SERVİS ŞEF VE UZMANLARININ GÖREV VE YETKİLERİ :

a) Servislere kabul edilen hastaları uzmanlıkları çerçevesinde muayene ve tedavi eder. Kendi servisinin polikliniğini yaparlar. Ayrıca çeşitli uzmanlık dalları bulunmayan küçük yataklı tedavi kurumlarında Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun hükümleri çerçevesinde diğer uzmanlık şubelerine ait hastaları da muayene ve tedavi etmekle yükümlüdür. Ancak ilk tedaviden sonra mutlaka ilgili dal uzmanının görmesi gereken vakaları, gereği yapılmak üzere baştabibe bildirir. Şef ve uzmanlar, hasta müşahade ve tabelalarının düzenli ve usulüne uygun olarak yazılmasından sorumludurlar.

b) Her ne zaman olursa olsun şubelerinde çıkan önemli ve acil vakalar nedeniyle kurumca kendilerine yapılan davete gelmek ve gereken muayene ve tedaviyi yapmakla yükümlüdürler. Herhangi bir hasta hakkında konsültasyon için diğer şubelerden gelen davetleri kabul ve görüşlerini bildirmek zorundadırlar. Aynı şubeden birçok uzman bulunan kurumlarda bu çeşit hizmetler baştabibin düzenleyeceği sıraya göre nöbetleşe yapılır.

c) Poliklinik ve servislerinde ihbarı mecbur bir bulaşıcı hastalık görüldüğünde, ihbar vesikasıyla durumu baştabibe bildirirler.

d) Orijinal çalışmalara esas teşkil edebilecek nadir vakalara rastladıkça, hastane bilimsel konseyine sunulmak üzere bütün belgeleri ile beraber baştabibe verirler.Servis şef ve uzmanları, servis istatistiklerinin düzenlenmesi ve zamanında idareye verilmesi ile servis protokol defterinin usulüne uygun olarak tutulmasından sorumludurlar.

e) Kurum içinde yapılacak ameliyatlarda; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı SanatlarınınTarzı İcrasına Dair Kanunun aşağıda belirtilen 70. maddesine uymaları zorunludur. (Tabipler, diştabipleri ve dişçiler yapacakları her nev'i ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakıtını alırlar. Büyük ameliyat cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır. Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliyat yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Ameliyatı yapan uzman, ameliyatın sonunda yaptığı ameliyatı ameliyat kayıt defterine kaydeder (Ek 52 Form 11)

f) Poliklinik ve servislerde geçen önemli fenni ve idari vakaları baştabibe bildirirler.

g) Servislerine lüzumlu alet, ilaç ve sıhhi malzeme için örneğine uygun birer istek belgesi (Ek 37 Form 88) düzenleyerek baştabibe havale ettirdikten sonra bunların cinsine göre imza mukabilinde eczane veya depodan alınmasını sağlar.

h) Servislerine ait bütün demirbaş eşyanın bakımı, muhafazası ile tüketim maddelerinin yerinde ve ekonomik kullanımından sorumludur.

SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Hemşire adedi müsait olan kurum ve servislerde, servisler, ameliyathane ve hemşirelik hizmeti bulunan diğer ünitelerdeki hizmetlerin sürekliliğini sağlamak için Baştabiplikçe servis veya bölüm sorumlu hemşirelikleri kurulabilir. Bu servis sorumlu Başhemşirenin o servisteki yardımcısı olup, servisinde bulunan bütün hemşire, ebe, hemşire yardımcısı, hasta bakımında çalışan yardımcı hizmetler sınıfı personelinin iş bölümünü yapar, bunların çalışmalarını izler.

a) Servis hemşirelerinin hizmette birinci derecede amiri olup servis şef ve uzmanlarının ve başhemşirenin direktifleri ile hasta tedavi bakımının en iyi şekilde yapılmasıyla ve servisindeki düzen ve disiplini sağlamakla yükümlüdürler.

b) Servis demirbaş ve tüketim maddelerini teslim alır. Bunların muhafazasından ve yerinde kullanılmasından sorumludurlar.

c) Servisin temizliğini, yatan ve çıkan hastaların işlemlerini, hemşire ve diğer hizmetlilerin görev taksimi ve düzenlenmesini bizzat yapar ve bunların çalışmalarını denetler, yemek dağıtımının, acil ilaç dolabının işlerliğini düzenler.

d) Servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesini sağlar.

HEMŞİRELERİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

1. Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

2. Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

3. Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular, hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında ilgili hekimden sözel order istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

4. Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir. alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular.

5. Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

6. Görevi teslim alacak hemşire gelmeden ve gerekli bilgiyi hasta başında sözlü ve yazılı olarak teslim etmeden ve doğal afet, toplu kazalar gibi olağanüstü durumlarda ise hemşireye olan ihtiyaç ortadan kalkmadan kurumdan ayrılamaz.

7. Hemşirelikle ilgili eğitim, danışmanlık, araştırma faaliyetlerini yürütür. Mesleği ile ilgili bilimsel etkinliklere katılır. Toplumun, öğrenci hemşirelerin, sağlık çalışanlarının ve adaylarının eğitimine destek verir ve katkıda bulunur.

8. Sağlık hizmetlerinin verildiği tüm alanlarda etkin bir şekilde görev alır, oluşturulan sağlık politikalarının yürütülmesinde, mevzuat çerçevesinde karar mekanizmalarına katılır.

9. Hizmet sunumunda, hizmetten faydalananların bireysel farklılıklarını kabul ederek, insan onurunu, mahremiyetini ve kültürel değerlerini azami ölçüde göz önünde bulundurur.

10. Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

TEMİZLİK PERSONELİNİN GÖREVLERİ

a) Servis sorumlu hemşiresi ve hemşirelerinin direktif ve sorumluluğu altında, servislerin genel temizliklerini yapar . Hastaların bir yerden bir yere (Görüntüleme,ameliyathane vs) götürüp getirirler.

b) Laboratuvara gidecek muayene materyelini götürürler . Bizzat hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili olmamak üzere tabib, çalıştığı servis veya laboratuvarların hemşire, ebe ve tıbbi teknisyeni tarafından verilen emir ve görevleri yerine getirirler.

b) Hastaların istek ve ihtiyaçlarını, servisteki önemli olayları, ağırlaşan hastaların ıstıraplarını nöbetçi hemşireye derhal bildirirler, kendilerine teslim edilen hasta ve kurum eşyasından sorumludurlar.

c) Hastane hizmetlilerinin kendilerine verilen görevlere uyumunu ve bu konularda eğitimini eğitim birimi ve enfeksiyon birimi tarafından gerçekleştirilir.

KAT SEKRETERİNİN GÖREVLERİ:

a) Hastaların servise yatış –çıkış işlemlerini yapar ve sistemde boş odalara hastaları yerleştirir.

b) Hasta dosyalarının giriş ve çıkış kayıtlarını yazar.

c) Yatan hastalara ilişkin olarak istenen tetkik ve konsultasyonlara ait takip işlemelerini yapar.

d) Hastaların çıkış işleminde dosyayı kontrol ederek eksik belgelerin temini için ilgili birimler ile görüşerek teminini sağlar.

BÖLÜMÜN FİZİKİ YAPISI,İŞLEYİŞ VE ÇALIŞMA DÜZENİ:

Nöroloji servisi Mustafa ..... sağlık kompleksi C blok 5. Katta yer alır.

15 hasta odası ve 28 hasta yatağı mevcuttur. 1 doktor odası, 1 hemşire dinlenme odası, 1 hemşire giyinme odası, 1 mutfak ofisi, 1 adet banyo, 1 personel wc si, 1 malzeme deposu mevcuttur. Servis orta bölümde hemşire deski ve tedavi hazırlama bölümü mevcut olup hemşire deskinin sağ tarafın da servis sekreteri görev yapmaktadır. Servis koridorunun sonun da alarmlı yangın merdiveni bulunmaktadır.

Acilden veya poliklinikten yatışı kabul edilen hastalar önceden hazırlanan hasta yatağına alınır. Hasta yakınlarından hastanın anemnezi alınır. Hastanın doktoru ile birlikte hemşire vizit yapıp tedavisini düzenler. Hemşire eczaneden hastanın ilaçlarını temin edip tedavisini uygular. Vital bulgularını alıp hasta gözlemine kayıt yapar.

BÖLÜMDE KULLANILAN CİHAZLAR VE KULLANIMLARI HAKKINDA BİLGİLER:

Defibrilatör, ekg cihazı, hasta monitörü, nebulizatör, glukometre, ateş ölçer, tansiyon aleti, pulseoksimetre, hasta başı merkezi oksijen jakları, merkezi aspiratörler mevcuttur.

BÖLÜM KALİTE DOKUMANLARI:

Bölüm kalite dökümanları web sayfamızda mevcuttur.

Sıklıkla kullanılan formlar;

Hemşirelik süreci hasta tanımlama formu, hasta/hasta yakını eğitim formu, taburcu eğitim formu, hasta transfer formu, kan istem formu, kan transfüzyon onam formu, sözel istem formu, covid 19 ilişkili hastane olmamız nedeniyle tüm yatan hastalar için hazırlanan onam formu,sıvı izlem formu,ilaç düzeyi istem formu, coumadin kullanım onam formu, yatış öncesi kullanılan ilaçlar formu, İlaç listeleri ve talimatları .

BÖLÜMLE İLGİLİ RİSKLER KORUNMA ÖNLEMLERİ:

Yangın riski, elektrik çarpması riski, enfeksiyon riski, kesici ve delici alet yaralanması, oksijen tüpünden kaynaklanan olumsuz riskler, düşme riski, sıvı – katı – gaz halindeki kimyasallardan zehirlenme riskleri olabilir.

YATIŞ VERİLEN HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

➢ Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği Poliklinikten yatışına karar verilen hasta, hasta yönlendirme ve refakat elemanı eşliğinde yataklı servise getirilir.

➢ Acil servisten yatırılacak ve yoğun bakımdan yataklı servise çıkarılacak hastalar için ilgili bölümün banko sekreteri, yataklı servis banko sekreteri ile iletişime geçer.

➢ Hasta, hasta yönlendirme ve refakat elemanı ve hemşire eşliğinde tekerlekli sandalye ve sedyeyle yataklı servise getirilir.

➢ Hasta ilgili sağlık personeli tarafından teslim alınarak odasına yerleştirilir.

➢ Hastanın odasına gelen hemşire, sağlık tesisi tarafından belirlenen yatış prosedüründe belirtildiği üzere kendini tanıtır, sağlık tesisinde olduğu süre içerisinde bakım hizmetlerini kendisinin yapacağını bildirir; kimlik kontrolü ve kol bandı kontrolünden sonra yatış kâğıdı ve servis işlemleri için onam formu hakkında hasta bilgilendirilir ve imzası alınır.

➢ Kat hemşiresi tarafından ihtiyacı olan hastaya havlu, tek kullanımlık terlik, sabun, şampuan, çatal, kaşık gibi günlük kullanım gereçleri verilir.

➢ Kat yönetici sekreteri veya hemşire tarafından hastalara yönelik hizmet ve kuralları anlatan kitapçık, broşür vb. okutulur ve anlatılır.

➢ Hastaya odası, çağrı zili, yatağı, lavabosu tanıtılır ve nasıl kullanacağı hakkında bilgiler hemşire tarafından verilir.

➢ Kat yönetici sekreteri hastanın dosyasını ve eksik bilgilerini alarak yatış kabul işlem kayıtlarını sonuçlandırır.

➢ Hekimin lüzumlu gördüğü hastalar için refakatçi kalmasına izin verilir ve kat yönetici sekreteri

tarafından refakatçi kartı düzenlenir.

➢ Refakatçi, refakatçi kartını sağlık tesisinde kaldığı sürece taşımak zorundadır. Birden fazla refakatçiye izin verilmez.

➢ Hastanın ve/veya refakatçinin sağlık tesisine adaptasyonu için gerekli bilgilendirmeler yapılır. Hasta ve/veya refakatçinin bilgilendirilmesi hasta mesai sonrası yatmış ise hemşire tarafından, mesai içinde yatmışsa kat banko sekreteri tarafından yapılır.

➢ Yataklı servislerden yapılan radyolojik istemlerde eğer hasta mobilize olabiliyorsa veya yapılacak radyolojik tetkik cihazı hareket ettirilemiyorsa hasta yönlendirme ve refakat elemanı eşliğinde ve uygun transfer aracı ile tetkikin yapılacağı yere ulaştırılır. Tetkik yapıldıktan sonra hasta tekrar yataklı servise geri götürülür. Hastalar mobilize olamıyorlarsa taşınabilir röntgen ve ultrasonografi cihazları ile hastanın bulunduğu yere gidilerek tetkik gerçekleştirilir.

DEĞERLENDİRME SONRASINDA BAKIMIN PLANLANMASI

➢ Hekim tarafından düzenlenen hastanın tedavisi başlanır. Hemşire hasta dosyasını inceler, talimatlara uygun olarak hemşire gözlem kâğıdını düzenler.

➢ Vital bulgularını alır, uygulanacak tedavi ve saatlerini kaydeder. Yaptığı tüm bu girişimlerde parafını atar.

➢ İlgili branş uzmanı yapılacak ileri tetkikleri planlar. İlgili branş uzmanı tarafından ileri tetkik istemi yapılırsa yataklı servis banko sekreteri organizasyonu yapar. Alınan numunelerin barkodları çıkarılır ve numune üzerine yapıştırılır. Pnömatik sistemi ile laboratuvara ulaştırılması sağlanır.

➢ İstenen tetkik sonuçları hakkında hemşire tarafından hekimine bilgi verilir, tetkik sonuçları hastanın dosyasına yerleştirilir, ilgili branş hekimi vizit sırasında tetkik sonuçlarını inceler ve duruma göre hastanın tedavisini tekrar düzenler.

➢ Tetkik sonuçlarına göre bulaş riski yüksek hastalık tespit edilen hastalar için izole hasta prosedürü geliştirilir, uygulanır ve gerekli formlarda kayıt altına alınır.

√ Düşme Riski Olan Hastalar Düşen adam figürü

√ Solunum İzolasyonunda Sarı Yaprak

√ Damlacık İzolasyonunda Mavi Çiçek

√ Temas İzolasyonunda Kırmızı Yıldız

➢ Yataklı servislerden yapılan radyolojik istemlerde eğer hasta mobilize olabiliyorsa veya yapılacak radyolojik tetkik cihazı hareket ettirilemiyorsa hastanın hemşiresi eşliğinde ve uygun transfer aracı ile tetkikin yapılacağı yere ulaştırılır. Tetkik yapıldıktan sonra hasta tekrar yataklı servise geri götürülür. Hastalar mobilize olamıyorlarsa taşınabilir röntgen ve ultrasonografi cihazları ile hastanın bulunduğu yere gidilerek tetkik gerçekleştirilir.

PLANLANAN BAKIMIN HASTAYA UYGULANMASI

➢ Tetkik sonuçlarına göre diğer tedaviler planlanır.

➢ Hemşire hekim talimatında yazılan hastanın kullanacağı ilaçların otomasyon sistemi üzerinden eczaneden istemini yapar.

➢ Eczacılar tarafından ilaçlar eczanede görevli sağlık personeli tarafından hemşireye imza karşılığı teslim edilir.

➢ Hastaya gerekli olan ilaçlar sağlık tesis eczanesinde yok ise sağlık tesisi eczanesi ilaçları dışarıdan temin eder.

➢ Bununla ilgili anlaşma ve düzenlemeler sağlık tesisi tarafından belirlenir. Hastanın diyeti hekimi tarafından belirlenir ve tabelasına işlenir.

➢ Serviste yatan tüm hastaların diyetlerinin olduğu liste servis sorumlu hemşiresi tarafından en geç saat 09.00 da diyetisyene ulaştırılır. Listeye göre hazırlanan ana ve ara öğünler personel tarafından servise getirilir. Servis hemşiresi gözetiminde, diyetisyen veya özel eğitimli mutfak personeli tarafından dağıtılır.

➢ Hastanın başka branşlarla ilgili problemleri varsa hekim tarafından konsültasyon formu doldurulur. Kat sekreteri, konsültasyon için ilgili kat yönetici sekreterini arar.

➢ Konsültasyon hizmetleri ilgili kat yönetici sekreterleri tarafından hekimin çalışma programı dikkate alınarak yapılır.

➢ Konsültasyonu yapacak hekim hastayı yatağında değerlendirir. Konsültasyon sonucu hastanın hekimine bildirilir. Gerekiyorsa hekimler arasında ortak tedavi planı hazırlanır.

➢ Hastaya kan vermek gerekiyor ise, kan istemi hekim tarafından yapılmalı ve kan istem formunda istemi yapan hekimin kaşe ve imzası olmalıdır.

➢ Otomasyon üzerinden isteniyor ise kişisel şifresi ile istenmelidir. Gerekli form doldurulur cross kanı alınıp hasta refakat ve yönlendirme elemanı ile kan merkezine gönderilir.

➢ Kan hazır olduğunda kan merkezi kan isteyen bölüme bilgi verir, görevli personel gönderilerek kanı aldırılır. Kan torbası üzerinde hasta bilgileri, kan grubu bilgileri barkotla yapıştırılır. Standart kan transfüzyon kontrolleri yapılmadan ve kan transfüzyon onamı alınmadan kan hastaya verilmez.

Serviste arrest durumunda;

hemşire tarafından sağlık tesisi için düzenlenmiş mavi kod uygulamasına göre mavi kod ekibine haber verilir. Mavi kod ekibi gelinceye kadar, hemşire, personel acil çantası, defibrilatör, EKG, aspiratör gibi cihazları hasta başına hazırlar. Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi ve gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması Hastalara ister medikal, ister cerrahi tedavi uygulanmış olsun sonuçta:

a.) Yoğun bakıma alınabilirler,

b.) Taburcu edilebilirler. Hastanın taburcu işlemleri için hemşire dosyayı kat yönetici sekreterine teslim eder. Sekreter dosya muhteviyatı formuna tanımlanmış tüm formları eksiksiz olarak koyar ve taburcu işlemini yapar. Hastanın kullanması gereken ilaçları hekimi tarafından reçete edilir ve epikrizi verilir. Hastaya tek hekim veya heyet raporu verilecekse kat banko sekreteri tarafından taburcu işleminden önce organizasyonu yapılır. Gereken hastalar için sosyal servis bilgilendirilir. Hekim tarafından uygun görülen tarihe kontrol amaçlı poliklinik randevusu alınır.

c.) Sevk edilebilirler. Bu durumda hekim tarafından hasta bilgilendirilir ve taburcu işlemleri yapılır. Epikriz doldurulur. Hastanın tıbbi destekle sevk edilmesi gereken durumlarda hastaların ilgili sağlık personeli eşliğinde hasta sevk formu ile sevk işlemi yapılır. Sorumlu hekim, hastanın sevk işlemleri için ilgili birimlerle irtibata geçer ve hastanın işlemini yapar.

d.) Ex olabilir. Yataklı serviste ex olan hastalar hemşire ve personel tarafından hazırlanır. Hasta üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb. çıkartılır. Hasta künyesi çıkarılmaz. Sağ ayak başparmağına ex kartı takılır. Ölünün üzeri personel tarafından örtülerek morga götürülür. Sorumlu hekim tarafından hasta yakını uygun bir yerde ve şekilde bilgilendirilerek haberdar edilir.

DİĞER DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

➢ Hemşireler vardiya/nöbet devirlerinde hasta teslimlerini önce hemşire bankosunda daha sonra mutlaka hasta başında yapmalıdır.

➢ Gün içinde hastada gelişen olağan veya olağan dışı tüm durum, bilgiler ve uygulamalar teslim edilmelidir. Teslimde; narkotikler, acil çantası, laringoskop, ambu, defibrilatör gibi alet ve ilaçlar sayılarak imza karşılığı teslim edilir. Defibrilatör ve laringoskop mutlaka çalışır durumda olmalıdır. -Yeşil ve kırmızı reçeteye tabii ilaçların temini, saklama, devir teslim, kullanım ve iadesi mevzuatta belirtildiği üzere yapılmalı ve imzalanmalıdır.

➢ Tüm hastane kapsamında atıklar evsel, tıbbi ve geri dönüşüm atıkları olarak ayrı kapalı atık kaplarında EKK tarafından hazırlanan talimatlara göre biriktirilmektedir. Tıbbi atıklar uygun kıyafet giymiş olan tıbbi atık toplama personeli tarafından toplanır.. Kesici, delici aletler için de ayrı kapaklı toplama kapları

bulunmaktadır. Bu kaplar dolduğunda kapakları kapatılarak ilgili personele teslim edilir.

Servisler Arası Hasta Transferi: Uzman hekim tarafından başka bir kliniğe transferine karar verilen hastanın dosyası tamamlanıp epikrizi yazılır.

➢ Nakledileceği servisten yatak onayı alınır.

➢ Hasta Transfer Formu doldurulur.

➢ Hasta tüm dosyası ile birlikte sağlık çalışanı eşliğinde yeni servise transfer edilir.

➢ Engelliler ve bu kapsamdaki kişiler için geçiş alanları, katlar arası geçişler, WC ve diğer ihtiyaçlarına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

➢ Mahkûm hastaların tedavilerine yönelik sağlık tesisinin türüne göre, çalışan ve hasta güvenlik tedbirleri alınarak, mevzuat uyarınca gerekli düzenlemeler yapılır. Psikososyal problemleri olan hastalar için soysal hizmetler birimi ile irtibata geçilir. Değerlendirme sonucunda hasta ile ilgili servis sorumlu hemşiresi ve hekimi sosyal hizmetler birimi tarafından bilgilendirilir. Kimsesiz hastaların bakım ihtiyacını karşılamak üzere sağlık tesisi gerekli düzenlemeyi yapmalıdır. -Servis kullanım alanları, temiz ve düzenli olarak hastaya hizmet verecek şekilde düzenlenmelidir. Hasta geçişlerini zorlaştıracak malzeme ve kalabalığın önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

➢ Kapsamlı temizlik hizmetleri hasta vizit saatleri dışında tamamlanmış olmalı, gün içinde kullanıma bağlı temizlik ihtiyaçları sağlık hizmetini engellemeyecek şekilde yapılmalıdır.

➢ Servis kullanım alanlarında, teknik donanım, elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyecek durumlarda, kat yönetici sekreteri, teknik işler bölümüne gerekli bilgiyi verir.

➢ Servis kullanım alanlarının uygun iklimlendirme, havalandırma şartlarını taşıması gerekir.Doğal ışık imkânları sağlama önceliği dikkate alınarak yeterli aydınlatma yapılmalıdır.

ALDIĞI – ÇIKARDIĞI SIVI İZLEMİ

Ameliyat sonrası dönemde, oral yolla beslenme istenmeyen durumlar, Dehidratasyon nedeniyle fazla sıvı alması gereken durumlar. I.V. sıvı tedavi uygulamaları gibi durumlarda mutlaka izlem yapılmalıdır. Genelde doktor istemi doğrultusunda başlanıp sürdürülmesine rağmen, hemşire gereksinimi kendisi belirleyip, A.Ç.Takibini başlatabilir yada gerek olmadığını saptayabilir. Takibe başlarken işlemin nasıl yapılacağı hastaya açıklanır. İşlemin doğru bir şekilde sürdürülebilmesi hastanın işbirliğine bağlıdır. Bilinçsiz hastalarda işlem tamamiyle hemşire kontrolündedir. A.Ç. Takibi saatlik isteniyorsa, Her saat hastanın aldığı (oral, Nazogastrik yoluyla) içerik, miktar ve özellikle açısından belirlenir ve kayıt edilir.1 çay bardağı – 100 cc 1 su bardağı – 200-240 cc olarak kabul edilir. Nazogastrik ile beslemede enjektör sistemi ve infüzyon pompasıyla miktar belirlenir. Hasta bilinçli ise her saat aldığı sıvı miktarını kendine ait bir kağıda kaydetmesi istenir. (8saatlik yapılacakizlemde de bu uygundur.) I.V. yolla beslemede; hangi solüsyonun hangi miktarda verileceğine karar verdikten sonra tedavinin başlatılması ve sürdürülmesinden hemşire sorumludur. DDS ve saatte gidecek mayi miktarı belirlenir. Sıvı – İzlem : 08.00'den itibaren ya da ne zaman başlatılması istenmişse başlatılır. Saatte gidecek mayi miktarına göre, her saat başı kalan ve giden mayi miktarı kayıt edilir. 8 saatlik gönderilen mayi miktarları toplanarak hastanın aldığı diğer sıvılar eklenerek Genel Aldığı toplamında gösterilir. Hastanın Çıkardıkları (İdrar, NG, Kusma, Direnler) saatlik olarak takip edilecekse, miktarları bağlantı sağlanmış torbalarla ya da torbadan serum şişesine boşaltılarak belirlenir. İdrarda Ürofix ya da normal idrar torbası NG'de idrar torbası kullanılır. Kusma; miktar ve özellik açısından değerlendirilir. Miktarı böbrek küvet ve ölçekli bir kapla ölçülür. Her biri ilgili alanlara saatlik olarak yazılarak 8 saatlik toplamalar şeklinde belirlenir.

➢ Bu alanların personele yönelik yeterli güvenlik tedbirleri alınmalıdır. Güvenlik kod uygulaması bu alanlarda esastır. Güvenlik önlemleri kapsamında kamera sistemleri kurulurken personelin kişisel mahremiyete özen gösterilmelidir. AÇ. Takibinde 24 saat sonunda Genel toplam hesaplanır. Elde edilen sonuçlar, bireyin aldığı ve çıkardığı sıvı miktarının dengeli olup olmadığı yönünden değerlendirilir. Değerlendirme yapılırken hissedilmeyen sıvı kayıpları da göz önüne alınmalıdır.

İNTRAVENÖZ KATETER TAKILMASI

Sıvı ve ilaç infüzyonu nedeniyle I.V. kateter takılır. Uygun ven seçimi önemlidir. Uygun Ven:

➢ Kolay bulanabilir, zedelenmemiş olmalı ve eklem üzerinde olmamalıdır.

➢ Distalden proksimale doğru seçim yapılır.

➢ Bacak ve ayak venleri zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır.

➢ Hipertonik solüsyonlar, damar duvarını irriter edici ilaçları içeren solüsyonlar ve hızlı verilmesi gereken solüsyonlar için büyük venler tercih edilmelidir.

➢ Vene uygun ölçülerde kateter seçimi 20-22 numara. İşlem hastaya açıklanır. Tek kullanımlık eldiven giyilir. Turnike, vene girilecek alanın 10-15cm yukarısına bağlanır.

➢ Turnike, venöz kan akışını engelleyecek sıklıkta olmalı, Arteriyal kan akışını engellenmelidir. (Radyal Nabzın alınıp alınmadığını kontrol ederek anlaşılabilir.)

➢ Alkol ya da Povidon-Iyot solüsyonu ile damar boyunca yukarıdan aşağıya silinir. Damara girilecek alan bir elle sıkıca çekilerek gerdirilir. Bu şekilde ven ve deri iğnenin girişi için sabitleşmiş olur. Vene girerken doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki teknik kullanılır. Büyük venlerde doğrudan vene girme tekniği (deri ve ven aynı anda

hızlıca delinerek) kullanılır. Bu teknikte iğnenin açık ağzı yukarı bakmalı ve deli ile iğne 15-20 derece bir açı yapılmalıdır.

➢ Dolaylı teknik ise iğnenin açık ağzı yukarı bakacak şekilde ve 30-45 derece açıyla delinir. Deriye giren nokta, vene girmek için belirlenen alanın yaklaşık 1cm altında ve vene paraleldir. Deriye girildikten sonra iğnenin deriyle yaptığı açı 15 dereceye kadar küçültülerek vene girilir. Bu teknik özellikle küçük ve kaygan venlerden kullanılır ve hematom oluşma olasılığı daha azdır. Kan geldiği görüldüğünde kateter, kan akımına doğru ilerletilir ve turnike açılır. Kateterin içindeki çelikiğne çıkartılır. Ven içinde kalacak plastik iğne, kan akımı yönüne doğru ilerletilir ve tamamen ven içine yerleştirilir. Tespit etmeden önce solüsyon gidip gitmediğine bakılır. Sorun yoksa tespit edilir. Kateter, belirli aralarla sadece ilaç uygulaması için takılmış ise Heparin kilidi uygulanır ve kateter steril kapağı ile kapatılır. Günün tarihi ve takan hemşirenin parafı atılmalıdır.

HEMŞİRELİK BAKIMI YÜKSEK ATEŞLİ ERİŞKİN HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Hasta için sakin ve güvenli bir ortam sağlanır.

➢ Vücut ısısı ve diğer vital bulgular düzenli aralıklarla takip edilir ve hemşire gözlem çizelgesine kaydedilir.

➢ Hastanın sıvı alımı sağlanır, yaşlı yatağa bağımlı ağızdan alamayan hastalara IV destek sağlanır.

➢ Aldığı çıkardığı takibi yapılır ve kaydedilir.

➢ Soğuğa yakın ılık suyla soğuk uygulama yapılır ve kaydedilir. (Uygulama 10dk.'yı geçmemeli, ateş 1 0C derece'den fazla düşürülmemeli.)

➢ Oda havalandırılır, oda ısısının 17-19 C derecede olması sağlanır.

➢ Gerekli görülen kültürler aseptik koşullarda ve tekniğine uygun olarak alınır.

➢ Doktor istemine uygun olarak hastaya antipiretik ilaçlar uygulanır.

➢ Hastanın uygulamalara yanıtı mutlaka kaydedilir.

BASI YARASI ÖNLEMEDE HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Dekübitüs önleme bakım veren hemşirenin sorumluluğundadır.

➢ Hastalar "Braden Skalası" kullanılarak bası yarası riski yönünden değerlendirilir.

➢ Servise yatan her hasta 24 saat içinde skala ile bası yarası riski yönünden değerlendirilir.

➢ Yüksek riskli hastalarda havalı yatak kullanılır.

➢ Cilt bakımında alkali olmayan PH 5,5 sabunlar kullanılır.

➢ Hassas ve kuru cilt üzerine doğrudan masaj yapılmaz, yumuşatıcı hafif yağlı kremler kullanılabilir.

➢ Hasta ve yakınları uygun şekilde bilgilendirilerek uygulamaların tüm aşamalarına katılımı sağlanır.

➢ Her iki saatte bir pozisyon değiştirilir (Havalı yatak olsa bile).

➢ Cildin temiz ve kuru olması sağlanır. Kurulama sırasında özenli davranıp sert hareketten kaçınılır.

➢ Banyo ve bakımlardan sonra cilde nemlendiricisürülür.

➢ Hastanın giysileri her zaman temiz, kuru, terletmeyen ve emici kumaştan olmasısağlanır.

➢ Yatak takımlarının gergin, temiz ve kuru olması sağlanır.

➢ Sürgü verirken cilt tahrişi engellenir.

➢ Sakral bölge temizliğine özen gösterilir.

➢ Pozisyon verilirken hastanın rahat olması sağlanır.

➢ Pozisyon verirken basıncın abdomen, sırt ve ekstremitelere eşit dağılımı sağlanır.

➢ Yatak pozisyonu verilirken eklem koruma prensiplerine ve kontraktür oluşmasına karşı tedbirlere uyulur. Bilinci kapalı veya plejisi olan hastalarda ; ekstremitelere yastık, havlu veya yardımcı cihazların desteği ile fonksiyonel ve anatomik pozisyonlama yapılır.

➢ Üst ekstremite; omuz 45 derece abdüksiyon, dirsek semi fleksiyon +iç rotasyon, el bileği 15–20 derece dorsifleksiyonu, parmaklar semifleksiyon, başparmak oppozisyonda veya hekimce istemi yapılan özel pozisyonda tutulur.

➢ Alt ekstremitelerde; kalça 45 derece abdüksiyon, diz ve ayak bileği nötral pozisyonda tutulur. Ayak bileğinde 90 derece bacak dış rotasyonu ve diz fleksiyonundan kaçınılır veya hekimce istemi yapılan özel pozisyon verilir.

➢ Baş pozisyonu hekimin istemi doğrultusunda en alçak seviyede tutulmalıdır. Solunum ve santral sinir sistemi sorunu olan hastalarda hekimin istemine uyulur, baş kısmı yükseltilen hastalarda sakral bölge yakından izlenir.

➢ Hemipleji gibi vücudun bir yarısında kas kuvvetsizliği olan hastalarda plejik taraftaki omuz üzerine hasta yatırılmaz veya yatış süresi kısa tutulur.

➢ Diyet listesi diyetisyenle düzenlenir.

➢ Tıbbi kontrendikasyon yoksa günlük 2000 - 2500 cc sıvı alımı sağlanır

➢ Hastayı tanılama kriterlerine göre değerlendirip; Bası yarası izlem formu ve hemşire gözlem formuna kayıt edilerek ekip üyeleriyle paylaşılır. ASPİRASYON Solunum yolunda biriken balgam ve tükürük gibi salgılar hasta kendisi çıkaramadığı zaman, solunum yolundan almak için aspire edilir. Aspirasyon ile hastanın solunum yolunda biriken bu salgılar alınır. Hasta yakınının, aspirasyon yapabilmesi için mutlaka ASPİRASYON EĞİTİMİ alması gerekir. Bu eğitimi almayanlar kesinlikle aspirasyon yapmamalıdır.

Aspirasyon işleminde dikkat edilmesi gereken noktalar:

- Katater ilerletilirken engelle karşılaşıldığı noktada 1-2 cm geri çekilmeli.
- Vakum sistemi kapalı şekilde kateter ilerletilmeli.
- Vakum sistemi açık şekilde, katater yavaş yavaş döndürülerek geri çekilmeli
- Toplam aspirasyon süresi 10-15 saniyeyi geçmemeli.
- Gerekliyse aspirasyon işlemi tekrar edilir. Bir girişim esnasında en fazla 2 aspirasyon denemesi yapılmalı.

• Trakealaspirasyon (yukarıda anlatılanlara dikkat edilerek) tamamlandıktan sonra, hastanın ağız ve burnu da aspire edilir.

• Aspirator bağlantı tüpü, bir kabın içinde bulunan su ile yıkanır.

• Hastaya rahat bir pozisyon verilir.

• Yapılan işlemler, gelen balgam, tükürük miktarı ve görünümü değerlendirilir. POSTURAL DRENAJ Akciğerlerde hareketsizliğe bağlı olarak sekresyon birikmesi olabilir. Bu amaçla bireyin sekresyonlarını atmayı

kolaylaştıracak tapotmen (sırta küçük darbeler şeklinde parmak uçları ile aşağıdan yukarıya vurma) uygulaması yapılabilir ve bol sıvı alması sağlanmalıdır.

➢ Ciddi solunum zorluğu, Kafa içi Basıncı Artması, Yaşam Bulgularının pozisyon değişikliğinden olumsuz etkileneceği durumlarda uygulanmaz.

➢ Drenajın etkili olabilmesi için: Uygun pozisyon, sekresyonun sulandırılması, diyafragma solunumu uygulanması, Perküsyon ve Vibrasyon bitiminde uygun öksürtme önemlidir.

➢ Postüral Drenaj, günde 2-4 kez yada ihtiyaca bağlı olarak yapılır. Sabahları yataktan kalkmadan ve uyumadan önce uygulanabilir. Yemeklerden önce veya 2 saat sonra uygulanmamasına dikkat edilmelidir.

➢ Her bir seansta uygulama süresi 20 dk. yi geçmemelidir.

➢ Işlem hastaya açıklanır. Doktor isteminde- varsa Bronkodilatatör verilir. Eller yıkanır.

➢ Tanpone ederek vurma hareket. El ayası fincan gibi çukurlaştırılır. Lezyonlu olan üzerine parmak uçlarıyla kısa, ani vuruşlar yapılır. Elin çukurlaştırılması göğüs duvarı ve el ayası arasında bir hava yaptığı oluşturduğu için çok önemlidir. Ancak kuvvetli yapılmamalıdır.

➢ Vurma akciğerlerde dolaşımı, hücre aktivitelerini ve sekresyon çıkartmayı arttırır.

➢ Sarsma - lezyonlu olan, üzerine iki el üst üste konarak hastaya derin nefes alması söylenir, nefesini verirken çabuk ve ard arda titreşimler halinde fibrasyon yapılır. Hasta nefes alırken fibrasyon yapılmaz.

Postural Drenajda Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar:

➢ Uygulama saati, işlem sonunda hastanın öksürerek sekresyon çıkarıp çıkarmadığını, ayrıca hasta sekresyon çıkarmışsa miktarı ve görünüşü Hemşire Izlem Çizelgesine kaydedilir.

➢ İşlem esnasında hastanın genel durumu, solunum şekli ve öksürük biçimi gözlenmeli.

➢ Uygulama sonrası hastaya ağız bakımı verilir.

➢ Çıkan sekresyon genellikle kötü kokuludur. Oda kokusunun giderilmesi için hasta hava akımında bırakılmadan oda havalandırılmalı.

➢ Drene edilmesi istenen Akciğer segmentine göre pozisyon verilir. Çocuğa verilecek pozisyon, drenajı istenen Akciğer segmentinin anatomik yerine ve çocuğun durumuna bağıı olarak değişebilir. ➢ Gereksinimine göre her bir pozisyonda kalış süresi ayarlanır. Akciğerlerin drenajı sağlanırken, çocuk Trendelenburg pozisyonuna getirilir. Her iki Akciğerin üst lob Apikal Segmentlerinin drenajında ise çocuğu oturur pozisyonda tutmak en uygun pozisyondur.

➢ Ciddi karın distansiyonu olan veya ciddi solunum zorluğu olan veya Kafa içi Basınç artışı olan çocuklar, baş aşağı pozisyonda tutulmalıdır. Pozisyon verildikten sonra, drene edilecek Akciğer segmentlerine Perküsyon ve Vibrasyon işlemi yapılır. Arkasından derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılır. Eğer çocuk istenen öksürme tekniğini yapamıyorsa, trakeal gıdıklama ile etkili öksürtme sağlanabilir. Trakeal gıdıklama, triod kıkırdak üzerine hafifçe bası yapılarak uygulanabilir.

➢ Perküsyon ;Drenaj sırasında aralıklı olarak vurma hareketidir. Sekresyonun hızlı bir şekilde hareketini sağlar. Eller kubbe şekline getirilerek veya yumuşak bir anestezi maskesi kullanılarak yapılır. İşlem kemik çıkıntıları üzerine ve karına yapılmaz. Çocuklarda iki veya üç parmağın kullanılması yeterlidir. 1-2 dk. sürmelidir.

➢ Vibrasyon: Perküsyondan hemen sonra ekspiryum sırasında göğüs duvarına, kol ve ellerin hızlı hareketleriyle uygulanan sarsıcı hareketlerdir. Sekresyonların trakeaya doğru hareket etmesine yardımcıdır.

➢ Perküsyon ve Vibrasyondan sonra hasta daima öksürtülmelidir.İşlem sırasında Hipoksi yönünden izlenir. Sekrasyonun özelliği ve miktarı değerlendirilir. Ağız bakımı verilir.

NAZOGASTRİK SONDA TAKILMASI

➢ GastroİntestinaSistemine yeterli fonksiyon görmediği durumlarda biriken sıvı-gazı boşaltmak, ameliyat sonrası ve travmatik olgularda mide bulanış ve kusmayı gidermek GİS fonksiyonlarını izlemek, ilaç uygulama ve hastayı beslemek amacıyla NG sonda yerleştirilir.

➢ İşlemlerde hastaya açıklama yapılır.

➢ Oturur pozisyon verilir. NG sondanın ucu burun ucundan kulak memesine, oradan ksifodin alt ucuna kadar uzatılır. Bu nokta işaretlenir. Erişkin birey için bu uzunluk yaklaşık 55-60 cm, çocuk için ise yaklaşık 40-45 cm kadardır.

➢ Hastaya başın kaldırılması ve hafifçe geriye doğru eğmesi söylenir. Tüp burun deliğinden içeriye, aşağıya ve ileriye ilerletilir. Bu arada hastaya yutkunması söylenir. Işlem sırasında en çok dikkat edilmesi gereken tüpün ilerleyişi esnasında hasta öksürüyor nefes nefese kalıyor ve siyanoza giriyorsa bu tüpün solunum yollarında olduğunu gösterir. Tüp çekilir, işleme ara verilir.

➢ Tüpün takıldıktan sonra midede olup, olmadığı test edilir. Bunun için tüpün ucuna enjektör takılarak bir miktar mide içeriği aspire edilir. Yada tüpe 10-15 cc hava edilir. Aynı anda enjektörle verilen havanın Steteskopla mide üzerinden oskülte edilir. NG tüp yerleştirildikten sonra buruna tespit edilir. Sorun gelişmezse (tıkanma çıkma gibi) kalabilir.

NAZOGASTRİK SONDA İLE HASTA BESLEME

• Hastaya yarı oturur pozisyon verilmeli. Bu pozisyon hastanın bulantı, kusmasını ve kustuklarını yutarak boğulmasını engeller.

• Hastaya verilecek beslenme solüsyonunun oda sıcaklığında olması gerekir. Eğer oda sıcaklığında olmazsa, kusma ve bulantıya sebep olabilir.

• Açık olan beslenme solüsyonları yalnızca buzdolabında saklanmalı ve kullanılmadan önce ağzı kapalı bir şekilde yarım saat oda sıcaklığanda bekletilerek, uygun sıcaklığa gelmesi sağlanmalıdır. Beslenme solüsyonları buzdolabında açıldıktan sonra yalnızca 24 saat saklanabilir. Daha uzun süre buzdolabında kalmış beslenme solüsyonları kullanılmamalı.

NGT takılı hastanın bakımı:

• Hastaya günde 2 kez ağız bakımı verilmeli. Hastanın dudaklarına pomad ya da vazelin sürülerek rahatlaması sağlanmalı. ***BESLENME NGT*** uzun süreli kullanılıyorsa, hastanın sırtı ve başı yastıkla desteklenmeli. Hastaya yarı oturur pozisyon vererek rahatlaması sağlanmalı. Her beslenme sonrası enjektörle 50 cc su verilerek NGT'nin yıkanmasına dikkat edilmeli.

NGT ile ilaç verme

• NGT'nin yerinde olup olmadığı kontrol edilmeli.

• Tablet ezilerek yarım bardak suyla karıştırılmalı.

• Suyla karıştırılan ilaç, 50 cc' lik enjektörle çekilerek hastanın NGT'sinden verilmeli.

• İlaç verildikten sonra, 20-50 cc'lik enjektöre su çekilmeli.

• Enjektördeki su NGT'den verilerek, NGT 'nin yıkanması sağlanmalı.

SOLUNUM DERİN SOLUNUM –ÖKSÜRÜK EGZERSİZLERİ Yatağa bağımlı, fakat bilinci açık olan hastaların akciğer enfeksiyonlarından korunmak ve akciğer kapasitelerini artırmak için derin solunum-öksürük egzersizleri yaptırılmalı. Bu egzersizler balgamı rahat çıkarılmasına yardımcı olur.

Derin solunum egzersizi:

Hastanın bilinci açıksa yaptırılır.

• Hastaya yarı oturur pozisyon verilir.

• Hastanın dizleri hafif bükülür.

• Hasta, ellerini göbeğinin iki ya da üç parmak üstüne koyarak, nefes alış-verişini hisseder.

• Hasta burnundan derin nefes alıp, tutar. İçinden 5'e kadar sayar ve sonra nefesini ağzından yavaşça bırakır.

• Öksürük egzersizi: hastanın bilinci açıksa yaptırılır.

• Hastaya yarı oturur pozisyon verilir.

• Hastanın dizleri hafif bükülür.

• Hasta burnundan derin nefes alır.

• Nefesi ağzından ve öksürüklerle verir. Bu egzersiz arka arkaya 3 kez yaptırılır. Bir saat içinde 2 veya 3 kez bu egzersiz tekrarlanabilir.

LAVMAN UYGULAMA :

Bağırsak boşaltımı insan rahatı ve sağlığı açısından önemlidir. Barsak boşaltımını yapmakta güçlük çeken hastalar, doktor önerisiyle lavman uygulanarak rahatlatılır. Rektum ve Sigmoid Kolona sıvı verilir. Temel yapılış nedeni bağırsak peristalizmini uyararak defakasyon sağlanmasıdır.

Lavman uygulanırken dikkat edilmesi gereken noktalar:

• Hastaya sol yan pozisyon verilmeli. Bu pozisyon lavmanın etkili olması için önemlidir.

• Sürgü hastanın yanında hazır bulundurulmalı.

• Hastanın kalçaları hafifçe aralanmalı ve tüp yerleştirilerek sıkılmalı. Tüp, ucundan ağzına doğru sıkılmalı.

• Hastadan tutabileceği kadar lavmanı içinde tutması istenmeli. Eğer felçli ve tutamıyorsa, kaba etleri elle kısa bir süre sıkıştırılabilir.

• Bilinci açık olan hasta sürgü isteyince, hastanın altına sürgü konulmalıdır. Hastanın bilinci kapalıysa, lavman sıkıldıktan hemen sonra sürgü konmalı.

• Hastanın dışkısının nasıl olduğuna dikkat edilmeli. Aşağıdakilerden herhangi biri varsa doktora başvurulur:

• Kanlı dışkı

• Sümüksü dışkı

• Çok kokulu ve siyah renkli *dışkı*

SONDA (FOLEY KATETER) TAKILMASI VE BAKIMI

Amaç hastane enfeksiyonlarını önlemek amacıyla üriner kateter takılması ve bakımı konusunda yöntem belirlemektedir.

Üriner Kateter Takılması :

➢ Eller yıkanıp, kuru Steril alet ile tamponlar tutulup antiseptik solüsyona batırılmalıdır.

➢ Eksternal mea çevresi temizlenip hazır kateter takma seti kullanılmıyorsa antiseptik solüsyonu yardımcı vermeli, steril örtü ile uygulama alanı örtülmelidir.

➢ Kateter hazırlanmalı ya da hazır kateter takma seti kullanılmıyorsa yardımcı paketi açarak steril kateteri uygulayıcıya vermelidir.

➢ Kayganlaştırıcı jel üretraya sıkılıp, kateter üretraya yerleştirilmelidir.

➢ Kateterin balonunu şişirmek için kullanılacak olan steril sıvı enjektöre çekilmelidir.

➢ Steril idrar toplama kabı hastanın bacakları arasına yerleştirilmeli, steril idrar toplama kabı yoksa steril kapalı drenaj torbası katetere bağlanmalıdır.

➢ İdrarın geldiği izlenip, kateterin mesanede olduğu düşünülüyorsa, buna karşılık idrar gelmiyorsa hafif suprapubik bası yaparak idrarın gelip gelmediği kontrol edilmeli, yine idrar gelmiyorsa, mesane steril SF ile irrige edilerek kateter ucunun mesanede olduğu kontrol edilmelidir.

➢ Balonlu kateter ise 8-10 mL steril sıvı ile balon şişirilir, kateteryavaşca geri çekilerek mesane boynuna oturtulmalıdır.

➢ Steril kaplı drenaj torbası takılmalıdır.

➢ Balonsuz kateter ise gelen idrar bittiğinde kateter yavaşça geri çekilerek mesanenin tamamen boşalması sağlanır.Idrar akışı bittiği zaman kateter çekilerek çıkartılmalıdır.

➢ Steril örtü kaldırılır, kateter takma sırasında perinede kirlenme olduysa antiseptik solüsyon ile temizlenmelidir.

➢ İdrar torbasının ve toplayıcı sistemin mesane düzeyinin altında tutulması gerektiği hatırlatılmalıdır.

➢ Hasta kalktığında drenaj sisteminin bükülüp tıkanmadığı kontrol edilmelidir.

➢ Üriner kateterler periyodik olarak değiştirilmemelidir.

➢ Kateter endikasyonu biter bitmez ürenerkateter çıkarılmalıdır. Üriner Kateter Bakım Yatağa bağlı hastalarda gelişen enfeksiyonlar çoğunlukla sondadan kaynaklanmaktadır. Bu enfeksiyonların tedavi süresi uzun ve zahmetli olabilir. Oysa, enfeksiyonlardan korunmak çok kolaydır.

Dikkat edilmesi gereken noktalar:

• İdrar torbası değiştirilirken, sonda ucunun herhangi bir yere değmemesine dikkat edilmeli.

• İdrar torbası, hastanın cinsel organı seviyesinin üzerine çıkarılmamalı. Bu, idrarın geriye gitmesine neden olarak enfeksiyona yol açabilir.

• Hasta için sakıncalı değilse günde 2-2,5 litre su içmesi sağlanmalı. Sonda bakımı: Sondadan kaynaklanan enfeksiyonların önlenmesi için sonda bakımı çok önemlidir.

Sonda bakımı için gerekli malzemeler:

• Sabunlu su

• Durulama için temiz su

• Sonda, hastanın idrar yaptığı yere girişinden başlanarak sabunlu suyla ıslatılmış gazlı bezle silinmeli.

• Silinen yer temiz durulama suyuyla ıslatılmış gazlı bezle durulanmalı.

• Kirlenme durumunda silme işlemi tekrar edilmelidir.

• Hastanın idrar miktarı takip edilir. İdrar torbası varsa idrar miktarı torbadaki ölçü çizelgesinden takip edilmeli.

Hasta idrarını yaparken:

• Ağrı ve yanma hissediyorsa

• İdrar miktarı azalmışsa

- İdrar rengi değişmişse

- Ateşi varsa doktora başvurulmalıdır.

- Hastaya verilen sıvı miktarının azlığı ya da çokluğu idrar miktarının etkiler. Bu nedenle hastanın idrarının miktarını değerlendirirken, aldığı sıvı miktarına da dikkat edilmelidir. Prezervatif sonda için dikkat edilmesi gereken noktalar: Penisi şişme ve morarma açısından takip ediniz. Bu durum prezervatif sondanın dar geldiği anlamına gelir.

BİLİNÇ – PUPİL – EXTREMİTE TAKİBİ Bilinç Takibi:

Bilinç düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılır. Bilinçsiz ya da bilinç düzeyinde değişiklik olan hastalarda her saat başı, stabilleşmiş fakat risk taşıyan hastalarda her 8 saate bir yapılıp, kaydedilmelidir. Bilinç düzeyi belirlenmesinde Glasgow Koma Skalası kullanılır. Bu skalada; göz açma, motor tepki ve sözel cevap gibi spesifik gözlemlere sayısal değerler verilerek değerlendirme yapılır.

Puanlama düzeyine göre :

Bu tanımlamalar hastanın kliniğine göre farklılık gösterebilir. Hastanın bilinç düzeyi, verilen herhangi bir uyarana (ağrı, ses... gibi) hastanın verdiği tepki ile belirlenir. Uyarı hafiften başlanıp gerektikçe artırılarak uygulanır.

Uyarı verilen alanlar :

➢ Glabella üzerine parmakla bası uygulanır

➢ Tırnak yatağına parmakla yada yabancı cisimle bas uygulanır.

➢ Meme ucu sıkıştırılır.

➢ Ayak tabanı topuktan parmaklara doğru sert bir cisimle çizilir.

➢ Kemikle derinin yakın olduğu alanlara bası uygulanır.

Pupil Takibi :

Pupiller büyüklük, şekil ve ışığa reaksiyon açısından değerlendirilir. Bir pupilde gözlenen bulgular diğer pupille karşılaştırılır. Normalde her iki pupil eşit büyüklükte ve yuvarlaktır. Büyüklük ve şeklinde görülebilecek değişiklikler (Oval, düzensiz kenarlı pupil...) belirlenir. Işık uygulaması yapılarak Çap ve Reaksiyon açısından değerlendirilir. Çap olarak; Izokorik*, Anizokorik, Bilateral Midriyazıs ve Bilaterel Myozis* tanımlamaları belirlenir.

➢ ***İzokorik :*** Her iki pupil birbirine eşit, ışık reaksiyonu pozitif ve büyüklük normaldir.

➢ ***Anizokorik*** ; Pupil büyüklükleri birbirine eşit değildir.

Bilateral Midriyazis :

Her iki pupil normalden büyüktür. *MESANE LAVAJI (IRRIGASYONU)* Açık ya da kapalı metodla kalıcı foley sonda ile uygulanabilen mesanenin yıkanması işlemidir. Prostatektomi uygulanan hastanın idrar akışını kolaylaştırmak için üretral ya da suprapubik bir kateteryada her ikisi yerleştirilmiş olabilir.

➢ Sürekli yada aralıklı irrigasyona olanak sağlayan kapalı drenaj uygulanır.Irrigasyon üç lümenli kateterle yapılır.

➢ Bir lümen balonu şişirmek için bir lümen idrar drenajı için ve dİğer lümen irrigasyon sıvısının giriş için kullanılır.

➢ Steril irrigasyon sıvısı genellikle 30-60 damla 1dk. Şeklinde sürekli az miktarda sıvıyla (60-100ml) aralıklı olarak uygulanır.

➢ Sürekli irrigasyona idrar rengi açılıncaya kadar devam edilir. Eğer hastaya instilasyon amacıyla sıvı verilmişse solüsyon verildikten sonra kateter klemplenerek ilacın mesane mukozasını etkilemesi beklenir.

➢ A.Ç.T takibi (verilen ve çıkan orantı) yapılan idrar rengi izlenir.

SANTRAL VENÖZ KATETER BAKIMI:

Santral venöz katater takılı hastaların kateter günü mutlaka hemşire gözlem kağıdına not edilmelidir. Steril spançla yapılan pansumanlar kirlenme olmadıkça 3 günde bir, jelli bantla yapılan pansumanlar ise haftalık olarak değiştirilir.

2. ***SVH' LI HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI***

➢ Vital bulgular gerekli sıklıkta takip edilerek stabilize edilir.

➢ Kafa içi basıncı arttırabilecek öksürme, ıkınma gibi durumlardan korunmak için antitüsif ilaç gerekirse laksatif tedavisi uygulanır.

➢ Hasta mutlak yatak istirahatine alınır.

➢ İntrakranial basınçta artma ve ciddi hipertansiyon gibi yaşamı tehdit eden komplikasyonların önlenmesi ve inmenin etkilerinin belirlenmesi için Glaskow Koma Skalasına göre nörolojik durum izlenir ve kaydedilir.

➢ Hastanın geçmişte var olan sistemik sorunlarının bilinmesi gerekir (hipertansiyon, sigara kullanımı ve pulmoner hastalıklar).

➢ İnme kalp ileti sisteminde değişikliklere ve disritmiye neden olabileceğinden gerektiğinde yaşam belirtileri ve EKG izlenip, değişiklikler kaydedilir.

➢ Serebral ödem nedeniyle sıvı dengesi düzenlenmelidir. Aldığı çıkardığı sıvı takibi dikkatli bir şekilde izlenmelidir. Hekim istemine göre sıvı kısıtlaması veya replasmanı yapılır.

➢ Solunum hızı, derinliği ve sekresyon çıkarma yeteneği gözlenmelidir.

➢ Yutma refleksi yoksa aspirasyon riskinden dolayı oral beslenmek sakıncalıdır.Yutma refleksinin varlığı araştırılır. Beslenme sırasında aspirasyonu önlemek için baş yükseltilmelidir. Beslenme sonrası besin toleransı değerlendirilmelidir.

➢ Yemeklerden sonra baş 30 45 C yüksekte tutulmalıdır.

➢ İnmenin akut evresinde mesane kontrol yetersizliği sonucu inkontinans gelişebilir. Uzun süreli sonda kullanımı idrar yolu enfeksiyonlarına sebep olabileceğinden bu hastalara aralıklı sonda takma programı uygulanabilir.

➢ Ödem, siyanoz, yüzeysel solunum gibi solunum sıkıntılarını gösteren belirtiler gözlenir.

➢ Arter kan gazları izlenerek PaO2< 60 mmhg, PaCO2>45 mmhg ise solunum yetmezliği bulgularına dikkat edilir.

➢ Sekresyon drenajını hızlandırmak amacıyla derin solunum ve öksürme egzersizleri için hasta desteklenir.

➢ Sakıncası yoksa sıvı alımı 3000-4000 cc/gün olacak şekilde ayarlanır.

➢ Biriken sekresyonları çıkarmak için gerektiğinde hasta aspire edilir.

➢ Yetersiz solunum durumunda hekim istemine göre uygun mukolitik/ ekspektoranlar verilir. Hasta *KİBAS* açısından gözlenir ve bakımı buna göre planlanır.

➢ Kafa içi basıncı artırmamak için gereksiz ve aşırı hareketler engellenir, boyun çevresinde sıkan giysiler varsa gevşetilir. SVO da bilinçsiz hasta bakımı aynen uygulanır.

➢ Pozisyon değişikliğinin her 2 saatte bir yapılması ancak hemiplejik tarafa 20 dakikadan da 35 uzun süre yatırılmaması gerekir.

➢ Üst ve alt ekstremitelerde güçsüzlüğün derecesi belirlenerek aktif ve pasif hareketler (ROM egzersizleri) sürdürülür.

➢ Günde 15 30 dk prone pozisyonu verilmelidir.

➢ Fleksiyon kontraktürlerini önlemek için hasta uzun süre oturtulmamalıdır.

➢ Hastanın elinin fonksiyonel pozisyonda olmasını sağlamak için el topu kullandırılır.

➢ Omuz addüksiyonunu önlemek için etkilenen tarafın aksilla altına küçük bir yastık konulur. Ayağın dorsifleksiyonunu önlemek için ayak ateli veya kum torbasından yararlanılabilir.

➢ Cilt bütünlüğü yönünden hasta sürekli değerlendirilir,

➢ Bası yaralarını önlemek için etkilenen bacağı, topuğu yatağın üstünde tutulur,

➢ Basıncı azaltıcı havalı yastıkların kullanılması gerekir.

➢ Hasta ile konuşurken basit, açık ve kısa cümleler kullanılması gerekir.

➢ Aileyi iletişim konusunda desteklemek, afazi (konuşma bozukluğu) konusunda bilgi vermek ve iletişim metotlarını öğretmek gerekir.

➢ Hastanın cildinin duyusal algılama yeteneğinin (sıcak, soğuk, basınç) değerlendirilmesi gerekir.

➢ Emosyonel durum, kontrol kaybı, iletişim bozukluğu, bilişsel değişiklikler ile ilgili hasta ve yakınları bilgilendirilir.

➢ Hastaya bakım veren kişilerin bakım bilgisi hakkındaki soruları cevaplandırılır.

➢ Hastaya yapabileceği fizik tedavi hareketleri öğretilir ve dinlenme programları düzünlenir ve takibi sağlanır.

➢ Meşguliyet tedavisi uygulanabilir.

➢ Dil egzersizleri yapılarak konuşma bozuklukları düzeltilmeye çalışılır.

➢ Kabızlık önlenir ve mesane kontrolü yapılmalıdır. ➢ Günlük 2000cc alınması önerilir.

➢ Diyet dengeli,yumuşak olmalı ve B6 vitamini fazlaca içeren besinlerden sakınılması gerekmektedir. B6 vitamini levodopa ya karşı zıt etkilidir.

➢ Ayrıca karbonhidratdan zengin,proteinden fakir diyet içermeli.

➢ Hastaların travma geçirme riskleri fazla olduğu için hasta ve yakınları uyarılmalı ve gereken önlemler alınmalı.

➢ İlaçların yan etkileri konusunda hasta yakınları ve hasta bilinçlendirilmeli.

EPİLEPSİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Etkin solunum, siyanoz ve hava yolu açıklığının değerlendirilmesi amacıyla deri rengi, solunum hızı ve derinliği izlenir.

➢ Hastanın solunumuna ve nöbet sırasında dilinin ısırılmasını engellemek amacıyla çenesi kilitlenmemiş ise airway yerleştirilir,

➢ Epileptik nöbetin aurasını tanımak gerekmektedir.

➢ Aura tanınabiliyorsa hasta güvenli bir yere alınmalıdır.

➢ Nefes almasını kolaylaştırmak için hasta yere uzatılır ve sıkan giysileri varsa gevşetilir ve aspirasyon riskini önlemek için hastanın başı yan çevrilmelidir,

➢ Yatakta nöbet geçiriyorsa etrafını yastıklarla desteklemek, başını yere vurmasını, yataktan düşmesini önlemek,

➢ Nöbet anında neler yaptığını iyice gözlemek ve hekimine rapor etmek gerekir,

➢ Hastalar, ilaçlarını düzenli kullanmaları ve birden kesmemeleri konusunda uyarılmalı, Menstruasyon dönemlerinde nöbetlerin sıklığı artabilir bunun için gerekirse ilaç dozları hekim istemiyle arttırılabilir.

➢ Nöbet esnasında hastaya oral hiçbir şey verilmemelidir,

➢ Nöbet esnasında hastanın ekstremiteleri açılmaya çalışılmamalıdır.

➢ Konstipasyon, aşırı yorgunluk, ateş, menstrasyon, stres ve ayrıca televizyon gibi ses ve ışık yayan araçların nöbetleri tetiklediği konusunda hasta bilgilendirilmeli,

➢ Su ile doldurulmuş küvetle banyo yapmaktan çok, duş ile banyo tercih edilmelidir.

➢ Hasta normal aktivitelerini yapmaya teşvik edilmelidir.

➢ Aktivite epileptik atakları artırmayıp, aksine azalmasını sağlar.

➢ Hasta kendisinin veya başkalarının yaralanmasına ve zarar görmesine neden olabilecek işlerde çalışmamalıdır.

➢ Epileptik hastaların sürücü belgesi alabilmesi her devletin yasalarına göre değişebilmekle birlikte en az 1 3 yıl hiç nöbet geçirmemiş olması şartı aranmaktadır.

➢ Epilepsili hastaların evlenmesinde bir sakınca yoktur.

➢ Epilepsili hastalar normal sosyal yaşantılarını sürdürebileceği bildirilmelidir,

➢ Epileptik hastalar yanlarında epilepsileri olduğunu belirten kart ya da künye taşımasının önemi vurgulanmalıdır.

➢ Postür ve yürüyüş egzersizleri ve fizik tedavi programları düzenlenir.

➢ Salivasyon nedeni ile yeme güçlüğü çekenlerde beslenmeye yardımcı olunur.

➢ Sabırlı ve hoşgörülü olunmalı. İlaçların yan etkileri izlenmeli.

➢ Duygusal destek sağlanmalı; değişen beden bilinci hastaya sorun yaşatabilir, aile ile