet
* Rondel
* Non- steril eldiven

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun yıkanır.
* Hastanın bilinç durumuna göre bakıma katkısı değerlendirilir.
* Hastanın durumuna göre, hastanın başı ekstansiyonda olacak şekilde yarı yatar veya sırt üstü pozisyon verilir.
* Eldiven giyilir.
* Hastanın gözü rondel ile kapalıysa açılır.
* Yeterli miktarda steril gazlı bez steril serum fizyolojikle ıslatılır.
* Hastanın gözlerini kapatmaması sağlanır.
* Hastanın gözleri içten dışa doğru tek hamlede silinir.
* Göz tamamen temizlene kadar aynı işlem tekrarlanır.
* Gözlerin kapalı kalması gerekiyorsa steril rondelle kapatılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldiven çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”** na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **31- HASTA BİREYİN SUİCİD GİRİŞİMİNİ ÖNLEME TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hastadaki kendine zarar vermeye yönelik riskli durumları tespit ederek, gerekli önlemlerin alınması için standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; hasta bireyin kendisine yönelik zarar verme potansiyelini en aza indirmeye yönelik bakımı kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler, hemşireler ve yardımcı personeller sorumludur.
4. **TANIMLAR**

* **Firar:** Hastanın izinsiz servisten ayrılarak hastane dışına çıkmasıdır.
* **Suicide:** Bireyin doğuracağı sonucu bilerek olumlu veya olumsuz bir eylemle doğrudan veya dolaylı kendini ölüme sürüklemesidir.
* **Homicide:** Başka birini öldürmeye yönelik davranış.
* **Eksitasyon:** Ağır denetimsiz, kontrolsüz ve başkalarına zarar verici duygu ve düşüncelerin eşlik ettiği yıkıcı davranışlar.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Suicid Riski Taşıyan Gruplar:**

* Depresyon, şizofreni
* Alkol ve ilaç bağımlıları
* Daha önce intihar girişimi olanlar ve ailede suicidal öykü
* Ergenlik ya da yaşlılık döneminde olma
* Parçalanmış aile bireyleri, aile içi şiddet
* Vücut bütünlüğü bozulmuş bireyler ( yanık, organ kaybı )
* Öfke kontrolsüzlüğü yaşayanlar
* Yeni kayıp yaşayanlar ( aileden veya değer verilen birinin ölümü)
* Kronik ve ölümcül hastalığı olanlar (lösemi, diyabet, kanser vb. )
* Fiziksel ve cinsel kötüye kullanım
* İşsizlik, yoksulluk, iş kaybı, dul ya da boşanmış olma

**Suicid Riski Taşıyan Bireyde Gözlenebilecek Tepkiler;**

* Kendini değersiz hissetme ve bunu ifade etme
* Kendi görünümünden ve fonksiyonel yetersizliğinden utanma
* Sosyal izolasyon, yalnız kalma isteği
* Kendi bakımı ile ilgilenmeme
* Sağlık ekibi ile işbirliği yapmama
* Yardımları ve tedaviyi reddetme
* Yemek yememe ve yemeği reddetme
* İçe kapanma
* Düşmanca duygular(suçlayıcı davranma ve konuşma, öfke kontrolsüzlüğü, hırçınca davranma, sürekli şikayet etme )
* Hayatın anlamsızlığını ifade eden konuşmalar
* Ölümle ilgili dolaylı ya da dolaysız ifadeler kullanma
* Değer verdiği eşyalarından, hayvanlarından vs. uzaklaşma, birine devretme
* Hüzünlü vasiyet düzenlemeleri yapma veya son isteklerde bulunma
* İlaçları içmeyip biriktirme eğilimi

**Suicid Riskinin Yüksek Olduğu Anlar;**

* Sabah saatleri
* Antidepresan ilaç kullanan hastaların motor davranışlarının arttığı dönemler
* Tedavi ekibinin teslim, vizit ve eğitim toplantı saatleri
* Nöbetçi ekibin az olduğu saatler

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Hastanın servise kabulü sırasında “**Hemşire Anemnez Formu”** doldurulur. Hastanın öyküsünde daha önceki eksitasyon, homocid, suicid ve firar varlığı sorgulanır.
* Hasta servise alınırken kıyafetleri güvenlik görevlisi refakatinde üst araması yapılır. (Kesici-delici-yanıcı madde ve ilaç bulundurulmasına izin verilmez).
* Kıyafet değişimi sırasında hastanın vücudundaki çizik, morluk, kesik olup olmadığı kontrol edilir, belirtilen sorunlar varsa nedeni hemşire gözlem ve değerlendirme formuna kayıt edilir.
* Hasta servise kabulü sırasında servis tanıtımı yapılarak servis kuralları anlatılır.
* Hasta bireyin güvenliği sağlanır.
* Hastanın kendisine zarar vermesine izin verilmeyeceği belirtilir.
* Hasta herhangi stresör karşısında nasıl davranıyor, başa çıkma mekanizmaları belirlenir.
* Hasta bireyin kendisine destek olabilecek kişi ve kuruluşları tanımlaması sağlanır. Bu kişi ve kurumlarla işbirliği yapılır.
* Tedavi sürecinde hasta birey gözlenir ve davranış değişiklikleri **“Hemşire Gözlem Formu”na ve Progres Formuna”**  kayıt edilir, ekip ile paylaşılır.
* İlaçların, hastaların ulaşabileceği yerlerde olmaması ve anahtarların her zaman hemşire veya diğer personelde olması sağlanır. İğneler kullanıldıktan sonra atılır ve hastaların ulaşamayacağı yerlerde muhafaza edilir.
* Kibrit, çakmak kullanımının sınırlanır ve kullanırken gözlenir. Yatak odalarında sigara içilmesine izin verilmez.
* Gargara, kolonya, tıraş losyonları, çamaşır suyu, deterjan gibi malzemelerin odalarda, hastaların ulaşabileceği yerlerde açıkta olmaması; cam materyal (bardak, vazo, tuzluk) kullanılmaması ve kesici aletlerin (bıçak, çakı) ortamdan uzaklaştırılması sağlanır.
* Potansiyel silah (paspas çubuğu, çekiç, küvet) ve tehlikeli olabilecek araç-gerecin tanımlanması (elektrik kordonları, bisturi) ve hastadan uzak tutulması sağlanır.
* Hasta birey yalnız bırakılmaz, mümkün olduğunca grup içinde olması sağlanır, aktiviteye katılmalara ve diğer hastalarla iletişim kurmaya yönlendirilir. Hasta bireyle yargılamadan, kabullenici, anlayışlı ve empatik bir ilişki kurulur.
* Hasta birey suicid mesajı vermişse intihar etme isteğine yönelik konuşulur, duyguları paylaşılır, öfke duygularını uygun biçimde ifade etmesi sağlanır.
* Hasta bireyin benlik saygısının ve kendine verdiği değerin artması için hastanın en iyi yaptığı aktiviteler belirlenir ve desteklenir. Hastaya sorumluluklar verilir. Aynı zamanda hasta bireyin giyimine ve hijyenine dikkat etmesi yönünde konuşulur, desteklenir.
* Uygun terapötik ortam sağlanır, hasta bireyle güven ilişkisi kurulur.
* Hasta bireye ve ailesine tedavi süreci hakkında bilgi verilir. Hasta ailesi suicid riskinden haberdar edilir.
* Suicid riskinin yüksek olduğu anlarda hastanın kontrol sıklığı artırılır.
* Hastanın ilaçları aldığından emin olunur, gerekirse dilaltı ve ağız içi kontrol edilir(Doğrudan Gözetimli Tedavi).
* Hasta bireyin geçmişte yaşadığı başarısızlıklarını içeren tekrarlayıcı konuşmaları sınırlandırılır.
* İntihar mesajı veren hasta, banyo ve tuvalete girdiğinde gözlenir, kalış süresinin uzadığı düşünülürse hastanın dışarı çıkması istenir, yanıt alınmıyorsa kapı dışarıdan müdahale ile açılır.
* Hasta bireyin intihar düşünceleri yoğunlaştığında ve sözel olarak ifade ettiğinde zaman ayrılır ve geleceğe yönelik planları konuşulur. Hasta 15 dakikada bir kontrol edilir.
* Hasta bireyin kendi hemşiresinin, hemşire gözlem formuna koyduğu notlar dikkate alınarak intihar riski taşıyan bireye her şiftte bir hemşirenin bakım vermesi sağlanır.
* Hasta servis dışına tetkik için veya telefon etmek için çıktığında tekrar servise girinceye kadar personel gözetiminde kalır.
* Hasta bireyin kendine fiziksel şiddet uyguladığı durumlarda izole etmek gerekirse izole edilir. Bu durum hasta ile konuşulur ve bunun gerekliliği açıklanır. Gerekiyorsa hasta tespit edilir.
* Yakın gözlem gerektiren hastaların yanına hekim onayıyla refakatçi alınır.
* Uğraşı ve dinlenme odasında hasta bireyin çalışmaları ve çalıştığı aletler uğraşı öğretmeni tarafından kontrol altında tutulur ve malzemeler kilitli dolaplarda muhafaza edilir.
* Ziyaretçilerin getirdiği eşyalar kontrol edilir, yasak olanlar alınır, hastaya verilmez ve ziyaret saati bitiminde yasak olan eşyalar yakınlarına teslim edilir.
* Çalışma ekibi değişim saatlerinde hastanın birebir teslimi yapılır
* Serviste meydana gelen arızalar arıza bildirim formuna yazılarak acil olarak giderilmesine çalışılır.
* Riskli durumu olan hastalar yakın gözlem odasında yatırılır.
* Hasta kontrolleri maksimum 30 dk aralıklarla yapılır, yakın gözlem gerektiren hastaların kontrolleri **“Hemşire Gözlem Formu”nda** kayıt altına alınır.
* Bahçede güvenlik görevlisi olmadığı durumlarda hastaların bahçeye çıkmasına izin verilmez.
* Konsültasyon, tetkik vb. amaçlı durumlarda hastanın servis dışına yalnız çıkmasına izin verilmez.

|  |
| --- |
| **32- HASTA BİREYLE İLETİŞİM KURMA VE SÜRDÜRME TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hasta bireyin tedavi ve bakımına etkin katılımını sağlayarak iyileştirme sürecini hızlandırmak.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; tedavi edici ya da tedaviye yardım eden, bir amaca yönelik yapılan iletişim sürecine yönelik tanım ve uygulamalarını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler, hemşireler ve yardımcı sağlık personeli sorumludur.
4. **TANIMLAR**:

* **Bağ kurmak;** Hastayı yargılamayan, onun iyiliği için çabalayan bir tutum sergilemek veya hasta/hasta yakını ile iletişime geçmek.
* **Güven;** Güven zaman içinde gelişir ve sürecin bir parçası olarak kalır. Güven olmazsa terapötik ilişkinin kurulması mümkün değildir.
* **Saygı;** Terapötik iletişim sırasında hasta/hasta yakınına saygılı davranılmalı itibarları zedelenmemelidir.
* **Empati kurmak;** Hasta/hasta yakını gibi hissetmekten çok hissettiklerini anlamaya açık olmak ve uygun terapötik açıklama yolu ile hastanın bunu anlamasına yardımcı olmaktır.
* **Gerçeği söylemek;** Gerçeği söylemek daha çok güvenle ilişkilidir. Hastaya ben dürüst ve gerçek bir insanım mesajının verilmesini sağlar.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Terapötik iletişimde kullanılan teknikler:**

* **Hastayla sessizliği paylaşmak;** Hastanın tüm düşünce ve riskleri araştırmasına imkân sağlar; kritik bir noktada konuşmanın kesilmesi veya önemli bir konunun atlanması önlenir.
* **Hastada olumlu pekiştireç kullanmak;** Hastanın ilgisini pekiştirir, kompliman değildir. Hastanın desteklenmesini ve tedaviye/bakıma katılımının devamlılığını sağlar.
* **Konuşma olanağı vermek;** Açık uçlu sorular sorularak hastanın cevapları dinlemek. Hastanın bize kendisini ve endişelerini ifade etmesine olanak sağlar.
* **Duygularını anladığını ifade etmek;** Hastanın duygularını anladığını ifade edebilmek için farklı kelimeler ile geribildirim vermek. Hastanın varlık duygusunu pekiştirir, rahatlamasını sağlar.
* **Konuşulanları özetlemek;** konuşulanları kısa cümleler ile geri yansıtmak. Unutulan bir şey olup olmadığından emin olmayı sağlar.

**Terapötik olmayan teknikler**

* Sorguya çekmek,
* Basmakalıp konuşmak,
* Yorum yapmak,
* Açıklama istemek,
* Onaylanmayacak durumu onaylamak,
* Mantıksal karşı çıkmak,
* Sürekli nasihat vermek,
* Yanlış güvence vermek,
* Konuyu değiştirmek,
* Varsayımlar üretmek.

1. **İŞLEM BASAMAKLARI (İLETİŞİM SÜRECİ):**

* İletişim sırasında ışık, ısı havalandırma vs dikkate alınır. Görme, işitme, dokunma kanallarını etkileyeceğinden uygun fiziksel ortam sağlanır.
* Hasta bireye rahat konuşabileceği ve dinleyebileceği uygun pozisyon verilir. (Yatağın başını yükseltme, yastıkla destekleme vs).
* Servisin devamlı ve yoğun atmosferinin hasta bireyi yoracağı ve iletişimi etkileyeceği bilinmeli ve iletişim için uygun zamanlar seçilmelidir.
* Konuşmak ve dinlemek için en az 15 dk ayrılmalıdır. Dakik olmaya özen gösterilir.
* Mesaj yavaş yavaş gönderilir. (Hasta bireye mesajı alabilmesi için olanak tanınmış olur.)
* Hasta bireye ismiyle hitap edilmelidir.
* İletişim sırasında duygusal gerginliklerinizi yüz ifadesi vs ile yansıtmamaya özen gösterilir.
* Sözel iletişimde hastanın duyabileceği bir ses tonu kullanılır, ritmine, hızına ve değişimine dikkat edilir.
* Tedavi ve bakımı ile ilgili bilgilendirmelerde tıbbi terimleri hasta bireyin anlayabileceği açık bir dille anlatılır.
* Olumlu bir iletişim ortamı oluşturmak için hasta bireyi çok yormayacak konularla konuşmaya başlanılır.
* İletişimde esnek olunur ve çift yönlü iletişim kullanılır.
* İletişim süresince göz teması sürdürülmeye çalışılır.
* Hasta bireyle iletişimde değer yargıları karıştırılmaz, hasta birey hakkında önemli hükümler ve kişisel cezalar verilmez (önemli yargılamalar yapmak, kabul etmemek, küsmek vs.).
* Hasta birey konuştuğu zaman iyi bir dinleyici olunur, duygularına ve ihtiyaçlarına gereken ilgi ve özen gösterilir. (Birey olarak değerli hissetmesine yardım eder)
* Kabul görmeyen davranışlar desteklenmekten kaçınılır ve hastanın bir birey olarak kabul edildiği gösterilir.
* Hasta birey için ulaşılabilir olunmalıdır.
* Hasta bireyin davranışlarının nedenleri belirlenir ve gözlem sırasında objektif kalınır.
* Sözel olan ya da olmayan iletişim tekniklerinden yararlanarak hasta bireyin duygularını açıklaması ve sorular sorması için olanak sağlanır.
* Hasta bireyin duygu ve düşünceleri arasındaki farklılıklar anlaşılmaya çalışılır (Çoğu zaman hasta birey duygularını gizleme eğilimindedir).
* Hasta birey cesaret ya da yardım görmeden konuşmaya başladığı zaman övülmelidir.
* Hasta birey duygularını açıkça ifade etmeye başladığında onunla sorunlar tartışılır.
* Hasta adına karar verilmez, hasta bireye alternatifler sunulur.
* Hasta bireyle güvene dayanan bir ilişki geliştirin:
* Hasta bireye karşı olan davranış ve konuşmalarda tutarlı olunur.
* Yerine getirilemeyecek sözler vermekten kaçınılır. (Verilen sözü bozmak güveni yıkar, hasta bireyde güvensizlik ve anksiyete oluşturur).
* Hasta bireyin ihtiyaçlarına karşı duyarlı, doğru sözlü ve gerçekçi olunmalıdır. (Dürüstlük, gerçekçilik, güvene yardımcı olur).
* Konuşmak istemeyen hasta bireyin sessizliği paylaşılır. Bunun iletişim için anlam ifade ettiği bilinmelidir. (İçine kapanma, tehlikeden kaçma, konu üzerinde bilgisizlik, rahatlık vs.)
* İllüzyon ya da halüsinasyonları varsa bunların yanlış algılar olduğu söylenmez. Ancak algılarını açıklamaya başladığı zaman doğru söylenmelidir. Gelen mesajın algılanmasının bireyden bireye değiştiği kabul edilmelidir.
* Rutin işler sırasında iletişimin kopabileceğini dikkate alarak sık sık geri bildirimden yararlanılır.
* Gerekirse fiziksel dokunma kullanılabilir (Hasta bireyin eğitimi, cinsiyeti, kültürel yapısına göre değişiklik gösterir bunları değerlendirin).
* Hasta bireyin aşırı bağımlılık duyguları beslenmeden onlara destek olunur ve bağımsız kararlar almaya cesaretlendirilir.
* Manipülatif davranışlara sınırlamalar getirerek kişisel ilişkiye izin verilmez.
* Hasta bireyin iletişimi süresince bakıma katılımı sağlanır:
* Kendi bakımı ile ilgili alınacak kararlarda işbirliği yapması desteklenir.
* Gereksinimini gideremeyen hasta bireyin bağımlı olduğu unutulmamalıdır. İyileşme ilerledikçe bazı aktiviteleri bağımsız olarak yapması için teşvik edilir.
* Hasta birey yardımsız kendi bakımı ile ilgili aktiviteleri yapmaya başladığında övülür.
* Her görüşme sonrası hasta bireyle birlikte tekrar görüşmek üzere zaman ayarlaması yapılmalıdır.
* Görüşme sonrası hasta bireyin iletişimi ile ilgili değerlendirmeler yapılır.
* Sağlık ekibi elemanları ile iyi ilişkiler kurulmalı, olumsuz etkileşimlerin hasta bireye yansıması önlenmelidir (Güven sağlaması açısından önemlidir). Hasta bireyin ailesini de iletişim sürecine alınır ve bakıma katılımı sağlanır.
* Elde edilen bulgular ekip elemanları ile paylaşılır.
* Hasta bireye yaklaşım konusunda ekip elemanları ile ortak bir tutuma varılmalıdır.
* Elde edilen gözlem ve bulgular kayıt edilir.
* Hasta bireyle görüşme yapmadan önce bir önceki iletişim süreci gözden geçirilir (Kendisi ile ilgili ayrıntıların unutulmaması hasta bireyin güvenini sağlar).

|  |
| --- |
| **33- HASTA MOBİLİZASYONU TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Zorunlu ya da zorunlu olmayan nedenlerle yatan hastanın mobilizasyonunda standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol zorunlu ya da zorunlu olmayan nedenlerle yatan olan hastanın mobilizasyon faaliyetlerinin nasıl yapılacağını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire, fizyoterapist ve hekim sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Mobilizasyon:** Hastanın uygun zamanda ayağa kaldırılıp yürütülmesi veya tekerlekli sandalyede oturtulmasıdır.
* **Ortostatik (Postural) Hipotansiyon:** Bireyin yatar pozisyondan oturur pozisyona gelmesine ya da genellikle aniden ayağa kalkmasına bağlı olarak ortaya çıkan hipotansiyon şeklidir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Hastanın yaşam bulguları kontrol edilmeli ve ağrısı değerlendirilmelidir.
* Eğer hasta ameliyat olmuşsa ameliyat bölgesinin korunması sağlanmalıdır.
* Hastanın mobilizasyonu hekim istemine uygun olarak yapılmalıdır.
* Mobilizasyon sırasında komplikasyon gelişirse mobilizasyon sonlandırılmalıdır.
* Eğer hastada drenaj kateterleri varsa, hasta mobilize edilirken takılı olduğu seviyeden aşağıda tutulmalıdır.
* Hastanın düşme riski değerlendirilerek gerekli önlemler alınmalıdır.

**Mobilizasyonun Kontrendike Olduğu Durumlar**

* Hipotansiyon ve hipertansiyon
* Ortostatik hipotansiyon
* Taşikardi ve bradikardi
* Şiddetli ağrı
* Bilinç bulanıklığı
* Ameliyat yerinde kanama

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Non -steril eldiven

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’’**na uygun yıkanır.
* Hastanın kan basıncı değerlendirilir. Hipotansiyon ve hipertansiyon durumunda hasta mobilizasyonu için hekim istemine göre planlama yapılır.
* Hastanın nabzı değerlendirilerek taşikardi ve bradikardi durumunda hasta mobilizasyonu için hekim istemine göre planlama yapılır.
* VAS’a göre hastanın ağrısı değerlendirilir ve şiddetli ağrı durumunda hasta mobilizasyonu için hekim istemine göre planlama yapılır.
* Mobilizasyon için kontrendike bir durum varsa mobilizasyona başlanmaz.
* Mobilizasyon için gerekiyorsa yürüteç, tekerlekli sandalye, dizlik, koltuk değneği vb. hazır bulundurulur.
* Yerlerin kaygan ve ıslak olmamasına dikkat edilir.
* IV infüzyonun devam etmesi gerekiyorsa, damar yolunun tıkanmaması için önlem alınır. Mayisi gönderilmeyecekse damar yolu kapatılır.
* Varsa drenaj kateterlerinin klempleri hekim istemine göre kapatılır.
* Bebeklerde kucakta, yürüyebilen çocuklarda elinden tutularak mobilizasyon sağlanır.
* Hasta, operasyon geçirmişse, yapılan cerrahi girişime uygun pozisyonda yatakta oturtulur.
* Hastanın ayaklarını yataktan sarkıtması sağlanır.
* Hasta yatak kenarında 5 dakika oturtulur.
* Otururken karşıya bakması, gözlerini kapatmaması ve derin nefes alıp vermesi söylenir.
* Hasta yürütülerek mobilize olacaksa karşıya bakarak dik bir şekilde yürümesi sağlanır, gerekiyorsa hastaya destek olunur.
* Mobilizasyon sona erdirildiğinde hasta sırtı yatağa dönük bir şekilde yatağına oturtulur.
* Hastanın bir kolundan destek vererek, yavaş bir şekilde yatması sağlanır.
* IV mayi ve drenlerinin akışı sağlanır.
* Hasta tekerlekli sandalye ile mobilize edilecekse, tekerlekli sandalye yatağa en yakın yere getirilir ve sabitlenir. Ayak konulacak kısımlar yukarı gelecek şekilde kaldırılır. Hasta koltuk altından desteklenerek tekerlekli sandalyeye geçirilir. Sandalyenin ayak kısımları indirilir. Gerekli olan bölgeler yastıkla desteklenir ve gerekli ise hastanın kaymaması için tespit bantları ile hasta güvenliği sağlanır. Uzun süreli mobilizasyonlarda, IV mayi ve drenlerinin akışı hekim istemine göre akışı sağlanır.
* Mobilizasyon sonrasında tekerlekli sandalye yatağa en yakın yere getirilir ve sabitlenir. Sandalyenin ayak koyacak kısımları yukarı kaldırılır. Koltuk altlarından desteklenerek sırtı yatağa dönük bir şekilde oturtulur. Yavaş bir şekilde yatması sağlanır.
* Hastanın post-op ise ameliyat bölgesi korunarak uygun pozisyon verilir.
* Ameliyat olmuşsa bölgesinin kanama kontrolü yapılır.
* Hasta ve yakınlarına bundan sonraki mobilizasyonları ile ilgili bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **34- HASTA TRANSPORT ETME TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ:** Hastanın, transport sırasında olası tıbbi riskini en aza indirmek ve hastanın, güvenli transportunu sağlamak amacına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
    2. **KAPSAM:** Bu talimat hastanın transportu sırasında oluşabilecek risklerin belirlenmesi, transport öncesinde ve sırasında gerekli önlemlerin alınmasına yönelik faaliyetleri kapsar.
    3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekim ve hemşire/ebe/sağlık memuru sorumludur.
    4. **TANIMLAR**

**Kritik Hasta:** Yaşamı tehdit eden organ/sistem yetersizliği ya da fonksiyon bozukluğu olan, yoğun hemşirelik bakımı, tedavi ve izlem gerektiren, stabil olmayan, komplike durumdaki hastadır.

**A- KRİTİK OLMAYAN HASTANIN TRANSPORT EDİLME TALİMATI**

* + 1. **a) UYARILAR ve ÖNERİLER:**

Hastanın;

* Genel durumu değerlendirilerek yaşam destek malzemelerine ihtiyacı belirlenmeli.
* Yaşam bulguları kontrol edilmeli.
* Hava yolu ve İV yolunun açık olması sağlanmalı.
* Bilinç düzeyi değerlendirilmelidir.
  + 1. **a) ARAÇ ve GEREÇLER:**
* Gerekli tıbbi kayıt evrakları
* Tekerlekli sandalye/sedye
  + 1. **a) UYGULAMA:**

Hastanın transport edildiği birim hemşiresi; gerekli hazırlıkları yapabilmesi için telefonla bilgilendirilir.

* **Hasta başka bir kliniğe transport ediliyorsa:**
* Hasta ve ailesi transport hakkında bilgilendirilir,
* Hastanın transport öncesinde gerekli ise ağrı kontrolü sağlanır ve başka bir ilaç tedavisine ihtiyacı olup olmadığı değerlendirilir,
* Hasta giydirilir, kişisel eşyaları ve gönderilecek tıbbi malzemeler hazırlanır, hastaya eşlik edecek hastabakıcı tarafından güvenlice tekerlekli sandalye/sedyeye alınır,
* Hastanın tıbbi kayıtları ve hasta bilgileri ilgili birim hemşiresine teslim edilerek transport gerçekleştirilir.
* **Hasta tetkik/muayene amaçlı transport ediliyorsa:**
* Hastanın genel durumu değerlendirilerek gerekli tıbbi malzemeler sağlanır,
* Tetkik / muayene için ilaç/ malzeme kullanılacaksa temin edilir,
* Damar yolu gerekli ise tetkik/ muayene öncesi damar yolu açılır,
* Hastanın, aç kalması gereken durumlarda tetkik/ muayene öncesinde açlık süresi kontrol edilir,
* Hastanın durumuna göre tekerlekli sandalye ya da sedye ile doktor/ hemşire/ hasta bakıcı tarafından ilgili birime transportu sağlanır,
* Tetkik/ muayene sonrasında hasta güvenli bir şekilde kliniğe getirilir ve yatağına alınır.
* Tetkik/ muayene sonrasında açlığın devamı, mobilizasyonu vb. durumlar öğrenilerek hemşire gözlem formuna kaydedilir.

**B- KRİTİK HASTA TRANSPORT ETME TALİMATI**

1. **b) UYARILAR ve ÖNERİLER**

Hastanın transportuna karar verildiğinde; hekim, hasta/ hasta yakınlarını hastanın durumu, neden transport gerektiği konusunda bilgilendirir.

**Transport Sırasında Olabilecek Sorunlar;**

* Hasta bireyin fiziksel olarak dengesinin bozulması,
* Ambulatuvar desteğin, mekanik ventilasyon desteğinin yetersizliği.
* Aspirasyon ihtiyacı.
* İstenmeyen extübasyon.
* Defibrilatör, monitör, infüzyon pompası, pulse oksimetre vb. cihazların çalışmaması, cihazların bataryasının yetersizliği.
* Ekg monitör bağlantılarının ayrılması.
* Ven/ arter kateter bağlantılarının ya da ventilatör bağlantılarının ayrılması.
* Tıbbi müdahalede eksik ve yetersiz sağlık ekibiyle transportun gerçekleştirilmesi olarak sıralanabilir.

**Kritik hastanın güvenli transportu için temel prensipler;**

* Deneyimli ekip seçilmesi,
* Uygun araç ve gereçlerin kullanılması,
* Transport öncesi hastanın genel durumunun değerlendirilmesi,
* Transport sırasında sürekli izleminin sağlanması ve sürdürülmesi,
* Uygun devir teslim yapılması,
* Doğru kayıt tutulmasıdır.

1. **b) ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Gerekli tıbbi kayıt evrakları
* Tekerlekli sandalye/sedye

1. **b) UYGULAMA**

* Transport öncesi, ilgili birimde hazırlık yapılması ve olası risklerin azaltılması için hekim-hekim, hemşire-hemşire arasında yüz yüze ya da telefonla iletişim sağlanarak hasta hakkında detaylı bilgi verilir.
* İlgili birimde hastanın ihtiyacı olabilecek tıbbi malzemeler gerekiyorsa transport öncesi hazırlık için gönderilir (mekanik ventilatör, defibrilatör vb.).
* İlgili birim hekim ve hemşiresi transport sırasında olası tıbbi riski en aza indirmek için hastayı birlikte değerlendirir.
* Hastanın hava yolu açıklığı, solunum, dolaşım, bilinç durumu değerlendirilir.
* Olası sorunlar yönünden dikkat edilir.
* Transport sırasında hastayı desteklemek için gerekli donanımlar hazırlanır.
* Monitör, defibrilatör, pulse oksimetre, infuzyon pompası v.b…
* Tansiyon aleti ve steteskop.
* Yeterli miktarda ilaç ve malzeme bulunduran resüsitasyon çantası.
* Oksijen kaynağı (en az 1 saat rezervli.)
* Transporta uygun ventilatör.
* Transporta uygun aspiratör ve aspirasyon kataterleri.
* Tıbbi duruma göre hekim tarafından istem yapılmış ek destekleyici ilaçlar (sedatifler, narkotik analjezikler…).
* Hasta sedyede tespit edilerek güvenliği sağlanır.
* Hastanın tıbbi kayıtları, hastanın eşyaları ve ilaçları hazırlanarak hasta ile birlikte götürülür.
* Transporta eşlik edecek sağlık personeli, hastanın durumu değerlendirilerek ihtiyaca göre belirlenir. Hastanın transportu sırasında, hastaya eşlik eden sağlık personelinden en az biri hekim, hemşire ya da paremedik olmalıdır. Hekimin olmadığı durumlarda hastaya refakat eden hemşire/paremedik akut yaşam kurtarıcı girişimleri (endotrakeal entübasyon, havayolu bakımı, IV tedavi, aritmi ve değerlendirilmesi, temel ve ileri kardiak yaşam desteğini içeren girişimler) yerine getirmede bilgi, beceri ve yetkiye sahip olmalıdır. Hemşire/ebe/sağlık memurunun temel ve ileri yaşam desteği yapabilmeleri için geçerli sertifikaya sahip olmaları gerekmektedir.
* Uygun olan personel tarafından transport öncesinde güvenlik, asansör gibi destek hizmetler organize edilerek hastanın hızlı bir şekilde transport edilmesi sağlanır.
* Hastaya eşlik eden sağlık personeli transport sırasında sürekli ritm takibi, pulse oksimetre, aralıklı olarak da kan basıncı ve solunum hızı takibi yapmalıdır.
* Hastanın tıbbi kayıtları ve hasta bilgileri ilgili birim hemşiresine teslim edilerek transport gerçekleştirilir.

|  |
| --- |
| **35- HASTAYA POZİSYON VERME TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hastanın mevcut anatomik pozisyonunu koruyarak günlük yaşam aktivitelerini sağlamak ve olası komplikasyonları önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol, yatağa bağımlı ve yarı bağımlı hastanın mevcut durumunun tanılanması, uygulanabilecek pozisyonların belirlenmesi, uygulanması ve takibini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Servis/ ünite Hemşiresi
4. **TANIMLAR**

* **Supine:** Sırt üstü yatış pozisyonu
* **Prone:** Yüz üstü yatış pozisyonu
* **Fowler:** Oturur pozisyon
* **Semi Fowler:** Yarı oturur pozisyon
* **Lateral:** Yan yatış pozisyonu
* **Trokenter:** Femur cismi ile femur boynu bileşkesinde yer alan bir kemiksi çıkıntıdır. Kalçaya rotasyon, abdüksiyon ve ekstansiyon hareketleri yaptıran adelelerin büyük bir kısmının yapışma yeridir.

1. **UYARILAR ve ÖNLEMLER**

**Pozisyon değişiminde dikkat edilecek durumlar**

* Cilttekızarıklık ve hassasiyet
* Ciltterenk değişimi
* Cilttekuruluk
* Ciltte Çatlama
* Akıntı
* Koku
* His kaybı
* Ödem
* Kontraksiyon
* Alçılı ekstremite de alçı kenarındaki ciltte değişiklik
* Yatak takımları (nemli/ ıslak, kırışık, kirli, vb. olması)
* Hastanın Giysileri (nemli/ ıslak, dikiş yerlerinin cilde negatif etkisi, giysilerin oluşturduğu baskı vb.).

**Hastanın mevcut durumunda dikkat edilecek noktalar**

* Medikal veya cerrahi teşhisin pozisyonlamaya etkisi
* Bilinç açık/ kapalı
* Ağrı
* Duyu kaybı
* Kas güçsüzlüğü
* Paralizi
* Kızarıklık olan bölge
* Duyarlılığı artmış bölge
* İritasyon olan bölge
* Ciltte enfeksiyon
* Kemik çıkıntıları üzerinde yeterli kas dokusu
* İnkontinans
* Kontraktürler
* Bası yarası
* Mental ya da fiziksel olarak pozisyonlamaya yardımcı olma yeteneği
* Alçılı ekstremite
* Entübasyon

**İşlem sırasında dikkat edilecek durumlar**

* Bir organın yükü diğer organa bindirilmemeli
* Baş, boyun, bel, diz ve dirsek boşlukları desteklenmeli
* Sırt üstü, oturur, yarı oturur, pozisyonlarda ayak tabanları desteklemeli
* Sırt üstü ve lateral pozisyonlarda omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmaması sağlanmalı
* Avuç içleri rulo ile desteklenmeli
* Hastada var olanalçı, kateter, entübasyon tüpü ve ekleri, kabloların işleyişlerine zarar vermeden uygulama sağlanmalı
* İşlem sırasında IV set, monitör kablosu v.b deriye basınç uygulayabilecek ajanların hastadan uzak tutulmasına özen gösterilmeli
* Yatak takımlarının kırışıksız, kuru, gergin olması sağlanmalı
* Hastanın mahremiyeti sağlanarak uygulamaya başlanır.
* Hastanın durumu değerlendirilerek tanılama sıklığı belirlenir.Yatağa bağımlı hastaya, yatak içerisinde dönemiyorsa 1 saatte bir pozisyon verilir, dönebiliyorsa bu konuda cesaretlendirilir.
* Hastanın tanısı, tedavisi ve cerrahi durumuna göre tanılama yapılmalı, hastaya sırayla sağ yan, sol yan, sırt üstü pozisyonu verilmeli.
* Hastanın giysilerinin bası yarasına kaynak oluşturması engellenmeli

**Pozisyonlama yapılmadığı ya da yanlış yapıldığı durumda;**

* Metobolizma hızında azalma, doku ve kaslarda atrofi, kemiklerde demineralizasyon, kan akımında yavaşlama, akciğer ventilasyonunda azalma, trombüs oluşumu, eklemlerde kontraktürler, Osteoporozis, konstipasyon, Üriner stenoz, deri bütünlüğünde bozulma gelişebilir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER**

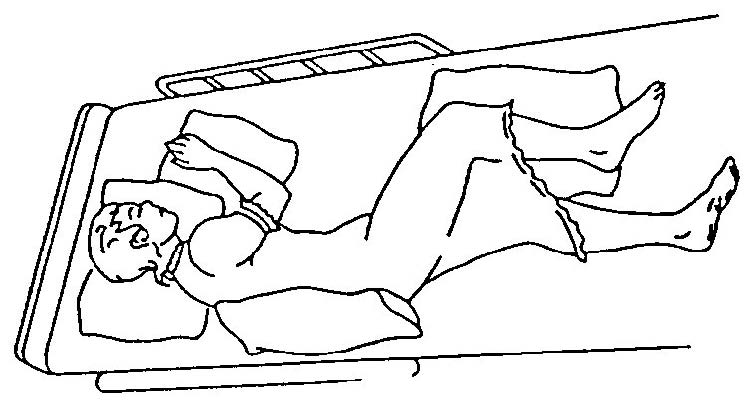
* Ayak destek tahtası
* Baş- boyun destekleri
* Omuz destekleri
* Trokanter destekler
* El-bilek destekleri, rulolar
* Yastıklar

1. **UYGULAMA:**

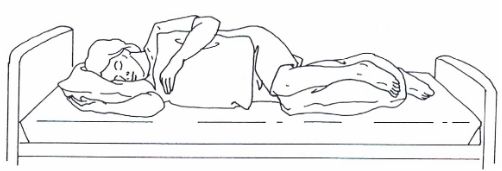
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Pozisyonlama için gerekli malzemeler hasta başına getirilir.

**SAĞ/ SOL LATERAL (YAN) YATIŞ POZİSYONU VERME**

* Hastaya yan yatış pozisyonu verilirken 2 kişi var ise bir kişi hastayı hafif ve yavaş hareketlerle kendine doğru çeker, diğer kişi hastanın sırtına ve bel boşluğuna gelecek şekilde bir yastık yerleştirir.
* Pozisyon verme sırasında bir kişi var ise hastanın başucunda yüz ve gövde hastaya dönük şekilde yatak kenarında durulur. Sırt üstü yatan hastanın boynu altından bir kol geçirilerek uzak omuz tutulur (baş ve boyun desteklenerek). Diğer kol hastanın kürek kemikleri altından geçirilir. Dirseklerden destek alarak hastanın üst gövdesi kendimize doğru çekilir (yatak kenarına).
* Hastanın kalçaları hizasına geçerek, bir kol hastanın beli altından, diğer kol kalçaları altından geçirilerek, hasta yatak kenarına çekilir.
* Hastanın bacakları hizasına geçerek, bir kol dizlerin, diğer kol ayak bileklerinin altından geçirilerek, hasta yatak kenarına çekilir.
* Hastanın yatak kenarına çekildiği taraftaki yatak kenarlığı kaldırılır ve yatağın karşı tarafına geçilir. Bir el ile hastanın uzak taraftaki omuzu, diğer el ile uzak taraftaki kalçası kavranarak, hasta kendimize çekilir. Hastanın sırtı yastıkla desteklenir.
* Hastaya yan pozisyon verilirken bacakların üst üste bindirilmemesi gerekir, altta kalan bacak 20 derece kalça ve dizden bükülür, üstteki bacak 35 derece dizden bükülerek bacakların arasına yastık konulur.
* Hastaya yan pozisyon verirken kolların altına yastık konulur. Baş ve boyun altına omuz yüksekliğinde yastık konulur.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

[](http://www.google.com.tr/url?sa=i&rct=j&q=lateral+pozisyonDA+DESTEKLENECEK+ALANLAR&source=images&cd=&cad=rja&docid=KHcM5lj0FFZpMM&tbnid=JyBGXFVNGhYvJM:&ved=0CAUQjRw&url=http://felclihastabakimi.blogspot.com/2012/05/felcli-hastaya-pozisyon-verme.html&ei=UcJvUfmEEYnnswa82YGgCA&bvm=bv.45373924,d.bGE&psig=AFQjCNGGyZzhxLgMlkefjDgfGF3DZS-5Wg&ust=1366365057549239)

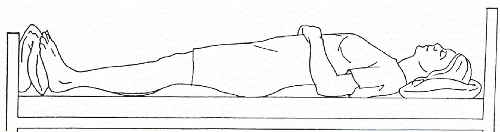
**Lateral yatış pozisyonu**

[](http://www.google.com.tr/url?sa=i&rct=j&q=lateral+pozisyonDA+DESTEKLENECEK+ALANLAR&source=images&cd=&cad=rja&docid=KHcM5lj0FFZpMM&tbnid=VeD2CmMZ1JcVZM:&ved=0CAUQjRw&url=http://felclihastabakimi.blogspot.com/2012/05/felcli-hastaya-pozisyon-verme.html&ei=DcJvUf9Gitq0BrKGgVA&bvm=bv.45373924,d.bGE&psig=AFQjCNGGyZzhxLgMlkefjDgfGF3DZS-5Wg&ust=1366365057549239)

**Lateral yatış pozisyonu**

**SUPİNE (SIRT ÜSTÜ) YATIŞ POZİSYONU VERME**

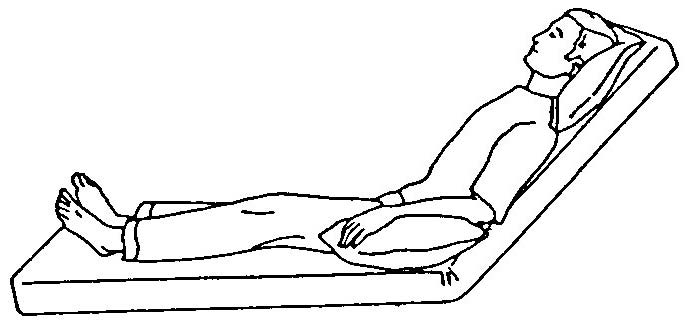
* Hasta sırt üstü yatış pozisyonunda iken; baş altına konan yastıkla boynu, başı ve omuzları desteklenmelidir (Bu yapılırken başın öne doğru ve çenenin aşağı doğru gelmemesine dikkat edilir).
* Hasta sırt üstü yatış pozisyonunda iken omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmamasına dikkat edilir.
* Hasta sırt üstü yatış pozisyonunda iken eller vücudun yanında uzanmalı, bilek eklemi hafif ekstansiyonda olacak şekilde pozisyon verilmeli ve elin içine hazırlanmış bir rulo koyularak başparmak işaret parmağını gösterecek şekilde rulo kavratılmalı.
* Hasta sırt üstü yatış pozisyonunda iken ayakları dik açılı olacak şekilde ayarlanır.
* Trokenter ruloları kullanarak kalça eklemlerin dışa rotansiyonu önlenir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

[](http://www.google.com.tr/url?sa=i&rct=j&q=supine+pozisyonu&source=images&cd=&cad=rja&docid=KHcM5lj0FFZpMM&tbnid=LVFbGZJBsqBXqM:&ved=0CAUQjRw&url=http://felclihastabakimi.blogspot.com/2012/05/felcli-hastaya-pozisyon-verme.html&ei=lMNvUd7rGYXQtAaynYDwDg&bvm=bv.45373924,d.bGE&psig=AFQjCNFWFHBVXarPuDWyOmp2KdHodfJQHQ&ust=1366365451176762)

**Supine yatış pozisyonu**

**FOWLER (OTURMA)/ SEMİ FOWLER POZİSYONU VERME**

* Hasta dik oturur pozisyonda başucu 45-70 cm yükseltilir. Bu pozisyonda dirsekler, topuklar, diz arkası ve boyun yastıklarla desteklenir.
* Hasta dik oturur pozisyonda kollar dirsekten bükülerek omuzların normal düzeyini koruyacak biçimde yastıkla desteklenir.
* Hastaya semi fowler pozisyonu verilirken baş kısmı 30 cm yükseltilir. Bu pozisyonda dirsekler, topuklar, diz arkası ve boyun yastıklarla desteklenir. Kollar dirsekten bükülerek omuzların normal düzeyini koruyacak biçimde yastıkla desteklenir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

[](http://www.google.com.tr/url?sa=i&rct=j&q=semi+fowler+pozisyonu&source=images&cd=&cad=rja&docid=KHcM5lj0FFZpMM&tbnid=Rq9nUNQW9OUADM:&ved=0CAUQjRw&url=http://felclihastabakimi.blogspot.com/2012/05/felcli-hastaya-pozisyon-verme.html&ei=2L9vUZYpkMyyBtCxgbAI&bvm=bv.45373924,d.bGE&psig=AFQjCNHecnkbssqr_Gzny9rFAM_XgvNuKQ&ust=1366364480788341)

**Fowler pozisyonu**

**PRONE (YÜZ ÜSTÜ) POZİSYONU VERME**

* Hastanın yatağı düz pozisyona getirilir. Hastaya önce yan yatış pozisyonu verilir, bir el ile hastanın uzak taraftaki omuzu diğer el ile uzak taraftaki kalçası kavranır hasta kendimize doğru döndürülür.
* Hasta yüz üstü yatış pozisyonda iken, baş-boyun ve omuzlar dik duruma getirilerek baş yana çevrilir. Başın altına ince bir yastık konularak boyun omurlarının lateral fleksiyonu önlenir (Omurga yaralanması şüphesi varsa bu pozisyon verilmez).
* Hasta yüz üstü yatış pozisyonda iken başın döndürüldüğü taraftaki kol yukarıya, diğer kol aşağıya doğru uzatılabilir. Solunumun rahat olup olmadığı kontrol edilir.
* Hasta yüz üstü yatış pozisyonda iken parmak uçlarının yatak ile temas etmesini ve basınç altında kalmasını önlemek için alt bacaklar ince bir yastık ile desteklenir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **36- HEMODİYALİZ HASTALARINDA KANULASYON TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Arter - ven fistül iğnelerini fistüle komplikasyonsuz ve uygun şekilde yerleştirmek.
2. **KAPSAM:** Hemodiyaliz tedavisi alan hastaların mevcut olan fistül veya greftine, arter ven iğnelerini, fistül iğnelerini yerleştirmeyi kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur
4. **TANIMLAR:**

* **Arteriyovenöz (AV) fistül**: Bir arter ile bir komşu venin subkutan anastomozu ile sağlanan damar yoludur. Non- dominant üst extremitede oluşturulmaktadır.
* **Arteriyovenöz (AV) greft**: Arter ile ven arasına biyolojik, yarı biyolojik veya sentetik bir tüpün cilt altında kalacak şekilde anastomoz edilmesiyle sağlanan damar yoludur.
* **Thrill**: Titreşim(Thrill) fistülden geçen yüksek kan akımının damar duvarına yaptığı etki ile oluşan ve fistülün çalıştığını gösteren titreşimlerdir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Damar yollarını uzun süre kullanmak ve komplikasyonları önlemek için AV fistül ve AV greft dikkatle izlenir.
* AV fistül ya da AV greftte enfeksiyon belirtileri varsa iğne girişiminde bulunulmamalıdır.
* AV fistül veya grefti ilk kez kullanılacaksa deneyimli bir kişinin girişim yapması gerekir.
* AV fistül anastomozunda thrill olup olmadığı kontrol edilir. Thrill olmayan veya çok zayıf olan fistül kullanılmamalıdır.
* İlk kez kullanılacak greftlerde kan akım yönünü tespit etmek için cerrahi girişimi yapan hekimden damar haritası istenmelidir.
* İlk fistül kanülasyonu için 6-8 hafta beklenmeli ve 2 haftadan önce kanülasyondan kaçınılmalıdır. Sadece çok zorunlu durumlarda fizik muayene ile fistülün olgunlaştığı düşünülüyor ise 2 haftadan önce kanülasyon yapılabilir.
* Distal fistüllerin kullanımında daha sonraki fistül lokalizasyonları düşünülerek dirsek seviyesinden yukarı iğne girişleri yapılmamalıdır.
* AV fistüllerde girişim esnasında turnike kullanılabilir. Greftlerde kullanılmaz.
* Ağrıya duyarlı olan hastalarda kanulasyondan yaklaşık 30 dakika önce, anestezik etkili kremler kullanılabilir.
* Kanule edilecek damar segmenti en az iğne uzunluğunda olmalıdır.
* Diyaliz esnasında thrill kaybı gözlendiğinde diyalize ara verilmeli, iğneler çıkartılmalı ve uygun şekilde masaj yapılmalıdır.
* İğne girişleri her diyaliz esnasında değiştirilmelidir. Aynı yerden sürekli girişlerde damar kendini tamir imkanı bulamadığı için tromboz, anevrizma ve rüptür riski artacaktır.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER**

* Arter ven iğnesi (16 numara) ilk uygulamada 17 numara
* %10’luk povidon iyod
* Steril gazlı bez
* Flaster
* Steteskop
* Enjektör
* Turnike
* % 0.9 NaCI

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Hastanın kolunun altına kol altı alezi yerleştirilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Eldivenler giyilir.
* Damar giriş yolu tespit edilir (AV fistül ya da AV greft).
* AV greftlerde kan akım yönü tespit edilir (damar haritası yoksa greftin her iki tarafı elle palpe edilir veya steteskop ile dinlenir (Thrill'in fazla olduğu taraf arterdir).
* AV fistül ya da AV grefti enfeksiyon yönünden (ısı artışı, şişlik, kızarıklık, akıntı) gözlenir, enfeksiyon varsa kullanılmamalıdır. Hekim ile işbirliği yapılmalıdır.
* Fistülde anevrizma olup olmadığı gözlenir.
* Hastaya fistüllü kolda ağrısı olup olmadığı sorgulanır.
* Damar giriş yolunun giriş yönleri tespit edilir.
* Povidon iyotlu steril spanç ile iğne yerleştirilecek bölge içten dışa dairesel hareketlerle veya yukarıdan aşağıya doğru tek bir hareketle silinir. İyot alerjisi olan hastalarda%70 alkol kullanılır.
* Cilt**,** iğneningiriş yönünün tersine gerdirilir. Gerekirse turnike kullanılır.
* AV fistüllere yaklaşık 20-35 derecelik açı ile greftlere yaklaşık 45 derecelik açı ile iğne yerleştirilir.
* Arter fistül iğnesi anastomozdan en az 3 cm uzağa yerleştirilir.
* Arter iğnesi anastomoz yönünde (distal) girilir (ender durumlarda proksimal yönde de girilebilir). Her iğne girişimi bir öncekinin üstünden veya altından yapılır .(ip merdiven ya da düğme deliği ponksiyonu)
* Hematom olup olmadığına bakılır. Hastaya ağrısı olup olmadığını sorulur.
* Hematom olursa iğne çıkarılır, kanama duruncaya kadar bası uygulanır.
* Tekrar iğne girişiminde bulunulur. Hematom olan bölgeye soğuk uygulama yapılır.
* Damara girdikten sonra iğneden kan gelip gelmediği ve damar duvarına temas edip etmediği kontrol edilir.
* İğnenin tamamı kan ile doldurulur, üzerindeki klemp ve kapağı kapatılır.
* İğne alttan ve üstten güvenli bir şekilde flasterlenir. Sırası ile iğnenin üstünden bir kez, iğne kanatlarının altından kelebek şeklinde 1 kez, tekrar iğne üstünden 2 kez flasterlenir. İğnenin hortumu gevşek bırakılarak 10-15 cm mesafe yukarıdan tekrar flasterlenir. Gerekirse iğneye pozisyon vermek için gazlı bez ile desteklenir.
* Ven iğnesi de aynı yöntem ile fistül iğnesi kesik ucu üste gelecek şekilde, arter iğnesine en az 5 cm uzaklığa ve daima proksimal yönde yerleştirilir.
* Daha önce damara ulaşım güçlüğü olduğu bilinen hastaların ven fistül iğnesine 10 cc'lik enjektor ile % 0.9 NaCI verilir ve enjektörü fistül iğnesinin ucunda bırakılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldiven çıkartılır. Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **37- HİPERTANSİYON GELİŞEN HASTANIN TAKİP TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Sistemik arter kan basıncını hastanın tolere edebileceği bir değere düşürerek komplikasyonları önlemek.
2. **KAPSAM:** Hipertansiyonun risk faktörleri, sınıflandırılması, belirti, bulguları, kriz durumu ve komplikasyonlarının tanılanması ile takibini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire, fizyoterapist ve hekim sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Fowler:** Oturur pozisyon
* **Semi Fowler:** Yarı oturur pozisyon

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* **Temel İlkeler**
* Kan basıncı, **“Kan Basıncı Ölçüm Talimatına”** uygun takip edilir.
* Hasta yatak istirahatine alınmalıdır.
* Hastanın bilinci açık ise semi-fowler/ fowler pozisyonu verilir.
* Hafif dereceli hipertansiyonu olan, gereksiz yere anksiyete duyabilecek hastalara tansiyonlarının yüksek olduğu söylenmemelidir.
* Hipertansif kriz gelişen hastada damar yolu açık tutulmalıdır.
* Hipertansif acil durumda, kan basıncı 1 saat gibi kısa bir sürede yoğun bakım şartlarında parenteral ilaçlarla kontrol altına alınmalıdır.
* Aldığı-çıkardığı sıvı takibi talimata uygun yapılmalıdır.
* Çay, kahve alımı kısıtlanır, tuzsuz ve hayvansal yağlardan yoksun diyet uygulanmalıdır.
* Sigara, alkol gibi madde kullanımı ve hipertansiyonun kontrolü konularında hasta ve ailesine eğitim verilir.
* **Sınıflandırma:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Sistolik-mmHg** | **Diyastolik mmHg** |
| **Normal** | **<130** | **<85** |
| **Yüksek normal** | 130 – 139 | 85 - 89 |
| **Hipertansiyon**  Evre 1 (hafif)  Evre 2 (orta)  Evre 3 (şiddetli)  Evre 4 (çok şiddetli) | 140 – 159  160 – 179  180 – 209  >209 | 90 – 99  100\_109  110 – 119  >119 |

**Tanılama sıklığı: “Kan Basıncı Ölçüm Talimatına”** uygun tanılanır.

**Hipertansif Kriz:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1- Hipertansif acil durum | * Diyastolik kan basıncı 139 mmhg üzerindedir * MSS, Myokard, böbrekler veya hematolojik sistemde hızlı ve ilerleyici hasar vardır |
| 2- Hipertansif acele durum | * Diyastolik kan basıncı genellikle 130 mmhg’nin altındadır. * İlerleyici hedef organ hasarına ilişkin bulgu yoktur. |

**Tanılama Sıklığı:** Kan basıncı, hasta için emniyetli bir sınıra inene kadar sürekli takip edilir.

* **Belirti ve Bulgular:**
* Baş ağrısı,
* Baş dönmesi,
* Kulak çınlaması,
* Dilde peltekleşme,
* Yüz ve vücutta karıncalaşma,
* Halsizlik
* Uyuşukluk
* Nefes darlığı
* Göğüs ağrısı
* Nörolojik bozukluklar
* **Komplikasyonlar:**
* Kalp:
* Koroner arter hastalığı,
* Sol ventrikül yüklenmesi, fonksiyon bozukluğu ve hipertrofisi,
* Kalp yetmezliği,
* Beyin:
* Baş ağrısı,
* Bulantı-kusma,
* Geçici iskemik atak,
* İnme,
* Ensefalopati,
* Hipertansif hemoraji,
* Bilinç kaybı,
* Damar:
* Anevrizma,
* Claudicatiion (topallama),
* Tıkanma,
* Böbrek:
* Böbrek yetmezliği,
* Proteinüri,
* Mikroalbüminüri,
* Retina:
* Kanama,
* Papil ödemi,
* Işık refleksinde artma,
* Pulmoner sistem:
* Pulmoner yetersizlik,
* Pulmoner ödem,
* Antihipertansif ilaç kullanan hastalar, hipotansiyon belirtileri yönünden izlenir.
* Hasta, antihipertansif ilaçların yan etkileri yönünden izlenir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Kan Basıncı Ölçüm talimatı malzemeleri

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Hasta yatak istirahatına alınır.
* Bilinç durumu kontrol edilir.
* Bilinci açıksa hastaya semi-fowler / fowler pozisyonu verilir.
* Nabız ve kan basıncı protokole uygun takip edilir.
* Hekim tarafından order edilen tedavi talimata uygun uygulanır.
* Aldığı-çıkardığı sıvı takibi talimata uygun yapılır.
* Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik bakım planlanır.
* Tuzsuz ve hayvansal yağlardan yoksun diyet uygulanır.
* Çay, kahve alımını kısıtlanır.
* Anksiyete yönünden hasta izlenir, değişikliklerden doktor haberdar edilir.
* Sigara, alkol vb. madde kullanımı ve hipertansiyonun kontrolü konularında hasta ve ailesine eğitim verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **38- İNSÜLİN UYGULANAN HASTA TAKİP TALİMATI** |

* + - 1. **AMAÇ:** İnsulini doğru/uygun teknikle uygulayarak oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.
      2. **KAPSAM:** Bu protokol etki sürelerine göre insülinin uygulanacağı bölgenin tanılanması, uygulanması ve takibi ile ilgili faaliyetleri kapsar.
      3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire sorumludur.
      4. **TANIMLAR:**
      5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Temel ilkeler**

* İnsulin uygulanmadan önce kan şekeri bakılmalıdır.
* Kan şekeri 80 mg/dl altında ise insülin yapılmaz.
* Bir önceki uygulama alanından 1 cm ara ile uygulanmalıdır.
* Uygulanacak bölge mor, kızarık ve şiş ise insülin uygulanmaz.
* İnsülin 2-8 ̊C de buzdolabı kapağında saklanır.
* İnsülin yapıldıktan yarım saat sonra hastanın yemek yemesi sağlanır.

**İnsulin uygulanan durumlar**

* Tip I ve Tip II diyabetliler (insüline bağımlı şeker hastaları),
* Oral antidiyabetik (OAD) ile kan şekeri kontrolü sağlanamayan Tip II diyabetliler,
* Aniden şeker düzeyi yükselen hastalar,
* Akut stresi olan, kaza, yanık gibi travmaya maruz kalan ameliyat olacak tüm diyabetliler,
* Gebe kalan tüm diyabetliler ve hamilelikte şeker hastası olanlar,
* Diyabete bağlı olarak göz, sinir sistemi ve böbreklerinde sorun gelişmiş olanlar,
* Herhangi bir nedenle pankreas ameliyatı olanlar.

**İnsulinin yan etkileri**

* Hipoglisemi
* Lipoatrofi ve hipertrofi.

**İnsulinin etkinliğini değiştiren nedenler**

* Enjeksiyon yeri ve derinliği
* İnsulin emilim hızı
* Enjeksiyon yerine pansuman yapılması
* Egzersiz

**İnsülin uygulanan bölgede gelişebilecek semptomlar**

* Kızarıklık
* Şişlik
* Kaşıntı
* Morluk

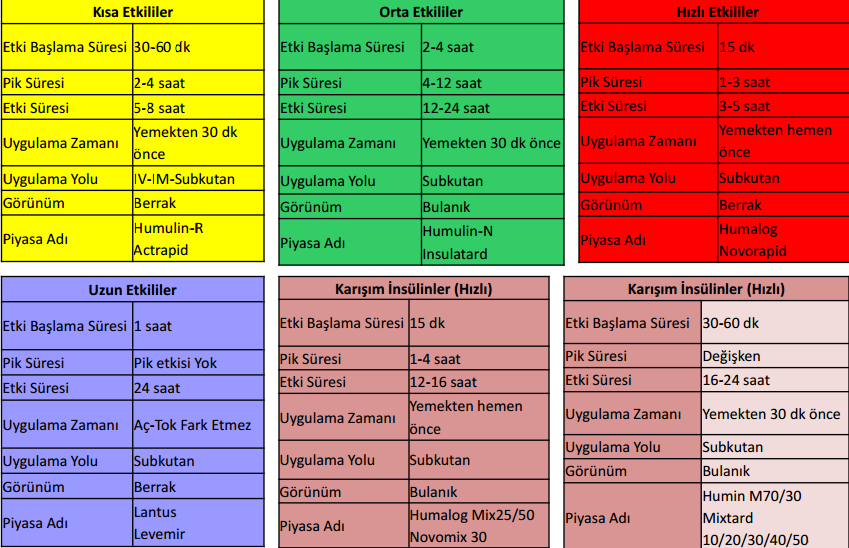
**İnsulin uygulamasının sakıncalı olduğu durumlar**

* Allerji,
* İnsülin antikoru gelişmiş hastalar,
* Anaflaktik şok,
* Hipoglisemi

**Laboratuar bulguları**

* Açlık kan şekeri: 80-120 mg/dl
* Tokluk kan şekeri: 120-140 mg/dl
* HbA1C: 4.2-6.2 (üç aylık kan şekeri ortalama)

**İnsülin çeşitleri**



* + - 1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**
* **“İntradermal Enjeksiyon Uygulama Talimatı”** malzemeleri
  + - 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Uygulama öncesi hastanın kan şekerine bakılır. Normal olmayan değerler doktora iletilir.
* Kan şekeri 80 mg/dl üstünde ise;
* SC uygulanacak ise **“İntradermal Enjeksiyon Uygulama Talimatı”**na uygun insülin uygulanır,
* IV uygulanacak ise **“İntravenöz (Damar İçi - Iv) Yolla İlaç Uygulama Talimatı”** na uygun insülin uygulanır,
* İnsulin uygulamasından yarım saat sonra yemek yemesi sağlanır,
* Kan şekeri takibi doktor istemine göre uygulanır
* İnsülinin yan etkileri yönünden hasta izlenir.
* İnsülin uygulamaları ve yan etkileri konusunda hasta ve yakını bilgilendirilir,
* Kısa etkili insülin yapıldı ise 2 saat sonra kan şekerine bakılır,
* Orta etkili insülin yapıldı ise 4 saat sonra kan şekerine bakılır,
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Tüm gözlem ve bulgular **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **39- İNTRADERMAL ENJEKSİYON UYGULAMA TALİMATI** |

* + - * 1. **AMAÇ:** İntradermal (deri içi) uygulanması gereken ilacı/aşıyı/test maddesini; doğru yere, doğru dozda, uygun teknikle, komplikasyonlara neden olmaksızın uygulamaktır.
        2. **KAPSAM:** Bu talimat; intradermal enjeksiyon uygulama faaliyetlerini kapsar.
        3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
        4. **TANIMLAR:**
      * **PPD (Purified protein derivative-** **saflaştırılmış protein türevi) Testi**: [Tüberküloz](http://tr.wikipedia.org/wiki/T%C3%BCberk%C3%BCloz) için bir tarama testidir. Tüberküloz bakterilerinden oluşan bir çözeltinin iğneyle deri içine verilir. Hastalık hakkında dolaylı bilgi verir, kişinin tüberküloz basili ile enfekte olup olmadığını gösterir, hastalık hakkında kesin bilgi vermez.
* **Alerji Testi**: Alerji yapma potansiyeli yüksek olan veya bireyde alerji yaptığından şüphelenilen maddenin, cilde küçük dozda uygulanarak reaksiyon değerlendirme testidir.
  + - * 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Enjeksiyon yapılacak bölgede doku hasarı olmamasına ve tüysüz olmasına dikkat edilmelidir.
* Uygulamada 26-27 numaralı 0,6-1 cm boyunda iğne kullanılmalıdır.
* Bir defada verilecek ilaç miktarı 0,5 ml’den az olmalıdır.
* Uygulama sonra enjeksiyon bölgesinde kabarcık oluşmazsa ilacın cilt altına gittiği anlaşılmalı, enjeksiyon tekrarının gerekliliği doktora danışılmalıdır.
* Birey ve enjeksiyon bölgesi reaksiyon açısından kısa bir gözlem altında tutulmalıdır.
* Test değerlendirmesi; Alerjik test için 15-60 dakika sonra, PPD testi için 72 saat sonra yapılır.
* Bireye test değerlendirilene kadar, uygulama bölgesine su değdirmemesi, ovmaması ve kaşımaması söylenmelidir.
  + - * 1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Uygun büyüklükte ilaç tepsisi
* İlaç, ilaç kartı
* Antiseptik solüsyon
* Pamuk tampon
* Enjektör
* Non- steril eldiven
  + - * 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Uygulama için gerekli malzemeler hazırlanır.
* İşlem öncesi hastaya uygulama hakkında bilgi verilir. Sorusu varsa yanıtlanır
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* İlaç tedavi odasında hazırlanır.
* Uygulama yapılacak bölge seçilir. Kolun, bilekle dirsek arası, ön kolun iç yüzeyinin 2/3’lük üst kısmı, üst kolun arka yüzü, sırtın üst yüzü, göğüs bölgesinin üst yüzü.
* Seçilen bölgeye göre uygun pozisyon verilir. Eğer uygulama kolun alt bölümüne yapılacak ise kol yastıkla desteklenir. Uygulama çocuğa yapılacaksa pozisyon ve tespit için anneden yardım alınabilir.
* Eldivenler giyilir.
* Enjeksiyon bölgesi antiseptik solüsyonla merkezden çevreye doğru dairesel hareketle temizlenir ve kuruması için beklenir.
* Pasif el ile enjeksiyon bölgesinin altından tutulup deri parmaklar arasında iyice gerdirilir.
* İğne, keskin ucu yukarı bakacak şekilde, aktif el ile enjektör 5-15 derecelik açıyla deriye 2-3 mm kadar girecek şekilde ilerletilir.
* İlaç verildikten sonra deride 6-8 mm’lik kabarcık oluşması beklenir (İlaç miktarı 1-2 dizyemi geçmemelidir).
* Enjeksiyon yeri üzerine pamuk ile basılmadan, iğne aynı açıyla çekilir. İlacın deri dışına kaçışını önlemek için bölge silinmez veya masaj uygulanmaz.
* İşlem tanı amacıyla yapılmışsa enjeksiyon yerinin etrafı 2-3 cm uzağından cilt kalemi ile etrafına bir daire çizilebilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **40- İNTRAMÜSKÜLER (KAS İÇİ-İM) YOLLA İLAÇ UYGULAMA TALİMATI** |

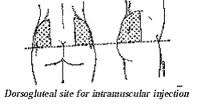
1. **AMAÇ:** İntramüsküler (IM) enjeksiyonu uygulanması gereken ilacı doğru yere, doğru dozda, uygun teknikle uygulamaktır.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; İntramüsküler enjeksiyon uygulama faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Hematom:** Vücutta herhangi bir bölgede dokunun içinde kan birikmesidir.
* **Prone pozisyon:** Yüzüstü yatar pozisyondur.

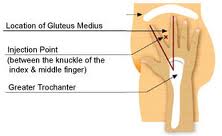
1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**IM enjeksiyon Uygulanacak Bölgenin Belirlenmesi**

* **Dorsagluteal bölge:**



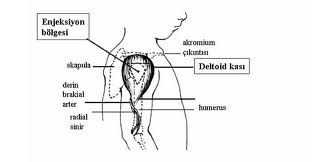
* **Ventogluteal bölge**



* **Laterofemoral bölge**



* **Deltoid bölgesi**



**Çocuklarda İ.M. Enjeksiyon Bölgeleri ve Verilebilecek İlaç Miktarları**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bölge** | **0-1,5 yaş** | **1,5-3 yaş** | **3-6 yaş** | **6-15 yaş** | **15 yaş ve üzeri** |
| Deltoid | Önerilmez | Diğer bölgeler uygun değilse (0,5 ml) | 0,5 ml | 0,5 ml | 1 ml |
| Dorsagluteal | Önerilmez | Diğer bölgeler uygun değilse (1 ml) | 1,5 ml | 1,5-2 ml | 2-2,5 ml |
| Ventrogluteal | Önerilmez | Diğer bölgeler uygun değilse (1 ml) | 1,5 ml | 1,5-2 ml | 2-2,5 ml |
| Vastus Lateralis | 0,5-1 ml | 1 ml | 1,5 ml | 1,5-2 ml | 2-2,5 ml |

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Tedavi tepsisi
* Protokole uygun hazırlanmış ilaç ve ilaç kartı
* Antiseptik solüsyon
* Pamuk tampon, kirli atık kabı
* Paravan veya perde

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldivenler giyilir.
* İlaç ampul formu ise “Ampul Formunda İlaç Hazırlama Protokolü”ne, flakon formda ise “ Flakon Formunda İlaç Hazırlama Protokolü’ne” uygun hazırlanır.
* Hazırlanan ilaç ve diğer malzemeler hazırlanıp, ilaç tepsisi ile hastanın yanına gidilir.
* Yapılacak işlem hakkında hastaya bilgi verilir.
* Uygun enjeksiyon bölgesi seçilir.
* Hastanın genel durumuna uygun pozisyon verilir:
* Dorsagluteal bölge ve ventrogluteal bölgeye enjeksiyon uygularken; prone, lateral yada sims pozisyon verilir,
* Laterofemoral bölgeye enjeksiyon uygularken; supine ya da fawler pozisyon verilir,
* Deltoid bölgede ise; supine ya da fawler pozisyonu verilir.
* Enjeksiyon uygularken hastanın mahremiyeti korunur,
* Enjeksiyon bölgesi belirlenir, enjeksiyon için uygunluğu (hassasiyet, nodül, renk değişikliği vb.) değerlendirilir.
* **Laterofemoral (Vastus Lateralis) Bölge:** Femur başında dize kadar olan bölge 3 eşit parçaya ayrılır, ortada kalan bölümün dış yan kısmı enjeksiyon için uygun alandır, bölge palpe edilir.
* **Dorsagluteal Bölge:** Gluteal bölge hayali bir hat ile 4’e bölünür. Üst ve dışta kalan ¼ parça enjeksiyon için uygun alandır (veya krista iliyaka superior ile koksiks hayali bir çizgi ile birleştirilip 3’e bölündüğünde dışta kalan 1/3’lük bölge). Bölge palpe edilir. Duyarlı ve sert bölgelere uygulama yapılmaz, diğer ekstremite değerlendirilir. Her uygulamada bölge değiştirilir.
* **Ventrogluteal Bölge:** Enjeksiyon sol tarafa uygulanacaksa sağ elin avuç içi femur başının olduğu bölgeye yerleştirilerek işaret parmağı anterior superior krista iliakaya orta parmakta krista iliakaya doğru “V” şeklinde alacak şekilde konulur. İşaret ve orta parmağın oluşturduğu açının ortası uygun olan alandır.
* **Deltoid Bölge:** Tabanı akromiyon çıkıntıdan geçen tepesi koltuk altında olan hayali bir üçgen çizilir. Üçgenin orta noktası enjeksiyon için uygun alandır. Her uygulamada bölge değiştirilir.
* Belirlenen enjeksiyon bölgesi, antiseptik solüsyon ile 5 cm çapında, içten dışa doğru

friksiyonel hareketlerle, bir defada temizlenir (Bir defa silinen yere bir daha dokunulmaz).

* İğnenin steril başlığı çıkartılır.
* Daha az kullanılan elin yardımı ile deri ve deri altı tabakaları bastırarak gerdirilir,
* Adalenin gevşemesi ve hastanın dikkatini başka yöne çekmek için hastaya derin nefes alıp vermesi söylenir,
* İğnenin açık ucu üstten görülecek şekilde tutulur, düzgün ve seri bir şekilde 90º açı (şişman çocuklarda 90°, zayıf çocuklarda 60° veya 45°) ile dokuya batırılır,
* İğne doku içindeyken, enjektör kıpırdatmadan sabit tutulur,
* Enjektörü tutan el sabit kalacak şekilde, deri ve deri altı tabakaları gerdirilerek el ile enjektörün pistonu geri çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir.
* Kan gelmez ise piston yavaşça itilir, ilaç dokuda basınç oluşturmayacak hızda verilir.
* Steril kuru tamponu enjeksiyon yeri üzerine hafifçe bastırdıktan sonra iğne, giriş açısı ve hızı ile geri çekilir.
* Enjeksiyon alanına kanama durana kadar hafifçe baskı uygulanır.
* Hastaya rahat pozisyon verilerek malzemeler toplanıp, temizlenip kaldırılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **41- İNTRAVENÖZ (DAMAR İÇİ - IV) YOLLA İLAÇ UYGULAMA TALİMATI** |

**AMAÇ:** İntravenöz (Damar içi) uygulanması gereken ilacı doğru yere, doğru dozda, uygun teknikle uygulamaktır.

**KAPSAM:** Bu talimat; intravenöz yolla ilaç uygulama faaliyetlerini kapsar.

**SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekim ve hemşireler sorumludur.

**TANIMLAR:**

* **Tromboflebit:** Damar içi enflamasyonu ve buna eşlik eden damar içi pıhtılaşma tablosudur.
* **Projenik reaksiyon:** Vücuda verilen maddelerin ateş meydana getirmesi reaksiyondur.
* **İnotrop ilaç:** Kalp kası üzerine etkisi olan ilaçlar.

**UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Tanılama sıklığı:** İnfüzyon devam ettiği sürece sürekli tanılama yapılır.

* IV ilaç enjeksiyonu yapılmadan önce ven uygunluğu değerlendirilmelidir.
* İlaçlar birbirleri ile etkileşimleri göz önünde bulundurularak uygulanmalıdır.
* Uygulanan ilaçlar göz önüne alınarak komplikasyon ve yan etkiler yönünden izlenir.
* Radikal mastektomi yapılan taraftan ve arterio-venöz fistül oluşumu planlanmış veya uygulanmış koldan uygulama yapılmamalıdır.
* Hasta inotrop ilaç (dopamin vb) alıyorsa bu yoldan diğer bir ilaç puşe yapılmamalıdır.

**ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Uygun büyüklükte ilaç tepsisi
* Turnike
* Eldiven
* Uygun boyutta IV kanül ( 2 adet) ya da enjektör
* Tespit için flaster
* Üç yollu musluk
* Antiseptik solüsyon
* Pamuk tampon / gaz spanç
* Yatak koruyucu örtü
* Damla sayar seti / infüzyon pompası

**İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Hazırlanan ilaç ve gerekli malzemeler ilaç tepsisine konulur.
* Hastanın kimliği en az üç belirleyici ile kontrol edilir.
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldivenler giyilir.
* Uygun ven seçimini yapın ve alanı destekleyerek altına tedavi muşambasını yerleştirilir.
* Turnike, girilmek istenilen venin 15 cm yukarısından uygulanır.
* Palpe ederek damarın doku içindeki ilerleyişi hissedilir.
* Enjeksiyonun yavaş ve rahat yapıbileceği bir pozisyon alınır (oturulur).
* Enjeksiyon bölgesi %10 povidon iyot ile uygulanacak venin doğrultusunda yukarıdan aşağıya doğru temizlenir.
* İğnenin steril başlığı çıkartılır.
* İğnenin keskin yüzü yukarı tutularak damara girmek istenilen bölgenin yaklaşık 1-2 cm altından deriye 30-40 lik açı ile girilir, iğne yaklaşık 15 derecelik açıya getirerek ven içine yavaşça sokulur ve ilerletilir.
* Enjektör bulunan el oynatılmadan, serbest kalan el ile piston hafifçe geri çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir.
* Kan gelmez ise ilaç verilmez. İğne geri çekilir. İğne yerine pamuk tamponla hafif basınç uygulanır.
* Enjektörün iğnesi değiştirilerek, başka bir vene aynı işlem tekrarlanır.
* Kan görüldüğünde, serbest olan el ile turnikeyi açılır.
* İlacın tamamı, hasta gözlemlenerek ve iğnenin damarda olup olmadığı kontrol edilerek yavaşça verilir.
* İlaç bitince iğne geri çekilir ve iğne yerine pamuk tamponla hafif basınç uygulanır.

**Periferik venöz kateter varlığında IV enjeksiyon uygulaması;**

* İlaç hazırlanmış olan enjektörün ajutajı venöz kateterin giriş yerine takılır.
* Enjektör bulunan el oynatılmadan, serbest kalan el ile piston hafifçe geri çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir, kan gelmezse ilaç verilmez.
* İlacın tamamı hasta gözlemlenerek ve iğnenin damarda olup olmadığı kontrol edildikten sonra yavaşça (prospektüs bilgisine uygun sürede) verilir.
* Enjektör kanülden ayrılarak periferik kateter steril kapak ile kapatılır.

**Yapılacak tedavi infüzyon ise;**

* İV infüzyon için damar yolu açık değilse **“Periferik Venöz Kateter Açılması Talimatı’**na göre damar yolu açılır.
* Hazırlanmış infüzyon mayisi serum seti yardımıyla venöz katetere yerleştirilir (Birden fazla mayi aynı kateterden gönderilecek ise, uzatma line ve üç yollu musluk kullanılır).
* İnfüzyon mayisi 45 – 60 cm yukarıya olacak şekilde serum askısına asılır.
* Setin klempi açılır.
* Damla sayısı/ml orderine göre ayarlanır (Damla sayar seti veya infüzyon pompası kullanılabilir).
* Sıvı takibi saatlik olarak takip edilir.
* İnfüzyon bitiminde setin klembi kapatılarak ajutajdan set ayrılarak periferik kateter steril kapak ile kapatılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem ve sıvı takibi **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **42- KAN BASINCI ÖLÇÜM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hastanın sistemik arter kan basıncını doğru ölçerek sistolik ve diastolik tansiyon değerini belirlemek.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; ölçüm bölgelerinin tanılanması, kan basıncı sınıflandırılması, uygulama ve ölçümü etkileyen faktörleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Sistolik Kan Basıncı:** Kalp kasıldığında kalpten damarlara doğru atılan kanın damar duvarında yaptığı basınçtır. Korotkof sesinin ilk duyulduğu anda manometrede ibrenin gösterdiği değerdir.
* **Diastolik Kan Basıncı:** Diastolik değer ise kalp gevşediğinde hala damar duvarında mevcut olan basınçtır.Korotkof sesinin kaybolduğu anda manometrede ibrenin gösterdiği değerdir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* **Sistemik arter kan basıncı;** Kolda brakial arter, bacakta popliteal veya dorsalis Pedis arterleri üzerinden ölçülür.
* **Ölçüm Yerine Göre Pozisyon Seçimi:**
* Brakial arterden ölçüm yapılacaksa yatar veya oturur (sırtı desteklenmiş) pozisyon
* Popliteal arterden ölçüm yapılacaksa yüzükoyun yatar pozisyon
* Dorsalis pedis’ten yapılacaksa sırtüstü yatar pozisyon verilir.
* **Ölçülecek ekstremitede aşağıdakilerden herhangi birinin varlığı halinde işlem yapılmaz.**
* Trombolitik tedavi,
* Mastektomi,
* A-V fistül,
* Amputasyon,
* Kontraktür,
* Enfeksiyon,
* Ödem,
* Açık yara (yanık vb),
* Kırık-çıkık.
* **Sistemik arter kan basıncının ölçüldüğü durumlar:**
* Yeni yatan bütün hastalarda,
* Diğer hayati belirtileri değişiklik gösteren hastalarda,
* Her türlü invaziv girişimden önce ve sonrasında (normale dönene kadar),
* Bütün postoperatif hastalarda,
* Kan basıncı değerini etkileyecek ilaç uygulamalarından önce, uygulama esnasında (etki süresine göre) ve sonrasında (trombolitik, nitrogliserin, B-bloker, dopamin, dobutamin, adrenalin, vb.),
* Kendisini fena hisseden (baş ağrısı, baş dönmesi,ense ağrısı,gözde kararma uçuşma, ateş basması, terleme, denge bozukluğu ifadesi, kulak çınlaması, bulantı, ağırlık çökmesi, uyku bastırması) veya kritik durumdaki hastalar (kanama, şok, senkop vb.).
* İlk kez ölçüm yapılacaksa her iki koldan ölçüm yapılır ve yüksek olan koldan ölçümlere devam edilir.
* Ölçüm yapılan kol kalp hizasında tutulur ve alttan desteklenir. Ölçümden önce hasta en az 5 dk. dinlendirilir.
* Tansiyon aletinde manometre “0” konumunda olmalıdır.
* Ölçüm aygıtının manşeti giysi üzerine yerleştirilmemelidir.
* Ölçüm yapılacak extremitedeki kıyafet sıkı olmamalıdır.
* Ölçüm esnasında steteskopun diafram (çan) bölümü manşetin içine sokulmamalıdır.
* Ölçüm aygıtının içindeki hava her kalp atımında 2-3 mmHg hızla indirilir.
* Hastada temas yolu ile bulaşan ve endemi yapan bir enfeksiyon (VRE vb.) varsa kişiye ait TA aleti kullanılır.

**Yaşa Uygun Manşet Uzunluğu ve Genişliği:**

**YAŞ Manşet Genişliği Manşet Uzunluğu**

Yenidoğan 2.5- 4 cm 5-10 cm

Bebek 6- 8 cm 12-13.5 cm

Çocuk 9-10 cm 17-22.5 cm

Erişkin 12-13 cm 22-23.5 cm

Büyük yetişkin kol 15 cm 30 cm

Büyük yetişkin uyluk 18 cm 36 cm

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Kan basıncı ölçüm aygıtı,
* Steteskop,
* Dezenfektan,
* Pamuk.

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Ölçüm yerine göre hastaya uygun pozisyon verilir,
* Ölçüm yapılacak extremitedeki giysileri yukarıya doğru iyice sıvanır, eğer sıkıysa tamamen çıkartılır,
* Ölçüm aygıtının içindeki hava iyice boşaltılır,
* Aygıtın kolluğu:
* Brakiyal ölçümde; dirsekten üç - dört parmak yukarıya doğru,
* Poplitieal ölçümde; dizin biraz yukarısına (daha uzun manşet seçilir),
* Dorsalis pedis ölçümünde; ayak bileğinden yukarıya extremitenin çevresine yerleştirin,
* Ölçüm brakiyal arterden yapılacaksa ölçüm yapılacak kolu kalp hizasında ve alttan destekleyerek tutun,
* Ölçüm aygıtının manometresini görebileceğiniz şekilde koyun,
* Nabzı sayar gibi ölçüm yapılacak arterin uç noktasından nabzı palpe edin,
* Puarın vidasını kapatın ve avuç içinde ritmik açıp kapama hareketleri ile manşeti şişirin,
* Nabzın alınmamaya başlandığı anda manometredeki değer tahmini sistolik kan basıncını gösterir,
* Puarın vidasını yavaşça gevşeterek her kalp vurumundan 2-3 mmHg azaltarak havayı boşaltın,
* Korotkof sesinin ilk duyulduğu (sistolik kan basıncı) ve kaybolduğu anda (diastolik kan basıncı) manometrede ibrenin gösterdiği değerleri akılda tutun,
* Ölçüm aygıtının içindeki havayı tekrar boşaltın ve ibreyi “0” konumuna getirin,
* İşlemin sonunda ölçüm aygıtını hastanın ekstremitesinden çıkartın,
* Bulunan değerler sistolik kan basıncı değeri/ diastolik kan basıncı değeri mmHg şeklinde **“Hemşire Gözlem Formu”**na tarih, saat, ölçülen ekstremiteyi belirterek kayıt edin,
* Steteskobun kulağa takılan uçlarını ve diafram bölümünü dezenfektanlı pamukla silin,
* Malzemeleri toplayın ve kaldırın,
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.

|  |
| --- |
| **43- KAN/KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYONU UYGULAMA TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ: :** Kan ve kan ürünleri uygulamasında; transfüzyon öncesi, transfüzyon ve transfüzyon sonrası uygulamalarda standart bir yöntem belirleyerek olası komplikasyonları önlemektir.
  2. **KAPSAM:** Bu protokol; kan ve kan ürünleri transfüzyonu; tanılama, uygulama, reaksiyon ve komplikasyonların takibini kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** İlgili doktor, hemşire, laboratuar teknisyeni, hastane personeli
  4. **TANIMLAR**:
* **Ürtiker:** Basınca solabilen, kırmızı ve deriden kabarık, sıklıkla kaşıntılı ve 1 - 2 mm’den bir kaç cm’ye kadar değişebilen büyüklükte, kenarları düzensiz kabartılardan oluşan bir grup deri hastalığıdır.
* **Eritem:** Kılcal damarlarda konjesyon (kan toplanması) sonucunda derinin kızarması. Parmakla basmakla solar. Başta enfeksiyon ve alerji olmak üzere çeşitli nedenlerle olabilir.
* **Dispne:** Kişinin güçlükle nefes alıp vermesi halidir.
* **Taşikardi:** Kalbin atım sayısının artarak, normal değerlerin üzerine çıkması haline denir.
* **Bradikardi:** Dinlenme halindeki sağlıklı bir erişkinin normal kalp atışından daha yavaş olarak belirlenen kalp atışlarına denir. Kesin bir sınırı olmamakla birlikte, dakikada 60′tan daha az kalp atışında bradikardi düşünülür.
* **Cross-match:** Kan veren kimse ve alıcı arasındaki uygunluğu belirlemek için kullanılan kan testidir. (Organ nakli, kan nakli vs. den önce yapılır.)
  1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Kan ve kan ürünleri transfüzyonunda % 0,9 NaCl dışında aynı damardan ilaç ve sıvı verilmez ve kan/kan ürünleri içine ilaç ilave edilmez.
* Kan/kan ürünleri, transfüzyon öncesine kadar kan bankası ünitesinde, belirlenen koşullarda saklanmalıdır.
* Kan/kan ürünleri servise ulaştıktan sonra bekletilmez, kesinlikle ısıtılmaz.(sıcak su içine, radyatör üstüne ve direk güneş ışığı alan yere konulmaz)
* Taze donmuş plazma eritildikten sonra kesinlikle dondurulmamalıdır.
* Tam kan, eritrosit süspansiyonu ve trombosit süspansiyonu hemen; taze donmuş plazma, plazma eriticilerinde eritildikten sonra kan bankasında transfüzyona hazır hale gelir. Bekletilmeden hastaya uygulanmalıdır.
* Transfüzyonda kullanılan tüm set ve filtreler en çok 4 saat ve ya her ünite transfüzyondan sonra yenileri ile değiştirilmelidir.
* Uygulama süresi hastanın klinik durumuna göre belirlenir. Her bir ünite eritrosit süspansiyonu/tam kanın transfüzyonu 1-3 saatte, maksimim 4 saatte tamamlanır. Trombosit süspansiyonu ve TDP için transfüzyon süresi 2 saati aşmamalıdır.
* Hastanın kan basıncı 180/100mmHg, vücut ısısı 37,5 C’nin üzerinde ise transfüzyona başlanmamalı, doktora iletilmelidir.
* İki ve üstü kan transfüzyon uygulamalarında; alerjik reaksiyonu hangi kanın yaptığının tespiti açısından aynı anda hastaya birden fazla kan takılmamalıdır.
* Kan ürünü üzerinde; hastanın adı soyadı, kan grubu ve numarası, serolojik test sonucu, alınış ve son kullanma tarihi olmalıdır. Bu bilgilerin eksikliği durumunda kan ürünleri kullanılmamalıdır.
* Reaksiyonlar açısından, transfüzyon süresince ve sonrasında hasta aşağıdaki bulgular açısından gözlenmelidir.
* **Deride kızarıklık, ürtiker, kaşıntı, eritem**
* **Transfüzyon uygulanan damar boyunca yanma hissi**
* **Ateş**
* **Göğüs ağrısı, dispne**
* **Baş ağrısı**
* **Bulantı kusma**
* **Taşikardi ya da bradikardi**
* **Hipertansiyon veya hipotansiyon**
  1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Uygulanacak kan ürünü
* Antihistaminik, adrenalin, atropin, antipiretik, O2 tüpü ve maskesi
* Kan transfüzyon seti
* Pamuk tampon
* Enjektör
* Povidon iyot ve ya % 70 alkol
* Anjioket
* EDTA’lı cbc tüpü
* Nonsteril eldiven
* Flaster
* Turnike
* Tedavi tepsisi
  1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* **“Kan ve Kan Bileşenleri Nakli İçin Bilgilendirilmiş Onam Formu”**  hasta orderi ve kan ürünü uygunluğu kontrol edilir.
* Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Yıkama Talimatına”** uygun olarak yıkanır.
* Non steril eldiven giyilir.
* Hastadan kan gurubu ve cross-match için EDTA lı tüpe kan numunesi alınır ve cross- match istek formu ile birlikte kan bankasına gönderilir.
* Kan bankasında hazırlanan kan/kan ürününün servise **“Kan Bileşeni İstek Formu”** ile birliktekan taşıma kutusu içinde servise gelmesi sağlanır. Cross- match uygunluğu kontrol edilir.
* Kan/ kan ürünleri filtreli setle ( kan transfüzyon seti) setlenerek havası çıkartılır.
* Hastanın vital bulguları kontrol edilir.
* Damar yolu uygunluğu kontrol edilir. Yeni damar yolu açmak zorunda iseniz hastaya nedenini açıklayarak hastayı hazırlayın.
* Kan/ kan ürünleri yoğun sıvılar olduğu için orta büyüklükte bir damar ve kateter seçilerek **“Periferik Venöz Kateter Takılması Talimatı”**nagöre venöz kateter takılır.
* Hazırlanan kan ürünü açılan damar yoluna takılır.
* İnfüzyon, damla sayısı 10-15 damla/dk olacak şekilde başlatılır ve reaksiyon açısından hasta gözlenir. Reaksiyon 15 dakika içinde gelişmedi ise, hastanın durumuna göre infüzyon hızı ayarlanır.
* Eritrosit içeren kan ürünleri transfüzyonunu en geç 4 saatte, TDP ise eridikten sonra en geç 1 saat içinde verilir.
* Hastanın vital bulguları 30 dakika aralarla takip edilir ve kaydedilir.
* İnfüzyon süresince hasta reaksiyonlar yönünden gözlenir.
* Olası reaksiyonlar için, acil arabası ve O2 tüpü hazır bulundurulur.
* Reaksiyon geliştiğinde transfüzyon durdurulup, hastanın doktoruna haber verilir. Kan torbası atılmaz, **“Kan Bileşeni İstek Formu”**  ile beraber serolojik testlerin tekrarlanması için kan bankasına gönderilir.
* Transfüzyon bittiğinde, set damar yolundan çıkarılır ve damar yolu 10 cc SF ile yıkanır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **44- KLİNİKTE YATAN HASTANIN TABURCU EDİLMESİ TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hasta ve ailesine, devam edecek tıbbi bakım ve işlemleri öğretmek, hastanın evde bakım süresince oluşabilecek sorunlarla ilgili korku ve endişelerini gidermek amacına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat hastayı, bakımın bir sonraki safhasına, evde ya da diğer bir kurumda bakıma hazırlamak, hastanın bakımının kendisi, aile üyeleri ya da sağlık personelince gerçekleştirilmesine yönelik düzenlemelerin yapılmasına yardımcı olmak üzere oluşturulan, sürekli bakım sürecine yönelik bilgileri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler ve hekimler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Taburculuk Planlanması;** Hastanın hastaneye kabulünden itibaren başlayan taburculuk planı, hastanın ilk sağlık değerlendirmesi ve bakım sürecinde yeni eklenen verilerle oluşturulur. Hasta ve ailesi ile işbirliği içinde bütüncül yaklaşımla toplanan veriler, analiz edilerek sağlık bakımı ve eğitim gereksinimleri belirlenir.

Hastanın taburculuk planlamasında eğitim konuları; beceri öğretimi, girişimlerle ilgili bilgiler, hastaya uygulanan girişimler sırasında ve sonrasında olası sorunlar, psiko sosyal destek ve hastanın sorumluluğunu açıklayan bilgileri içerir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Hastanın daha önceki hastalık ve hastaneye yatış deneyimi değerlendirilmeli,
* Şu anki fonksiyonel düzeyi ve bakım ihtiyacı belirlenmeli,
* Taburculukta beklenen fonksiyon düzeyi belirlenmeli,
* Sağlık sorununa yönelik bilgi ve algılama seviyesi saptanmalı,
* Hasta ve ailenin hastalık yönetimine ilişkin bilgi ve beceri düzeyi belirlenmeli,
* Hasta ve ailenin evde bakım deneyimi ve uyum düzeyleri belirlenmeli.
* Aile yapısı, iletişim şekilleri öğrenilmeli,
* Kültürel değerleri, dini inanç ve uygulamaları öğrenilmeli,
* Destek sistemleri/toplum kaynakları öğrenilmeli,
* Hastanın yaşamına devam edeceği ortama ve bölgeye yönelik bilgiler edinilmelidir.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
2. **İŞLEM BASAMAKLARI- UYGULAMA:**

* Bireyin taburculuk planlamasında eğitim konuları düzenlenir.
* İlaçlar;
* İlacın adı ve dozu,
* Ne zaman alınacağı,
* İlacın verilme zamanı,
* İlacın etkileri,
* İlacın yan etkileri.
* Çevre;
* Yapabileceği işler,
* Yaşam ortamının fiziksel yönden düzenlenmesi,
* Tedavi;
* Tedavinin evde devam etmesinin amacı,
* Sağlık eğitimi;
* Hastalığın vücudu nasıl etkilediği,
* Mevcut sağlık durumu ve ulaşabileceği en yüksek seviye,
* Ayaktan takip;
* Kontrol randevusunun nerede ve ne zaman olduğu,
* Tıbbi yardım için kime ve ne zaman ulaşılacağı,
* Diyet; Hastanın beslenmesinde uyması gereken kuralların neler olduğu hakkında hasta/ hasta yakını bilgilendirilir.
* Olası sorunlar;
* 38 derece üzeri ateş ve titreme,
* İlaç aldığı halde geçmeyen ağrı,
* Aşırı kanama,
* Ameliyat bölgesinde soğukluk, morarma, karıncalanma ya da his kaybı, insizyon çevresinde kızarıklık, ağrı ve ödem, tekrarlayan kusmaların olması vb… durumlarda doktoruna başvurması konusunda hasta ve hasta yakını bilgilendirilir.
* Basınç ülserlerini önleme, yara bakımı, kateter bakımı, aktif ve pasif egzersiz eğitimi verilir.
* Solunum ve öksürük egzersizleri öğretilir.
* Diyabet, hipertansiyon vb. kronik hastalığı olanlara hastalıklarına yönelik bilgi verilir.
* Taburculuk sonrası, intraket, foley sonda, subklavian kateter, vb. kullanılacak ise bireye ya da aileye bakımı ile ilgili bilgi verilir.
* Sağlığın geliştirilmesi, zararlı alışkanlıklardan korunma v.b…konularda eğitim verilir.
* Hasta ve ailenin taburculuk sonrası gereksinimlerini saptamak için, diğer sağlık ekip üyeleri ile işbirliği yapılarak ihtiyacı belirlenir.
* Hastanın tıbbi kayıtlarının dosya içinde olması sağlanır.
* Taburculuk işlemleri tamamlandıktan sonra hastanın hazırlanmasına yardım edilir.
* Bireye kullanılan monitör, hemidifer, aspiratör gibi cihazların kullanımları hakkında bilgi verilir.
* Taburcu olan hastaya ait ilaçlar hasta veya hasta yakınına imza karşılığında teslim edilir.
* Taburcu olan hastanın servisten tekerlekli sandalye ile ayrılması gerekiyorsa, hasta ya da yakınına kimlik karşılığı tekerlekli sandalye verilir, tekerlekli sandalye geri geldiğinde kimlik iade edilir.
* Taburcu olan hastanın servisten sedye ile ayrılması gerekiyorsa, hastaya personel eşlik eder.

|  |
| --- |
| **45- KOLOSTOMİ- İLEOSTOMİ BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Bu protokolün amacı, kolostomi veya ileostominin fonksiyonel devamlığını sağlamak için bakımda standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol kolostomi veya ileostomi bakımı ve hasta / yakınlarının eğitim faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler, hemşireler ve hasta hizmetlileri sorumludur.
4. **TANIMLAR**

* **STOMA:** Barsağın karın duvarına ağızlaştırıldığı yapay bir açıklıktır.
* **İLEOSTOMİ:** İleumun son bölümünün karın duvarına ağızlaştırılmasıdır.
* **KOLOSTOMİ:** Kolonun ( kalın barsağın ) karın duvarına ağızlaştırılmasıdır.
* **STOMA RETRAKSİYONU:** Stomanın geriye karın içine kaçmasıdır.
* **STOMA STENOZU:** Stoma darlığıdır.
* **İSKEMİ VE NEKROZ:** Stomanın açıldığı barsak bölgesinin kan dolaşımının herhangi bir nedenle bozulması sonucu barsak renginin gri, kahverengi, siyah olmasıdır.
* **STOMAL FİSTÜL:** Stoma çevresindeki bir açıklıktan akıntı ile birlikte bağırsak içeriği gelmesidir.
* **PARASTOMAL HERNİASYON:** Stomanın çevresinde oluşan fıtıklardır.
* **PROLAPSUS:** Barsağın stoma yoluyla aşırı derecede dışarı sarkmasıdır.
* **METABOLİK KOMPLİKASYONLAR:** Ameliyatsonrası özellikle ileostomilerde, ostomiden 24 saatte 1-2 lt sıvı kaybı ve bunun devam etmesiyle, sodyum ve potasyum kaybedilmesi sonucu dehidratasyon, hipopotasemi, hiponatremi ve üriner sistem taşlarıyla kendini gösteren bir durumdur.

**BAĞIRSAK STOMA TİPLERİ**

* **Uç İleostomi:** Sıklıkla iltihabı barsak hastalığında kolon tamamıyla çıkarılır. Çoğunlukla karnın sağ iliak bölgesinde yer alır ve kalıcıdır.
* **Loop İleostomi:** Fekal geçisin yönünü değiştirmek (diversiyon ) için açılır. Sıklıkla distal ileo-rektal veya kolo-anal anastomoz, ileal depolu (pos ) anastomoz, fistül, rektum veya anüsteki akut Crohn hastalığında açılır. Genellikle geçicidir.
* **Uç Kolostomi:** Sıklıkla abdominoperineal rezeksiyon veya Miles ameliyatı ile rektumun çıkarılması sonucu açılır ve kalıcıdır.
* **Loop Kolostomi:** Genellikle geçici durumlarda açılan loop kolostomi, sıklıkla sigmoid kolona açılır.
* **Double- Barreled (Çifte Namlusu Seklinde ) Kolostomi:** Ameliyatla hastalıklı kolon çıkarıldıktan sonra bağırsağın proksimal ve distal bölümlerinin çifte namlusu gibi cilde ağızlaştırılmasıdır.
* **Bölünmüş Kolostomi:** Barsağın distal kısmının dışkı ile kirlenmesinin istenmediği durumlarda proksimal barsaktaki lezyon çıkarılır ve kolostomi açılır. Distal uçtaki kolon ise mukus fistula olarak cilde ağızlaştırılır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**TEMEL İLKELER**

* Hasta ve yakınlarına **‘‘Ostomi Bakımı Eğitimi’’** ameliyat sonrası 3., 4. Günden itibaren verilir. Hasta ve yakınlarının, torba değişimi öncesi yapılan hazırlığı ve torba değişim sırasındaki bakımın aşamalarını öncelikle gözlemlemeleri sağlanır.
* Bakımın her aşamasında hasta mahremiyeti korunur.
* Ostomi bakımından önce torbanın doluluğu (1/2’si veya 1/3’ü dolduğunda boşaltılır veya değiştirilir), adaptörün kirliliği ve sızdırmazlığı değerlendirilir.
* Ostomi alanı ve bağırsak her adaptör değişiminde komplikasyonlar açısından değerlendirilir.
* Ostomi bakımında kimyasal içerikli (alkol, eter, yapıştırmak için uhu, özel hazırlanmış temizleyici sabunlar vs.) hiçbir şey kullanılmaması, gerekirse PH’ sı cilde eşit nötr sabun ( yumuşak sabun ) kullanılması hasta ve yakınlarına anlatılır.
* Ostomi bakımında, ishalde cilt tahrişini önlemek için stoma pasta kullanılır.
* Stoma çevresinde cilt tahrişi gözlemlenirse konu hakkında hekim bilgilendirilir.
* Hastanın; yasına, kültürel durumuna, sosyal yaşamına ve çalışma durumuna uygun stoma ürünü çeşitleri hastaya tanıtılır.
* Hasta veya yakınının taburculuk öncesinde stoma bakımını kendi kendine yapıyor olması sağlanır.
* Hasta ve yakınlarına stomada sık yaşanan sorunlarla (kontrol dışı koku, dışkı sızıntısı, sosyal izolasyon, psikolojik sorunlar, dini sorunlar, cinsel sorunlar ve benzeri ) nasıl baş edeceği hakkında bilgi verilir.
* Hasta ve yakınlarına, hekime başvurması gerektiği durumlar hakkında bilgi verilir.
* Hasta ve yakınları bilgilendirilirken **‘‘Hasta ve Yakınlarının Eğitim Prosedürü’’** uygulanır.

**TANILAMA**

* **Ostomi Alanı:**

**Cilt:**

* Renk: Açık pembe + / -
* Görünüm: Parlak mukoza + / -
* İrritasyon/Hassasiyet + / -
* Granülasyon dokusu gelişimi : + / -

**Enfeksiyon:**

* Ostomi alanında kızarıklık + / -
* Pürülan akıntı + / -
* Vücut ısısında yükselme + / -
* Dışkının kokulu ve müküslü olması +/-

**Diğer:**

* Diyare + / -
* Metabolik bozukluklar + / -
* Konstipasyon + / -
* Retraksiyon + / -
* Prolapsus + / -
* Dehidratasyon + / -
* Kanama + / -
* İskemi ve nekroz + / -
* Fistül + / -
* Herni + / -
* Darlık + / -
* Tıkanıklık + / -

**\*\***Bu değerlendirme her torba değişiminde yapılır.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Uygun stoma torbası
* Uygun Adaptör (alttan boşaltmalı torba için )
* Alttan boşaltmalı torba için klips
* Filtre
* Islatılmış yumuşak bez ( pamuk, gazlı bez, kâğıt mendil... vs ) ve gerekirse nötral sabun
* Yeni doğanda ve çocuklarda ılık su ile ıslatılmış yumusak bez kullanılır.
* Non steril eldiven
* Kirli poşeti, sürgü
* Tedavi muşambası ya da bezi
* Cilt koruyucu pasta (ileostomi bakımında gereklidir).
* Stoma ölçüm cetveli
* Makas
* Stoma plaka (cilt tahrişi var ise ).
* Pudra, çinko oksit krem (cilt tahrişi var ise )
* Emniyet kemeri (taburculukta )
* **İlgili Dökümanlar**
* Hemşire İzlem Formu
* Atık Yönetimi Prosedürü
* Hasta ve Yakınlarının Eğitim Prosedürü
* El Hijyeni Talimatı

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

**İşlem Öncesi Hazırlık**

* Hastanın kimliği protokol uyarınca doğrulanır, hasta ve yakınına işlem hakkında bilgi verilir.
* Gerekli malzemeler hazırlanır ve yeni ostomi torbasının üzerine klipsi, filtresi takılır.
* Hastanın mahremiyeti sağlanır, endişeleri paylaşılır ve göz göze iletişim kurulur.
* Hastanın ve yakınının işleme katılımı sağlanır.
* Hasta stomasını görebileceği bir pozisyona getirilir ( semifowler ya da ayakta ayna karşısında ).

**İşlem**

* **‘‘El Hijyeni Talimatı’’** na uygun el hijyeni sağlanır.
* Tek kullanımlık eldiven giyilir. Tedavi muşambası veya bezi hastanın altına serilir.
* Kirli torbası ostomi bölgesine yakın yere tutulur.
* Hastanın veya yakınlarının da eldiven giymesi sağlanır.
* Hastanın üzerindeki torbanın vücuda yapışan kısımları (adaptör ) ıslak bezle hafif hafif ıslatılır ve adaptörün üst kısmından başlanarak kıl yönünün aksi tarafından başlanarak kaldırılır.
* Stoma temizliği ıslatılmış yumuşak bezle ( pamuk, gazlı bez, kâğıt mendil vb. ) ile yapılır. Stoma etrafı çok kirli ise çok iyi durulamak kaidesiyle nötral sabun ile temizlenir.
* Stoma çevresi kâğıt havlu ile iyice kurulanır.
* Hastanın stomasına bakması ve dokunması sağlanır ( gerekli durumlarda ayna kullanılarak ).
* Stoma ölçüm cetveliyle stoma ölçülür ve stoma çapı belirlenir.
* İleostomi bakımında stoma çevresine pasta sürülür.
* Stoma pastanın 5-10 sn. kuruması beklenir.
* Adaptör stoma çapına uygun kesilir.
* Adaptör, stoma ortasına gelecek şekilde kâğıtları uygun sırada kaldırılarak yapıştırılır.
* Stoma ile adaptörün arasındaki açıklığın 2-3 mm olmasına dikkat edilerek adaptör, stomaya uygun kesilir.
* Yeni torbanın ya da adaptörün yapışkan kısmındaki kâğıdı çıkarın ve ortadaki delik stomayı içine alacak şekilde yerleştirin (stoma alanının düzleşmesi için hastanın karnını şişirmesi istenir).
* Torbanın daha iyi yapışması için el ile 30 sn. kadar bastırılır ve sorunlu stomalarda hastanın 5-10 dk. hareketsiz kalması istenir.
* Hasta rahat edeceği pozisyona getirilir.
* **“El Hijyen Talimatı’**na göre el hijyeni sağlanır.

**İşlem Sonrası**

* Kullanılan malzemeler toparlanıp kaldırılır.
* Atıklar **“Atık Yönetim Prosedürü ”** ne göre kaldırılır.
* Tüm yapılan işlemler **“Hemşire İzlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **46- KONSTİPASYONU ÖNLEME TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ:** Hastanın alışkanlıkları doğrultusunda defekasyonun devamlılığını sağlamaktır.
    2. **KAPSAM:** Bu protokol konstipasyona sebep olan durumların ve konstipasyon belirtilerinin tanılanması, uygulama ile konstipasyonu önleyecek diyet listesini belirleme faaliyetlerini kapsar.
    3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire ve hekim sorumludur.
    4. **TANIMLAR:**
    5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Hastanın yatağa bağımlılık derecesi belirlenir.
* Hastanın defekasyon alışkanlıkları belirlenir.
* Hasta ve hasta yakınları konstipasyonu önleme ve girişimler hakkında bilgilendirilir.
* Konstipasyona sebep olan durumlar:
* Sekonder nedenler;
* Diyabet,
* Böbrek yetmezliği,
* Hamilelik,
* Bilinç kaybı,
* Diğer sistemik hastalıklar.
* İlaçlar;
* Narkotikler,
* Sedatifler,
* Trankilizanlar,
* Diüretikler,
* Beta blokerler,
* Kardiyatonikler,
* Hipertansifler.
* İleri yaş,
* Post-operatif dönem,
* Fiziki ortamın değişmesi,
* Yeme alışkanlıklarının ve öğün sayısının değişmesi,
* Günlük fiziksel aktivitenin azalması,
* Günlük sıvı miktarının azalması,
* Psikosomatik etkenler.
* Tanılama sıklığı: Hasta kabulde 1 kez
* **Konstipasyon belirtilerinin tanılanması:**
* Karında gerginlik yaygın ağrı,
* Distansiyon,
* Bağırsak hareketlerinin azalması,
* Dışkı kıvamında sertlik,
* Dışkı miktarında azalma,
* Dışkının kokusu- rengi.
* Tanılama Sıklığı: 24 saatte bir yapılır.
* Anüs çevresinin gözlenmesi:
* Hemoroid,
* Fissür,
* Fistül, var ise uygun bakım protokolüne göre tanılayın.
* Tanılama Sıklığı: 24 saatte bir yapılır.
  + 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Hastanın günlük alışkanlıklarına uygun olarak ve bağımlılık derecesine göre saptanan konstipasyona yönelik girişimleri planlanır.
* Hastanın sabahları aç karnı ılık su içmesi sağlanır.
* Günün aynı saatlerinde tuvalet alışkanlığı geliştirmesi sağlanır.
* Aktif-Pasif hareketleri (jimnastik- egzersiz- yürüyüş-yatak içi aktif- pasif hareketler v.s.) uygulaması sağlanır.
* Abdominal bölgede saat kadranı yönünde klasik masaj önerilir.
* Mevcut hastalık durumuna göre günlük sıvı miktarı planlanır (Günlük ortalama 1500-2000 cc sıvı alınmalı).
* Mevcut hastalık durumuna göre diyet listesi düzenlenmesi için diyetisyen ile işbirliği yapılır.
* Tanılama kriterlerine göre talimata uygun bakım verilir.
* Hasta ve hasta ailesi;
* Kontipasyonun komplikasyonları,
* Beslenme,
* Sıvı alımı,
* Egzersizlerin önemi hakkında bilgilendirilir.
* Elde edilen gözlem ve bulgular ve yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **47- KORONER ANJİYOGRAFİ ÖNCESİ VE SONRASI BAKIM UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Koroner anjiyografi öncesi hazırlık ve anjiyo sonrası hasta bakımını sağlamak ve sürdürmek amacıyla yapılan işlemdir.
2. **KAPSAM:** Koroner anjiyografi öncesi ve sonrası bakım faaliyetinin tümünü kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Koroner Anjiyografi:** Kalbi besleyen ve çalışmasını sağlayan damarların (koroner arter) içine özel bir ilaç (radyoopak) verilip, özel bir görüntüleme sistemi kullanılarak görüntülerinin alınması işlemidir.
* **Trombüs:** Damar içerisinde pıhtı oluşumuna bağlı tıkanıklıktır.
* **Emboli:** Damar içerisinde trombüsten kopan parçalar ya da invaziv girişimler sonrası havanın neden olduğu tıkanmadır.
* **Hipoksi:** Dokuların normal gereksinimini karşılayacak yeterli oksijenin sağlanamamasıdır.

1. **UYARILAR VE ÖNERİLER:**

* Hasta ve yakınlarına işlem hakkında bilgi verilmeli.
* Hastanın istemi doğrultusunda hastanın aç kalması sağlanmalı.
* Hastanın işlem yapılacak bölge temizliği (traşı) yapılmalı.
* İşlem öncesi hasta onay formunun imzalatılması sağlanmalı.
* İşlem öncesi hasta üzerinde var olan tüm takı ve protez çıkarılmalı (yüzük, kolye, küpe, gözlük, diş protezi v.s)
* İşlem öncesi hastanın laboratuar sonuçları kontrol edilmeli (üre, kreatinin, glukoz, cbc, pt- ınr).
* Hasta işleme gönderilmeden önce mesane boşaltılması sağlanmalı.
* **İşlem sonrası hasta aşağıdaki komplikasyonlara yönelik takip edilmeli;**
* Ateş
* Aritmi
* Hipotansiyon
* Hipertansiyon
* Hipoksi
* Siyanoz
* Hematüri
* Ağrı
* Bradikardi
* Kanama
* Hematom
* İşlem yapılan extremite ısı ve renk farkı yönünden değerlendirilmeli.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER**

* Hasta önlüğü
* Bone
* Traş bıçağı
* Muayene eldiveni
* Uygun ağırlıkta kum torbası
* Monitör

1. **İŞLEM BASAMAKLARI**

**İşlem öncesi;**

* Anjiyo öncesi ve sonrası bakımı için hemşire gözlem formuna bakım planı hazırlanır.
* Eller el yıkama protokolüne uygun yıkanır.
* Hasta ve hasta yakınlarına işlem hakkında bilgi verilir.
* Traş bıçağı ile işlem yapılacak olan bölge temizliği yapılır.
* Hasta önlüğü giydirilip bone takılır.
* Hasta sedyeye alınarak anjiyografi ünitesine gönderilir.

**İşlem sonrası;**

* Hasta, işlem sonrası yatağına alınarak monitörizasyonu sağlanır. Hastanın yaşam bulguları takip edilir ve kateter giriş yeri kanama kontrolü yapılır (İlk bir saatte: 15 dakikada bir, sonraki bir saatte: 30 dakikada bir, sonraki saat: saatte bir değerlendirilip hemşire gözlem formuna kaydedilir).
* İşlem sonrası doktor istemine göre EKG’si çekilmelidir.
* İşlem sonrası hasta ve hasta yakınlarına bilgi verilerek (kum torbası alınıncaya kadar) hastanın mobilizasyonu ve girişim yapılan ekstremitedeki eklem hareketliliği kısıtlanır.
* Katater doktor tarafından çıkartıldıktan sonra uygun ağırlıkta (femoral arterden giriş yapılmışsa 2,5-3 kg) kum torbası yerleştirilir ve en az 6 saat işlem bölgesinde kalması sağlanır. Klinik seyrine göre komplikasyon gelişmemişse 6 saat sonra mobilizasyonu sağlanır.
* İşlem sonrası hidrasyon için 1.5 -2 litre su tüketmesi gerekliliği açıklanarak oral hidrasyonu sağlanır.
* İşlem bölgesine kum torbası yerine bası bandı uygulanmışsa bant işlemden sonraki gün çıkartılmalıdır.

|  |
| --- |
| **48- MEKANİK VENTİLASYONDAKİ HASTANIN TAKİP TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** Gelişebilecek komplikasyonları erken teşhis ederek mekanik ventilasyonun devamını sağlamak
  2. **KAPSAM:** Bu talimat; hastanın yaşamsal fonksiyonlarını, ventilatör cihazının mod, okunan parametre ve alarmlarının takibini, gelişebilecek komplikasyonlar yönünden takibini, yatağa bağımlı hastanın bakım için gerekli protokollerini uygulama ve takibini kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
  4. **TANIMLAR:**
* **Mekanik Ventilatör (Respiratör):** Akciğerlerin işleyişini sağlamak amacıyla yapılmış mekanik cihazdır.
* **Mekanik Ventilasyon:** Mekanik ventilatör ile sağlanan solunum desteğidir.
* **Mekanik Ventilatör Modları:**

**A- Kontrollü solunum (CMV = Continuous Mandotory Ventilation )**

* Kontrollü solunumda bütün aktivite ventilatördedir.
* Hastanın spontan solunumu yoktur, uygulanan programı değiştiremez.
* Tidal volüm, frekans, FiO2 konsantrasyonu doktor tarafından belirlenir.
* Volüm ve basınç kontrollü olarak uygulanır.

**B- Yarı solunum desteği veren ventilatör modları**

**AMV (Asiste Mandotory Ventilation )**

* Yardımcı zorunlu solunum modudur, hastanın spontan solunumu yetersizdir.
* İnspirasyon fazını hasta başlatır, ventilatör desteği ile inspirasyon devam eder.
* Tidal volüm ventilatör tarafından, frekans ise hasta tarafından belirlenir.

**A/C Ventilasyon (Asiste Control )**

* Ventilatör hastanın solunum eforuna cevap verir. Solunum eforu yoksa daha önceden

belirlenen sayı ve hızda otomatik olarak solunumu devam ettirir.

**IMV** (İntermittont Mandotory Ventilation )

* Aralıklı zorlu solunum modudur. Spontan ve kontrollü solunum kombinasyonudur.
* Ventilasyon arasında hasta soluyabilir.

**SIMV (Syncronize İntermittont Mandotory Ventilation )**

* Hastaya uyumlu aralıklı ventilasyon modudur. Spontan ve asiste kontrol (A/C ) solunum kombinasyonudur. Alet ayarlanan solunum sayı ve volümü zorunlu olarak hastaya verir. Bu zorunlu solunumlar arasında hasta spontan solur, frekansı ve tidal volümü hasta kendisi belirler.

**PSV (Presure Support Ventilasyon)**

* Basınç destekli ventilasyon modudur. Basınç doktor tarafından belirlenir. Tidal volüm ve frekansı hasta belirler. Solunum eforu olduğunda ventilatör tetiklenir ve solunumu destekler. Basınç belirlenen düzeye çıktığında inspirasyon sona erer, ekspiryum başlar.

**SIMV + PS**

* Alet spontan solunuma istenen düzeyde basınç desteğinde bulunur.

**C- Özel Destek Modları:**

**PEEP**

* Ekspirasyon sonu pozitif basınç uygulamasıdır. Ekspirasyon sırasında küçük hava yolları açık tutulur, kollabe olmuş alveoller açılır.
* İnatçı hipoksi,
* Tekrarlayan atelektazilerde,
* Akciğer rezidüel kapasitenin azaldığı durumlarda endikedir.

**CPAP**

* Sürekli pozitif basınç uygulamasıdır. Spontan solunumdaki hastalara uygulanır, etkisi PEEP gibidir.
  1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Entübasyon sırasında veya öncesinde gerekiyorsa sedatif ajanlar verilerek birey sedatize edilebilir.
* Entübasyonda kadınlarda 7,5-8F, erkeklerde 8-8,5 F tüpler kullanılmalıdır.
* Entübasyon sonrası tüpün seviyesi ön dişler hizasından kadınlarda 20-21 cm, erkeklerde 21-23cm olmalıdır.
* Çocuklarda 1 yaş üstü Kafsız tüp numarası; yaş / 4 + 4, Kaflı tüp numarası; yaş / 4+ 3,5 ile hesaplanmaktadır. Entübasyon tüpünün seviyesi ise iç çap x 3 formülüne göre belirlenir.
* Akciğer grafisinde endotrakeal tüp seviyesi, karnının 2-3cm üstünde olmalıdır.
* Solunum devreleri, gözle görülebilir kirlenme veya mekanik fonksiyon bozukluğu olmadıkça rutin değiştirilmemelidir.
* Solunum devrelerinde biriken sıvı düzenli olarak boşaltılmalıdır.
* Nemlendirici kaplarında steril su kullanılmalıdır.
* Nemlendirici kaplar içindeki su azalında üzerine ekleme yapılmamalı, yeni nemlendirici kapla değiştirilmelidir.
* Nemlendirici filtreler, gözle görülebilir kirlenme mekanik fonksiyon bozukluğu olmadıkça rutin değiştirilmemelidir.
* Isıtıcı nemlendiricileri (humidifer) yerine, kontrendikasyon yoksa ısı-nem tutucu filtrelerin (HME) kullanımı önerilir.
* Aspirasyon süresi 15 sn geçmemeli, iki aspirasyon arasında 20-30 sn dinlenmesi sağlanmalı, her uygulamada 3 kereden fazla aspirasyon yapılmamalıdır.
* Solunum sekresyonları aspirasyonunda endotrekeal tüp içine gerekmedikçe sıvı verilmemelidir.
* Hastada trakeostomi kanülü varsa stoma bakımında stoma çevresi %0.9 nacl ile silinir, steril gazlı bez ile kurulanır.
* Stoma bölgesi enfekte olmadığı sürece, pansumanında iyotlu bileşenler kullanılmamalıdır.
* Trakeostomi kanül çevresine antimikrobiyel topikal pomad kullanılmamalıdır.
* Endotrakeal tüp ile trakeostomi kanül bağları günde 1 kez ve her kirlenmeden sonra değiştirilmelidir.
* Trakeostomi bakımında, stoma alanındaki kanama, kızarıklık, ödem, koku ve hassasiyet değişiklikleri değerlendirilmeli ve kaydedilmelidir.
* Mekanik ventilasyonda izlenen hastanın baş yüksekliği kontrendikasyon (vertebra ve pelvis, yaralanma/ ameliyatları, hipotansiyon, enteral beslenme vb ) yoksa 30-45 derece olmalıdır.
* ARDS gelişen hastalarda akciğer kapasitesini arttırmak için prone (yüz üstü) pozisyonu verilebilir.
* Deri bütünlüğü değerlendirilirken; endotrakeal tüpü olan hastaların ağız kenarları non invaziv maske kullanan hastalarda alın, burun, yüz basınç ülseri açısından gözlenmelidir.
* İletişimi sağlamak için;

- Odadaki gereksiz sesler en aza indirilmeli.

- Hastanın yüzüne bakarak açık ve net konuşulmalı.

- Dudak okuyabiliyorsa yavaş konuşulmalı.

-Göz iletişimi (sorulara göz açıp kapama ile evet /hayır şeklinde cevaplama) kurulmalıdır.

- Alfabe kelime ve resim gösterilen tahtalar ile iletişim kurulabilir.

* Bireyin uyumasını kolaylaştırmak, için, girişim saatleri düzenlenmeli, rahat pozisyon verilmeli, yüksek sesle konuşulmamalı, alarm ses seviyeleri ve ışık azaltılmalıdır. Yoğun bakım ünite ısı seviyesi(22-24) derece ayarlanmalıdır.

**Mekanik Ventilasyonda Görülebilecek Sorunlar ve Komplikasyonlar**:

**Sorunlar**

* **Yüksek basınç alarmı**
* Pozisyon
* Sekresyon
* Endotrakeal tüpün trakea’ya dayanması
* Bronkospazm
* Öksürük
* Havayolu veya tüpte tıkanıklık
* Akciğer kompliansında azalma sebebiyle olabilir.

**Girişimler**

* Ventilatör bağlantılarının kıvrılıp kıvrılmadığı kontrol edilir.
* Hastanın şuur durumu kontrol edilip, şuur açık ise ventilatör moduna ve doktor direktifine göre sedasyon sağlanır.
* Korku, ağrı ve hipoksi gibi hastanın ajitasyonuna neden olan faktörlerin olup olmadığı belirlenir.
* Hava yolunda sekresyon varsa hasta aspire edilir.
* Tüp seviye kontrolü yapılır.
* **Düşük basınç alarmı**
* Ventilatör bağlantılarında kaçak olması
* Entübasyon tüpü veya trakeostomi kanülünün yerinde olmaması
* Cuff basıncının düşük olması
* Ventilatörde arıza olması gibi nedenlerden olabilir.

**Girişimler**

* Ventilatör bağlantıları kontrol edilir, kaçak varsa önlenir.
* Hastanın toleransına bağlı gelişmiş ise uygun solunum moduna alınır.
* Tüpün cuffu kontrol edilir, basıncı düşük ise şişirilir.(25-30 mmH2O)
* Tüp yerinde değilse değiştirilir.
* **Düşük - volüm alarmı**
* Cuff problemleri
* Ventilatör bağlantılarında kaçak
* Alarm limitlerinin doğru düzenlenmemiş olması nedeniyle olabilir.

**Girişimler**

* Tüpün pozisyonu değerlendirilir, kıvrım varsa düzeltilir.
* Cuff basıncı değerlendirilir.
* Ventilatör bağlantıları kontrol edilir.

**Komplikasyonlar:**

* **Tüp ile ilgili komplikasyonlar**
* Entübasyon tüpünün özefagusa girmesiyle yetersiz ventilasyon ve hipoksemi
* Uzun süreli entübasyon ile larenks travması
* Tüpün sağa veya sola kayması ile hiperventilasyon, atelektazi ve pnömotoraks
* Cuffun aşırı şişirilmesi ile trakeal iskemi, nekroz.
* Cuff kaçağı ile hava yollarındaki basıncın düşmesi sonucu yetersiz ventilasyon ve hipoksemi.
* Trakeostomi kanülünün giriş yerinde enfeksiyon
* Ağız ve burun bölgesinde yara
* **Mekanik ventilasyon ile ilgili komplikasyonlar**
* Barotravma (Pnömotoraks)
* Su retansiyonu (Venöz dönüş zorlaştığında balans pozitife kayar, hiponatremi sık görülür)
* Kardiak aritmiler (Atrial taşikardiler sık görülür)
* Aspirasyon ( Aspirasyon pnömonisi)
* Gastrointestinal sistem ülserasyon ve kanamalar.
* Derin ven trombozu
* Nazokomiyal enfeksiyonlar
* Asit- baz dengesinde bozulma
* O2 yoğunluğunun yüksek olmasına bağlı komplikasyonlar (%60’ın üstünde
* O2, pulmoner epiteli hasara uğratır (ARDS) Kollaps ve atelektazi oluşur, bebeklerde göz retinası zarar görür.)

* 1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Mekanik ventilatör
* Ventilatör devresi
* Ağız Bakım Talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Aspirasyon Uygulama Talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Endotrakeal Tüp Bakım talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Trakeostomi Bakım talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Göz Bakım Talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Hastaya Pozisyon verme Talimatında Kullanılan araç ve gereçler
* Tam Vücut Silme Banyosu Talimatında gerekli araç ve gereçler
* Bası Yarası Risk değerlendirme Talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Bası Yarası oluşumunu Önleme talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Enteral Beslenme Talimatında kullanılan araç ve gereçler
* Parenteral Beslenme Talimatında kullanılan araç ve gereçler.
* **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Hemşire mekanik ventilatörün hastaya bağlanmadan önce tüm filtre ve devrelerinin tam ve kontamine olmadan kurulumunu sağlar.
* Hastanın yaşam bulguları saat başı takip edilerek kaydedilir. Normal dışı değerler hekime bildirilir.
* Bireyin durumuna göre saatlik veya 8 saatlik aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır. (bkz Aldığı Çıkardığı Sıvı Takip talimatı)
* Ventilatör modları her saat kontrol edilir ve Hemşire Gözlem Formu’na kayıt edilir.
* Hastanın Glasgow Koma Skalası değerlendirmesi saatlik olarak yapılır ve kayıt edilir.
* Hastaya ihtiyacına göre uygun aralıklarda ağız bakımı verilir. (bkz. Ağız Bakımı Talimatı)
* Hasta, ihtiyacına göre uygun aralıklarda aspire edilir. (bkz. Aspirasyon Uygulama Talimatı) Sekresyonun rengi, miktarı vb. Hemşire Gözlem Formu’na kayıt edilir.
* Hastaya, ihtiyacına göre uygun aralıklarda göz bakımı yapılır (bkz. Göz Bakım Talimatı)
* Hastaya 2 saatte bir pozisyon verilir.(bkz. Hastaya Pozisyon Verme Talimatı.)
* Hastaya günde bir kez ve gerektikçe endotrakeal tüp bakımı yapılır (bkz. Endotrakeal tüp bakım talimatı)
* Hastaya günde bir kez veya ihtiyacına göre trakeostomi bakımı yapılır (bkz. Trakeostomi Bakım Talimatı).
* Hastaya günde bir kez tam vücut silme banyosu uygulanır (bkz Tam Vücut Silme Banyosu Talimatı).
* Yatak çarşafları günlük ve kirlendikçe değiştirilir, gergin ve kuru olması sağlanır.
* Yapılan tüm işlemlerden sonra atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Hastaya takılan kateterlerin takılma tarihi Hemşire Gözlem Formu’na kayıt edilir. Değişim günleri her gün kontrol edilerek gerekli durumlarda ve sürede değişimi sağlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **49- NABIZ ÖLÇÜM TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** Nabzın; sayı ve niteliğinin, periferal veya kalp tepe atımında (apeks) doğru olarak tespit edilmesidir.
  2. **KAPSAM:** Bu talimat periferal nabzın alındığı bölgelerin tanılanması ile periferal ve apeksten nabız sayma işlemini kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire sorumludur.
  4. **TANIMLAR:**

**Nabzın alındığı yerler**

* **Periferal nabız**
* Carotis arter
* Brakial arter
* Femoral arter
* Temporal arter
* Posterior arter
* Posterior tibial arter
* Dorsalis pedis arter
* Radial arter
* **Apeks (Kalp tepe atımı):**Kalbin yüzeydeki en alt kısmı için kullanılan terimdir.Apeks normalde orta klavikular hatta 5. ve 6. kostalar arasında (5.interkostal aralık) bulunur. Beş yaş altı çocuklarda 3.- 4. interkostal aralık kullanılır.

**Yaş Alt sınır Ortalama Üst sınır**

<1 gün 93 123 154

1-2 gün 91 123 159

3-6 gün 91 129 166

1-3 hafta 107 148 182

1-2 ay 121 149 179

3-5 ay 106 141 186

6-11 ay 109 134 169

1-2 yıl 89 119 151

3-4 yıl 73 108 137

5-7 yıl 65 100 133

6-11 yıl 62 91 130

**Nabız, dakikadaki sayısı, ritmi, dolgunluğu ve alındığı yer bakımından tanılanır:**

* **Nabzın sayı bakımından tanılaması;**
* Bradikardi (Nabzın 60/dk altında olması),
* Normal nabız (Nabız 60-100 dk),
* Taşikardi(Nabzın 100/dk üstünde olması),
* **Nabzın ritm açısından tanılaması;**
* Ritmik (düzenli),
* Aritmik (düzensiz),
* **Nabzın dolgunluk açısından tanılaması;**
* Normal,
* Zayıf,
* Dolgun,
* İpliksi (Filiform nabız),

**Ölçüm yerine göre pozisyon:**

* Radial, brakial, temporal, carotis arterden nabız alınacak ise oturur ya da yatar pozisyonda,
* Apikal arterden ölçüm yapılacaksa semi-fawler pozisyonda,
* Femoral arterden, dorsalis pedis ve posterior tibial arterden ölçüm yapılacaksa sırtüstü yatar pozisyonda,
* Popliteal arterden ölçüm yapılacaksa yüzükoyun yatar pozisyonda nabız sayılmalıdır.
  1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Nabız, alttan kemikle desteklenen yüzeye yakın bütün arterlerden alınır.
* Nabız saymadan önce hasta en az 15 dakika dinlendirilir.
* Nabız düzensiz ise 1 dakika sayılır.
* Apikal nabız alınırken steteskopla, periferal nabız alınırken parmaklarla palpasyon yapılarak sayım yapılır.
* Periferal nabız sayımında başparmak kullanılmaz.
* Atrial fibrilasyonda ve 2-3 yaş altındaki çocuklarda nabız apeksten 1 dakika sayılır.
* Çocuklarda nabız ölçümü derece alma işleminden önce yapılır.
* Cilt bütünlüğünün bozulması, ödem, yanık yarası, kırık-çıkık, amputasyon, invaziv girişimler, arterio-venöz fistül, anjio varsa o arter üzerinden nabız sayılmaz.
* Nabız alınacak bölgeye uygun pozisyon verilir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Saniye göstergeli saat
* Steteskop

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.

**Periferden nabız alma;**

* Hastayı en az 15 dakika öncesinden dinlendirin,
* Hastaya nabız alınacak bölgeye uygun pozisyon verin,
* İşaret, orta ve yüzük parmağınızı arter üzerine kolundan nabız alınıyorsa kolu yanına veya göğsü üzerine, yerleştirin,
* Hafifçe bastırarak vuruları hissedin,
* Vuruların dolgunluğunu ve ritmini değerlendirin,
* Saate bakın ve kalp atım vurumlarını sayın,
* Nabız ritmik ise 15 sn sayıp 4 ile çarparak dakikadaki kalp atım sayısını bulun,
* Nabız aritmik ise 1 dk sayın,
* Hemşire gözlem formuna anormal bir sonuç yoksa sayı/dakika, aksi bir sonuç varsa ritim/dolgunluk ve alınan bölgeyi de ekleyerek kayıt yapın.
* Çocuklarda ölçüm sırasındaki durumu (uyuduğu, ağladığı vb) kaydedin.

**Apeksten nabız sayılması;**

* Hastaya semi fowler veya yatar pozisyon verin,
* 15 dk. öncesinden hastayı dinlendirin,
* Steteskobu avuç içinde ısıtın,
* Steteskobun diyaframını/çanını sol 5.interkostal aralığa orta klavikular hat ile kesiştiği yere koyun. 5 yaşın altındaki çocuklarda 3 ve 4 interkostal aralığa koyun,
* Kalp vurularını hissedin. Kalp vuruları düzenli ise 30 sn, düzensiz ise 1 dk sayın,
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkayın.
* Ölçüm sonucu **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **50- NAZOGASTRİK SONDA BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ**: NG sondanın yerinde olup olmadığını kontrol etmek, nazal kavitenin bütünlüğünü korumak, kateterin gastrointestinal mukozaya yapışmasını önlemek ve aktivasyonu sağlamaya yönelik standart yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM**: Nazogastrik sonda bakımına yönelik faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR**: Servis / Ünite hemşiresi
4. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Flaster ( hipoalerjenik 4 cm boyunda, 2,5 cm enindeki flasterin dikey ortasından 2.5 cm kadar kesilir)
* Makas
* Alkol
* Steteskop
* Non steril eldiven
* Beslenme enjektörü
* Spanç
* Yumuşatıcı krem

1. **UYGULAMA**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Hastaya rahat pozisyon verilir.
* NGT nin girdiği burun deliğinde mukus varsa yumuşatıcı sürülür ve spanç ile temizlenir.
* Burun üstündeki flaster alkollü spanç ile çıkarılır ve flaster kalıntıları alkollü spanç ile temizlenir.
* Burun bölgesi kızarıklık, tahriş, ödem ve hassasiyet yönünden gözlenir.
* Sonda seviyesine dikkat ederek sonda dış yüzeyi alkollü spanç ile silinir, kurulanır ve tekrar tespit edilir.
* Sonda seviyesi ile ilgili şüphe varsa 5-10 cc hava verilerek, steteskop ile mide sesi dinlenir.
* Hasta ve refakatçisi; sondanın yerinden çıkmaması, tespit flasterin yerinden ayrılmaması konusunda bilgilendirilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **51- OFTALMİK YOLLA İLAÇ UYGULAMA TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** İlacın, göze doğru/uygun teknikle uygulanarak, etkinliğini arttırmak.
  2. **KAPSAM:** Bu talimat oftalmik damla ve kremin göze uygulanması faaliyetlerini kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire ve hekim sorumludur.
  4. **TANIMLAR:**
* **Rondel:** Göze kapatılan steril, emici göz pedi.
  1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Hastanın gözünde kontak lens varsa ilaç uygulamadan önce çıkarılmalıdır.
* İlaçların son kullanma tarihlerine dikkat edilmelidir.
* Özellikle oftalmik damlaların ambalajı açıldıktan sonra kullanım miadlarına dikkat edilmeli, ilacın açıldığı tarih üzerine yazılmalıdır.
* Üst üste damlatılacak iki damla arasında 5 dakika ara verilir.
* Hastaya hem damla hem de pomad uygulanacaksa önce damla sonra pomad uygulanır.
* Uygulama öncesi göz tanılanır: Kızarıklık, püyü, ödem varlığı, rondelin ıslaklık durumu, enfeksiyon ve alerji belirtileri.
* Uygulama sonrası göz alerji ve enfeksiyon yönünden takip edilmelidir.
  1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**
* Uygun büyüklükteki tepsi
* İlaç kartı (damla listesi)
* Damlalıklar, Pomadlar
* Steril gazlı bez
* Steril rondel
* Flaster
* Böbrek küvet
  1. **UYGULAMA:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Hastanın hangi gözüne damla veya pomad uygulanacağı kontrol edilir.
* Hastaya uygun pozisyon verilir.
* **Yatar durumda:** Sırt üstü yatar, baş ortaya çene yukarıda olacak şekilde tavana bakması söylenir.
* **Oturur durumda:** Baş hiperextansiyonda tutulur, yukarıya bakması söylenir.
* Hastanın gözü rondel ile kapalı ise rondeli açılır ve tanılanır.
* Steril gazlı bez ile hastanın gözü (çapaklar kurumuş ise damla bolca damlatılarak yumuşatılır) içten dışa doğru temizlenir.
* İlacın kapağı açılır, açılan kapağın iç kısmı zemine gelmeyecek şekilde tepsinin içine konulur. Diğer elin işaret parmağı ile alt göz kapağı aşağıya doğru çekilip damla veya pomad gözün alt forniksine (kapağın içindeki boşluk) damlatılır/sürülür.
* Steril gazlı bez ile gözün etrafına gelen damla fazlalığı silinir.
* Gözün kapalı durması gerekiyor ise steril rondel ile göz kapatılır.
* Damla/pomatların ağzı kendi kapakları ile kapatılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **52- OKSİJEN İNHALASYONU UYGULAMA TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** Doğru/uygun teknikle oksijen uygulayarak komplikasyonları önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
  2. **KAPSAM:** Bu talimat oksijen tedavisinin temel prensipleri (güvenlik önlemleri ve enfeksiyon kontrol önlemleri), endikasyonları ile uygulama yöntemleri (nazal kanül, oksijen maskesi, oksijen çadırı ve katater) faaliyetlerini kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire ve hekim sorumludur.
  4. **TANIMLAR:**
  5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* **Temel ilkeler**
* Acil durumlarda ve hekimin bulunmadığı durumlarda hemşire oksijen tedavisi (2-4 lt/dk.) başlatabilir.
* Oksijen tedavisine başlarken önce manometre sonra tüp açılır.
* Oksijen tedavisine başlanırken humidifer her uygulama sonrası boşaltılır, temiz ve kuru bırakılır.
* Uygulamada distile su kullanılır.
* Güvenlik önlemlerine dikkat edilir:
* Tüpler mavi veya gri renkte olup üzerinde Oksijen tanıtıcı yazısı (dolum tarihi, son kullanma tarihi, firması) yazılı olmalıdır (Oksijen tüpü uzunluğu 1-1.5m, genişliği diametresi 20cm olan silindir biçiminde özel tüplerdir. Tüpün içinde % 99 Oksijen , % 1 Azot gazı vardır).
* Tüpler 35 °C geçmeyen oda ısısında ve ısıtıcılara en az 2 m uzaklıkta bulunur.
* Tüpler sarsılmadan ve düşürülmeden dikkatle taşınılır.
* Oksijen inhalasyonu sırasında oksijen tüpleri ocak, ısıtıcılar, elektrik prizleri yanında bulundurulmaz, kibrit ve sigara yakılmaz.
* Tüpler kullanılırken basınca özel manometreli başlık takılır.
* Oksijen tüpleri yavaş ve dikkatli olarak açılır, oksijen çıkış yerinin karşısında durulmaz.
* Oksijen tüplerinin başına tehlikeyi önlemek amacıyla “ATEŞLE YAKLAŞMAYINIZ” levhası asılır.
* Enfeksiyon kontrolü önlemleri alınır;
* Her hasta için ayrı disposable cihaz (kanül, kateter, maske, çadır) kullanılır.
* Disposable olmayanlar uygun dezenfektan ile dezenfekte edilir,
* Cilt kontrolü sık yapılır,
* Oksijen tedavisi alan hastalara mutlaka “Ağız Bakım Talimatına” uygun ağız bakımı yapılır.
* Kateterler 8 saatte bir, nazal kanül 48-72 saatte bir degiştirilir. Oksijen tedavisinin tüm aşamalarında hasta ve ailesine gerekli bilgi verilir.
  1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**
* Uygulama şekline göre; Kateter (yetişkinlerde 12-14 Fr. No. lu Oksijen kateteri), nazal kanül, oksijen maskesi, oksijen çadırı, inkübatör (küvöz) veya oksijen başlığı seçilir.
* Flowmetre
* Humidifer
* Yeteri kadar steril distile su
* Oksijen bağlantı tüpü
  1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir;
* Oksijen inhalasyon sistemini yalnızca hemşire ve hekimin işletebileceği, doz ayarının değiştirilmemesi konusunda,
* Maske, başlık, kateter, kanül, v.s. pozisyonunun değiştirilmemesi gerektiği konusunda,
* Hemşireyi haberdar etmesi gereken durumlar hakkında (Komplikasyonlar, beklenmeyen herhangi bir durum, Oksijen inhalasyon sisteminde olabilecek değişikliklerde) hasta ve yakınları bilgilendirilmelidir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Araçların uygun bağlantısı yapılır,
* Güvenlik durumu kontrol edilir,
* Enfeksiyon kontrol önlemleri alınır,
* Hastanın solunum yollarının (burun, ağız, trakea) açık olup-olmadığı kontrol edilir,
* **“Hastaya Pozisyon Verme Talimatı’’**na uygun fowler/ semifowler pozisyonu verilir,
* Humidifer (nemlendirme için) 2/3’ sine kadar steril distile su doldurulur,
* Veriliş yoluna göre nazal kanül veya maskenin yerinde olup-olmadığı kontrol edilir,
* Order edilen oksijen miktarı ayarlaması yapılır,
* **Nazal Kanül:**
* Hastanın burundan nefes alması istenir,
* Baştan arkaya geçmeli ve sıkıştırılabilir ayarı olan veya hastanın durumuna göre gözlük arkalığı gibi kulağa takılıp sabitlenebilen nazal kanüller tercih edilmelidir,
* Burun tahriş olmuşsa yumuşatıcı pomatlar sürülebilir.
* **Oksijen maskesi:**
* Maske hastanın yüzüne tam olarak yerleştirilir,
* Oksijen sızıntısı-olup olmadığı kontrol edilir,
* Hastada boğulma hissi varsa alışıncaya kadar yanında kalınmalıdır,
* Cilt tahriş yönünden gözlenmelidir,
* Oksijen kontrasyonu % 60 ın üzerinde olmamasına dikkat edilmelidir.
* **Kateter:**
* Genellikle entübe hastalarda tercih edilir ve hekim tarafından takılır.
* Kateter su veya suda eriyebilen bir kayganlaştırıcı ile ıslatılır,
* Burun deliği hafifçe yukarı kaldırılır,
* Zorlamadan nazal kanal boyunca orofarenkse doğru itilir,
* Yerinde olup-olmadığı hastanın ağzından bakarak kontrol edilir,
* Flasterle tespit edilir.
* Doz: %30-50 yoğunlukta oksijen 4-8 lt /dakika olarak verilir.
* Oksijen inhalasyon tedavisi bitiminde humidiferdeki su boşaltılır, temizliği sağlandıktan sonra kuru olarak saklanır,
* O2 manometresi ve oksijen tüpü doluluk miktarı kontrol edilerek bir sonraki kullanım için hazır bırakılır,
* Oksijen inhalasyon süreci bittiğinde tüm disposable malzemeler **“Atık Yönetimi Talimatına”** uygun olarak atılır,
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* 3-4 saatlik periyodik gözlemlerindeki tüm bulgular, kateter, sonda değişimi, oksijen konsantrasyon değişimleri, kan gazı değerleri, ağız ve cilt bakımı sonuçları **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **53- ORAL YOLLA İLAÇ UYGULAMA TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** Oral ilaçları doğru yol ve teknikle hastaya komplikasyonsuz uygulamaktır.
  2. **KAPSAM:** Bu talimat; oral ilaçların hazırlanması, uygulanması ve uygulamaya bağlı komplikasyonların tanımlanmasındaki tüm faaliyetleri kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
  4. **TANIMLAR**:
* **Doğrudan gözetimli tedavi (DGT- directly observed treatment, DOT):** Görevli bir kişinin, hastanın her doz ilacını yuttuğunu gözlemlemesidir. Böylece hastanın tedaviye uyumu garantilenir, her doz ilacı içtiğinden emin olunur.
* **Doğrudan gözetimli tedavi stratejisi (DGTS- directly observed treatment-short course, DOTS):** Bir hastanın ilaçlarını düzenli olarak almasını sağlayarak, tedavisinin aksamadan tamamlanması amacıyla oluşturulan tedavi planıdır. Özellikle toplum sağlığını da etkileyen tüberkülozda ve bazı psikiyatrik hastalıklarda bu plan uygulanır.
  1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* İlaçlar, hemşire bankosunda her hastaya ayrı ilaç kadehine hazırlanır ve ilaç kartı ile birlikte bulundurulur.
* İlaç hazırlanırken ilacın son kullanma tarihi kontrol edilir.
* Hasta bütün ilaçlarını yutana kadar yanında kalınır.
* Yutma sorunu olan hastaya yalnızca tablet formundaki ilaç ezilip, su ile karıştırılarak verilir.
* Özellikle oral ilaç uygulamalarında Doğrudan Gözetimli Tedavi (DGT) gerektiren hastalar varsa (Tbc gibi) tespit edilip, Doğrudan Gözetimli Tedavi Stratejisi (DGTS) planlanmalıdır.
  1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Uygun büyüklükte ilaç tepsisi
* Tepsi içinde temiz ve kuru ilaç kadehleri,
* İlaç, ilaç kartı
* Böbrek küvet,
* Su bardağı
* İçinde su bulunan kadehte damlalık,
* Pipet
* Çam uçlu enjektör

* 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Her ilaca ayrı ilaç kartı çıkartılır.
* Hastaya ait ilaç dolabından ilaç alınıp ilaç kadehine koyulur.
* Tepsi içinde hazırlanan ilaç ile hasta odasına gidilir.
* Hastanın kimliği kontrol edilir.
* Hastanın oturmasına yardım edilir.
* İlaç kadehinden ilaçları alıp hastaya tek tek içirilir.
* İlaçla birlikte hastaya sıvı verilir (su ve meyve suyunu tercih edin) .
* Diş minesine zararlı asit (aşındırıcı etkili) demir (leke yapıcı) hidroklorik asit, sıvı demir preparatları ve diğer güçlü tahrip edici ilaçları pipetle verilir.
* Hasta bütün ilaçlarını içene kadar yanında kalınır.
* Hasta tablet formu yutamıyorsa ağızda çiğneterek içmesi sağlanır.
* Hasta oral alamıyor ve Nazogastrik Sonda (NG), Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG) gibi tüp mevcut ise; uygulamadan önce 50 cc su verilir, verilecek ilaç tablet ezici ya da ilaç havanı ile toz haline getirilir, toz sulandırılıp tüpten çam uçlu enjektör yardımıyla verilir, ilaçtan sonra 50 cc su vererek tüpte ilaç kalmaması sağlanır.
* Hasta, uygulanan ilacın özelliğine göre komplikasyonlar yönünden gözlenir.
* Verilen, reddedilen veya verilmeyen ilaçlar **‘‘Hemşire Gözlem Formu’’** kayıt edilir.

|  |
| --- |
| **54- ÖDEMLİ BÖLGE TAKİP VE BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Ödemli bölgede dolaşımı sağlamak, cilt bütünlüğünü korumak ve komplikasyonları önlemek amacıyla yapılan uygulamalar konusunda standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat lokal/genel ödemin tanılanması ve takibi, ödem çözücü girişimleri ve cilt bütünlüğünü korumaya yönelik bakımı kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Ödem:** Dokular arası bölmede ve vücut boşluklarında sınırlı ya da yaygın bir şekilde sıvı artmasına ödem adı verilir.
* **Anazarka:** Ödem sıvısı deri altı dokusu ve vücut boşluklarında toplanırsa tüm vücutta şişme görülür ki buna Anazarka adı verilir.
* **Gode Bırakan Ödem:** Ödem deri altı dokusunda oluştuğunda; parmakla bastırıldığında çukurlaşır. Parmağın basıncı hemen alttaki sıvıyı yanlara iterek çukur meydana getirir, parmak kaldırılarak basınç yok edilirse sıvı tekrar bu çukuru doldurur. Bu şekilde görülen ödeme gode bırakan ödem denir.
* **Gode;** Pretibial, Ayak sırtı, Ayak bileği çevresinden ve el sırtı üzerinden, bölgeye baş parmak ile 5 sn bası uygulanarak takip edilir.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**

* Ödemli hastanın diyetinden tuz çıkarılır.
* Sıvı alımı bir gün önce çıkardığı miktar + 500 cc geçmeyecek şekilde ve sıvı alım protokolüne uygun düzenlenir.
* Vücut ağırlığını ölçme protokolüne uygun 24 saatte bir kilo takibi yapın.
* Ödemli hasta travmadan korunur.
* Ödemli hastanın ekstremitedeki tüm takılar ve sıkı giysileri çıkarılır.
* Ödemli bölgeye yönelik;
* Ödemli bölge temiz ve kuru tutulur, bölgeye masaj yapılmaz.
* Ödemli extremite ölçümü 24 saatte bir yapılır.
* Ödemli extremite kalp seviyesinde protokole uygun elevasyona alınır.
* Ödemli ekstremiteden TA, enjeksiyon I.V perfüzyon ve kan alma gibi uygulamalar yapılmaz.
* Ödem; gode, lokalizasyon ve cilt bütünlüğü yönünden tanılanır.
* **Godenin derinliği, geri dönüş hızı ve cilt görünümü yönünden değerlendirme:**

**(1+):**

* Basınçla hafif gode oluşur (2 mm).
* Gode 15 saniyede geri döner.
* Cilt hatları normaldir.
* İnterstisyel sıvıda %30 artma vardır.

**(2++):**

* Basınçladerin gode oluşur (4 mm).
* Gode 15-30 saniyede geri döner.
* Cilt konturları nispeten normaldir.
* Tanılama sıklığı: 24 saatte bir değerlendirilmelidir.

**(3+++):**

* Basınçladerin gode oluşur (8 mm).
* Gode 30-45 saniyede geri döner.
* Cilt gözle görülür şekilde kabarıktır.
* Tanılama sıklığı: 12 saatte bir değerlendirilmelidir.

**(4++++):**

* Basınçladerin gode oluşur (8 mm).
* Gode 45 saniyeden fazla bir sürede geri döner.
* Ciltte sosis kabarıklığı vardır.
* Testis ödemi, karında asit, ciltte yara veya akıntı, kırmızı mor cilt bulguları eklenir.
* Tanılama sıklığı: 8 saatte bir değerlendirilmelidir.
* **Vücuttaki lokalizasyonu bakımından değerlendirme:**
* Ekstremitelerde; çift taraflı: +/-
* Yüz ve göz çevresi: +/-
* Genital bölge (testis ve labialar): +/-
* Sakral bölge: +/-
* Bütün vücut (anazarka): +/-
* **Cilt bütünlüğü yönünden değerlendirme:**
* Renk
* Sızıntı
* Akıntı
* Yara
* Enfeksiyon
* Tanılama sıklığı: 24 saatte bir değerlendirilmelidir.
* Üst kol, bacak ve karın çevresinde ödem takibi mezura ile yapılmalıdır.
* Hastaya beslenme, ödemli bölgeyi travmadan koruma ve elevasyon konularında eğitim verilmelidir.
* Hastaya uygun diyet doktor istemine göre verilmelidir.
* Aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır.
* Günlük kilo takibi yapılmalıdır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Non-steril eldiven
* Havlu
* Vazelin, yumuşatıcı krem
* Yastık
* Mezura

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Hastanın tüm takı ve sıkı giysilerini çıkarın.
* Hastanın mahremiyeti sağlanır, uygun pozisyon (fowler/semifowler) verilir.
* Ödemli bölgenin altına muşamba/havlu yerleştirin.
* Ödemli hastaya yatağa bağımlılık derecesine göre bakım protokollerini uygulayın.
* Cilt bütünlüğü bozulmuşsa Yara Bakım Protokolü’nü uygulayın.
* Ödemli bölgeyi temiz ve kuru tutun.
* Ödemli bölgeye elinize aldığınız vazelin; bastırmadan, nazikçe dairesel hareketlerle yayarak sürün.
* Ödemli bölge ya da ekstremiteleri protokole uygun kalp seviyesinde elevasyona alın (labialar, testisler, ekstremiteler).
* Hastanın durumuna göre günlük bakım sıklığını planlayın ve uygulayın.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Malzemeler temizlenip kaldırılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun yıkanır.
* Yapılan **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **55- PARENTERAL BESLENME TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Oral, ya da enteral yolla yeterli besin alamayan bireye, tüm besin gereksinimlerini karşılayan yüksek konsantrasyonda hipertonik solüsyonları santral ya da periferal venöz kateter aracılığı île uygulamak amacıyla standart bir yöntem belirlenmesidir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat parenteral beslenme uygulama faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Servis/Ünite Hemşiresi
4. **TANIMLAR:**

* **Santral Parenteral Nütrisyon (CPN):** Besin öğelerinin tam veya kısmi olarak santral venöz kateter aracılığı ile dolaşım sistemine verilmesidir. Santral parenteral nütrisyon için kullanılan venöz yollar; subklavyen katater, juguler kateter, hickman katater vb.
* **Periferal Parenteral Nütrisyon (PPN):** Kısa süreli beslenme desteği gerektiğinde

(4-5 günden maksimum 14 güne kadar) ya da oral beslenmeye ek, besin öğelerinin tam veya kısmi olarak periferik venler yoluyla <900 mOsm/L osmolalitesi olan solüsyonların periferik venlerden dolaşım sistemine verilmesidir.

* **Ataksi:** Denge bozukluğu veya hareketler arasındaki uyumun bozulmasıdır.
* **Refeeding Sendromu:** Ağır malnutrisyonu olan hastalara 20-22 kcal/ kg'dan fazla kalori verildiğinde (özellikle glikoz) K, Mg, Na, B vitamininin hücre içine girmesi sonucu gelişen; ödem, kalp yetmezliği, **aritmi, şuur bulanıklığı, ataksi, tremor, konvulsiyona** neden olan komplikasyondur.
* **Tremor:** İrade dışı titreme

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Metabolik komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalıdır. Kan şekerinin düşmesi veya yükselmesi, trigliseritlerin yükselmesi, azotemi, BUN yükselmesi, laktat yükselmesi, elektrolit dengesizlikleri ve trombosit düşüklüğü gibi metabolik komplikasyonlar açısından dikkatli olunmalı.
* TPN sıvısı;
* Nütrisyon ünitesi tarafından kullanıma hazır olarak gelen poşetler buzdolabında + 2-8 derecede 3-4 gün, oda ısısında 24 saat,
* 3 bölmeli ticari olarak satılan parenteral nütrüsyon solüsyonları ise sıvılar kullanıma hazırlanmadan önce oda ısısında son kullanma tarihine kadar kullanılabilir. Poşet kullanıma hazırlandı ise yani bölmelerdeki sıvılar birbiri içine karıştırıldı ise buzdolabında +2-8 derecede 6 gün ‘e kadar, oda ısısında 24 saat saklanabilir. Refeeding Sendromu açısından hastalar yakın takip edilmelidir.
* Periferal parenteral nütrisyon için üst ekstremite venleri tercih edilir. Alt ekstremite venleri tromboflebit ve emboli açısından risk oluşturur.
* Kateterler; tıkanıklık, venöz tromboz ve enfeksiyon açısından takip edilmelidir.
* Aminofilin,Karbenisillin,Sefatolin,Kloramfenikol,Difenhidramin,Metisilin, Amikasin, Demir dekstran, Metildopa, Fenitoin, Tetrasiklin, Antineoplastik ajanlar, vb ilaçlarla TPN solüsyonları ile geçimsiz oldukları için birlikte verilmemelidir.
* TPN bireye verilmeden 2-4 saat önce buzdolabından çıkarılarak oda ısısına gelmesi sağlanmalıdır.
* TPN sıvısı bireye uygulanmadan önce etiket bilgileri (hazırlama ve son kullanma tarihi, hastanın adı- soyadı, uygulama yolu, veriliş hızı, eklenen ilaçlar) kontrol edilmelidir.
* TPN ünitesi dışında TPN solüsyonuna servis ortamında ilaç eklenmemeli, istemi yapılan ilaç ayrı yoldan gönderilmelidir.
* TPN torbası üzerine yazı yazılması gerekiyorsa etiket üzerine yazılmalıdır.
* TPN verilirken kullanılan infüzyon setleri günlük değiştirilmelidir.
* TPN verilen damar yolundan kan ve kan ürünleri, uyumsuz ilaçlar verilmemeli, kan alınmamalı, santral venöz basınç ölçülmemelidir.
* TPN solüsyonları uygulama esnasında gelişebilecek komplikasyonları açısından infüzyon pompası ile gönderilmelidir. Pompa sağlanamıyor ise damla ayarlayıcı kullanılabilir.
* TPN alan bireyin vital bulguları, aldığı-çıkardığı sıvı miktarı, kan değerleri izlenmeli, komplikasyonlar gözlenmelidir.
* Santral parenteral nütrisyon için hazırlanan TPN periferal yoldan verilmez. Periferal parenteral nütrisyon için hazırlanmış TPN santral yoldan verilebilir.
* TPN bireye takıldıktan sonra 24 saat içinde gönderilmeli, kalanı atılmalıdır.
* Açılmamış TPN solüsyonları Merkezi Beslenme Ünitesine teslim edilmelidir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER**

* İnfüzyon serum seti
* Eldiven
* Tedavi tepsisi
* 10 cc enjektör

1. **UYGULAMA**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldivenler giyilir.
* Uygulanacak olan TPN solüsyonu hazır solüsyon (çok bölmeli poşet) ise ;
* Poşet yatay tutularak, üstteki çentikli yerlerinden dış ambalajı yırtılarak çıkarılır,
* Poşet düz bir zemine koyulur,
* Tutma tarafından portlara doğru ek yerlerinden açılana kadar yuvarlanır.
* **Dikkat**: Ek yerleri üst kaplama çıkarılmadan önce de açılabilir.
* Poşeti ayıran bölmeler (separatörler) tamamen açılarak poşet birkaç kez alt üst edilerek bölmedeki solüsyonların birbiri içine iyice karışması sağlanır.
* İnfüzyon seti poşetinden çıkartılır. Setin hava giriş yerinin kapağı kapatılır,
* İnfüzyon setin kapağı çıkartılır,
* İnfüzyon portunu ucundan tutularak setin giriş kısmı steril bir şekilde portun içine tamamı geçecek şekilde itilir.
* Hazırlanan TPN solüsyonu tedavi tepsisine konur (solüsyon hazır ise mutlaka üzerindeki etiketten hasta bilgileri kontrol edilerek tepsiye konulur) ve uygulama yapılacak hasta odasına gidilir.
* Poşet asma yerinden serum askısına asılır.
* İnfüzyon setin havası çıkartılır.
* Uygulanacak olan kateter (santral veya periferal) tıkanıklık ve enfeksiyon belirtileri açısından kontrol edilir
* Solüsyon özelliğine göre (santral veya periferal) gönderilecek katetere aseptik tekniğe uygun bir şekilde takılır.
* İnfüzyon başlama saati ve giden miktar hemşire gözlem formuna kayıt edilerek paraf atılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **56- PERİFERİK VENÖZ KATETER TAKILMASI, AÇIKLIĞININ SAĞLANMASI VE BAKIMI TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Damar yolunun açıklığının devamını sağlamak ve gelişebilecek enfeksiyonları önlemek amacıyla venöz kateter takılması, çıkarılması ve bakımı konusunda standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat periferik venöz kateterin takılması, çıkarılması ve bakımının hangi durumlarda ve nasıl yapılacağını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Hastanede çalışan tüm doktor, hemşire, sağlık memurları sorumludur. Talimatların hazırlanmasından, eğitimlerin organizasyonundan Enfeksiyon Kontrol Komitesi sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Tromboflebit:** Damara uzun süre IV uygulama nedeni ile damar duvarında oluşan ödem, duyarlılık, ağrı ve kızarıklık ile bölgede oluşan ısı artışıdır.
* **İnfiltrasyon:** Sıvının damar içi yerine damar çevresindeki subcutan dokuya sızmasıdır. Kızarıklık, şişlik, ödem ve soğukluk belirtileri vardır.
* **Ekstravazasyon:** Vezikan ve irritan ajanların damar dışına sızarak doku harabiyeti yapmasıdır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**

* Kateter bakımı tanılama sıklığı her 8 saatte bir yapılır.
* Ekstremitede; dolaşım bozukluğu, motor ya da duyu kaybı, parapleji ve hemipleji, arterio venöz fistül, mastektomi varsa ve cerrahi girişim yapılacaksa ilgili ekstremite kullanılmamalıdır.
* Girişim yapılacak bölge; kızarıklık, şişlik, ödem, hassasiyet, ağrı yönünden değerlendirilerek uygun ven seçilir. Venler sırasıyla el üstü, ön kol, dirsek ön yüz, ayak bileği ve kafa venlerinden seçilmelidir.
* Erişkin hastalarda venöz kateter için üst ekstremiteler tercih edilmeli, alt ekstremiteye zorunlu olmadıkça kateter takılmamalıdır. Ayaktaki venlerde flebit, damar tıkanması ve varis daha sık görülür.
* Çocuklarda PVK takılırken; el, ayak ve baş bölgesindeki venler tercih edilmelidir.
* Kateter takılacağı sırada steril kabından çıkarılmalı, aynı kateterle tekrar girişim yapılmamalıdır.
* CPR, hipovolemik şok, travma, ameliyat, kan nakli ve yüksek hacimli transfüzyonlarda 14 G - 16 G numaralı kateterler kullanılmalıdır.
* Erişkin hastalarda venöz kateter Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlediği sürede değiştirilmelidir. Flebit veya infiltrasyon belirtileri varsa sürenin dolması beklenmemelidir.
* Venöz kateterin pansumanı nemlendiğinde, gevşediğinde ya da kirlendiğinde hemen değiştirilmelidir.
* Çocuk hastalarda komplikasyon gelişmedikçe venöz kateterin değiştirilmesine gerek yoktur.
* Venöz kateterin sürekli açıklığını sağlamak için her kullanımdan sonra 5 ml %0,9 NaCl ile yıkanmalıdır.
* Venöz kateter takılmadan önce giriş yerine sürülen antiseptik solüsyonun kuruması beklenmelidir.
* Kullanılacak tespit flasteri iyi fiksasyon sağlamalı, nem birikimini azaltmalı, cildin hava almasını sağlamalı, su geçirmemeli, uygulanması ve çıkarılması kolay olmalıdır.
* Acil durumda takılan kateterler aseptik kurallara uyularak takıldığı düşünülerek 24 saatte, maksimum 48 saatte bir değiştirilmelidir.
* Kemoterapi uygulanacak hastalarda periferik venöz kateter takılması için üst ekstremite ve daha çok el üstü tercih edilmelidir.
* Kateter pansumanı kirlendiyse kateter yerinden oynamayacak şekilde kirli tespit değiştirilir ve üzerine kateterin takıldığı tarih atılır.

**Periferik Venöz Kateterin Takılması**

1. **a) ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Periferik venöz kateter (PVK)
* Yedek periferik venöz kateter
* Antiseptik solüsyon (%70 ‘lik alkol veya %10 povidon iyot)
* Steril gazlı bez
* Non-steril eldiven
* Flaster
* %0,9 NaCl
* Enjektör
* Turnike
* Böbrek küvet
* Makas

1. **a) UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Girişim yapılacak ekstremite değerlendirilerek uygun girişim bölgesi seçilir.
* **“Hastaya Pozisyon Verme Talimatı’**na uygun olarak hastaya ve girişim yapılacak ekstremiteye uygun pozisyon verilir.
* Girişim bölgesinin 10-15 cm üzerinden turnike rahat çözülebilecek şekilde bağlanır.
* Girişim yerindeki ven palpe edilir.
* Girişimin yapılacağı bölge antiseptik solüsyonla steril gaz bezi ile yukarıdan aşağıya bir kez silinir.
* Girişimin yapılacağı bölge silindikten sonra tekrar palpe edilmemelidir; palpe edilirse işlem tekrarlanmalıdır.
* Periferik venöz kateter steril olarak açılır.
* Pasif elle girişim yapılacak bölge desteklenir.
* Periferik venöz kateter aktif ele alınarak kelebek kanatlar desteklenecek şekilde kavranır.
* Vene girmek için belirlenen alanın yaklaşık 1 cm altından ve vene paralel olarak damar yüzeyindeki deriye 30-45 derecelik açıyla girilir. Açı 15 dereceye kadar küçültülerek vene girilir.
* Ven içine girildiğinde kan durdurucu kapağın haznesine kan dolar. Kanın görülmesiyle vene girildiği anlaşılır.
* Kılavuz iğne, 1 cm geriye çekilerek esnek kanülün içine kan gelip gelmediği kontrol edilir, kan geliyorsa kılavuz iğne geri çekilir ancak tam çıkarılmaz.
* Pasif elle katetere basınç uygulanarak kılavuz iğne tamamen çıkarılır, aktif elle turnike çözülür. Kateterin kapağı kapatılır.
* Katetere 5 ml %0.9 NaCl verilerek kapağı kapatılır.
* PVK flasterle tespit edilir.
* Tespit üzerine kateterin takıldığı tarih kaydedilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldiven çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem ‘**’Hemşire Gözlem Formu’**na kaydedilir.

**Periferik Venöz Kateter Tıkandı İse;**

1. **b) ARAÇ ve GEREÇLER:**

* %0,9 NaCl
* 5 ml’lik enjektör(2 adet)
* Non-steril eldiven

1. **b) UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Enjektöre çekilmiş %0.9 NaCl ile kateter lümeni içindeki pıhtı geri çekilir.
* Pıhtı enjektör içine geldiğinde enjektör değiştirilir.
* Enjektöre çekilmiş yeni %0.9 NaCl ile kateter yıkanır.
* Kateter lümeni açılmıyorsa kateter çıkarılmalıdır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldiven çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem ‘**’Hemşire Gözlem Formu’**na kaydedilir.

**Periferik venöz kateter pansumanı;**

**6.c) ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Antiseptik solüsyon
* Steril gazlı bez
* Non-steril eldiven
* % 0,9 NaCl
* Makas
* Flaster

**7.c) UYGULAMALAR**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Kateter flasteri % 0,9 NaCl veya % 70 alkol ile ıslatılarak çıkartılır.
* Kateter giriş alanı kızarıklık, ağrı, kaşıntı, akıntı, şişlik, infiltrasyon ve tromboflebit yönünden değerlendirilir, bulgulardan biri gözlemlenirse kateter çıkartılır.
* Antiseptik solüsyonlu gazlı bez ile pansuman alanı kateter giriş yerinden dışa doğru dairesel hareketle silinir. Yapılan temizlik yeterli değilse işlem tekrarlanır.
* Her silme işleminde ayrı batikonlu gazlı bez kullanılır.
* Kuruması beklenir.
* Kuruduktan sonra alan, gazlı bez ile kapatılır ve flasterle tespit edilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldiven çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem ‘**’Hemşire Gözlem Formu’**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **57- POSTMORTEM HASTA BAKIMI TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ:** Tıbbi ölüm teşhisi konmuş kişinin vücut doku bütünlüğünü korumak, aile ve yakınlarına destek sağlayarak, hukuki gerekleri doğru olarak en hızlı şekilde yerine getirmektir.
    2. **KAPSAM:** Bu talimat postmortem dönemde yapılan işlemleri kapsar.
    3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler, hemşireler ve hasta bakıcılar sorumludur.
    4. **TANIMLAR:**
* **Postmortem:** Ölüm sonrası
  + 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Postmortem hasta bakımı hasta ex kabul edilip 12 derivasyonlu EKG’si çekildikten sonra başlar.
* Ölen kişinin mahremiyetine dikkat edilir.
* İşlemler sessiz, çabuk ve vücut dokusunu en iyi durumda tutacak şekilde yapılır. İşlem esnasında hasta yakınlarının matemine saygısızlık oluşturacak hareketlerden (gülme, şakalaşma v.b.) kaçınılır. Aile ve yakınlarının duygularına saygı gösterilir. Ölen kişiyi görmelerine ve vedalaşmalarına izin verilir.
* Ölen kişinin dini inançları postmortem bakımın planlanmasında ve uygulanmasında dikkate alınır.
* Ölen kişiye ait kişisel eşya, takı, para ve giysiler çift imzalı rapor ile yakınlarına ya da yakınları yoksa hastane idaresine teslim edilir.
* Aileye ve ölen kişiye yakın hastalara duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olunarak psikolojik destek sağlanır.
  + 1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Disposable eldiven, maske, önlük,
* Ped, sargı bezi, gazlı bez,
* Flaster,
* Ex çarşafı, çarşaf
* Ilık su, sabun
* Atık torbası, enfekte atık torbası ve kutusu,
* Kimlik kartı
* Paravan ya da perde,
* Ex teslim tutanağı
  + 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Malzemeler ulaşabilecek en yakın yere getirilir.
* Hasta yakını ve diğer refakatçıların odadan çıkarılması sağlanır.
* Perde ya da paravan çekilir.
* Eldiven giyilir.
* Enfeksiyon olduğu biliniyorsa mutlaka eldiven yanında maske ve önlük giyilir.
* Ölen kişinin vücudu normal anatomik pozisyona getirilir (Supine pozisyonu; eller vücut yanında, bacaklar birbirine birleşik).
* Tüm giysi, takı ve protezleri çıkartılır. Çıkartılamayan takı ya da protezleri flaster ile ölen kişinin bedenine tespit edilir ve yerleri hemşire notlarına kaydedilir.
* Ölen kişinin üzerindeki tüm tüp, kateter vb. bağlantıları çıkartılır, girişim yerlerinden akıntı geliyor ise gazlı bez veya pedle bu bölgeler kapatılır.
* Ölen kişinin ostomi, açık insizyon hattı vb. var ise doktor tarafından bu bölgeler süturize edilir.
* Gözlerden başlayarak tüm vücut ılık su ile temizlenir.
* Gözleri kapalı duruma getirilir. Kapatılamıyorsa ıslak bez ve flaster kullanılarak kapatılmaya çalışılır.
* Çenesinin altına pet yerleştirerek çenesi bağlanır,
* Kol ve bacakları normal duruş pozisyonunda tespit edilir, (kollar vücudun yanına düz uzatılır, ayak başparmakları hastanın ad-soyadı, ex. tarihi - saati, barkodu ve bölümünün yazılı olduğu kartın takılı olduğu sargı bezi ile birbirine tespit edilir.
* Ailenin görme talebi varsa, ölen kişinin üzeri örtülerek ailesinin son kez görmesi sağlanır.
* Görüşme sonrası odadaki bireyler dışarı çıkartılır ve ölen kişi varsa ex çarşafına yoksa temiz bir çarşafa sarılır.
* Çarşafın üzerine hasta kartında yazılı olan bilgilerin yazılı olduğu flaster yapıştırılır.
* Ex sedyeye alınır ve üzeri temiz örtü ile örtülür
* Giysileri, takıları ve protezleri tutanakla aileye teslim edilir.
* Ex tutanak formu doldurulur ve enfeksiyonu varsa formda belirtilir.
* Tüm işlemler tamamlandıktan sonra personel eşliğinde morga transportu sağlanır.
* Exin transportundan sonra oda havalandırılır.
* Kullanılan malzemeler dekontamine edilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan tüm işlemler hasta dosyasına kayıt edilir.
* Hastada herhangi bir enfeksiyon var ise Enfeksiyon Kontrol Komitesi hemşireleri ile görüşülerek, odanın ve kullanılan malzemelerin temizliğinin öneriler doğrultusunda yapılması sağlanır.

|  |
| --- |
| **58- POSTOPERATİF DREN TAKİP TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Bu talimatın amacı, drenajın devamlılığını sağlamaktır.
2. **KAPSAM:** Bu protokol postoperatif dren takibi uygulamasını kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**İlk 8 saatte saatlik olarak;**

* Drenin yerinde olup-olmadığı
* Gelen mayinin rengi, miktarı, kokusu ve kıvamı
* Dren setinde kıvrılma olup-olmadığı
* Bağlantı yerinden ayrılıp ayrılmadığının takibi yapılır.
* Dolum sıklığına göre takibi düzenlenir.
* 24 saatlik gelen miktar kaydedilir.
* Birden fazla dren varsa numaralandırılır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Eldiven
* Perde veya paravan
* Ölçekli kap

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Perde ve y paravan çekilir.
* Dren seti klemplenir.
* Aseptik şartlara uygun olarak dren puarı veya torbası bağlantı yerinden ayrılır ve ölçekli kaba boşaltılır.
* Aseptik şartlara uygun olarak dren puarı veya torbası yerine bağlanır.
* Dreninin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.
* Vakum isteniyorsa negatif basınç sağlayın (hemovak dren, sıkılıp monte edilir).
* Dren yerine uygun olarak tespit edilir.
* Hasta ve yakını; drenin yerinden çıkmaması, bağlantı yerinden ayrılmaması, dren setinin kıvrılmaması konusunda bilgilendirilir.
* Eldiven çıkarılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına”** uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem ve gelen miktar **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **59-** **POSTOPERATİF ERKEN DÖNEM (24-48 saat) HASTA BAKIMI TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ:** Post-op oluşabilecek komlikasyonları en aza indirgemek.
  2. **KAPSAM:** Bu talimat; postoperatif erken dönem (24-48 saat) hasta bakım talimatlarını kapsar.
  3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur.
  4. **TANIMLAR:**
  5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Tanılama Sıklığı:**

* İlk 1 saatte 15 dakikada bir
* İkinci l saatte ½ saatte bir
* 3-4. saatlerde saat başı
* Stabil ise 4 saatte bir yapılır.

**Temel İlkeler:**

* Solunum yolu ve damar yolu açıklığına dikkat edilmelidir.
* Vital bulgulardaki değişim ve aldığı çıkardığı takibi dikkatle izlenmelidir.
* Ağrı takibi yapılmalı ve ağrı kontrolü için yardımcı olunmalıdır.
  1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* Tansiyon aleti – ateş ölçer
* Serum askısı
* Böbrek küvet
* Aspiratör (hastaya en yakın yerde olması sağlanır)
* Oksijen maskesi
* İlaçlar (orderindeki ağrı kesici, antiemetik vb. ilaçlar)
* Battaniye, yedek çarşaf, nevresim, yastık kılıfı, yastıklar
* Paravan veya perde
* Sürgü / ördek
  1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Hasta yatağına alınmadan önce odası ve yatağı kontrol edilir. Yatak düz yatış pozisyonunda tutulur, yatak takımlarının temiz, düz, kırışıksız olması sağlanır. Ameliyat bölgesine göre yatağına yatak koruyucu serilir.
* Hasta karyolasının fonksiyonları kontrol edilir.
* Postoperatif takip ve bakımda gerekli tüm araç ve gereçler çalışmaya hazır şekilde hastaya yakın yerde bulundurulur.
* Hasta karyolasının fonksiyonları kontrol edilir.
* Hasta yatağına alındıktan sonra operasyonuna uygun pozisyon verilir. Paravan ya da perde çekilir.
* Solunum yolunu açık tutmak amacıyla başı hiperekstansiyon pozisyona ve yan olacak şekilde çevirilir.
* Vücut ısısını korumak amacıyla üzeri örtülür.
* İlk vital bulguları alınır, tanılama kriterlerine göre değerlendirilir.
* İnsizyon bölgesi kanama, hematom, sızıntı vb. yönünden takip edilir.
* Mevcut olan dren ve sondalar kontrol edilerek takibi yapılır. Birden fazla dreni varsa dren torbalarının üzerine dren konulan bölgenin adı ya da numara yazılır.
* Hasta orderında bulunan ilaç ve müdaheleler uygulanır.
* Bulantı - kusma, aldığı çıkardığı ve ağrı takibi yapılır.
* Doktor orderine göre oral alımı ve mobilizasyonu planlanarak hasta ve yakınlarına bilgi verilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Hastaya ait tüm bulgu ve işlemler **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **60- POSTÜRAL DRENAJ UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Solunum yollarındaki sekresyonların dışarıya atılmasını sağlayarak, ventilasyonu kolaylaştırmak amaçlı postural drenaj ihtiyacının belirlenmesi ve postüral drenaj işlemine yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat postural drenajın hangi durumlarda ve/ veya nasıl yapılacağına yönelik bilgileri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşireler, fizyoterapistler ve hekimler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Postüral Drenaj:** Etkilenen akciğer segment / loblarından yerçekimi yardımıyla sekresyonların hareket etmesi ve çıkarılması için hastaya uygun pozisyon verilmesi işlemidir.
* **Perküsyon:** Periferal bronş düzeyinden sekresyonların hareket etmesi için göğüs kafesi üzerine kapalı parmaklar aracılığıyla vurulmasıdır.
* **Vibrasyon:** Göğüs duvarına elle basınç ve titreşim uygulama tekniğidir. Solunumun ekspirasyon fazında uygulanır. Bir el hastanın göğsüne, diğer el bunun üzerine konur, göğüs üzerine hafif ve orta şiddetle bir basınç uygularken her iki el ile titreşim yaptırılır.
* **Shaking (Sarsma ):** Nefes verme sırasında elin düz kısmıyla göğüs kafesi üzerinde aşağıya doğru daha güçlü sallama hareketidir.
* **Mukus:** Mukus hücreleri tarafından salgılanan, koyu kıvamda, yapışkan salgıya mukus denir.
* **Balgam:** Alt solunum sistemi sekresyonu, nazofarengial ve orofarengial materyal, mikroorganizma ve hücre içerir.
* **Mukoid balgam:** Yumurta akı görünümünde, berrak ve beyazdır. Astım ve kronik bronşitle görülen balgam şeklidir.
* **Pürülan balgam:** Kötü kokulu, sarı ya da yeşil renkli, fazla miktarda çıkarılan balgamdır. Enfeksiyon varlığında görülür. Günde yaklaşık 30 ml üzerinde çıkar.
* **Seröz balgam:** Su gibi ve köpüklüdür. Pulmoner ödem, bronkoalveoler karsinomda görülür. Günlük 100 ml kadar olabilir.
* **Hemoptizi:** Solunum yollarından öksürme ile kan gelmesi
* **Plevral Efüzyon:** Plevra yaprakları arasındaki plevra sıvısının miktarının artmasıdır.
* **Ampiyem:** Plevra yaprakları arasında apse birikimidir.
* **Pulmoner Ödem:** Akciğer dokusu ya da alveoler alanda sıvı birikimidir.
* **Mııkosilier Hareket:** Trakeabronşial ağacın iç lümenindeki silialar tarafından gerçekleştirilen, mukus üzerinde tutunan partiküllerin, boğaza doğru sürüklenme hareketidir.
* **Hidrasyon:** Sıvı akciğerlerdeki sekresyonu yumuşatarak kolay atılmasını sağlar. Normal bir birey günde 1500-2000 ml sıvı almalıdır.

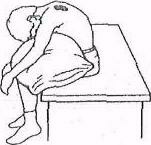
1. **UYARILAR VE ÖNERİLER:**

**Postural Drenaj İçin Pozisyonlar Ve İşlemler:**



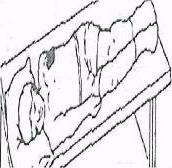
Birey sandalyeye oturur ya da arkasına yaslanır. Önde her iki tarafta ve eş zamanlı olarak klavikulalar üzerine parmaklarla omuzlar üzerine ellerin yan tarafı ile vurularak titreşim sağlanır. Hemşire omurgasını düz, dirseklerini, dizlerini hafif şekilde eğik tutmalıdır. Mukus akım yönü üst lob ön apikal bronşa doğrudur.

* **Sol ve sağ üst lob, arka üst bronşlar:**

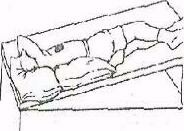


Birey oturur pozisyona alınır, kucağına verilen yastığa yaslanması sağlanır. Üst omurganın her iki yanına ellerle perküsyon ve vibrasyon uygulanır. Mukus akımının yönü üst lob arka üst bronşa doğrudur,

* **Sol Üst Lob Lingular Bronkosu:**

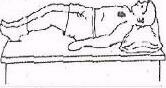
Birey sağ tarafa kolu başının üzerinde olacak şekilde trandelenburg pozisyonunda yatırılır. Yatağın ayak kısmı 30 derece yükseltilir. Sırtı yastıkla desteklenir ve yastığa doğru dörtte bir oranında dönecek şekilde yatırılır. Yan tarafında aksillanın altında sol meme başına doğru vibrasyon ve perküsyon uygulanır. Mukus akımının yönü sol üst lob lingular bronkusuna doğrudur.

* **Sağ Orta Lob Bronkusu:**



Birey sol yan ya da karın üzerine yatırılır. Arkasına yastık yerleştirilir. Dörtte bir oranında yastığın üzerine çevrilir. Aksillanın altından sağ meme ucuna doğru perküsyon ve vibrasyon uygulanır. Mukus akımının yönü sağ orta lob bronkusuna doğrudur.

* **Sağ Ve Sol Ön Alt Lob Bronşları:**

Birey sırt üstü yatırılır. Yatak ayak kısmı 40-50 derece yükseltilir. Dizlerinin altına yastık yerleştirilir. Her iki taraf alt ön kostalar üzerine perküsyon ve vibrasyon uygulanır. Mukus akımının yönü ön alt lob bronşlara doğrudur.

* **Sağ Alt Lob Yan Bronkusu:**



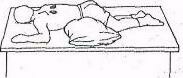
Birey trendelenburg pozisyonunda, yatağın ayak kısmı 45-50 derece yükseltilerek karnının üzerine yatırılır. Skapulanın altı, midaksillar hatta doğru göğsün sol ve sağ yanlarına perküsyon ve vibrasyon uygulanır.

* **Sağ Ve Sol Arka Bazal Bronşlar:**

****

Birey trendelenburg pozisyonunda, yatağın ayak kısmı 45-50 derece yükseltilerek karnının üzerine yatırılır. Omurganın her iki yanında alt arka kostalar üzerine perküsyon ve vibrasyon uygulanır.

* **Sağ Ve Sol Alt Lob Yukarı Bronşları:**



Birey karın bölgesinin altına yastık koyularak yüz üstü düz bir şekilde yatırılır. Omurganın her iki yanma skapulalar altına perküsyon ve vibrasyon uygulanır.

* **Sol Alt Lob Yan Segment:**



Birey trendelenburg pozisyonunda sağ yanına yatırılır. Yatağın ayak kısmı 45-50 derece yükseltilir. Skapulanın altı, unidaksiller hatta doğru göğsün sol yanınaa perküsyon ve vibrasyon uygulanır.

**Postural Drenajın Uygulanmaması Gereken Durumlar**

* İntrakranial basınç (ICP) > 20 mmhg olması
* Stabilize olana kadar baş ve boyun yaralanmaları
* Hemodinamik dengesizlikle birlikle aktif kanama
* Yakın zamanda geçirilmiş spinal cerrahi veya akut spinal yaralanmalar
* Aktif hemoptizi, bronkoplevral fistül, ampiyem
* Konjestif kalp yetmezliğine eşlik eden pulmoner ödem
* Plevral efüzyon, pulmoner emboli
* Pozisyon değişikliğini tolere edemeyen yaşlı, konfüze, anksiyetesi ve ağrısı olan bireyler
* Kaburga kırıkları, cerrahi yaralar

**Trendelenburg Pozisyonunun Uygulanmaması Gereken Durumlar**

* İntrakraniyal basınç artışı
* Kontrolsüz hipertansiyon
* Abdominal distansiyon
* Özefajiyal cerrahi
* Hemoptizi
* Solunum aspirasyonu
* Postural drenaj sırasında, dispne ya da siyanoz gelişmesi halinde işleme son verilir.
* Trombositopenisi olan bireyde perküzyona bağlı lokalize ekimoz gelişebilir.
* Vibrasyon ve perküzyon kostalar üzerine yapılmalıdır.
* Klavikulalar, göğüs duvarı, sternum, vertebra, bel ve karın bölgesine vibrasyon ve perküsyon yapılmaz.
* Uygulama sırasında vücut mekanikleri iyi kullanılmalı, hasta yatağı rahat çalışılabilecek yüksekliğe getirilmeli, kollar önde ve dizler hafif eğik olacak şekilde yatağa yakın durularak tamamen eğilmekten kaçınılmalıdır.
* Postural drenaj uygulaması 30-60 dakikayı geçmemelidir.
* Postural drenaj öncesi ve sonrası, bireyin hareket durumu, toleransı, etkin öksürme durumu, balgamı vb değerlendirilir.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Non steril eldiven / şeffaf eldiven
* Steteskop
* Bardak, içme suyu
* Sandalye
* Yastık l-4 adet
* Böbrek küvet
* Aspirasyon hortumu
* Aspirasyon kateteri

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’’**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Drenaj sağlanacak alanlar, klinik ve göğüs röntgen verileri değerlendirilerek belirlenir.
* Bireye drenaj sağlanacak alana göre yastıkla uygun pozisyon verilir.
* Hastaya yavaş vederin soluk alıp verme, abdominal, diyafragmatik veya pursed lips (büzük dudak) solunumu öğretilir.
* Bireyin pozisyonu 10-15 dk korunur.
* Bu sürede drenaj sağlanacak alan üzerine perküsyon, vibrasyon ve shaking uygulanır.

**Perküsyon**

* Her bir pozisyonda, tolere edebileceği kadar 3-5 dakika uygulanır.
* Drenaj yapılacak alan üzerinde eller yan yana getirilir. Başparmak ve parmaklar sıkı bir şekilde birlikte tutularak eller kubbe haline getirilir. Ellerin kostalar üzerine temasından emin olunarak hava sızıntısına engel olunmalıdır.
* Ellerin kostalar üzerine vuruluşu sırasında, kol hareketleri dirsek ve bilek eklemlerinden gelmelidir. Ellerle vuruş hareketi durmaksızın 5 dakika boyunca yapılabilir veya 2-3 dakikada bir vibrasyon hareketi ile dönüşümlü uygulanabilir.

**Vibrasyon**

* Eller drenaj sağlanacak alan üzerine yerleştirilir ve bireyin burnundan yavaş ve derin nefes alması sağlanır. Vibrasyondan sonra genellikle arka arkaya üç kez tekrarlı öksürmeyle mobilize mukus atılabilir.
* İnhalasyon sırasında göğüs duvarı yükselirken hafif direnç uygulanır.
* Birey karın kaslarını kasmış ve göğüs duvarı kaslarını gevşetmiş durumdayken nefesini tutmalı ve daha sonra dudaklarını büzerek nefesini vermelidir. Bu sırada göğüs duvarı gevşemiş ve aşağı konumda olmalıdır.
* Birey nefesini verirken hafif bir şekilde elin düz kısmıyla aşağıya doğru vibrasyon 3 kez uygulanır.
* Bireye derin nefes aldırılır.
* Küçük öksürme periyodlarını sürdürecek şekilde güçlü öksürtülür. Birey öksürürken göğüs duvarına vibrasyon uygulanır.
* Bireyin dik oturması ve öksürmesi sağlanır.

**Shaking**

* Vibrasyonla beraber başlanır.
* Elin düz kısmı drenaj sağlanacak alan üzerine yerleştirilir.
* Bireyin yavaş bir şekilde burnundan nefes alması sağlanır.
* İnhalasyon sırasında kostalar üzerine hafif basınç uygulanarak deri sıkıca gerdirilir.
* Bireyin nefesini 2 saniye tutması sağlanır.
* Birey nefesini verirken basınç arttırılır. Kostalar üzerine aralıklı shaking uygulanırken basınç sürdürülür.
* Shaking uygulaması 3 kez tekrarlanır.
* Birey mümkün olduğu kadar dudaklarını büzerek nefesini vermeli ve göğüs duvarını gevşetmelidir.
* Bireyin derin nefes alması sağlanır.
* Uygulanan pozisyona verilen zamanın bitiminde birey, oturtulur ve öksürtülür.
* Birey öksürebiliyorsa, çıkarılan sekresyonlar için böbrek küvet verilir.
* Birey öksüremiyorsa, sekresyonun aspirasyonla çıkarılması sağlanır.
* Birey pozisyonlar arası dinlendirilir.
* Bireyin su alması sağlanır.
* Drenaj sağlanacak alanlar için bu basamaklar tekrar edilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldivenler çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun olarak yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **61- PREOPERATİF HASTA HAZIRLAMA TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ:** Hastayı operasyona hazırlayarak oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.
    2. **KAPSAM:** Bu talimat; ameliyattan bir gün önce, ameliyat akşamı ve ameliyat sabahı hastanın tanılanması ile operasyona gönderilme sürecini kapsar.
    3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
    4. **TANIMLAR:**
* **Preoperatif:** Ameliyat öncesi
  + 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**
* Hastanın ameliyat öncesi gece 24:00’ dan sonra aç kalması sağlanmalıdır.
* Hazırlıklar yapılırken hastanın operasyon hakkında bilgilendirilmesi ve psikososyal destek sağlanması ihmal edilmemelidir.
* Ameliyat öncesi genelde hasta ve yakınlarında uyuma problemi yaşanır. En azından hastalar istirahat etmesi yönünde desteklenmelidir.
  + 1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**
* Vücut temizliği için gerekli malzemeler.
* Orderde bulunan ilaçlar.
* İlgili formlar (Ameliyat Öncesi Hazırlık Formu, Hemşire Anemnez Formu, Değerli Eşya Teslim Tutanağı vb.)
* Ameliyat önlüğü ve bonesi
  + 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

**Preoperatif bir gün öncesi:**

* Orderına uygun olarak beslenme programına uyup uymadığı kontrol edilir.
* Hastanın genel vücut hijyeni sağlanır. Sakıncası yoksa genel vücut banyosu yapması sağlanır.
* Rutin tetkikleri için diğer ekip üyeleri ile koordineli çalışılarak tetkikler tamamlatılır. Anestezi hazırlığı sağlanır.
* **“Derin Solunum ve Öksürme Egzersizi Talimatı”** uygulanır.
* Hasta ve yakınlarının ameliyatla ilgili soruları yanıtlanır.

**Ameliyat akşamı hazırlıkları:**

* Rutin tetkikler kontrol edilir, gerekli olan kan ve ilaçlar temin edilir.
* Hastanın değerli eşyalarını yakınının alması sağlanır. Yakını yoksa daha sonra teslim edilmek üzere tutanak karşılığı teslim alınır.
* Hastada mevcut ise oje ve makyajı çıkartılır.
* Ameliyat bölge temizliği yapılır.
* Orderına uygun olarak varsa lavman uygulaması yapılır.
* Gece 24’den sonra oral alımı kapatılarak aç kalması sağlanır.
* **“Ameliyat Öncesi Hazırlık Formu”**ndaki ilgili alan doldurularak tüm işlemler gözden geçirilir.
* Hastanın gece uyuyabilmesi için uygun ve rahat bir ortam sağlanır.

**Ameliyat sabahı hazırlıkları:**

* Vital bulguları talimatlarına uygun olarak alınıp kaydedilir.
* Hastada mevcut olan çıkarılabilir protezler çıkartılıp teslim edilir veya tutanak karşılığı teslim alınır. Takı, oje, makyaj varlığı tekrar kontrol edilir.
* Mesanenin boşaltımı sağlanır.
* Hastanın kıyafetlerinin çıkartılarak, ameliyat gömleği ve bonesi giydirilir.
* **“Ameliyat Öncesi Hazırlık Formu”**ndaki ilgili alan doldurularak tüm işlemler gözden geçirilir.
* Tüm elde edilen bilgi ve bulgular **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* Hasta ameliyat zamanı geldiğinde hasta dosyasıyla beraber, **“Hasta Transport Etme Talimatı”**na uygun olarak ameliyathaneye gönderilir.
* Post operatif dönem için hasta odası ve yatağı hazırlanır.

|  |
| --- |
| **62- SAÇ BANYOSU TALİMATI** |

* 1. **AMAÇ**: Yatağa bağımlı **/** öz bakımını yapamayan hastaya saç banyosu uygulamaya yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
  2. **KAPSAM:** Bu protokol saç banyosu uygulama faaliyetlerini kapsar.
  3. **SORUMLULAR**: Servis/Ünite Hemşiresi
  4. **TANIMLAR:**
* **Kepek:** Kafa derisinin pul pul dökülmesidir. Aynı zamanda kaşıntı da vardır.
* **Lokal Saç Dökülmesi (Allopecia):** Yaşlanma, kullanılan bazı ilaçlar, hormonal değişimler, bazı hastalıklar, travma veya radyasyona bağlı olarak, lokal olarak ya da tamamen tüm vücuttaki kılların dökülmesidir.
  1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**
* Hastanın bağımlılık derecesine göre bakıma katılımı sağlanmalıdır.
* Bakım sırasında hemşire bireyin güvenliğini sağlamalıdır.
* İşlem boyunca hastanın mahremiyeti korunmalı ve üşümesi engellenmelidir.
* Bakım sırasında derinin tahriş olması, çizilmesi ve yaralanması önlenmelidir.
* Bakım sırasında kullanılan ürünler (şampuan, losyon vb) kullanım alanlarına ve cilde uygun olmalıdır.
* Bakım sonrasında cildin ve saçın nemli kalması önlenmelidir.
  1. **ARAÇ ve GEREÇLER**
* Su (ısısı 43-46°)
* Şampuan
* Yüz ve Saç Havlusu
* Temiz Yatak Takımı
* Muşamba ve çarşaf
* Non-steril eldiven
* Tarak
* Tek Kullanımlık Önlük / Box Önlüğü
* Su dökmek için kap
* Pike
* Gözleri kapamak için gazlı bez
* Kulaklar için pamuk tampon
* Yıkama küveti
* Kova
  1. **UYGULAMA:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına”** uygun yıkanır.
* Önlük, bone, maske ve eldiven giyilir.
* Malzemelerle birlikte hasta başına gidilir.
* Oda kapısına uyarı asılır.
* Açık kapı ve pencereler kapatılır.
* Oda ısısı 25 °C'ye ayarlanır.
* Yatak kenarına paravan perde kullanılır.
* Bireyin mahremiyeti korunur.
* Yıkama küveti su ile doldurulur.
* Hastaya başı ve gövdesi kendimize yakın ve yatakta çapraz yatacak şekilde supine veya fowler pozisyonu verilir.
* İşlem yapılacak taraftaki yatak kenarı indirilir.
* Hastanın yatak çarşaflarının ve giysilerinin ıslanmaması için boynunun ve omuzlarının altına muşamba ve çarşaf yerleştirilir
* Hastanın saç tokası varsa çıkartılır, hastanın kafa derisi ve saçları gözlemlenir.
* Sakıncası yoksa yastık hastanın başının altından alınır ve üzerine baş havlusu konularak uzak tarafa yerleştirilir. Hasta yastıksız yatamıyorsa yıkama işlemi yastık kaldırılmadan yapılır.
* Hastanın başı (durumu uygunsa) rulo yapılan pike ile omuz altından desteklenir.
* Gerekiyorsa gözlere gazlı bez, kulaklara pamuk tampon uygulanır.
* Baş yıkama muşambası hastanın başının altına yerleştirilir ve muşambanın alt ucu suyun boşalacağı kovaya yerleştirilir.
* Hastanın saçları ıslatılır ve sonra şampuan uygulanır.
* Saç dipleri ve alın şakaklardan başlayarak geriye doğru parmak uçlarıyla masaj yapılarak yıkanır.
* Saçlar bol su ile durulanır.
* Bu işlemler (şampuanlama ve durulama) saçlar temizleninceye kadar yapılır.
* Saçlar toplanır ve eller arasında hafifçe sıkıştırılır. Böylece fazla su akıtılmış olur.
* Hastanın başı yastığa konulur. Havluya sarılır.
* Varsa gözlerdeki gazlı bez ve kulaklardaki pamuk tampon çıkartılır. Kirli kabına atılır.
* Hastanın altına konulan çarşaf ve muşamba kaldırılır.
* Saçlar iyice kurulanır.
* Hastanın yüzü, boynu ve omuzları silinip kurulanır.
* Bireyin saçlarıtaranır.
* Eğer yatak takımları ıslanmış veya kirlenmişse değiştirilir.
* Uygun pozisyon verilir.
* Yatak kenarları kaldırılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldiven, önlük, maske ve bone çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına”** uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **63- SERUM FORMUNDA İLAÇ HAZIRLAMA TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ:** Serum formundaki ilacın doğru ve uygun teknikle hazırlanmasını sağlamak için standart bir yöntem belirlemektir.
    2. **KAPSAM:** Bu talimat; serum formunda ilaç hazırlama talimatlarını kapsar.
    3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşireler sorumludur.
    4. **TANIMLAR:**
    5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Serumun hazırlığı, serumu takacak hemşire tarafından yapılmalıdır.
* Seruma bir ilaç eklenecekse mutlaka ilacın; ismi, miktarı bir etikete yazılarak serumun ön yüzüne (serumun isim etiketinin olduğu yön üzerine) yapıştırılır.
* Serum, kullanım miadı, berraklık, renk, tortu, ilaç ve etkileşimleri açısından kontrol edilir.
  + 1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**
* İlaç kartı
* Tedavi tepsisi
* Serum ve gerekli ilaçlar
* Serum seti, damla sayar
  + 1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* **Serum şişe ise;** serum asma aparatı şişeye takılıp, şişenin üst kapağı açılır.
* **Serum torba ise;** kullanılacak torbanın dış koruyucu paketi açılıp, setin takılacağı hazne giriş yerindeki koruyucu kapağı açılır.
* Serum seti torbası işaretli yerden yırtılarak açılır ve setteki klemp kapalı konuma getirilir.
* Serum setinin hazne ucundaki koruyucu kapak çıkarılır ve seruma takılır.
* Serum ters çevrilerek serum askısına asılır, serum setinin havalandırma kapağı açılır ve hazne 1/3 oranında doldurulur.
* Serum setinin klempi açılarak setin içerisinde hava kabarcığı kalmayacak şekilde setin havası çıkarılır ve klemp kapatılır. Damla sayar kullanılacaksa, serum setinin ucuna damla sayar takılarak setin havası çıkarılır.
* Seruma ilaç eklenecekse; ilaç hazırlama talimatına uygun hazırlanan ilaç, serum torba ise ilaç torbanın enjeksiyon portundan, serum şişe ise ilaç şişenin lastik tıpasından verilir.
* Seruma eklenen ilacın ismi, miktarı bir etikete yazılarak serumun üzerine yapıştırılır.
* Hazırlanan serum ilaç tepsisine konulur.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.

|  |
| --- |
| **64- SOĞUK UYGULAMA TALİMATI** |

* + - 1. **AMAÇ:** Vücut ısısını düşürmek, bölgenin ısısını düşürerek gelen kan akımını azaltmak, doku metabolizmasını yavaşlatmak, vazokontrüksiyon ve anestezik etki yaratarak ağrı duygusunu azaltmaktır.
      2. **KAPSAM:** Vücut ısısının düşürülmesi, ödemin ve ağrının azaltılması, kanamanın önlenmesi amacıyla lokal ya da genel olarak bir takım fiziksel ajanların kullanılmasıyla yapılan tedavi yöntemlerini kapsar.
      3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasında hemşireler sorumludur.
      4. **TANIMLAR:**
* **Vazokontrüksiyon:** Damar cidarlarındaki kas yapıların kasılması sonucu damar çapının azalması.
* **Kompres:** Yaraların bakımında ve ya başka bir amaçla kullanılan, birkaç kat katlanmış bez.
  + - 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Soğuk Uygulamaların Fizyolojik Etkileri**

* Soğuk uygulama sonucu vazokontrüksiyon meydana gelir ve uygulama yapılan bölgeye kan akışı azalır, bölgede ödem ve enflamasyon gelişimi azalır.
* Uygulama yapılan bölgede lokal olarak oksijen ihtiyacı azalır ve hücre metabolizması yavaşlar.
* Kaslarda gerginlik, ağrı ve enflamasyonun azalmasına yol açar.
* Lokal ve kısa süreli anestezik etki oluşturur. Kan dolaşımını artırır, lokal ısıyı düşürür.

**Soğuk Uygulamanın Riskli Olduğu Durumlar**

* Soğuk uygulama periferik vasküler hastalığı olan hastalarda,
* Diyabetli hastalarda,
* Arteriosklerozu olan hastalarda,
* Bazı nörolojik hastalığı olanlarda uygulanmamalıdır.
* Ciltleri çok hassas olduğundan çocuklar ve yaşlılar soğuk uygulama açısından risk grubundadır. Bu grup hastalara uygulama yapılması mutlaka gerekli ise çok dikkat etmek gerekir.
* Soğuk uygulama yaparken bazen istenmeyen durumlar ortaya çıkabilir. Deri ve mukozada morarma ve hissizlik varsa, titreme ve vücut ısısında hızlı düşme olursa, kaslarda kontraksiyon ve ağrı gelişirse soğuk uygulama durdurulur.

**Soğuk Uygulamalarda Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar**

* Soğuk uygulamalar hemşire tarafından yapılmalı ve uygulama esnasında hasta yalnız bırakılmamalıdır.
* Hemşire her 5 dakikada hastayı gözlemeli ve gözlemlerine göre işleme devam etmelidir.
* İşlem sonucu ve süresi mutlaka kaydedilmelidir.
* Soğuk uygulamalar 15-20 dakikadan fazla uygulanmamalıdır. Soğuk uygulamalar 30 dakikadan fazla sürerse hücre ölümüne neden olur.
* Soğuk uygulamalar vücut ısısını düşürmek amacıyla yapılıyorsa ateş saatte 1°C düşecek şekilde uygulanmalıdır. Soğuk uygulamalarda vücut ısısı 1,5-2 °C birden düşerse uygulamaya ara verilerek bir süre sonra yeniden yapılmalıdır.
* Soğuk uygulamalarda uygulama aralığı 2 saat olmalıdır.
* Soğuk uygulama yapıldıktan sonra hastanın yaşam bulguları 72 saat düzenli takip edilmelidir.
* Soğuk uygulama yapılacak bölgede açık yara varsa asepsi kurallarına göre çalışılmalıdır.

**SOĞUK UYGULAMA ÇEŞİTLERİ**

Soğuk uygulama; kuru soğuk uygulama (buz torbası, buz paketleri) ve yaş (nemli) uygulama olmak üzere iki şekilde uygulanır.

**Kuru Soğuk Uygulamalar**

* **Buz Torbası Uygulaması**

Kas burkulmalarında, hematomda, diş, burun ameliyatlarında ve tonsillektomide buz torbası uygulaması yararlı olmaktadır.

* **Buz Paketi**

Buz paketleri; jelli paketler ve kimyasal buz torbaları olmak üzere iki çeşittir.

* **Jelli paketler:** Jelli buz paketlerinin içinde jel bulunur, paketler vücut bölgelerine göre şekil alır ve yumuşak, katlanabilen özelliktedir. Jelli paketler dondurulduklarında bile yumuşaktır, bu özelliklerinden dolayı vücudun düz olmayan kıvrımlı bölgelerinde bile kolaylıkla kullanılır. Bu paketler uygulanacakları bölgeye fazla rahatsızlık vermeyecek ağırlıkta olmalıdır. Jeller ısındıktan sonra buzdolabına konur tekrar soğutulup kullanılır. Kullanımdan 2-3 saat önce buzlukta tutulur. Jeller vücuda direkt temas ettirilmemeli, bir havlu ya da örtüye sarılarak uygulama yapılmalıdır. Uygulama süresi 10-15 dakikadır.



**Resim 1: Jelli buz paketleri**

* **Kimyasal buz torbaları:** Kimyasal buz torbaları; paket sıkıştırıldığında ya da yoğrulduğunda paketin soğumasını ve reaksiyona geçmesini sağlayan alkollü kimyasal maddeyle doldurulmuştur. Bu paketlerin soğutulması için buzluğa konulması gerekmez. İlk yardım aracı olarak oldukça yaygın olarak kullanılmaktadır.

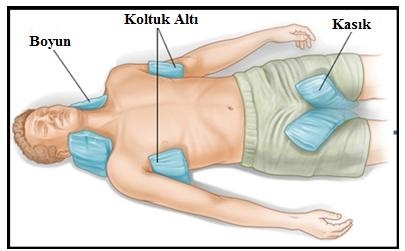
Buz torbalarının ve özel buz paketlerinin uygulamada işlem basamakları aynıdır.

* + - 1. **a) ARAÇ VE GEREÇLER**
* Buz torbası ve kılıfı, hazır buz paketleri (yapılacak uygulamaya göre malzeme seçilir)
* Küçük buz parçaları (buz torbası kullanılıyorsa)
* Havlu
  + - 1. **a) İŞLEM BASAMAKLARI**
* Malzemeler hazırlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Buz torbası kullanılacaksa
* Buz torbasının sağlam olup olmadığı kontrol edilir.
* Buz parçaları buz torbasına 2/3 oranında doldurulur.
* Torbanın ağzı sıkıca kapatılır, sızıntı kontrolü yapılır. Buz torbası silinir ve kılıfı geçirilir.
* Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verilir.
* Hastanın genel durumu ve vital bulguları kontrol edilir ve kaydedilir.
* İstenilen bölgeye koyabilmek için hastaya uygun pozisyon verilir.
* Uygulama yapılacak bölge renk solukluğu, morarma yönünden kontrol edilir. Eğer bir anormallik varsa işleme son verilir. İşlem esnasında hasta her beş dakikada bir kontrol edilir. Hasta ile iletişim kesilmemelidir.
* Buz kesesi uygulaması 30 dakikadan fazla olmamalıdır. Uygulamanın tekrarı gerekiyorsa en az bir saat beklenmelidir.
* Uygulama bittiğinde hasta rahatlatılır. Uygulama bölgesi silinip kurulanır. Hastaya uygun pozisyon verilir.
* İşlem sonrası hastanın vital bulguları ve genel durumu kontrol edilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır. Tekrar kullanılacak malzemeler temizlenerek yerine konur.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

**Yaş (Nemli) Soğuk Uygulamalar**

Soğuk su içerisine gazlı bez, değişik boylarda kompresler ya da havlu batırılarak vücudun istenilen bölgesine uygulanması işlemine soğuk nemli kompres uygulaması denir. Soğuk su yerine alkol kullanılması ısının ani düşmesine ve cildin kurumasına sebep olacağından kullanımı tavsiye edilmez.

Uygulama genellikle ateşi düşürmek için el ve ayak bileklerine, koltuk altına, inguinal bölgeye, boyna veya başa konur. Kalbi etkileyeceği için kalbin bulunduğu bölgeye soğuk uygulama yapılmaz. Bunun dışında vücudun diğer bölgelerine soğuk kompres uygulaması yapılabilir. Soğuk kompres uygulaması baş ağrılarında burkulmalarda, böcek ısırmalarında ve dermatitlerde uygulanır.



**Resim 2: Kompres uygulama noktaları**

**6. b) ARAÇ VE GEREÇLER**

* Tepsi,
* İçi soğuk su dolu solüsyon kabı (buz parçaları doldurularak soğutulabilir),
* 6-8 adet kompres,
* Havlu,
* Plastik örtü
* Tedavi bezi,
* Vazelin,
* Non- steril eldiven

1. **. b) İŞLEM BASAMAKLARI**

* Malzemeler hazırlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Hasta odasına gelinir. Hastaya yapılacak işlem açıklanır. Hastanın genel durumu kontrol edilir,
* Vital bulgular alınır.
* Eldiven giyilir.
* Hastaya uygulama bölgesi açık kalacak şekilde pozisyon verilir.
* Hastanın altına tedavi bezi serilir.
* Hastanın uygulama yapılacak bölgesine ince bir tabaka hâlinde vazelin sürülür.
* Eldiven değiştirilir. Kompresler solüsyon içine batırıldıktan sonra iyice sıkılarak bölgeye uygulanır.
* Süngerler ısındıkça buzlu suya tekrar batırılır ve uygulama süresince bu işleme devam edilir.
* Uygulama esnasında deride beneklenme, kızarıklık, aşırı solukluk ve uygulanan bölgede uyuşukluk, siyanoz gibi belirtiler iyi gözlenmeli, gerektiğinde işlem sonlandırılmalıdır. İşlem 20 dakika sürdürülür ve gerekiyorsa 2-3 saat sonra tekrar edilir.
* İşlem bitince kompresler/ havlu alınır ve cilt kurulanır. Hasta, uygun pozisyon verilerek rahatlatılır.
* İşlem sonrası hastanın vital bulguları ve genel durumu kontrol edilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır. Tekrar kullanılacak malzemeler temizlenerek yerine konur.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **65- SOLUNUM EGZERSİZ CİHAZI (TRİFLOW) UYGULAMA TALİMATI** |

* + - * 1. **AMAÇ:** Yeterli ventilasyonu ve oksijenlenmeyi sağlamak, solunum sekresyonlarını yumuşatmak, kollabe alveollerde atelektaziyi önlemek, solunum egzersiz cihazının (triflow) doğru ve uygun teknikle kullanımına yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
        2. **KAPSAM:** Bu protokol hastanın solunum egzersiz faaliyetlerini kapsar.
        3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire, fizyoterapist ve hekim sorumludur.
        4. **TANIMLAR:**
* **Solunum Egzersiz Cihazı (Triflow):** Akciğerlerin istenilen düzeyde genişlemesini sağlamak için triflow kullanılır. Alveollerin hava ile dolmasını ve anestezinin verilmesiyle zayıflayan solunum kaslarının kuvvetlenmesini sağlar. Yavaş ve maksimum inspirasyonu destekler.
  + - * 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
* Solunum hızı ve derinliği değerlendirilmelidir.
* Hastanın inspirasyon volümünün zamanla artıp artmadığı değerlendirilmelidir.
* Hasta, ameliyat sonrası solunum egzersiz cihazını rahat çalışabilmesi için ameliyat öncesi triflow kullanım eğitimi verilerek, çalıştırılmalıdır.
* Hasta, ameliyat sonrası doktor istemine göre saat başı yapılması istenen sıklığa göre triflow kullanmalıdır.

**Solunum Egzersiz Cihazının (Triflow) Uygulamasının Kontrendike Olduğu Durumlar;**

Hekim istemiyle uygulanması kontrendike bulunan (KİBAS’ı yüksek hastalar, hemotorax, aktif kanamalı hastalar vb.) durum ve hastalıklarda kullanılmaması gerekmektedir.

* + - * 1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**
* Solunum egzersiz cihazı (triflow)
  + - * 1. **UYGULAMA:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* **“Hastaya Pozisyon Verme Talimatı”**na göre hasta fowler pozisyonda oturtulur.
* Solunum egzersiz cihazı (triflow) düz olarak tutulur.
* Hastanın solunum egzersiz cihazının ağızlığını dudaklarıyla dışarıya hava çıkmayacak şekilde tamamen kapatması sağlanır.
* Hastaya, derin bir şekilde nefes vererek akciğerlerdeki tüm havayı dışarı vermesi söylenir.
* Hastanın kuvvetli bir şekilde nefes alması istenir.
* Hastaya sırası ile birinci, ikinci ve üçüncü topu 3-5 saniye havada tutmaya çalışması gerektiği söylenir.
* Solunum egzersiz cihazı (triflow) ters olarak tutulur.
* Hastanın solunum egzersiz cihazının ağızlığını dudaklarıyla dışarıya hava çıkmayacak şekilde tamamen kapatması sağlanır.
* Hastaya derin bir şekilde nefes alarak akciğerlerini tamamen doldurması gerektiği söylenir.
* Hastanın kuvvetli bir şekilde nefes vermesi istenir.
* Hastaya sırası ile birinci, ikinci ve üçüncü topu 3-5 saniye havada tutmaya çalışması gerektiği söylenir.
* Hastaya bu işlemi her saat başı, hem inspiryum hem de ekspiryum için doktor istemine göre belirlenen sıklıkta yapması söylenir ve gözlemlenir.
* Hastaya uygulama sonrası rahat edeceği bir pozisyon verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Hastanın inspiryumda ve ekspiryumda kaç top kaldırdığı ve yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **66- SOLUNUM SAYMA TALİMATI** |

**AMAÇ:** Hastanın solunum sayısını uygun teknikle sayarak, doğru bir şekilde sayı ve niteliğini saptamaktır.

**KAPSAM:** Bu talimat hastanın solunum sayma faaliyetlerini kapsar.

**SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.

**TANIMLAR:**

* **Toraks solunum:** Kostalar arası kasların ve yardımcı kasların çalışması ile olur.
* **Abdominal solunum:** Karın ve diafram kaslarının çalışması ile olur.
* **Yüzeysel solunum:** Alınan hava miktarı azdı.
* **Hiperpne:** Derinliği fazla olan solunumdur.
* **Regüler solunum:** Solunum ritminin düzenli olması.
* **İrregüler solunum:** Solunum ritminin düzensiz olması.

**Solunum tipleri;**

* **Eupne:** Normal solunumdur. Düzenli ve eforsuz, her bir solunum arasında dinlenme periyodu vardır.
* **Taşipne:** Solunum sayısı normalin üstündedir. Solunum hızlı ve çoğunlukla yüzeyeldir.
* **Bradipne:** Solunum sayısının normalden az olması, solunumun yavaşlamasıdır.
* **Dispne:** Solunum güçlüğü hissidir. O2 alınımında CO2 atımında güçlük çekmektedir. Bu nedenle dispneli hastalar genellikle heyecanlı görülür ve yüzlerinde endişe ifadesi vardır.
* **Ortopne:** Rekumbert pozisyonunda görülen dispnedir. Ancak gövdenin yükselmesi ile solunum normale döner.
* **Cheyn-stokes:** (Periyodik solunum) solunum derinliği ve hızı gittikçe artar. Maksimum noktaya varır. Sonra gittikçe amplidüd azalır. Hız yavaşlar ve tamamen durur.(5-45 sn) sonra aynı süreç tekrarlanır. Sol kalp yetmezliği narkotik zehirlenmeler ve KİBAS’ ta görülür.
* **Biot:** Birçok değişik volümdeki solunumu takiben uzun bir apne periyodu ile karakterizedir. İntrakranial basınç artışında görülür.
* **Kusmaul solunum:** Çok derin ve hızlı solunumdur. Metabolik asidozda görülür.
* **Apne:** Solunumun durmasıdır.

**Solunum sayısı;**

* Yeni doğanda dakikada 30-60
* İki yaş üzeri çocuklarda 20-35
* Yetişkinlerde l2-20

**UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Solunum sayılmadan önce hasta l5 dakika dinlendirilir.
* Solunum l dakikada sayılır.
* Hemşire hastaya solunumunu saydığını hissettirmemelidir.
* Solunum sayılırken hastanın üzeri açılır.
* Göğsün yükselip alçalması (1 inspiryum + 1 ekspiryum) bir solunum olarak sayılır,
* Solunum, nabız sayımından sonra nabız alınır gibi sayılır.
* İşlem öncesi oda havalandırılmalıdır. Odanın aşırı sıcak ya da soğuk olmaması sağlanmalıdır.

**ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Saniye göstergeli saat

**UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir (özellikle çocuk hastalara solunumunu tutabileceğinden söylenmemelidir).
* Hastanın göğsüne bakılmamalıdır,
* Sayıma 1 dk. devam edilmelidir (solunumla ilgili anormal bir durum yoksa 30 sn sayılıp ikiyle çarpılabilir).
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Solunum sayısı, düzenli olup olmadığı ve solunum tipini, **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* Normal dışı değerler doktora bildirilir.

|  |
| --- |
| **67- STEROİD KULLANAN HASTANIN EĞİTİM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Bu talimatın amacı, steroid kullanan hastayı kullanım şekli, yan etkileri ve beslenme konusunda bilgilendirerek komplikasyonları önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat steroid kullanan hastanın eğitimine yönelik faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
5. **UYARILAR VE ÖNERİLER:**
6. **ARAÇ ve GEREÇLER:**
7. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

**Eğitimin İçeriği;**

* **Steroidin Yan Etkileri**
* Hipertansiyon
* Kilo artışı
* Ödem
* İnfeksiyona eğilim (yüksek ateş, halsizlik)
* Diyabet (idrar miktarında artma, susuzluk hissi, bol su içme)
* Peptik ülser ve GİS kanamaya eğilim: (Epigastriumda ağrı, yanma, kazınma, dispeptik şikâyetler, epigastrik ağrıya ek olarak huzursuzluk, iştahsızlık, bulantı, kusma, şişkinlik, erken doyma,
* GİS (Gastrointestinal sistem) Kanama Belirtileri: (hematemez, melena, hemotokozya)
* Gizli Kanama Belirtileri: (solukluk, dispne, efor kapasitesinde azalma, yorgunluk hissi)
* Oral mukozada değişiklikler
* Yara iyileşmesinde gecikme
* Cilt bütünlüğünün bozulması
* Peteşi, akne, ekimoz
* Yara iyileşmesinde gecikme
* Hipopotasemi Belirtileri: (Uykusuzluk, reflekslerde azalma, abdominal gerginlik, gaz, kardiyak aritmi, EKG değişikliği, kalp durması, hipotansiyon, paralitik ileus, kas gevşemesi, bulantı-kusma, barsak seslerinin azalması veya kaybolması, tonüs azalması, adale zayıflığı, paralizi)
* Konvülsiyon ve psikoz
* Adet düzensizlikleri
* Myopati: Omuz, kalça, karın ve ayak kasları zayıfladığından yürüme zorlaşır.
* Osteoartroz, osteoporoz belirtileri: (Ağrı, kas gücü kaybı, eklem hareket açıklığının azalması, eklem şişmesi)
* Aydede yüzü
* Boyun çukurunda yağ birikmesi
* Hirsutizm (kıllanma)
* Göz içi basıncında artma: (Gözde zonklar tarzda ağrı, kızarıklık)
* **İlacın Kullanımı ile İlgili:**
* İlacın hiçbir zaman birdenbire kesilmemesi, kademeli kesilmesi
* Adrenal kriz belirtileri (bulantı kusma, diyare, adele kramplar, halsizlik, karın ağrısı, ateş, siyanoz)
* Çocuklarda tek doz verilmesi
* Tüm tek doz steroidlerin sabah (06.30 – 08.30)
* GİS kanamalarında ilacın kesilmemesi, bu belirtiler olduğunda kuruma başvurması
* Adrenal krizde ilacın verilmeye devam edilmesi
* Kontrollerini hiç aksatmaması söylenir.
* **Beslenme ile ilgili:**
* Tuz kısıtlamasının gerekliliği (orta ve yüksek dozlarda),
* Kan şekeri düzeyine göre uygun diyet alması,
* Proteinden ve potasyumdan zengin diyet alması söylenir.

|  |
| --- |
| **68- STEROİD TEDAVİSİ UYGULANAN HASTANIN TAKİP TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Bu talimatın amacı, hastanın tedavisinin devamlılığını sağlayarak komplikasyonları önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat steroidin (uygulandığı durumlar, yan etkileri, adrenal kriz belirtileri) tanılanması, uygulanması ve takibini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından doktor ve hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

**Steroidin Kullanıldığı Durumlar:**

* Solunum Sistemi Hastalıkları (astım, bronşit, sarkoidoz, akciğer fibrozu)
* Kalp Hastalıkları (miyokardit, şoklar)
* Enfeksiyon Hastalıkları (virüs enfeksiyonları, paraziter hastalıklar)
* Karaciğer Hastalıkları (akut-kronik hepatit)
* Mide-Barsak Hastalıkları (ülseratif kolit, chron)
* Böbrek ve İdrar Yolu Hastalıkları (nefrotik sendrom, glomerülonefritler)
* Endokrin ve Metabolizma Hastalıkları (tiroid, miksödem koması)
* Kan Hastalıkları (hemolitik anemi, hemofili, lenfoma)
* Nörolojik Hastalıklar (Beyin ödemi, multiple skleroz)
* Deri Hastalıkları ( pemfigus, numuler egzema,eritema nodosum)
* Kulak Burun Boğaz Hastalıkları(nazal polipozis, ani işitme kayıpları)
* Göz Hastalıkları (cogan sendromu, uveit, kornea nakli, vs )
* Allerjik Reaksiyonlar (ürtiker, ilaç reaksiyonları, böcek sokmaları)
* Organ Transplantasyonları
* Romatizmal Hastalıklar (romatoid artrit, sistemik lupus eritematozus, vaskülitler,vs.)

**Steroidin Yan Etkileri:**

* Hipertansiyon
* Kilo artışı
* Ödem
* İnfeksiyona eğilim (yüksek ateş, lökopeni)
* Oral mukozada değişiklikler
* Doku bütünlüğün bozulması
* Yara iyileşmesinde gecikme
* Hipopotasemi
* Konvülsiyon ve psikoz
* Adet düzensizlikleri
* Çocuklarda büyüme-gelişmenin normalden sapmaları
* Myopati osteoartroz
* Osteoporoz
* Ay dede yüzü
* Boyun çukurunda yağ birikmesi
* Hirsutizm

**Steroid Doz Seçimleri:**

* Düşük doz: 15 mg’ın altındaki dozlar
* Orta doz: 15-40 mg’ın arasındaki dozlar
* Yüksek doz: 40 mg’ın üzerindeki dozlar.

**Adrenal Kriz Belirtileri** (Bu sorun çok önemli olup ölümle sonuçlanabilir):

* Bulantı,
* Kusma,
* Diyare,
* Adale krampları,
* Halsizlik,
* Karın ağrısı,
* Yüksek ateş,
* Siyanoz,

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* İlgili talimatlara uygun malzemeler.

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun yıkanır.
* GİS kanama riski olan hastalarda oral steroid hekim orderıne göre mide koruyucu ilaçlarla birlikte verilir. Kanama varsa steroid parenteral olarak verilmelidir.
* Parenteral steroid **“İntravenöz (Damar İçi - Iv) Yolla İlaç Uygulama Talimatı”**na uygun olarak verilir.
* İntramüsküler steroid **“İntramüsküler (Kas İçi-İm) Yolla İlaç Uygulama Talimatı”** na uygun olarak verilir.
* İntraartiküler steroid uygulamada ekleme buz tatbik edilir ve steroid uygulanan eklemin elevasyonu sağlanır.
* Lezyon içine ve subkonjonktival steroid uygulamada; uygulama sonrası hasta şuur bulanıklığı ve vital bulgular yönünden yarım saat süreyle takip edilir, lezyon bölgesi enfeksiyon gelişimi ve nekroz yönünden gözlenir,
* Steroid inhalasyon şeklinde ise uygulama sonrası ağız bakımı yapılmalıdır.
* Göz hastalıklarında lokal steroid (pomad, damla, subkanjonktival) **“Oftalmik Yolla İlaç Uygulaması Talimatı”**na uygun olarak uygulanır.
* Hipertansiyonu olan hastanın kan basıncı **“Kan Basıncı Ölçüm** **Talimatı”**na uygun 2-4 saat ara ile takip edilir.
* Pulse steroid uygulamada;
* Uygulama öncesi
* Uygulama sırası
* Uygulama sonrası kan basıncı talimatına uygun takip edilir.
* Hasta her gün tartılır, **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* 24 saatlik aldığı-çıkardığı sıvı **“Aldığı Çıkardığı Sıvı Takip Talimatı”**na uygun takip edilir, **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir. Gerekli ise tuz alımı kısıtlanır.
* Hastanın ateşi **“Vücut Isısı Ölçüm Talimatı”**na uygun takip edilir, **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* İlacın yan etkileri yönünden hasta gözlenir.
* Hastanın kan şekeri pulse steroid uygulamada 6 saat ara ile oral, IV, IM uygulamada 12 saat ara ile ölçülmelidir.
* Oral lezyonlar varsa kavite düzeyine göre **“Ağız Bakım Talimatına”** uygun ağız bakımı yapılır.
* Adrenal kriz açısından hasta gözlenir.
* Dekübit açısından **“Bası Yarası Önleme Talimatı”** uygulanır.
* Cildin nemli kalması sağlanır.
* Hasta ve hasta yakınına **“Steroid Kullanan Hastanın Eğitimi Talimatı”**na uygun eğitim verilir.
* Orta ve yüksek doz steroid tedavilerinde diyet sodyum içeren besinlerden fakir olmalı, gerekli ise sıvı kısıtlaması yapılmalıdır.
* Kan şekeri düzeyine göre uygun diyeti alması sağlanır, diyet karbonhidrat ve glikozdan fakir olmalıdır.
* Yenmemesi gereken besinler hakkında hasta ve hasta yakınları bilgilendirilir,
* Yüksek dozda steroid, proteinlerin aminoasitlere yıkımını arttırdığından proteinden yüksek diyet düzenlenir, steroidin protein metabolizması etkileri nedeniyle yorgunluk, halsizlik gelişen bireye yaşam aktivitelerini sürdürmede yardımcı olunmalıdır.
* Steroidler kalsiyumun kemikten taşınmasını hızlandırır. Osteoporoz oluşma riski artar. Osteoporoz kırıklara sebep olabileceğinden travmalara karşı koruyucu önlemler alınır, kalsiyumdan zengin diyet düzenlenmeli, hasta ve yakını egzersizin önemi konusunda bilgilendirilmelidir.
* Steroid tedavisinin sinir sistemi üzerindeki etkileri nedeniyle hastada aşırı konuşma, ajitasyon, huzursuzluk, uykusuzluk, içe kapanma gelişebilir. Birey davranışları gözlemlenmeli ve davranış değişiklikleri **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilerek davranış değişiklikleri konusunda doktor bilgilendirilmeli, gerekirse psikiyatri ile işbirliği yapılmalıdır.
* Steroid tedavisinde birey ve ailesine yan etkilerin doz ve süreye bağlı olarak değişebileceği açıklanmalı ve baş etme konusunda destek olunmalıdır.
* Yapılan takip ve bakımlar **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

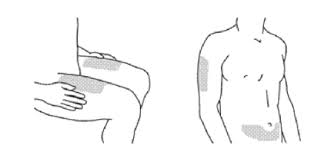
|  |
| --- |
| **69- SUBKUTAN YOLLA İLAÇ UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Subkutan (deri altına) uygulanması gereken ilacı doğru yere, doğru dozda, uygun teknikle uygulamaktır.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; Subkutan ilaçların hazırlanması, uygulanması ve uygulamaya bağlı komplikasyonların tanımlanmasındaki tüm faaliyetleri kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR**

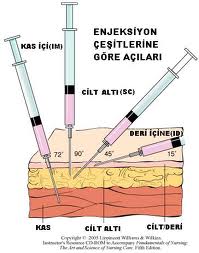
Subkutan (S.C.): Deri ile kas arasında bulunan bölge.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:** 
   * + - Uygulanan ilaçlar göz önüne alınarak komplikasyon ve yan etkiler yönünden izlenir. Fazla miktarda ilaç verilmesi, tekrarlayan enjeksiyonlarda uygulama yerinin değiştirilmemesi, ağrı düzeyinin ve doku harabiyetinin artmasına, emilimin bozulmasına ve ilacın deri altında birikmesine neden olur. Biriken ilacın daha sonra aniden emilmesi ise yüksek doz ilacın dolaşıma katılarak istenmeyen yan etkilere yol açar.

* **Subkutan Enjeksiyon Yapılacak Bölgeler**; üst kolun arka yüzü, baldırların ön yüzü, karın bölgesi, skapulaların altı.

[](http://www.google.com.tr/url?sa=i&rct=j&q=&esrc=s&source=images&cd=&cad=rja&docid=q_3Gf3GsvP2h0M&tbnid=Y9q_a-5wta6GbM:&ved=0CAUQjRw&url=http://www.ilaclarrehberi.com/stelara-45mg-sc-kullanima-hazir-enjektor-kt.html/6&ei=H7zPUvjuEcmy0AWs8oGYBQ&bvm=bv.59026428,d.ZGU&psig=AFQjCNHODT7mgVjtMV4Lo9JzvHWHyjz24A&ust=1389431871343868)

**Subkutan enjeksiyon alanları**

[](http://www.google.com.tr/url?sa=i&source=images&cd=&cad=rja&docid=xD2hAOGPzH1JzM&tbnid=IjbdmEVCDV62sM&ved=0CAgQjRw&url=http://tr.docdat.com/docs/index-19366.html?page=7&ei=bbvPUqvlII7B7AbV_IHABw&psig=AFQjCNHZKRBdnu-fhafboolVYTKsCu7BUQ&ust=1389432045598674)

**Enjeksiyon açısı**

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Uygun büyüklükte ilaç tepsisi
* İlaç, ilaç kartı
* Antiseptik solüsyon (% 70’lik alkol, %10’luk povidon iyot v.b.)
* Enjektör
* Pamuk tamponlar

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Uygulanacak ilaç ampul formunda ise **“Ampul Formundaki İlaç Hazırlama Protokolü”**ne göre, flakon formu ise **“Flakon Formundaki İlaç Hazırlama Protokolü”**ne hazırlanır.
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* İşlem için kullanılacak malzemeler hasta başına getirilir.
* Subkutan uygulama için uygun bölge seçilir. Uzun süreli tekrarlayan enjeksiyonlar için enjeksiyon bölgesi belli bir düzene göre önceden tespit edilmelidir. Bunun için genelde sağ kol → sol kol→ sağ göbek alanı→ sol göbek alanı→ sağ bacak→ sol bacak→ sağ kol düzeneği uygulanır.
* 25 numaralı, 0.75 - 1.5 cm uzunluğundaki iğneler kullanılır. Subcutan uygulanacak ilaçların birçoğu enjeksiyona hazır özel enjektörlerinde bulunurlar. İnsülinler ise özel insülin enjektörlerine hazırlanırlar. İki tip enjektölerde bu enjeksiyona uygun kısa iğneler mevcut olduğundan enjeksiyon 90° uygulanır. Normal iğne uçlarında ise 45° veya 60° açı ile yapılmalıdır.
* Bu yolla 2 ml’ den fazla ilaç verilmez (fazla ilaç hastada ağrıya ve emilimin yavaşlamasına neden olur).
* Subkutan enjeksiyon, sahalar değiştirilerek yapılır. İşlem yapılan bölge mutlaka **‘‘Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* Enjeksiyon yapılacak bölge merkezden dışarı doğru dairesel hareketlerle antiseptik solüsyonla silinir.
* Bir elle hastanın derisi yukarı doğru çekilerek kaldırılırken, diğer elle uygun derecelik açı yapılarak girilir.
* Pistonu geri çekerek kan gelip gelmediği kontrol edilir, gelmediyse ilaç yavaş olarak verilir. Kan gelirse enjektör çıkarılarak uygulamaya son verilir. İlaca kan karıştıysa ilaç yeniden hazırlanarak işlem baştan tekrarlanır. Heparin ve insülin uygulamalarında enjektör pistonu geri çekilmez.
* Verilen ilaç insülin veya antikoagülan bir ilaç değilse bölgeye hafifçe bası yapılır**.**
* Kullanılan enjektör ve iğneleri **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”** nauygun şekilde yok edilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı’**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

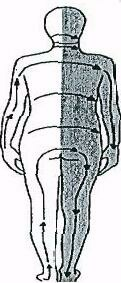
|  |
| --- |
| **70- TAM VÜCUT SİLME BANYOSU TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Bu protokolün amacı, yatağa bağımlı/öz bakımını yapamayan hastaya vücut banyosu uygulamada standart bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu protokol tam vücut banyosu uygulama faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Servis/Ünite Hemşiresi
4. **TANIMLAR:**

* **Supine:** Sırt üstü yatış pozisyonu
* **Fowler:** Oturur pozisyon
* **Semi Fowler:** Yarı oturur pozisyon

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Bireyin bağımlılık derecesine göre bakıma katılımı sağlanmalıdır.
* Bireyin ihtiyacına göre bakım belirlenmelidir.
* Bakım sırasında hemşire bireyin güvenliğini sağlamalıdır.
* Bireyin mahremiyetine özen gösterilmelidir, işlem sırasında yatağın perdesi çekilmeli veya paravan ile kapatılmalıdır.
* Bakım temiz alandan kirli alana doğru (yüz, kollar, eller, koltuk altı, göğüs ve karın bölgesi, bacaklar ve ayaklar, sırt, perine bölgesi, anal bölge) yapılmalıdır.
* Bakım uzak taraftan yakın tarafa doğru yapılmalıdır.
* Temizlik için alkol içermeyen sabun kullanılmalıdır.
* Deri bütünlüğünü korumak amacıyla cilt bakımında pudra kullanılmamalıdır.
* Cilt bakımında nemlendirici kullanılabilir.
* Basınç bölgelerine, hassas ve kuru cildin üzerine masaj uygulanmamalıdır.
* Bakım sırasında hemşire kendisi ve bireyin vücut mekaniğine dikkat etmelidir.
* Bakım sırasında hava akımı olmamasına dikkat edilmelidir.
* Mevcut ise işlemlerde vücut silme seti malzemeleri kullanılabilir.
* Tek taraf felçli olup sürekli yatan bireyde; günlük bakım, temiz alandan kirli alana ve sağlam bölgeden felçli bölgeye doğru yapılır. Sağlam bölgede silme işlemi yukarı doğru yapılırken felçli kısımda aşağı doğru yapılır (Silme işlemi resim 1’de gösterildiği şekilde yapılmalıdır).

**Resim l. Tek Taraf Felçli Hastada Silme Yönü**

**Koyu Renkli Alan:** Felçli Bölge

**Açık Renkli Alan:** Normal Bölge

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Yıkama küveti (2 adet)
* Su (ısısı 43-46°)
* Sıvı sabun / duş jeli (PH’sı 5.5-6)
* Sabunlama bezi (2 adet)
* Yüz ve banyo havlusu
* Nemlendirici (vücut, el, ayak)
* Temiz iç çamaşır, hasta önlüğü/ gecelik/ pijama
* Ağız bakım malzemeleri
* Temiz yatak takımı
* Hasta bezi/ yatak koruyucu pet
* Non- steril eldiven
* Povidon iyot
* Traş bıçağı
* Tarak
* Tırnak makası
* Sürgü, ördek
* Maske
* Bone
* Tek kullanımlık önlük / box önlüğü

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına”** uygun yıkanır.
* Önlük, bone, maske ve eldiven giyilir.
* Malzemelerle birlikte hasta başına gidilir.
* Hastanın gereksinimine göre sakal ve koltuk altı tıraşı yapılır.
* Oda kapısına uyarı asılır.
* Açık kapı ve pencereler kapatılır.
* Oda ısısı 25 °C'ye ayarlanır.
* Yatak kenarına paravan perde kullanılır.
* Bireyin mahremiyeti korunur.
* Yıkama küvetinin biri sabunlu, diğeri duru su ite doldurulur.
* Bireyin işlem sırasında rahatlığı için, boşaltım ihtiyacı varsa sürgü/ ördek verilir.
* Bireyin kıyafetleri çıkarılır.
* Yatak rahat çalışılabilecek yüksekliğe getirilir. Bireyin basının altından yastık alınır. Hasta yatağın hemşireye yakın olan tarafına alınır, başının altına bir havlu yerleştirilir. Yatak banyosu supine, semifowler veya fowler pozisyonunda verilebilir.
* Ağız, göz, el, ayak ve perine bakımları tekniğine uygun olarak yapılır.
* Sabunlama bezi, ıslatılıp ele sarılır. Bezin ucu ile önce uzak taraf göz kapağı içten dışa doğru, sonra yakın taraf göz kapağı aynı şekilde silinir.
* Yeniden sabunlanan bez ile önce alın, sonra burun üstü ve kenarları, yanaklar ve çene silinir, durulanır kurulanır.
* Yeniden sabunlanan bez, ele sarılarak uzak taraftan yakın tarafa doğru boyun ve kulak silinir.
* Yeniden sabunlanan bez ile uzak taraftaki omuz bölgesinden başlanarak küçük dairesel hareketlerle parmak uçlarına kadar kollar silinir.
* Bireyin mahremiyeti korunarak sabunlama bezi ile uzaktan yakına, yukarıdan aşağıya doğru göğüs ve karın bölgesi silinir. Kadınlarda ve kilolu bireylerde göğüs altları ve aralarına dikkat edilir.
* Birey yan çevrilerek sırt bölgesi enseden iliak bölgeye kadar yukarıdan aşağıya doğru silinir. Tekrar sırt üstü çevrilir.
* Bacaklar silinir.
* Bireyin tüm vücudu aynı sıra gözetilerek ve her bölgede bez değiştirilerek durulanır ve kurulanır.
* Gerekiyorsa, deriyi nemlendirmek için vücut losyonu ve yağı sürülür.
* Yatak takımları değiştirilir.
* Temiz iç çamaşırı, hasta önlüğü/ gecelik/ pijaması giydirilir.
* Bireyin saçlarıtaranır.
* Uygun pozisyon verilir.
* Yatak kenarları kaldırılır.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldiven, önlük, maske ve bone çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatına**” uygun şekilde yıkanır.
* Yapılan işlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **71- TEMİZ ARALIKLI MESANE KATETERİ UYGULAMA TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Belli aralıklarla kateter uygulayarak mesanenin boşaltılmasını ve fizyolojik mesane fonksiyonlarının geriye dönüşünü sağlamaktır.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; temiz aralıklı kateterizasyon uygulayarak böbrek fonksiyonlarını korumayı ve üriner sistem komplikasyonlarını önlemeyi kapsar. Ayrıca temiz aralıklı kateterizasyon uygulaması takibi hastanın ve ailesinin eğitimini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Rezidüel idrar:** İdrar yapıl­dıktan sonra mesanede ka­lan idrar miktarıdır.
* **Spontan işeme:** Kendiliğinden, herhangi bir dış etki olmaksızın yapılan idrardır.

1. **UYARILAR VE ÖNERİLER**

* Temiz aralıklı kateterizasyon endikasyonu olan hastadan işlem öncesi idrar kültürü alınır.
* İşlem hakkında hasta ve ailesi bilgilendirilir.
* İşlem hekim önerisiyle her 4-6 saatte bir uygulanır. Sıklık, spontan işemenin başlamasına, rezüdüel idrar miktarına göre belirlenir.
* Aldığı çıkardığı sıvı kontrolü yapılır.
* Aldığı sıvı 2000 cc ile kısıtlanır. Bu durum hastanın sıvı alımına ya da idrar çıkışlarına göre 200 cc azaltılır ya da arttırılır.
* Kadınlarda 12-14-16-18 no, erkekte 16-18 no, çocuklarda 6-8-10 numaralı kateter kullanılır.
* Asepsi ve antisepsi kuralı ile çalışılır. İşlem aseptik kurallara uygun gerçekleştirilir.

**Tak (Temiz Aralıklı Kateterizasyon) Uygulandığı Durumlar:**

* Spinal kord yaralanmaları,
* Multipl skleroz,
* Kafa travması
* Serebro vasküler hastalıklar,
* Beyin tümörleri,
* Poliomyelit,
* Disk hernisi,
* Pelvis travması ve cerrahisi,
* Çocuklarda santral sinir sistemindeki gelişme bozuklukları.

1. **ARAÇ VE GEREÇLER:**

* Kendiliğinden jelli kateter
* Ölçekli kap ya da idrar torbası
* Non- steril eldiven
* Antiseptik solüsyon
* Yatak koruyucu
* Steril gazlı bez

1. **İŞLEM BASAMAKLARI:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir. Soruları varsa yanıtlanır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Eldivenler giyilir.
* Perde ya da paravan çekilir.
* Hastaya uygun pozisyon verilir. Bayan hastalar için sırtüstü bacaklar dizlerden bükülür ve yana açılır. Erkek hastalar için sırt üstü ya da oturabiliyorsa yarı oturur pozisyon verilir.
* **Hasta kadın ise**; sol elin baş ve işaret parmağı ile labia majör ve minörleri dışa ve yana doğru açılır. Sağ el ile labia minör ve majörleri antiseptik solüsyon dökülmüş steril gazlı bez ile yukarıdan aşağıya doğru silinir.
* Ölçekli kap ve kateter vulvanın altına yaklaştırılır.
* Kateteri açmadan önce içindeki kayganlaştırıcı jel patlatılarak kateter yukarı aşağı hareket ettirilir.
* Kateter steril şekilde açılır.
* Sol elle labia majörler aralanıp sağ elle kateter idrar deliğinden idrar gelene kadar yavaşça itilir. Sondanın dışta kalan ucu ölçekli kap ya da idrar torbasına takılır.
* İdrar gelmesi durduğunda yavaş hareketlerle kateter geri çekilir.
* **Hasta erkek ise;** penisi tek elle 60-90 derece kaldırılır. Sünnet derisi 2,5 cm geriye çekilerek meatüs dışa doğru dairesel hareketlerle antiseptik dökülmüş gazlı bez ile silinir.
* Kateteri açmadan önce içindeki kayganlaştırıcı jel patlatılarak kateter yukarı aşağı hareket ettirilir.
* Kateter steril şekilde açılır.
* Sol el ile penis kavranıp göbeğe doğru çekilir.
* Sağ elle kateter idrar deliğinden idrar gelene kadar yavaşça itilir. Sondanın dışta kalan ucu ölçekli kap ya da idrar torbasına takılır.
* Eğer kateter düşer ya da sterilliği bozulursa yenisiyle değiştirilir.
* İdrar gelmesi durduğunda yavaş hareketlerle kateter geri çekilir.
* İdrar miktarı ölçülür.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Yapılan işlem ve çıkan idrar miktarı **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* İdrarın miktarında, renginde, kokusunda değişiklik varsa hekimine bilgi verilir.

|  |
| --- |
| **72- TIBBİ ATIK YÖNETİMİ TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici depolanması ve ilgili birimlere tesliminin sağlanmasıdır. Tıbbi atık yönetiminin uygulanma amacı; tıbbi atıkların hastanemiz sağlık personeline ve çevreye zarar vermeden bertaraf edilmelerinin sağlanmasıdır.
2. **KAPSAM:** Hastanenin tüm birimlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Başhemşire, başhemşire yardımcıları, birim sorumluları, sorumlu hemşireler, hemşireler, temizlik şirketi sorumlusu, temizlik personeli
4. **TANIMLAR**

Hastane atıkları (4) dörde ayrılır:

* **Tehlikeli Atıklar:** Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden dolayı ya da yasal nedenler dolayısı ile özel işleme tabi olacak atıklar; tehlikeli kimyasallar, sitotoksik ve sitostatik ilaçlar, amalgam atıkları, genotoksik ve sitotoksik atıklar, farmasötik atıklar, ağır metal içeren atıklar, basınçlı kaplar.
* **Farmasötik Atık:** Kullanma süresi dolmuş veya artık kullanılmayan, ambalajı bozulmuş, dökülmüş ve kontamine olmuş ilaçlar, aşılar, serumlar ve diğer farmasötik ürünler ve bunların artıklarını ihtiva eden kullanılmış eldivenler, hortumlar, şişeler ve kutuları,
* **Genotoksik Atık**: Hücre DNA’sı üzerinde mutasyon yapıcı, kanserojen veya insan veya hayvanda düşüğe neden olabilen türden farmasötik ve kimyasal maddeleri, kanser tedavisinde kullanılan sitotoksik (antineoplastik) ürünleri ve radyoaktif materyali ihtiva eden atıklar ile bu tür ajanlarla tedavi gören hastaların idrar ve dışkı gibi vücut çıkartılarını,
* **Kimyasal Atık**: Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan ve insan ve çevre sağlığı için çeşitli etkilerle zararlı olabilen kimyasal maddelerin gaz, katı veya sıvı atıklarını,
* **Ağır Metal İçeren Atıklar**: Ünitelerde tedavi, tanı veya deneysel araştırmalar gibi tıbbi alanlarda kullanılan termometre, tansiyon ölçme aleti ve radyasyondan korunma amaçlı paneller gibi alet ve ekipmanların içinde veya bünyesinde bulunan cıva, kadmiyum, kurşun içeren atıkları,
* **Basınçlı kaplar** (flakonlar, anestezik gazların depolandığı basınçlı tüpler).
* **Tıbbi atıklar:** Tıbbi atık; özel işlem görmek üzere ayrılan sağlık kuruluşu kaynaklı atıklara verilen isimdir. Tıbbi atık türleri:
* **Patolojik atıklar** (doku, organ, insan fetüsü, hayvan cesetleri, kan ve vücut artıkları),
* **Enfekte atıklar** (Hastalık etkenleri bulaşmış veya bulaşması muhtemel her türlü; insan doku ve organları, idrar kapları, kan veya plasenta bulaşmış atıkları, bakteri kültürleri, enfeksiyon hastalıkları ve acil servis atıkları, bakteri ve virüs tutucu hava filtreleri, dışkı ve bunlara bulaşmış eşyalar, karantinadaki hasta atıkları),
* **Kesici-delici aletler** (batma, delme, sıyrık ve yaralanmaya neden olabilecek kesici veya delici cisimler)
* **Radyoaktif atıklar** (Radyoaktif madde içeren atık, vücut doku ve sıvılarının invitro analizleri, vücut ve organ görüntülemesi, tümör lokalizasyonu veya tedavi amacıyla, çeşitli araştırmalarda kullanılan katı, sıvı ve gaz atıklar),
* **Evsel nitelikteki atıklar:** Ünitelerden atılan ancak enfekte olmamış; mutfak atığı, bahçe atığı, büro atığı, ambalaj malzemeleri, şişe vb. maddelerden oluşan atıklardır.
* **Geri kazanılabilen atıklar:** Kontamine olmamış cam, plastik, metal ve kâğıt atıklardır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Atık toplamada görevli personel göreve başlamadan önce eğitilmelidir. Yıl içinde belirlenen aralıklarla eğitim tekrarlanmalıdır.
* Tıbbi atık toplayan personelin koruyucu başlık, maske, gözlük, iş tulumu, çizme ve özel eldiven kullanması sağlanmalıdır.
* Tıbbi atık toplayan elemanlar HEPATİT B aşısı ile aşılanmalıdır. Kesici-delici aletlerle yaralanmaları durumunda Hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesine müracaat edilmelidir.
* Atık torbaları ağzına kadar doldurulmamalı, torbadan torbaya boşaltılmamalı, dörtte üç oranında dolmuş atık torbası hemen yenisi ile değiştirilmeli, toplama ekipmanları atıkların kaynağına yakın yerlerde bulundurulmalıdır.
* Kullanılmış enjektörler, branül, kelebek set iğneleri, bistüri, kontamine cam kırıkları vb. kesici delici aletler; delinmez, sızdırmaz, ağızları kilit kapaklı özel kutulara

(kesici - delici alet kutusuna) atılarak toplanmalıdır. Bu kaplar asla ağzına kadar doldurulmamalıdır.

* Enjektörler kullanıldıktan sonra iğne uçları kapatılmadan, el ile ayrıştırma yapılmadan bu kutulara atılmalıdır
* Kesici - delici alet kutuları çalışma alanında bulundukları müddetçe dik tutulmalıdır.
* Kesici - delici alet kutuları dolduğu zaman kapakları açılmayacak şekilde kapatılmalı, kırmızı renkli plastik torbalar içerisine konulup sıkıca kapatılarak geçici depolama alanına taşınmalıdır.
* Atıkları sınıflandırarak toplama ve taşıma hizmetinde görevli personel bu konuda eğitimli olmalıdır.
* Tıbbi atıkların ünite içine taşınması görevi özel bir ekip tarafından yapılmalıdır; görevli personel özel nitelikli turuncu renkli elbise giymelidir.
* Atık torbalarının taşınma işlemi; turuncu renkli, üzerinde “DİKKAT TIBBİ ATIK” ve “Uluslararası Biyotehlike” amblemi bulunan, paslanmaz çelikten yapılmış, tekerlekli, keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlik ve dezenfeksiyonu kolay taşıma araçlarına yüklenmelidir. Evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenmemelidir.
* Yüklenmiş atık taşıma aracı, insan trafiğinin yoğun olmadığı, belirlenmiş güzergahı izleyerek geçici depo alanına ulaştırılmalıdır.
* Taşıma sırasında torbaların patlaması durumunda atıklar ikinci bir torbaya konmalı ve olay sırasında kontamine olan yüzeyler temizlenip, dezenfekte edilmelidir.
* Kırmızı torbalar, tahrip olmaması, yırtılmaması ve içindekilerin dağılmaması için kesinlikle fırlatılmamalı ve/veya atılmamalıdır.
* Atıklar bertaraf alanına taşınana kadar 48 saati geçmemek üzere geçici depolama alanında bekletilmelidir.
* Tehlikeli atıklar, evsel nitelikli atıklar ve tıbbi atıkların konacağı geçici depo ve konteynerler ayrı olmalıdır.
* Tıbbi atık geçici deposundaki sızıntılar kanalizasyona verilmeyip emici bir malzemeyle toplanmalı ve kırmızı torbalara konulmalıdır.
* Deponun kapıları kapalı ve kilitli tutulmalı, görevli personel dışında kişilerin girmesi önlenmelidir.
* Tıbbi atık geçici deposu her boşaltım sonrası, ayrıca bir sızıntı olduğunda temizlenip, dezenfekte edilmelidir.

1. **UYGULAMA:**

* Evsel nitelikteki, geri kazanılabilen, tıbbi ve tehlikeli atıkların toplanmasında farklı renkli torbalar kullanılmalıdır.
* Evsel nitelikteki atıklar, tıbbi atıklardan ayrı olarak siyah torbalarda toplanmalı ve ayrı olarak geçici depolanmalıdır.
* Geri kazanılabilen atıklar mavi torbalarda toplanmalıdır.
* Tıbbi atıklar, bu iş için eğitilmiş personel tarafından diğer atıklardan ayrı olarak sızdırmaz, taşınmaya dayanıklı, en az 100 mikron kalınlığında, iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT TIBBİ ATIK” yazısı bulunan kırmızı renkli plastik torbalarda toplanmalıdır. Torbaların hacmi en az 10 kilogram kapasitede olmalı, ağzı sıkıca kapatılmalı, gerekiyorsa sızmaları önleyecek şekilde iç içe iki torba kullanılmalıdır. Torbalar en fazla ¾ oranında doldurulmalıdır.
* Tehlikeli atıklar, bu iş için eğitilmiş personel tarafından diğer atıklardan ayrı olarak sızdırmaz, taşınmaya dayanıklı, iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT TEHLİKELİ ATIK” yazısı bulunan sarı renkli plastik torba ve sarı kovalar içerisinde toplanmalı, biriktirilmeli ve dikkatlice bertaraf edilmelidir.

**Kırmızı çöp poşetine atılacaklar**

* Enjektörler
* İntravenöz kateterler
* Disposable diğer malzemeler
* Foley sonda
* Nazogastrik sonda
* Trakeostomi kanülü
* İdrar torbası ve bağlantıları
* İzolasyon atıkları
* Delici - kesici aletler (kesici delici alet kutusunda toplandıktan sonra çöp poşetine atılmalıdır)
* Kullanılmış pansuman malzemeleri
* Kullanılmış eldiven, gaita kapları, idrar kapları, balgam kapları
* Cerrahi pansuman malzemeleri
* Bildirimi zorunlu hastaların atıkları
* Kontamine araç ve gereçler
* İnsan patolojik atıkları
* Kan ve kan ürünleri
* Sekresyon ve çıkartılar
* Diyaliz atıkları
* Laboratuvar atıkları

**Sarı çöp poşetine atılacaklar**

* Kemoterapi ilaçları
* Kullanma süresi dolmuş veya artık kullanılmayan, ambalajı bozulmuş, dökülmüş ve kontamine olmuş ilaçlar,
* Aşılar,
* Serumlar ve diğer farmasötik ürünler ve bunların artıklarını ihtiva eden kullanılmış eldivenler, hortumlar, şişeler ve kutuları,

**Siyah çöp poşetine atılacaklar**

* İdare binası atıkları
* Hasta, doktor, hemşire odası atıkları
* Hasta bakım üniteleri atıkları
* Enfekte olmayan tıbbi atıklar
* Ortamda oluşan ve organik olmayan atıklar

**Mavi çöp poşetine atılacaklar**

* Geri kazanılabilen atıklar (serum, ilaç şişeleri, flakon vs.)
* Tıbbi malzeme ambalajlanmasında kullanılan kâğıtlar vs.

|  |
| --- |
| **73- TRAKEOSTOMİ BAKIM TALİMATI** |

* + 1. **AMAÇ**: Patojen mikroorganizmaların alt solunum yollarına bulaşmasını ve olası enfeksiyonları önlemeye yönelik standart bir yöntem belirlemektir.
    2. **KAPSAM:** Trakeostomi bakımına yönelik faaliyetleri kapsar.
    3. **SORUMLULAR**: Tanı, tedavi ve bakım yapan tüm birimleri ve bu birimlerde görev yapan doktor, hemşire ve sağlık memurlarını kapsar.
    4. **TANIMLAR:**
* **Trakeotomi:** Hava yolu açıklığını sağlamak amacıyla trakea ön duvarının geçici olarak açılması işlemidir.
* **Trakeostomi:** Trakeanın dışarıya doğru ağızlaştırılarak oluşturulan açıklığa yapay bir hava yolu yerleştirilmesine denir.
  + 1. **UYARILAR ve ÖNERİLER**
* Trakeostomi /trakeotomi bakımı verilirken standart önlemlere ve asepsi kurallarına uyulmalıdır.
* Trakeostomi kanül çervresinde antimikrobiyal topikal pomat kullanılmamalıdır.
* Trakeostomi stoma çevresi enfekte olmadığı sürece epitilizasyonu geciktirebileceği için iyotlu bileşikler kullanılmamalıdır.
* Trakeostomi bölgesi kızarıklık, ödem, sekresyonun niteliği ve kanama açısından gözlenmelidir.
* Tanılama sıklığı 24 saatte bir ya da lüzum halinde yapılmalıdır.
  + 1. **ARAÇ ve GEREÇLER**
* Disposable eldiven
* Tedavi tepsisi
* Sargı bezi
* Aspirasyon seti ve sondası
* Enjektör
* Spanç
* Steril distile su
* Böbrek küvet
* Steteskop
* Steril eldiven
  + 1. **UYGULAMA:**
* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Eldiven giyilir.
* Akciğerler solunum sesleri açısından değerlendirilir.
* Hastaya semi- fowler pozisyonu verilmeli, bilinci kapalı ise yan çevrilmelidir.
* Trakeostomi kanülündeki sekresyonlar **“Aspirasyon Uygulama Talimatı”**na uygun olarak temizlenir.
* Temizleme sonrası kanülün altındaki kirli spanç çıkartılır.
* Yeni bir steril eldiven giyilir. İç kanül dış kanülün içerisinden çıkarılarak steril distile su ile fırçalayarak yıkanır. Steril spanç ile kurulanıp dış kanülün içerisine yerleştirilir ve kilitlenir.
* Stomanın çevresi steril spanç ve steril distile su ile silinip kurulanır. Eğer kızarıklık varsa hasta enfeksiyon yönünden değerlendirilmelidir
* Ortasından yarısına kadar kesilmiş steril spanç kanülün altına yerleştirilir.
* Kirli olan kanül tespit bağının önce bir tarafı çıkartılıp temiz olan bağ takılır. Aynı işlem diğer taraf için uygulanır. Yeni bağlar boynun yan tarafına, boyun ile bağ arasına bir parmak girecek şekilde boşluk bırakarak bağlanır ve fazlalık uçlar makasla kesilir.
* Hasta rahat edeceği pozisyona getirilip ve oksijen verilir.
* Atıklar **“Tıbbi Atık Yönetimi Talimatı”**na uygun şekilde atılır.
* Eldivenler çıkarılır.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* İşlem **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.

|  |
| --- |
| **74- VÜCUT AĞIRLIĞI ÖLÇÜM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Hastanın vücut ağırlığını belirlemek, değişiklikleri izlemek.
2. **KAPSAM:** Bu talimat; hastanın düzenli kilo takibi yapılmasını ve değerlendirilmesini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **İbre:** Ölçü aletlerinde sonucun okunduğu sayı ve değeri gösteren hareketli iğne ekranıdır.

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Tartı İşlemi; Her gün aynı tartı aleti ile aynı kıyafetle, aynı saatte aç karnına ve hasta tuvalete gittikten sonra yapılır (hasta bebek ise bezsiz ya da temiz bez ile tartılır.)
* Kullanılan tartı aletinin hastaya uygun olmasına özen gösterilmelidir. Yetişkinler, çocuklar ve bebekler için ayrı ayrı tartı kullanılır.
* Tartı aleti düz bir zeminde tutulmalıdır.
* Tartı aletinin ibresi her tartım öncesi sıfırda olmalıdır.
* Hasta tartının üzerinde iken hiçbir yerden destek almamasına dikkat edilir.
* Tartı aleti değişikliğinde iki tartı aleti arasındaki ölçüm farkı dikkate alınır.
* Tartısı ölçülemeyen hasta, nedeni ile birlikte kayıt edilir.

1. **ARAÇ-GEREÇ**

* Hastaya uygun tartı aleti

1. **İŞLEM BASAMAKLARI**

* Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
* Tartı aleti, her gün hastaların tartıldığı yere düz zemin üzerine, göstergesi okumayı yapacak olan sağlık personeli tarafında olacak şekilde yerleştirilir.
* Tartı aletinin üzerine peçete yerleştirilir. Bebekler için yatacağı yere tercihen kullanılıp atılan bir örtü konarak “0” a ayarlanır.
* Tartılacak hastanın tartı öncesi tuvalete gitmesi sağlanır, bebekler için temiz bez bağlanır.
* Hastanın üzerinde fazla kıyafet varsa çıkartılır (genelde çıplak veya aynı tip kıyafetle tartılmalıdır).
* Hastanın terlikleri çıkartılarak tartı aletinin üzerine çıkması sağlanır. Küçük çocuk ve bebekler tartılırken travmalardan korumaya yönelik önlemler alınmalıdır (Tartı aletinin bir tarafı duvara paralel yerleştirilmeli, diğer tarafında hemşire yer almalıdır. Bir elle tartma işlemi gerçekleştirirken diğer el çocuğa değmeyecek ancak düşmesini engelleyecek şekilde çocuğun üzerinde hazır bulunmalıdır. Çocuk kesinlikle tartı üzerinde yalnız bırakılmamalıdır).
* Hastanın dimdik durmasına ve hiçbir yerden destek almamasına dikkat edilir.
* İbre sabitlenince göstergedeki rakam okunur.
* Hastanın tartı aletinden inmesine yardımcı olunur.
* Hasta soyunmuşsa giyinmesi için yardımcı olunur.
* Bulunan sonuçilgili formakaydedilir ve varsa daha önceki sonuçları ile karşılaştırılarak değerlendirilir.

|  |
| --- |
| **75- VÜCUT ISISI ÖLÇÜM TALİMATI (TEMASSIZ ATEŞ ÖLÇER İLE)** |

1. **AMAÇ:** Bireyin vücut sıcaklığının doğru/ uygun yöntemle tespit edilmesi ve normal sınırlarda olup olmadığının belirlenmesidir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat hastanın vücut ısısını ölçme faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu protokolün uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**

* **Hiperpireksi:** Vücut sıcaklığının normal değerinin üzerine çıkmasına hipertermi denir. Pireksi olarak da adlandırılır. Vücut sıcaklığının 41°C ve üzerinde olmasına ise hiperpireksi denir. Vücut sıcaklığı nadiren 44°C’ ye yükselebilir. Bu değere yükseldiğinde solunum merkezi hasar görebilir ve solunum durabilir.
* **Temassız ateş ölçer ile ölçüm yapılan bölgeler:** Alın, göbek, boyun, koltuk altı, kulak arkası.

**Tablo 1. Vücut ısısının sınıflandırılması ve yaşa göre vücut sıcaklıkları**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HİPOTERMİ** |  | 35,8°C altı |
| **NORMAL ISI** | 1 yaşın altında | 37.3 |
| 2 yaş | 37.1 - 37.3 °C |
| 4 yaş | 36.9 - 37.2 °C |
| 6 yaş | 36.9 °C |
| 10 yaş | 36.7 - 36.8 °C |
| 14 yaş | 36.4 - 36.6 °C |
| **HİPERTERMİ** | Subfebril Ateş | 37,2 - 38 °C arası |
| Yüksek Ateş | 1. C üstü |

1. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**

* Güvenli ve sabit bir sonuç almak için, çevrenin her sıcaklığının değişiminde, cihazı kullanmadan önce 15-20 dakika yeni sıcaklıkta bırakılmalıdır.
* İki ölçüm arasında bir dakika beklenilmelidir.
* Ölçme alanındaki saçlar ve ter ölçüm değerini etkilediği için ölçüm öncesi uzaklaştırılmalıdır.
* Her cihazın ölçüm mesafesi değişebilir. Kullanım talimatındaki mesafeye dikkat edilmelidir.
* Cihazın kalibrasyonu sık aralarla yapılmalıdır. Kalibrasyon için sorun çıkması beklenmeden en geç ayda bir kullanım talimatında tarif edildiği şekilde kalibrasyonu yapılmalıdır.

1. **ARAÇ ve GEREÇLER:**

* Temassız ateş ölçer

1. **UYGULAMA:**

* İşlem öncesi hasta ve hasta yakınlarına uygulama hakkında bilgi verilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* İlk kullanımda ya da pilleri yeni yerleştirdiğinizde, cihazın ısınması için yaklaşık 10 dakika beklenmelidir.
* Ölçüm yapılan bölge derisinin açık ve kuru olması sağlanır.
* Uygun (cihazın kullanım talimatındaki mesafe) mesafeden alna doğru yönlendirilip, termometrenin ölçme düğmesine basılır.
* Ekrandaki sıcaklık değeri okunur.
* Ölçüm sonucu **“Hemşire Gözlem Formu”**na kaydedilir.
* Eller **“El Hijyeni Talimatı”**na uygun yıkanır.
* Normal dışı değerler doktora iletilir.

|  |
| --- |
| **76- YATAĞA BAĞIMLI HASTANIN GENEL BAKIM TALİMATI** |

1. **AMAÇ:** Yatağa tam bağımlı bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal anlamda gerekli bakım gereksinimlerini karşılamak ve oluşabilecek komplikasyonları önlemektir.
2. **KAPSAM:** Bu talimat yatağa tam bağımlı hasta bireyin; fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden tüm ihtiyaçlarının karşılanması faaliyetlerini kapsar.
3. **SORUMLULAR:** Bu talimatın uygulanmasından hemşire sorumludur.
4. **TANIMLAR:**
5. **UYARILAR ve ÖNERİLER:**
6. **ARAÇ ve GEREÇLER**

* İlgili talimatlara uygun malzemeler.

1. **UYGULAMA:**

Yatağa Tam Bağımlı Hasta Bireye;

* **Vital Bulgulara Yönelik Talimatları**
* Nabız sayma talimatı
* Sistemik kan basıncı ölçüm talimatı
* Vücut ısısı ölçüm talimatı
* Solunum sayma talimatı
* **Boşaltım talimatları**
* Sürgü verme talimatı
* Lavman uygulama talimatı
* **Hijyenik bakım talimatları**
* Saç banyosu talimatı
* Tam vücut silme banyosu talimatı
* Perine bakım talimatı
* Ayak bakım talimatı
* Ağız bakım talimatı
* Göz bakım talimatı
* **Önleme protokolleri**
* Pozisyon verme talimatı
* Elevasyon uygulama talimatı
* Bası yarası önleme talimatı
* Ayak yarası önleme talimatı
* Konstipasyonu önleme talimatı
* Derin solunum ve öksürme egzersizi talimatı
* Postüral drenaj talimatı
* Nazogastrik sonda bakım talimatı
* Endotrakeal tüp bakım talimatı
* Trakeostomi bakım talimatı
* Dren takip talimatı
* Mesane kateteri bakımı talimatı
* **Bakım protokolleri**
* Enteral beslenme talimatı
* Aldığı- çıkardığı sıvı takip talimatı
* Yara bakım talimatı
* **Hastaya, gözlenen semptomlara yönelik ilgili talimatlar uygulanır.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HAZIRLAYAN** | **KONTROL EDEN** | **ONAYLAYAN** |
| **BAŞHEMŞİRE** | **PERFORMANS VE KALİTE BİRİMİ** | **BAŞHEKİM** |