SERVİS ŞEF VE UZMANLARININ GÖREV VE YETKİLERİ :

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.

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.

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

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.

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)

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

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.

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

Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile aile planlaması kursu görmüş diğer tabipler aile planlaması uygulamaları yapmak ve kendi birimleri içinde bu çalışmaları düzenlemekle yükümlüdürler.

SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Madde 131 – 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.

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.

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

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.

Ameliyathane sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşirelerinin birinci derecede amiri olup buradaki

hemşirelik hizmetlerinin düzenli yürütülmesinden ameliyathane sorumlusuna ve başhemşireye karşı sorumludur.

Servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesini sağlar.

HEMŞİRELERİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Hemşireler;

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.

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

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

11. Tüm uygulamalarını kayıt altına alır.

TEMİZLİK PERSONELİNİN GÖREVLERİ

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

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.

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

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

KAT SEKRETERİNİN GÖREVLERİ:

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

Hasta dosyalarının giriş ve çıkış kayıtlarını yazar.

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

Hastanemizde doğum yapan hastaların doğum raporlarının elektronik olarak onaylanma sürecini yürütür ve hasta yakının imza karşılığı doğum raporunu verir doğum sonrası istirahat raporlarını verir emzirme ödeneği girer.

Serviste taburcu olan hastaların dosyalarını arşive teslim işlemi yapar.

BÖLÜMÜN FİZİKİ YAPISI, İŞLEYİŞ VE ÇALIŞMA DÜZENİ: Kadın doğum servisi Demo Sağlık Tesisi'ne ek bina 3 katında yer almaktadır. Servis girişine girmeden sağ tarafta laktasyon polıklınıgı bulunmaktadır. Laktasyon polıklıgında emzirme hemşiresi egitim vermektedir.servis girişinde sag tarafta nst odası ve yenidoğan bebek değerlendirme odası bulunmaktadır. Sağ korıdordan ilerlerken solda yenidogan işitme test odası bulunmaktadır sag koridorun tam karşısında acil yangın çıkış kapısı bulunmaktadır.Servis ortasında oval şekilde hemşire deski bulunmaktadır deskin sağ tarafında kat sekreteri bulunmaktadır. Hemşire deskinin tam arkasında hemşire tedavı odası vardır.

Oda içersinde tedavi hazırlama deskinin solunda acil çantası laringoskop ve ambu vardır hasta ilaçlarının konuldugu dolap ta bu odadadır odanın sol tarafında da soguk zincirde saklanması gereken ilaçların konuldugu buzdolabı vardır. bu odanın arkasında mahremiyet perdesiyle ayrılmış şekılde olan kolposkopı odası bulunmaktadır oda içersinde bir adet jinekolojik masa bir adet ayaklı lamba setlerin hazırlandıgı tekerlekli masa masa alt kısmında koter cihazı aspıratör cihazı narkotik ilaç dolabı cpr de kulanılacak. sırt tahtası ve steril setlerin konulduğu bir adet dolap bulunmaktadır dolap içinde işlem için gereklı olan tüm malzemeler bulunmaktadır. ayrıca oda içersinde bir adet ısı nem göstergesi vardır.Koridorun sol tarafında doktor odası 316 nolu oda izolasyon ve yanık odası koridorun ilersinde 314 nolu oda hemşire odasıdır hemşire odasının tam karşısında müdahale odası bulunmaktadır bütün küçük müdahaleler bu odada yapılmaktadır oda içersinde bir adet müdahale için jinekolojik masa bir adet jinekolojik ayaklı lamba işlem sırasında setlerin hazırlandığı tekerleklı masa nebülizatör cihazı süt sağım makinesi ve EKG cihazı bulunmaktadır ayrıca oda içersinde steril setlerin konulduğu bir adet dolap vardır ısı nem göstergesi de bulunmaktadır servisimizde 15 adet[28 yatak] hasta odası bulunmaktadır 301 nolu oda anne misafirhanesi 302 nolu odada anne uyum odasıdır hasta odalarının hepsinde 2 adet hasta yatağı iki adet etajer iki adet yemek masası 1 adet televizyon 1 adet buzdolabı ve 1adet banyo tuvalet bulunmaktadır hemşire deskinin arka sol kısmında tıbbi sarf malzemelerini koyduğumuz bir adet oda hemşire tuvaleti ve temizlik odası bulunmaktadır servisimizde birer adet temiz ve kirli çarşaf arabası bulunmaktadır servisimiz hastalara 24 saat hizmet vermekte olup nöbetli bir servistir çalışma saatlerimiz hafta içi 08.00-16.30 8 saat mesai 16.30-08.00 16 saat hafta içi nöbeti ve 08.00- 08.00 hafta sonu 24 saat nöbet şeklindedir nöbet teslimleri hasta odasında ve hemşire deksinde yapılmaktadır.servisimizde 2 hemşire nöbet tutmaktadır servisimizde 1 servis sorumlu hemşiresi 10 ebe 4 servis hemşiresi ve 1 emzirme hemşiresi,1 gebe okulu hemşiresi ve 1bebek hemşire ayrıca 1 kat sekreteri bulunmaktadır servisteki uzman kadın doğum doktor sayımız 4 adetir . Temizlik personel sayımızda 5 adettir sabah 08.00-11.00 saatlerinde 1 adet erkek personelimiz ve 1 adet bayan personelimiz bulunmaktadır.16.00-24.00 vardiyasında 1 adet bayan temizlik personeli 24.00-08.00 vardiyasındada 1 adet bayan temizlik personeli vardır. Servis girişinde temizlik personelinin giyindigi ve hastalar için temiz çarşafların bulunduğu oda mevcutur.Servis girişinin sol koridor girişinde kat ofisi vardır servisimizde tıbbı tedavi amacıyla hasta yatırılmaktadır. Hekim vizitleri sabah 08.30- 09.30 saatleri öğleden sonra 16.00-16.30 saatleri arasında hemşire eşliğinde yapılmaktadır.

Servisimize yatan hasta öncelikli olarak kat sekreterine gelerek yatışını yaptırır akabinde servis hemşiresi tarafından hasta karşılanır hemşire hastanın anamnezini alarak hasta dosyası içinde gerekli olan tüm evrakları doldurur hastanın imzalarını alır hasta dosyasına konacak olan onam formları ve gereklı tüm evraklar hastanemizin web kalite sayfasında mevcuttur. hastaya odasını tanıtır hasta ve hasta yakınına gerekli egitimlerini verir hastaya durumuna uygun olan hasta bilekliğini takar hastayı yemek rasyonuna kaydeder Doktor istemine göre hastanın tetkiklerini alır ve doktor orderına göre ilaçlar eczaneden geldikten sonra tedaviye başlar sonra hastanın tanısına ve ihtiyacına göre bilgisayar sistemi üzerinden hemşirelik hizmeti web üzerine gelerek itaki düşme riski ölçegini bası yarası risk ölçeğini agrı risk ölçegini hemşire notunu ve hasta bakım planını doldurur hasta yatığı süre içersinde bakım planları hastanın durumuna göre doldurulmaya devam edilir . Taburculuğuna karar verilen hasta hekim istemine göre gerekli olan [pansuman v.b]işlemlerini yaptıktan sonra hastaya 2 adet olacak şekilde taburcu eğitim formunu imzalatır 1 adetini hasta dosyasına 1 adetini de hastaya verir. Hasta dosyasını arşiv zarfına koyarak kat sekreterine teslim eder.

BÖLÜMDE KULLANILAN CİHAZLAR VE KULLANIMLARI HAKKINDA BİLGİLER:

Koter Cihazı

Nebül Cihazı

Süt Sağım Cihazı

Kolposkopi Cihazı

Ekg Cihazı

Aspiratör Cihazı

Glikometre Cihazı

Seyyar Oksijen Tüpü

BÖLÜM KALİTE DOKUMANLARI:

Tanıya Özel Aydınlatılmış Onam Formu

Tanıya Özel Taburcu Egitim Formu

Sözel İstem Formu

Advers Etki Bildirim Formu

Hasta Transfer Formu

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Ameliyat Öncesi Ve Sonrası Takip Formu

Hastanın Yatış Öncesi Kullandığı İlaç Formu

İlaç İmha Formları

Bölüme Ait Diğer Form Talimat Prosedür Liste Ve Rehberler Hastanemizin Web Sayfasında Mevcuttur.

BÖLÜMLE İLGİLİ RİSKLER KORUNMA ÖNLEMLERİ:

Enfeksiyon İzolasyon Önlemleri

Delici Batıcı Alet Yaralanması Önlemleri

Oksijen Tüpleri Emniyeti

Dolapların Duvara Sabitlenmesi

Yangın Merdiveninin Kapı Önünün Açık Olması

Ağır Eşyaların Alt Gözlerde Muhafaza Edilmesi

Elektrik Panosunun Emniyete Alınması Paspas Konması

Yangın Söndürme Hortumunun Çalışılır Ve Ulaşılır Olması

YATIŞ VERİLEN HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

➢ 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 yatmışsada görevli hemşire 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 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 İçin **DÜŞME RİSKI FİGÜRÜ**

➢ Solunum İzolasyonunda **Sarı Yaprak**

➢ Damlacık İzolasyonunda **Mavi Çiçek**

➢ Temas İzolasyonunda **Kırmızı Yıldız**

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. Hemşire ,

➢

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.

Eğer hastaya cerrahi tedavi planlanıyorsa ameliyat hazırlıkları başlatılır.

➢ Ameliyat olmasına karar verilen hastaya durumu detaylı olarak ilgili hekim tarafından anlatılır. Hastanın da ameliyatı kabul etmesi durumunda gerekli olan anestezi ve diğer konsültasyonları tamamlanır. Detaylı ameliyat onam formu hekim tarafından hastaya imzalatılır. Tüm hazırlıkları tamamlanan hastanın adı servis ameliyat listesine yazılır ve bu liste ameliyathane banko sekreterine ulaştırılır. Ameliyathane banko sekreteri anestezi uzmanını bilgilendirir ve hastanın preoperatif son değerlendirmesi yapılır.

➢ Ameliyata girecek hastaya ameliyat gömleği verilir. Hastanın varsa takma dişi, tüm takıları (yüzüğü, saati), ojesi çıkartılır, hasta yakınına veya tutanak karşılığı kat banko sekreterine teslim edilir. Ameliyata girecek hastanın üzerinde metal hiçbir objenin bulunmaması kontrol edilir. Hasta, dosyası ile birlikte görevli personel tarafından hemşire eşliğinde ameliyathaneye gönderilir. Hastanın ameliyatı gerçekleştirilir.

➢ Herhangi bir sebeple hastanın ameliyatı iptal edilirse, servis banko sekreteri ameliyathane banko sekreterine gerekli bilgiyi verir.

➢ Postoperatif dönemde hastanın tedavisine hekimin talimatına göre devam edilir. Ameliyat sonrası hastanın ameliyat

yeri, direni, mayileri, sondası, kontrol edilir ve kayıt altına alınır. Hastanın ameliyat yeri pansumanı, hekimin talimatına göre steril malzeme kullanılarak ilgili sağlık personeli tarafından yapılır.

İhbarı zorunlu bir hastalığın tespit edilmesi durumunda,

Yataklı servis yönetici sekreteri tarafından Tıbbi Hizmetler birimi bilgilendirilir. Bildirim sürecinin uygun formlarla yürütülmesi, Tıbbi Hizmetler biriminin sorumluluğundadır.

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.

➢ 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.

➢ 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.

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.

➢

Ameliyathaneye Hasta Transferi

➢ Ameliyat kararı verilmiş hastanın ameliyathaneye bir gün öncesinden ameliyat listesiyle bildirimi yapılır. Ameliyat öncesi tetkikleri ve ilgili dökümanlar hazırlanır.

➢

➢ Hasta taşıyıcı personel ve klinik hemşiresi eşliğinde ameliyathanedeki sağlık çalışanına ameliyathane hasta transfer formu güvenli cerrahı kontrol listes ile hasta hakkında bilgi verilerek dosyasıyla birlikte teslim edilir.

➢ Ameliyat sonrası stabil duruma gelen hasta postop hemşiresi tarafındanameliyathane hasta transfer takip formuyla servis hemşiresine ameliyat süreci hakkında bilgi verilerek dosyası ile teslim edilir.

HEMŞİRELİK BAKIMI

PREOP HASTA HAZIRLIĞI HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Poliklinikten veya acil servisten yatışı yapılan hasta, dosyasıyla servise gelir.

➢ Hasta uygun oda ve yatağa hemşire tarafından alınır.

➢ Hemşire hasta dosyasını teslim alır, tetkiklerini kontrol eder tamamlar (EKG, PA AKCİĞER, USG, TETKİKLER, ONAM BELGESİ, ANESTEZİ KONSÜLTASYONU)

Hemşire hastaya gerekli eğitimi yapar ve yapılacak işlem konusunda bilgi verir.

➢

Hemşire bir gece önceden hastanın aç kalmasını sağlar.anestezi doktoru ve servis doktor önerisiyle

➢

➢ Ameliyat bölgesi tıraşı doktor belirtmediği sürece ameliyathanede yapılır önceden yapıla caksa hastalara jilet yerine tüy dökücü krem önerilir. Hemşire ameliyat bölgesini kontrol eder(kişisel hijyen,taraf işareti doktor tarafından yapılır) eğer bir eksiklik varsa tamamlanmasını sağlar.

➢ Hemşire hastanın protezlerini çıkarır, oje, makyaj, takılarını çıkarır, üzerinde metal herhangi bir şey kalmamasını sağlar. Hemşire hastanın boks gömleğini giymesini sağlar.

➢

Hemşire hastanın anestezi orderındaki premedikasyonu uygular.

➢

➢ Hemşire, hastanın güvenli bir şekilde dosya ve malzemeleriyle birlikte ameliyathaneye transportunu sağlayarak ameliyathanedeki ilgili personele teslim eder.

➢ Ameliyathanede hemşire hazırlığı kontrol eder ve hastayı teslim alır.

POSTOP HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI UYGULAMALAR

➢ Ameliyathaneden çıkışı yapılacak hasta dosyasıyla teslim alınır.

➢ Hasta yatağına transport kurallarına uyularak alınır.

➢ Vücut ısısını korumak amacıyla üzeri örtülür.

➢ Hasta için güvenli, sessiz, sakin bir ortam sağlanır, başı yan çevrilir.

➢ Böbrek küvet hastanın yakınına bırakılır.

Hemşire vital bulgularını takip eder.

➢

➢ Hemşire kanama kontrolünü yapar.

➢ Hemşire doktor orderindeki tedaviyi düzenler ve uygular.

➢ Hastada meydana gelen herhangi bir problemi doktora haber verir ve gerekli müdahaleyi yapar.

➢ Hastaya solunum egzersizlerini yaptırır.

➢ Diyetini almasını sağlar.

Mobilizasyonunu sağlar.

➢

➢ Kişisel hijyenini sağlar.

➢ Psikolojik destek sağlar.

➢ Bu dönemde yapması gerekenler hakkında bilgi verir.

➢ Tüm bilgi ve bulgular hasta dosyasına kaydedilir.

Postop mobilizasyon ve hemşirelik uygulamaları:

➢ Ameliyat sonrası ilk kaldırma işlemi sırasında, hareket süresince hemşire hastanın yanında bulunur.

➢ İlk ayağa kaldırmada hasta sadece oda içerisinde yürütülür.

➢ İlk ayağa kaldırmadan önce hastanın yaşam bulguları normal sınırlar içinde olmalıdır.

➢ *İşlem basamakları;*

➢ İşlem hakkında hasta bilgilendirilir, hasta mobilizasyon için cesaretlendirilir,

➢ Vital bulguları kontrol edilir

➢ Hijyenik bakım, giysiler varsa değiştirilir.

➢ Yatak başı kaldırılarak hasta yatak içinde oturur pozisyona getirilir,

➢ Bir süre oturulur ve tekrar yaşam bulguları kontrol edilir. Yaşam bulguları normal ise hasta kendini iyi hissediyor ise kaldırma işlemine devam edilir.

➢ Drenaj kateterleri kontrol edilip, klempe edilir,

➢ Hasta yatak kenarına yaklaştırılır ve rahat dönebildiği tarafa yan çevrilir,

➢ Hasta koltuk altından tutulup, kaldıran kişinin omzundan destek alması sağlanır,

➢ Ağrıyı azaltmak için insizyon yerini eliyle desteklemesi istenir,

➢ Hastanın bacaklarını sarkıtarak, yavaşça yatak kenarına oturtulur,

➢ Nabız ve solunumu kontrol edilir,

➢ Baş dönmesi ve bulantı olursa hasta kendini iyi hissedene kadar yatak kenarında oturur halde bekletilir. Hasta kendini iyi hissetmezse işlem ertelenir.

➢ Hastanın terlikleri giydirilir.

➢ Bir kol ile hasta koltuk altından desteklenirken, diğer el ile hastanın diren kateterlerini

➢ kontrol ederek hasta yavaşça ayağa kaldırılır,

➢ Baş dönmesini engellemek için, başın dik tutması ve karşıya bakması söylenir,

➢ Bulantısı varsa derin nefes alması söylenir,

➢ Hasta oda içerisinde yavaş yavaş (3-5- adım) dolaştırılır,

➢ Hastayı yormadan işlem tamamlanıp hasta yatağına götürülür,

➢ Yatak düzleştirilir ve yüksek ise en alt konuma indirilir,

➢ Hasta önce yatağa oturtulur, rahat yatabilmesi için yatağın başı kaldırılır,

➢ Hastanın koltuk altından desteklenerek, kalktığı gibi yan olarak yatağa yatması sağlanır,

➢ Hastaya rahat edebileceği pozisyon verilir,

➢ Drenaj kateterleri yatağa tespit edilip, klempleri açılır,

➢ Damar yolu açık ise sıvı hızı ayarlanır.

➢ Bilgi ve bulgular hemşire gözlem notlarına kaydedilir.

➢ Hastanın gaz çıkartıp, çıkartmadığının takibi yapılır.

➢ Hastanın her mobilizasyonunda yürüyüş mesafesi artırılır. Durumuna göre iki-üç saat ara ile hasta mobilize edilir.

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.

NG SONDA TAKIMI

➢ Özellikle hastanın mide içeriğinin boşaltılması. gastrik lavaj ve kusma sonucu aspirasyon riski olan hastalara burun deliklerinden girilerek mideye erişim sağlanmasıdır. Nazogastrik tüp yerleştirmede nazogastrik tüp boyutunun seçimi önemlidir. Genel olarak yetişkinlerde 14-16 numaralı tüp kullanılmaktadır.

➢ Nazogastrik tüp boyutu kadar nazogastrik tüpün uzunluğunun belirlenmesi de önemlidir. Genel olarak burun deliğinden kulak memesine oradan da ksifoit çıkıntıya kadar ölçü alınır ve bu mesafenin üzerine 15 cm eklenerek tüpün uzunluğu hesaplanır.

Nazogastrik Sonda İle Hasta Besleme

Ağızdan besin ve sıvı alınamadığı durumlarda bu yöntem (gavaj) kullanılır. Beslenmede dik kat edilecek noktalar

➢

Hastanın başı 30-40 derece yükseltilerek Semifowler pozisyonu verilir ya da oturulur.

➢ Tüpün yerinde olup olmadığı kontrol edilir.

➢ Barsak sesleri dinlenir. Alınamıyorsa doktora haber verilir.

➢ Besleme yapılmaz

➢ Mide içeriği enjektörle yavaşça çekilerek mide içeriğinin miktarı belirlenir.

Gavaj besini oda ısısında olmalıdır.

➢

➢ Verilecek besin iyice çalkaladıktan sonra enjektörle verilecekse enjektöre, aralıklı damla şeklinde verilecekse pompa setinin torbasına konur.

➢ Besin başlangıçta 50cc komplikasyon gelişmediyse (Bulantı, Besin Aspirasyonu.... gibi) 75cc'ye çıkılır. Giderek her saatte 25cc arttırılarak miktar düzenlenir. Besin verdikten sonra tüpü yıkama, tıkanıklığı önlemek amacıyla 30-60 cc su verilir. Tüp klemplenir.

Beslenmeden 2-3 saat sonra enjektörle mide içeriği çekilir, miktarı ölçülür. 50-100cc'den fazla ise mide boşalımının geç

➢

olduğunu gösterir. Doktora haber verilir.

➢ Besin maddesi aralıklı damla veya sürekli damla şeklinde infüzyon pompasıyla verilecekse torba içinde konan besin maddesinin 250-400cc'yi geçmeyecek şekilde konulması ve kullanılan setin 24 saatte bir değiştirilmesi gerekir.

➢ Gelişebilecek Komplikasyonlar: Ağız mukozasında irritasyon. Akut Orta Kulak Ihtihabı,Damakta ve burunda iritasyon, Diyare, Bulantı, Distansiyon, Besin Aspirasyonu, tüpün tıkanması vb. yönünden sık kontrol edilir.

LAVMAN (REKTAL LAVAJ)

Belirli amaçlar için Rektum ve Sigmoid Kolona sıvı vermektir. Temel yapılış nedeni bağırsak peristatizmini uyararak

➢

defakasyon sağlanmasıdır. Işlem esnasında hastaya sol lateral pozisyon verilir.

➢ Boşaltıcı ve Tedavi edici olarak iki şekilde uygulanır.

➢ Boşaltıcı Lavman; musluk suyu, normal tuzlu su, hipertonik tuzlu su ve sabun köpüğü solüsyonlarıyla yapılabilir.

➢ Musluk suyu ve tuzlu su için önerilen maximum miktarlar yaşa göre farklıdır.

Bebek için – 150- 250cc

➢

➢ Çocukta – 300 – 500cc

➢ Yetişkinde – 750 – 1000cc

➢

Tedavi Edici Lavman; ilaç uygulaması yapılır.

Örn: Neomycin solüsyonlarının uygulanması.

Amaç, barsaklara uygulanacak cerrahi girişimler öncesi kolondaki bakterilerin azaltılmasıdır.

➢ İşlem hastaya açıklanır. Rektal tüpün ucu 3-4cm vazelin likid, pomad yada jel ile kayganlaştırılır. Rektuma yerleştirilirken hastaya ağızdan derin nefes alıp-vermesi söylenir. Amaç, Anal sfinkteri gevşetmektir. Sonda ilerletilirken herhangi bir engelle karşılaşıldığında tüp hemen geri çekilmelidir. Zorlanırsa bağısak perforasyonuna neden olabilir.Bu nedenle Rektal tüpün, yerleştirilen kısmı ;

➢ Yetişkinde – 75-10 cm

➢ Çocuklarda – 5 – 7,5cm

➢ Bebeklerde – 2,5 – 4 cm olmalıdır.

➢ Kateter yerleştirildikten sonra klemp açılarak sıvının yavaşça akması sağlanır. Lavman sıvısı 30-45cm yükseklikten akıtılır. Genelde 1 litre sıvı 10 dk. Içinde verilir. Hastada gaz sancısı, kramp gibi rahatsızlıklar gelişebilir. Bu durumda sıvı akışı durdurulur. Işlem sonunda sonda klemplenerek çekilir.

➢ Hasta bilinçli ise mümkün olduğu kadar içerde tutması söylenir. Bebek ve çocuklarda birkaç dk. için anüs bölgesi elle sıkıştırılır. Bu uygulama, bilinçsiz hastalarda da kullanılabilir ya da kateter içerde bekletilir. Sürgü yardımı ya da tuvalette hastanın dışkılamasına yardımcı olunur. Boşaltım bittikten sonra Anal bölge sabunlu suyla yıkanır ya da hastanın yıkamasına yardım edilir.

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 supra-pubik bir kateter yada 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 değer 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.

➢ AÇ. Takibi (verilen ve çıkan orantı) yapılan idrar rengi izlenir.

ÜRİNER KATETER TAKMA VE BAKIM

Amaç hastane enfeksiyonlarını önlemek amacıyla üriner katater 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 direnaj torbası katetere bağlanmalıdır.

➢ Idrarın 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, kateter yavaşca 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. Idrar torbasının ve toplayıcı sistemin mesane düzeyinin altında tutulması gerektiği hatırlatılmalıdır.

➢

Hasta kalktığında direnaj sisteminin bükülüp tıkanmadığı kontrol edilmelidir.

➢

➢ Üriner kateterler periyodik olarak değiştirilmemelidir.

➢ Kateter endikasyonu biter bitmez ürenir kateter çıkarılmalıdır.

Üriner Kateter Bakım

Kateterle temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır.

➢

➢ Işlemler sırasında eldiven giyilip meatus su ve sabunla temizlenmelidir.

➢ Hasta banyo yapacak ise öncesinde torba boşaltılmalı ve bağlantıların kapalı olduğu kontrol edilmelidir. ➢ Hastanın transferi sırasında torbanın boş ve bağlantıların kapalı olmalıdır.

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.

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.

➢ 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.

GEBELİKTE HİPERTANSİYON - PREEKLAMPSİ - EKLAMPSİ

➢ Halk arasında gebelik zehirlenmesi olarak bilinen çok ciddi boyutlara ulaşabilen hastalık grubudur. Preeklampsi insan gebeliğine özgü bir hastalıktır.

➢ Gebelikte ortaya çıkan yüksek tansiyonla seyreden durumlar, anne ve bebek hayatını olumsuz etkileyebilecek hastalıklardır. Yüksek tansiyonun yanı sıra meydana gelen metabolik ve damarsal bozukluklar, gebeliğin sağlıklı ilerleme sürecini tehlikeye sokar.

➢ Erken tanı ile hastalığın ilerlemesinin önlenebileceği akılda tutulmalıdır. Hipertansiyon; klasik olarak en az 6 saat ara ile yapılan iki ayrı ölçümde tansiyonun 140/90 mmhg ve üzerinde saptanması ya da büyük tansiyonun 30 mmhg ve küçük tansiyonun 15 mmhg artışının saptanması olarak tanımlanır.

➢ Gebelikte hipertansiyon tüm gebelerin %7-10'nunda görülür. Daha önceden böbrek veya kalp-damar hastalığı olan gebelerin de %20-40 ında sorun oluşturabilmektedir.

➢ Hipertansif hastalıklar hem anne, hem de bebek açısından belirgin ve ciddi problemlere neden olabilirler. Erken tanı ve dikkatli takip anne ve fetus açısından çok önemlidir.

SINIFLANDIRMA: Gebelikte hipertansif hastalıklar başlıca 3 ana gruba ayrılabilir:

1. Gebeliğin neden olduğu hipertansiyon: Hastaların önemli bir kısmı bu gruptadır.

A. Preeklampsi -Hafif preeklampsi -Şiddetli preeklampsi

B.Eklampsi

2 .Gebeliğin şiddetlendirdiği hipertansiyon:

A.Superempoze preeklampsi

B.Superempoze eklampsi

3 .Kronik hipertansiyon

GEBELİĞİN NEDEN OLDUĞU HİPERTANSİYON (PIH)

Preeklampsinin etiyolojisi günümüzde de tam ve kesin olarak bilinmemektedir. Ancak bazı faktörler üzerinde durulmaktadır. Önceden tansiyon ölçümleri normal olan bir kadında; gebeliğin 20. haftasından sonra gelişen hipertansiyon olarak tanımlanabilir. Gebelik sırasında ortaya çıkan yüksek tansiyona; ödem, idrarda protein kaybının (albuminüri) eklenmesine pre- eklampsi denir (halk arasında idrara albumin hastalığı ve album çıkması olarak da bilinir). Preeklampsi hafif ve şiddetli olarak iki ayrı formda ele alınabilir.

Bu hastalığın en ağır formu olan eklampside ise; tabloya sara nöbetine benzer kasılmalar (Gebelik ve Sara (Epilepsi) Hastalığı, konvülziyonlar) eklenmiştir.

➢ Preeklampsi çok ender olarak gebeliğin 20. haftasından önce de gelişebilir.

➢ Bu durum genel olarak ilk gebeliklerde daha sık görülmektedir;

➢ Anne yaşının 18 in altında veya 35 in üzerinde olduğu durumlarda,

➢ İkiz gebeliğe (Çoğul gebelik)sahip anne adaylarında,

➢ Amniyon sıvısının normalden fazla olduğu durumunda, (Amnion mayi fazlalığı ve azlığı) Daha önceden hipertansiyon olanlarda,

➢ Şeker hastalığı (Gebelikte Diabet (Gizli Şeker)) olan anne adaylarında,

➢ Kronik böbrek rahatsızlığı (gebelik ve Böbrek-İdrar yolları hastalıkları) olanlarda,

➢ Lupus gibi otoimmün hastalığı olan anne adaylarında,

➢ fetalis (bebekte sıvı toplanması olanlarda),

➢ Dörtten fazla doğum yapmış anne adaylarında, daha sık görülür.

Hastalık genellikle gebeliğin son 3 ayında ortaya çıkmaktadır.

➢

BELİRTİLER

➢ Klinik gözlemde yüksek tansiyon, ödem ve idrarda protein kaybı birbirinin ardı sıra gelişebilir. Bazen biri veya ikisi ön planda olabilir.

➢ Genellikle fazla kilo alımının ardından ödem ve hipertansiyon eklendiğini görürüz. Ağırlık Artışı: Özellikle

haftada 2 kg. üzerinde olan aşırı hızlı kilo artışı preeklampsinin ilk belirtisi olabilir.

➢ Bu bulgu aslında vücuttaki artmış sıvı tutulumunun yansımasıdır. Bu hastalıkta damarlar içindeki sıvı, damar dışına kaçarak hücreler arası boşlukta birikmeye başlamıştır.

Ödem: Vücuttaki yaygın sıvı birikiminin sonucudur. Normalde gebeliğin son aylarında özellikle fazla ayakta kalınması durumlarında ayak sırtında ödem görülmektedir. Ancak dinlenmekle bir miktar hafifleyebilen bu durum preeklampside biraz daha dikkat çekmeye başlar.

Özellikle diz kapağı ile ayak bileği arasında parmak basmakla iz bırakan ödem dikkat çekicidir. Ağır formlarda ellerde ve yüzde ve hatta tüm vücutta ödem görülebilir. Sabahları göz kapaklarında gelişen ödem, elde uyuşmalara yol açan ödem preeklampsi bulgusudur.

Proteinüri: 24 saatlik toplanan idrarda 300mg/dl veya daha fazla protein (albumin) varlığıdır. İkinci bir tetkik şekli de 6 veya daha fazla saat ara ile yapılan iki ayrı idrar tetkikinde belli bir miktarın(1+ ve üzeri) üstünde protein varlığının ortaya konmasıdır.

Hipertansiyon: 6 saat ara ile yapılan iki ayrı ölçümde tansiyonun 140/90 mmhg veya üzerinde saptanması ya da büyük tansiyonda 30 mmhg ve küçük tansiyonda 15 mmhg basınç artışının saptanmasıdır. Bu nedenle rutin gebelik takipleri çok önemlidir. Her kontrolünüzde tansiyon ölçümünüz rutin olarak yapılmalıdır.

Şiddetli Preeklampsi Bulguları

➢ *Kan Basıncının Artışı:* 160/110 mmhg basıncına ulaşmış olan tansiyon yükselmesi ağır preeklampsi tanısı koydurur.

➢ *Proteinüri:* Düzeyinin 24 saatlik idrarda 5gr a ulaşması.

➢ *İdrar Çıkışının Azalması (oligüri):* 24 saatlik idrarın 400-500ml. den daha az olması.

➢ Baş Ağrısı: Şiddetli preeklampsi belirtilerindendir. Hatta eklampsi öncesi olabilir.

➢ *Görme Bozukluğu:* Bulanık görmeden, gözlerde sinek uçuşmalarına dek değişen görme bozuklukları şiddetli preeklampsi ve eklampsi nöbeti öncesi bulgulardandır.

➢ *Mide Bölgesinde Ağrı:* Şiddetli hastalık ve eklampsi belirtisidir.

➢ *Sağ Üst Kadran Ağrısı:* Karaciğer kapsülünün gerilmesine bağlı olur ve şiddetli hastalık ve eklampsi belirtisidir. ➢ *Bilinç uçuşmaları, halüsinasyonlar*

➢ *Trombosit Sayısında Azalma:* Kan analizinde kanın pıhtılaşmasını sağlayan maddelerden biri olan trombosit sayımında düşüklük görülür. Bu da şiddetli hastalık belirtisidir.

➢ *Fetusun Gelişme Geriliği Göstermesi ve anmiyon mayi azalması (Amnion mayi fazlalığı ve azlığı):* Ultrasonografi ile bebekte gelişme geriliğinin saptanması ve bebeğin etrafını saran amniyon sıvısında azalma saptanması ağır hastalık belirtilerindendir. Preeklampsi tanısı ile izlenen bir hastada yukarıda sayılan bu bulgulardan bir veya daha fazlasının saptanması hastalığın şiddetli formda olduğunun ve hatta en ağır form olan eklampsinin gelişebileceğinin göstergesidir.

EKLAMPSİ

➢ Preeklampsi bulguları taşıyan bir gebede tabloya sara nöbetine (Gebelik ve Sara (Epilepsi) Hastalığı) benzer kasılmaların (konvülziyonlar) eklenmesidir. Hastalığın en ağır formudur. Büyük bir olasılıkla beyin damarlarında spazm veya beyin ödemi sonucu tabloya kasılmaların eklendiği düşünülmektedir.

➢ Eklempsili bir gebeye yaklaşımda ilk olarak solunum yolunun açık olması sağlanarak, hızla magnezyum sülfat tedavisi damar yolu ile verilir.

➢ Eklampsi nöbetinde hem anne hem de fetusta ciddi bir travma oluşur.

➢ Annenin sağlık verileri stabilleştiği anda doğurtmak için girişimde bulunulur.

➢ *Annenin stabilizasyon dönemi;* doğumun gerçekleştiği ve doğum sonrası takibinin yapılması yoğun klinik gözlem gerektirir. Oldukça ciddi bir tablodur. Hipertansiyonun neden olduğu en ağır formdur. Tüm bunlara

rağmen; doğru takip ve tedavi ile preeklampsi tam olarak önlenemese de; şiddetli preeklampsi gelişimi önlenebilir ve eklampsiden hasta korunabilir.

Preeklampsi Tanısı:

➢ Düzenli yapılan gebelik takiplerinde hızlı kilo artışı, ödem, hipertansiyonun bir veya ikisinin birden saptanması tanının kolayca konmasını sağlar.

➢ Bu nedenle düzenli gebelik takiplerin önemi çok büyüktür.

➢ Her vizitte kan basıncı, kilo ölçümü yapılarak genel fizik muayenesinde hastalığa işaret edebilecek ödem bulgusunun olup olmadığı kontrol altına alınmaktadır.

➢ Bu klinik bulguların dışında yapılacak bazı kan analizleri de (tam kan sayımı, böbrek fonksiyon testleri, karaciğer fonksiyon testleri, kan protein ölçümleri, pıhtılaşma fonksiyonları ile ilgili testler) hastalığın şiddetinin saptanması ve takibi amacıyla uygulanır.

Ağır preeklampsinin anne ve bebeğe olası riskleri:

Konvülziyonlar (sara benzeri kasılmalar), Beyin kanaması, Kalp yetmezliği, Yaygın damar içi pıhtılaşma, Akciğer ödemi,Böbrek yetmezliği, Gelişme Geriliği, Erken Doğum Tehdidi ve Erken doğum, Intrauterin fetal ölüm ve Fetal kayıptır.

Preeklampsi Tedavi ve Yaklaşımlar:

➢ Hastalığa tedavi ve yaklaşım şekilleri; hastalığın şiddeti ve gebelik haftası ile değişmektedir.

➢ Gebeliğin oluşturduğu hafif preeklampsi vakalarında; amaç anne ve bebeği yakın gözleme alarak dış dünyada yaşama olanağı açısından gebeliğin 37. haftasına dek yakın takip uygulamaktır. Bu süreçte haftada iki kez doktor kontrolü ile anne ve bebeğin genel sağlık verileri izlenir.

➢ Annenin yatak istirahatı oldukça önemlidir. Fizik aktiviteyi kısıtlamak tansiyon kontrolü açısından faydalıdır. ➢ Günlük kilo artışı, tansiyon ölçümü düzenli bir şekilde yapılır.

➢ Bazı vakalarda hastane gözetimi istenebilir. Bu durumlarda da bebek olgunlaşana değin ve hastalık ağırlaşmayana dek

yine hastanede yatak istirahatı, günlük anne ve bebek açısındanmuayeneler, idrarda protein testi, diyet düzenlenmesi, sıvı alım-çıkarımının takibi, günlük kilo, tansiyon kontrolleri uygulanır.

➢ Bu sırada çeşitli antihipertansif ilaçlar, kalsiyum kullanımı önerilebilir. Bu ilaçların etkinlikleri halen oldukça tartışmalıdır.

➢ Takip boyunca anne ve bebek sağlığı açısından yapılan fizik muayene, ultrasonografi, non stres test, gerekirse CST, gereğinde ultrasonografi, annenin karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, pıhtılaşma testleri yapılır.

➢ Takip boyunca hastalık seviyesinde ağırlaşma bulguları veya testlerde fetal distress gösteren bulgular başladığında hastanın o anki durumuna göre doğum planlanır.

➢ Doğum esnasında damar yolu açılarak sıvı takviyesi uygulanır; ağır preeklampside konvülziyonlardan korunmak için magnezyum sülfat tedavisi başlanır. Tedavi sırasında yakın gözlemi gerekir. Hipertansiyon kontrolü için çok çeşitli ilaçlar kullanılmaktadır. Özellikle ağır preeklampsi de tansiyon 180/110 mmhg nın üzerinde ise komplikasyonlardan korunmak için antihipertansif tedavi önerilmektedir.

➢ Ciddi preeklampside genel kabul gören yaklaşım; gebelik haftasına bakmaksızın annenin en kısa sürede genel sağlık durumunu stabilize etmektir. Bu amaçla konvülziyon kontrolü için magnezyum sülfat ve hipertansiyon kontrolü için uygun görülen antihipertansif tedavi başlanarak doğum, Sezaryen veya vaginal yolla Normal Doğum veya Müdahaleli Doğum en kısa sürede yaptırılır.

➢ Riskleri en alt düzeyde tutabilmek için ağır preeklampsi takip ve gebeliğin sonlandırılmasının yoğun bakım olanakları olan merkezde yapılması oldukça önemlidir.

DOĞUM SONRASI PREEKLAMPSİ TAKİBİ:

Plasentanın ayrılmasının ardından preeklampsi bulgularında genellikle bir düzelme görülmektedir. Ağır preeklampside konvülziyon kontrolü açısından 24 saat daha magnezyum sülfat tedavisine devam edilir, antihipertansif tedavide özellikle 150/100 mmhg düzeyindeki tansiyon düzeyinde devam edilir. Hipertansiyon doğumdan 6 hafta sonrada hala mevcut ise hasta kronik hipertansif kategorisine ayrılabilir. Bu durumda daha sonraki yaşamında hipertansiyon kontrolü açısından takip ve tedavi önerilir.

PREEKLAMPSİLİ HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

Hasta tek kişilk odaya alınır. Ziyaretçi kısıtlaması yapılır. Sessiz bir ortam sağlanır.

➢

➢ Doktor istemiyle magnezyum tedavisine başlanır ve 24 saat devam edilir.

➢ Foley sonda takılır. AÇT yapılır.idrar çıkışı saatte 40-50cc altındaysa doktora haber verilir. Tuzsuz diyet alması sağlanır.

➢ Günlük 2x1 hemogram ve biyokimya (Magnezyum,ALT,AST,ALP,GGT,Üre,Kreatin,Pro-,albümin) Saatlik tansiyon takibi yapılır.

Hastanın genel durumunda değişimler gözlendiğinde (bulanık görme,şuur bulanıklığı) hemen doktora haber verilir.

➢

ACİL OBSTETRİK BAKIM

GEBELİKTE KANAMA YÖNETİMİ

***Hafif kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer.

****Şiddetli kanama:** Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.

Erken gebelik kanaması: İlk 22 hafta içerisinde meydana gelen kanamalar.

Geç gebelik kanaması: 22 haftadan sonra meydana gelen kanamalar.

ERKEN GEBELİKTE KANAMA (İlk 22 haftada olan kanama)

Hafif Kanamalara Yaklaşım

➢ Düşük tehdidi

➢ Tam düşük

➢ Dış gebelik

İlk 22 haftada olan kanamalarda tanıyı koymak için USG'den yararlanılır. Hastanın Rh uygunsuzluğu var ise Anti-D uygulanması açısından değerlendirilir.

Düşük Tehdidi

Serviks kapalı, uterus beklenen büyüklükte ve daha yumuşak, kramp tarzında alt karın ağrısı mevcuttur. Genellikle tedavi gerekmez.

Tam Düşük

Serviks kapalı, uterus beklenenden küçük, yumuşak, hafif kramp, alt karın ağrısı, parça düşürme öyküsü mevcuttur. Şiddetli kanama açısından izle. Uterus tahliyesi genellikle gerekmez.

Dış Gebelik

Serviks kapalı, uterus beklenenden az büyük, karın ağrısı, baygınlık, adneksl erde hassasiyet, ağrılı serviks hareketleri mevcuttur.

Molar gebelik

JİNEKOLOJİK İŞLEMLER

1. KÜRETAJ

Probe Küretaj:

➢ Endometrium hiperplazilerinde, kanama bozukluklarında, düzensiz fazla kanamalarda ve özellikle menopoz sonrası kanamalarda teşhis amaçlı yapılan küretaj işlemine ise **probe küretaj** denir.

➢ Küret denilen özel aletlerle rahim içi dokusu kürete edilerek temizlenir. Amaç, rahim içindeki kanamaya sebep olan dokunun ve kalınlaşmış endometriumun tamamını almaktır (Atasü, Şahmay 2001).hasta yatış ışlemini yaptırdıktan sonra servis hemşiresi tarafından karşılanır gereklı onam ve evrakları doldurulduktan sonra müdahale odasına alınır

➢ İşlem genel anestezi veya lokal anestezi altında yapılır. Steril şartlarda spekulum uygulandıktan sonra vajen antiseptik solüsyonlarla temizlenir.BATİKON

➢ Tenekulm ile serviks çekilerek uterus düz bir pozisyona getirilir ve Hegar bujileri ile dilatasyon sağlanır (Coşar 2009). ➢ Uygun bir küret ile uterusun ön duvarından başlanarak bütün duvarlar sıra ile kazınır. Uterus içi dokunun tümden temizlenerek alınması ile hem kesin tanı konulur hem de uterus içi doku tamamen temizlendiği için hastanın kanaması durur.

➢ Bu yönüyle probe küretajın tedavi edici özelliği de vardır Atasü, Şahmay 2001).

Pipelle küretaj veya biopsi :

➢ Pipelle biopsi genellikle endometriyumdan biyopsi için örnek almak için yapılır.

➢ Menopoz dönemindeki kanamalarda, işlemin kolaylığı ve risk içermemesi nedeni ile genellikle kadın hastalıkları ve doğum uzmanları tarafından tercih edilir.

➢ Pipelle kürtaj kısırlık hastalarında (İnfertilite) endometirumun yapısını ve durumunu değerlendirmek için de (endometriyal dating) yapılabilmektedir (Demir 2009). Hastanın İşleme Hazırlanması...

Hastanın Yatışı Kat Sekreteri Tarafından Yapılır Servis Hemşiresi Tarafından Gereklı Onam Ve Evrakları Tamamlandıktan Sonra Hasta Müdahale Odasına Alınır Ve İşlem İçin Hazırlanır Gerekli Olan Steril Set Hazırlanır Tek Kulanımlık Dispozibıl Vajinal Spekülüm Hazırlanır Kadın Dogum Doktoru Gelerek Müdahaleyi Yapar Ve Eger Doku Örnegi Alındıysa Formaidehit Bulunan Kapların İçine Alınır Patoloji Kabına Hastanın Barkodu Yapıstırılır Kat Sekreteri Tarafından Patoloji Girişi Yapılır Ve Parca Patolojı Defterine Servis Hemşiresi Tarafından Kayıt Edilir

Fraksiyone küretaj FrC :

➢ Genellikle 40 yaş üstü kadınlarda uygulanır, işlemin amacı kanama yerinin tespiti içindir.

➢ Özelliği 2 ayrı noktadan örnek alınmasıdır. Endoservikal kanal, yani rahim ağzına yakın, içeri dönük kısımdan ve endometriyum'dan örnek alınır (Demir 2009) . Serviks (rahim ağzı) ve Uterus (rahim) patalojilerinin ayrımında, önemli bir belirleyicidir.

➢ Bu işlemlerde vakum tekniği yerine metal küret kullanılır . İşlem genellikle hasta anestezi altındayken uygulanır (Güler 1993).

Revizyon küretaj (rest küretaj,RC) :

➢ Abortus (düşük) sonrasında, uterus (rahim) içerisinde kalan parçaların temizlenebilmesi için yapılan işleme denir. ➢ İşleme; Revizyon, rest küretaj veya sadece RC de denebilir. Uterus içinde kalan parçaların vakumla çekilmesinden sonra, rahim içerisinin küret (metal Tıbbi Enstruman)ile mutlaka kontrol edilmesinde fayda vardır (Coşar 2009).

Bumm Küretaj :

➢ Revizyone küretaj ile aynı işlemdir. Fakat genellikle büyük gebeliklerin sonlandırılması için kullanılır . ➢

Uzman sağlık kurulu izni olan bir gebe örnek 16 hafta lık bir gebelik , genetik anomalilerinden dolayı sonlandırılacaksa , buna bumm küretaj denir .

➢ Serviks i (rahim ağzı) dilate edecek (genişletecek) aletlerin genişlikleri (hegar buji) 18 mm ye kadar çıkar ve yine gebeliğin alınması için büyük boom küretleri kullanılır. Mutlaka sedasyon (hastanın sedatif ilaçlarla uyutulması) anestezisi ile yapılmalıdır (Coşar 2009).

KOLPOSKOPİ

➢ Serviks, vagina ve vulva dokularını bir büyüteç gibi genelde 4 ile 12 kat büyüterek incelenmesine olanak sağlayan ve tarama amacıyla kullanılan aletin adına **kolposkop**, yapılan işleme ise **kolposkopi** adı verilir.

➢ Kolposkopi uygulaması ağrısız bir işlemdir.

➢ İşlem için öncelikle kişi jinekolojik muayene masasına uzanır, daha sonra spekulum ile vajina içi görünür hâle getirilir. İyi bir ışık kaynağı ile vajinanın içi aydınlatılırken kolposkop yaklaştırılarak net bir şekilde cihazın vizöründen genital organlar büyütülür ve incelenir. Genital kanserlerin değerlendirmesinde sıklıkla kullanılan uygulaması rahat ve pratik yöntemdir (Coşkun 2012).

➢ Anormal PAP smear olgularında,

➢ Tekrarlanan smear testi sonuçlarına göre sürekli devam eden enfeksiyonu olan kadınlarda,

➢ Jinekolojik muayene sonucunda serviks, vajina veya vulvanın anormal bir şekilde görülmesi durumunda kolposkopi yapılır.

LAPAROSKOPİ

➢ Karnın içinde yer alan organların hastalıklarının tanısı ve tedavisi amacıyla karın duvarına açılan 0,5–1 cm'lik 3 ya da 4 tane delikle karın boşluğuna bir kamera ve özel aletler yardımıyla ulaşarak çeşitli ameliyatlar yapılmasını da sağlayan sisteme, laparoskopi denir.

➢ Bu işlem genel anestezi altında ve ameliyathane koşullarında yapılır. Kullanılan aletler ise bu amaç için özel olarak hazırlanmış cihazlardır.

➢ Laparoskopi, jinekolojide pek çok farklı amaçla yapılabilir.

➢ En sık olarak infertil hastaların takip ve tedavileri esnasında gebe kalmalarına engel olacak bir problemin var olup olmadığını araştırmak amacıyla yapılır.

➢ Örneğin, karın içerisinde oluşan ve tubaların fonksiyon görmesine engel olan yapışıklıklar; önceki bir ameliyattan, geçirilmiş bir iltihabi hastalıktan veya endometriozisten kaynaklanmış olabilir. Bu yapışıklıklar tüpün hareket kabiliyetini bozararak atılan yumurtayı yakalamasını engeller. Bu nedenle de tedavi edilmelidir (İnanç, Coşkun, Okumuş, Taşkın 2000).

➢ Laparoskopi ayrıca karın içersindeki kist, myom, dış gebelik gibi değişik problemlerin kesin tanısında ve tedavisinde de kullanılmaktadır.

➢ Laparoskopinin en önemli avantajları; hastanede yatış gerektirmemesi, ameliyat sonrası daha az ağrı kesiciye ihtiyaç duyulması ve işe dönüş süresinin hızlanmasıdır.

➢ Çoğu hasta 3-4 gün içinde normal yaşamlarına dönebilmektedir. Karın kesisine bağlı enfeksiyon, yara açılması ve fıtık riskinin olmaması da laparoskopinin avantajlarındandır (İnanç, Coşkun, Okumuş, Taşkın 2000).

KONİZASYON (SOĞUK KONİZASYON)

Konizasyon, rahim ağzı kanal dokusunun bistüri ile koni şeklinde cerrahi olarak çıkarılması işlemidir. Özellikle PAP smear sonucu anormal çıkan hastalarda hem kesin tanı koymak hem de tedavi etmek amacıyla **konizasyon** işlemi yapılır.

Konizasyon şu durumlarda yapılır:

➢ PAP smear testi sonuçlarına göre rahim ağzı kanalına dökülen hücrelerin mikroskop altında

incelenmesinde normal dışı hücresel değişiklikler görüldüğünde

➢ İleri derecelerde patolojik PAP smaer testi sonuçları ile kolposkopi bulguları veya biyopsi sonuçları uyuşmadığında

➢ Kolposkopik incelemede şüpheli lezyonun sınırları uterus içine yayılma gösterdiğinde

➢ Endo servikal küretajın pozitif olduğu durumlarda

İşlem genel olarak ameliyathane koşullarında genel anestezi veya epidural anestezi ile yapılır. İşlem sırasında ve sonrasında kanama, ağrı ve enfeksiyon, konizasyonun en önemli komplikasyonlarıdır (Kocatürk 2006).

LEEP KONİZASYON (ELEKTROKONİZASYON, SICAK KONİZASYON)

➢ LEEP (Loop Electrosurgical Excision), serviksin hücresel değişiklikleri ile karakterize prekanseröz lezyonlarına uygulanan etkili ve modern bir işlemdir. Rahim ağzı koni şeklinde yakılarak kesilip çıkartıldığı için bu işlem "sıcak konizasyon" olarak da bilinmektedir. Bu işlem için ucunda telden bir halka bulunan ve elektrik ile çalışan kalem şeklinde bir alet kullanılır. Elektrik ile yakarak kesme özelliğine sahip bu alete **loop koter** adı verilir.

➢ LEEP konizasyon, PAP smaer testi sonucunda anormallik saptanan hastaların rahim ağzındaki değişimin kesin tanısını koymak ve tedavi etmek amacıyla uygulanır.

➢ LEEP işlemi, hastanede yatmayı gerektirmeyen, basit ve ağrısız cerrahi bir işlemdir. Servikal doku sinirsiz olduğu için genelde lokal anestezi ile yapılır. İşlem öncesi hastaların ön hazırlık yapmalarına gerek yoktur. İşlem sonrası hastanede yatış gerekmez ve hasta hemen normal hayatına dönebilir.

➢ İşlem jinekolojik muayene masasında yapılır. Spekülum ile serviks görünür hâle getirildikten sonra hastanın kalçasının altına özel pedler yerleştirilir. Bu pedlerin amacı topraklanmayı sağlayarak müdahale sırasında vücuttan elektrik enerjisinin atılmasını kolaylaştırmaktır. Daha sonra elektrokoter (loop koter) yardımı ile rahim ağzı dokusu kesilerek çıkarılır. Çıkartılan materyal incelenmek üzere patolojiye gönderilir.

> LEEP konizasyon işleminin en önemli avantajlarından birisi kanser öncüsü lezyonların aynı anda hem tanısını hem de tedavisini yapabilmesidir. Leep işlemi son derece kolay, etkin, güvenilir ve basit bir işlemdir. Bu nedenle rahim ağzını yakma, dondurma, lazerle tahrip etme ve cerrahi olarak çıkartma işlemlerinin yerini almıştır (Kocatürk 2006).

SERVİKAL KOTERİZASYON

➢ Koterizasyon, elektrokoter ile servikste izlenen yaraların yakılarak hasara uğratılmasıdır. Yakma işlemi smear testinin sonucu normal ise yapılır.

➢ İşlem normal jinekolojik muayene masasında uygulanır ve en fazla 4-5 dakika sürer. İşlem sırasında lokal veya genel anestezi uygulanmasına gerek yoktur çünkü hasta hemen hemen hiçbir şey hissetmez (Yıldırım 1992).

SERVİKAL POLİPEKTOMİ

➢ Serviksin iyi huylu tümörlerinden olan servikal polipler, servikal kanal epitelinin aşırı büyümesi sonucu oluşur. Genelde servikal kanal içinde bulunur fakat uzun saplı olanlar ile kanalın aşağısından gelişenler, dış orifisten (açıklık, delik) dışarı çıkabilir. Bu şekilde gelişenler spekulum muayenesinde görülür. Genelde parlak kırmızı renkli ve kadife görünümündedir (Yüksel 1995).

➢ Servikal polip tespit edildiğinde ekstirpe edilir (Bütünüyle çıkarılır.). Bu amaçla polip bir pens ile tutularak dışarıya doğru asılmadan kendi etrafında döndürülerek sapından koparılır. Servikal kanalda multipl polipler tespit edildiğinde hafif bir anestezi ile kanal dilate edilerek polip bulunduğu alandan kürete edilir (Yüksel 1995).

SEZARYEN (SECTİO)

➢ Sezaryen, normal vaginal yolla doğumun mümkün olmadığı durumlarda veya gebenin tercihi doğrultusunda başvurulan, cerrahi yolla yapılan alternatif doğum yöntemidir. Tüm doğumların yaklaşık

%25–30'u sezaryen ile olmaktadır. Günümüzde anestezi tekniklerinin gelişmesi, enfeksiyonlarla mücadelede başarılı ilaçların geliştirilmesi, cerrahi tekniklerin ilerlemesi, ameliyat sonrası kullanılan ağrı kesicilerin güçlendirilmesi ve ameliyat sonrası bakım kalitesinin yükseltilmesi gibi nedenlerle sezaryen ameliyatları son derecede güvenli ve kolay bir işlem hâline gelmiştir (Taşkın 2000).

➢ Genellikle hekim tarafından doğumun sezaryenle olup olmayacağı önceden belirlenir ancak doğum sırasında oluşan bazı sorunlar nedeniyle de sezaryene karar verilebilir. Doğumun sezaryen ile yapılmasını gerektiren birçok neden vardır. Bunlar; anneye, bebeğe, doğuma, plasentaya ve kordona ait nedenlerdir (Taşkın 2000).

HİSTEREKTOMİ

➢ Histerektomi, uterusun ameliyat ile çıkarılmasıdır. Birçok jinekolojik sorun histerektomi ile giderilebilir ancak büyük bir cerrahi girişim olduğu için öncelikle diğer tedavi şekilleri önerilir. Diğer tedavi şekillerine yanıt vermeyen durumlarda histerektomi en iyi seçenek olabilir. Histerektomi ameliyatları, kadınlarda sezaryen ameliyatlarından sonra en sık yapılan ameliyatlar arasındadır (Yıldırım 1992).

➢ Myomlar, endometriozis, endometrial hiperplazi, anormal kanamalar, uzun süren ve uygulanan tedavilere yanıt alınamayan uterus kaynaklı ağrılar, prolapsus uteri, kanser, histerektomi nedenlerinden bazılarıdır.

➢ Histerektomi ameliyatları değişik şekillerde uygulanabilir. Ameliyatın tipi; muayene bulgularına, ameliyata neden olan hastalığa, hastalığın yaygınlığına, hastanın yaşına, doktorun seçimine ve deneyimine bağlı olarak değişir (Yüksel 1995).

Abdominal histerektomi: Uterusun karından çıkarılmasıdır. Alt karın bölgesinde uterusa ulaşmak için ciltten başlayan bir kesi yapılır. Uterusun büyüklüğü ve ameliyatın yapılış nedenine bağlı olarak kesi yatay veya dikey olabilir. Karından yapılan cerrahi girişim diğer histerektomi tiplerine göre daha uzun iyileşme zamanı gerektirir. Bununla beraber bazı avantajları da vardır. Bu tip histerektomide doktor, uterus ve diğer bazı karın içi organları daha iyi görüp değerlendirebilir. Özellikle büyük tümörlerde, kanser şüphesinde iyi bir yoldur (Yüksel 1997).

Vaginal histerektomi: Vagen yolu ile uterusun çıkarılmasıdır. Bu yöntemde karında kesi olmaz. Kesi vagen içinde olduğu için iyileşme zamanı abdominal histerektomiden daha kısadır (Yıldırım 1992).

Laparoskopik histerektomi: Ameliyatın kısmen veya tamamen laparoskop aracılığı ile yapılmasıdır. Operasyon süresi diğer yollardan yapılan histerektomilere göre daha uzun, hastanın iyileşme dönemi daha kısadır (Yüksel 1995).