BÖLÜM FİZİK YAPISI, FAALİYET, İŞLEYİŞİ VE ÇALIŞMA DÜZENİ:

Genel cerrahi servisi ..... Binası C Blok 2.katında bulunmakta16 hasta odası ve 28 yatak ile hizmet vermektedir. Hasta odalarının ikisi tek,13ü çift kişilik olup tuvaleti ve banyosu içindedir. Tek kişilik odaların biri yanık odası, çift kişilik odaların biri izolasyon odası olarak ayrılmıştır.Çift kişilik odaların ikisi mahkum odası olarak kullanılabilmekte, tek kişilik odaların biri de mahkum hasta olması durumunda jandarma personeli için nöbet ve dinlenme odası olarak kullanılmaktadır.Serviste 1 hekim dinlenme,1 hemşire dinlenme,1 pansuman,1 ameliyat hazırlık odası,1 malzeme deposu,1 yemek boşlarının konulduğu oda(ofis) bulunmaktadır.Servis U biçiminde yerleşim planında olup,ortada hemşire deksi,kenarlarda hasta odalarının dizilmesi şeklinde dizayna sahiptir.Servis girişinde oturma alanları mevcuttur.Hemşire deksinin iç kısmında hemşire tedavi odası bulunmaktadır. Deskin sol tarafında kat sekreteri hastaların servis işlemlerini yapmaktadır. Tedavi odasının olduğu yerde aspiratör ,defibrilatör, seyyar oksijen tüpü bulunmaktadır. Deskin arka tarafında acil arabası ve pnömatik bulunmaktadır.

Cerrahi Serviste beyin cerrahi, genel cerrahi, göğüs cerrahi hastaları yatmaktadır. Mesai saatleri 08:00-16:30 olup, nöbetler 16:00-08:00 veya 08:00-08:00 aralığında tutulmaktadır. Temizlik personeli 3 vardiya olarak çalışmaktadır.(07:00-15:00,08-16:30,16-24,24-08)

Servis acil çıkışı ve yangın merdiveni hemşire deksinin çaprazında 207 nolu odanın yanındadır. Yangın tüpleri servis girişinde, yangın merdiveninin girişinde ve hemşire deksinin arkasında bulunmaktadır.

Servise ait cihaz kullanım talimatları ve servis temizlik planı ve serviste kullanılan formlar hastane web sitesinde mevcuttur.

UZMAN HEKİMİN GÖREVLERİ

1. Hasta bakım hizmetlerinin düzenli olarak yürütülmesinden, bölümlerde disiplinin sağlanmasından ve temizliğinden başhekime karşı sorumludur.

2. Servislere kabul edilen hastaları uzmanlıkları çerçevesinde kendi birimine başvuran hastaların muayene ve tetkiklerini yapar. Kendi servisinin polikliniğini yaparlar.

3. Uzmanlar, hasta müşahede ve tabelalarının düzenli ve usulüne uygun olarak yazılmasından sorumludur.

4. Her ne zaman olursa olsun, kendi uzmanlık dalına ait önemli ve acil vakalar nedeniyle hastanece kendilerine yapılan davete gelmek ve gereken muayene ve tedaviyi yapmakla yükümlüdür.

5. Herhangi bir hasta hakkında konsültasyon için diğer bölümlerden gelen davetleri kabul ve görüşlerini bildirmek zorundadır.

6.Aynı bölümde çalışan uzman tabipler, çeşitli hizmetleri düzenleyecekleri sıraya göre Başhekime bildirerek nöbetleşe yürütürler.

7. Poliklinik ve servislerden ihbara mecbur bir hastalık görüldüğünde ihbar bildirim formu yazarak Başhekime bildirirler.

8. Servis uzmanları servis istatistiklerinin düzenlenmesi ve zamanında idareye verilmesi ile servis protokol defterinin usulüne uygun olarak tutulmasından sorumludur.

9. Kalite yönetim sistemi faaliyetlerini, bağlı birimlerinde sağlıklı yürütülmesini sağlamak ve sağlatmakla sorumludur.

10.Poliklinik yapan hekim reçetelerini e-imza ile imzalar, başhekimliğin bilgisi dahilindeki istisnai durumlar (bakanlık sisteminin çalışmaması, internet sağlayıcıda genel aksaklık...) haricinde kağıt reçete yazmaz. E-imza cihazının yenilenme vakti gelmeden değişimi için başvuruda bulunur.

11.Mesai giriş, çıkış saatlerine riayet eder. Kimlik kartını cihaza okutarak mesaiye giriş çıkış yapar

12.Yıllık izin ve kongre izinlerini kendi branşındaki hekimlerle görüşerek hizmet aksamasına yol açmayacak şekilde planlar.

13.Kılık kıyafetlerine dikkat eder, çalışırken önlük giyer.

14.Nöbetlerine riayet eder, nöbet listesi açıklandığında görevlendirilmiş sayılır. Nöbet değişikliklerini mutlaka yazılı olarak yapar.

15.Yukarıda verilen görev, yetki ve sorumluluklar yerine getirilirken sorumluluk, yetki ve iletişim planında belirtilen birimlerle yatay ve dikey ilişkiler kurarak faaliyetlerini sürdürürler. İdare ve birim sorumlusu tarafından verilen mesleği ile ilgili diğer görevleri yapar.

SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Başhemşirenin o servisteki yardımcısı olup, servisinde bulunan bütün hemşire, ebe, sağlık memuru, 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.

Aylık nöbet listelerini ve revizyonlarını yapıp idareye teslim eder.

Servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesini sağlar.

Narkotik dolabının anahtarını mesai saatleri içerisinde muhafaza eder, nöbetçiye teslimini yapar.

Hasta devir teslimlerinde bulunur.

Acil çantası takip ve kontrolünü yapar. Serviste bulunan teknik donanım elektrik ve sıhhi tesisatlarda meydana gelebilecek aksaklıklar gibi hizmeti olumsuz etkileyebilecek durularda sorumlu hemşire sistem üzerinden arıza bildirimi yapar ve teknik atölyeye gerekli bilgileri verir.

SERVİS HEMŞİRELERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Poliklinikten ve acilden yatış onayı verilen hastanın servise kabul işlemlerini yapar.

Hasta ve hasta yakını eğitim formunda yer alan eğitimleri yatış ve tedavi ve taburculuk zamanlarında yapar.

Hastayı servise kabul eder, odasına alır,dr orderında belirtilen tedavilerini yapar, Hastanın ilaçlarının teminini eczaneden sağlar.

Hastanın hemşirelik bakımlarını planlar ve uygular.

Hastanın tetkiklerini ister ve takip eder.

Hasta konsültasyon istemlerinin takiplerini yapar.

Ameliyata gidecek hastalara ameliyathaneye kadar refakat eder. Ameliyattan çıkan hastayı ameliyathaneden teslim alır.

Dr vizitlerinde hekime eşlik eder.

KAT SEKRETERİNİN GÖREVLERİ

Hastaların servise kabulünü ve yatış işlemlerini yapar

Servise yatışı yapılan hastanın sistem üzerinde işlemlerini yapar

HASTANE HİZMETLİLERİNİN GÖREVLERİ

Hastane hizmetlileri, hastanenin temizliği, hastaların görüntüleme vb yerlere götürülüp getirilmesiyle ilgili

her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personelidir.

Servis sorumlu hemşiresi ve hemşirelerinin direktif ve sorumluluğu altında, servislerin genel temizliklerini yapar.

Hasta odalarını temizler düzen ve eksiklerini tamamlar.

Çamaşırhaneden temiz çamaşırları alır, kirlileri götürür.

Evsel atıkları toplar.

Laboratuvara gidecek numuneleri 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

ilgili tabip, hemşire ve tıbbi teknisyenler sağlar.

Hastanın ameliyathane yoğun bakıma transferinde hemşireyle birlikte hastayı götürür

Hasta taşınmasına yardımcı olur.

Depolardan malzeme alır.

YATIŞ VERİLEN HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

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

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

➢ Hasta refakatçi 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.

➢ Hastaya odası, çağrı zili, yatağı, lavabosu tanıtılır ve nasıl kullanacağı hakkında bilgiler hemşire tarafından verilir. ➢ Hemşire hastanın dosyasını ve eksik bilgilerini alarak yatış kabul işlemi kayıtlarını sonuçlandırır. ➢ Hekimin lüzumlu gördüğü hastalar için refakatçi kalmasına izin verilir ve kat 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 hemşire tarafından yapılır.

➢ Yataklı servislerden yapılan radyolojik istemlerde eğer hasta mobilize olabiliyorsa veya yapılacak radyolojik tetkik cihazı hareket ettirilemiyorsa refakatçi ve temizlik personeli eşliğinde ve uygun transfer aracı ile tetkikin yapılacağı yere ulaştırılır. Tetkik yapıldıktan sonra hasta tekrar yataklı servise geri götürülür. Hastalar mobilize olamıyorlarsa taşınabilir röntgen 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 kat sekreteri ve hemşire 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 uygulanır, uygulanır ve gerekli formlarda kayıt altına alınır.

➢ Düşme Riski Olan Hastalar İçin **düşme riski yüksek hasta figürü**

➢ Solunum İzolasyonunda **Sarı Yaprak figürü**

➢ Damlacık İzolasyonunda **Mavi Çiçek figürü**

➢ Temas İzolasyonunda **Kırmızı Yıldız figürü**

➢ 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 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. ➢ Hastanın diyeti hekimi tarafından belirlenir ve tabelasına işlenir.

➢ Serviste yatan tüm hastaların diyetlerinin olduğu liste servis sorumlu hemşiresi tarafından en geç saat 10.00 da diyetisyene ulaştırılır. Listeye göre hazırlanan ana ve ara öğünler mutfak personel tarafından servise getirilir. Servis hemşiresi gözetiminde, diyetisyen veya mutfak personeli tarafından dağıtılır.

➢ Hastanın başka branşlarla ilgili problemleri varsa hekim tarafından konsültasyon istemi sistem üzerinden yapılır. ilgili hekime konsültasyon mesajı gider.

➢ Konsültasyon hizmetleri ilgili kat sekreteri konsültasyon istenen hekimin sekterine bilgi verir. ➢ 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 kan merkezine gönderilir.

➢ Kan hazır olduğunda kan merkezi kan isteyen bölüme bilgi verir, hastadan sorumlu olan sağlık çalışanı kanı alır. Kan torbası üzerinde hasta bilgileri, kan grubu bilgileri 2 hemşire tarafından teyit edilir. 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 sekreterine ulaştırılır. Ameliyathane sekreteri

anestezi uzmanını bilgilendirir ve hastanın preoperatif son değerlendirmesi yapılır. Ameliyata girecek hastanın dosyasına hemşire tarafından güvenli cerrahi formu, ameliyathane transfer formu, ameliyat öncesi hazırlık formu doldurularak konur.

➢ Ameliyata girecek hastaya ameliyat gömleği verilir. Hastanın varsa takma dişi, tüm takıları (yüzüğü, saati) hasta yakın tarafından alınır, ojesi çıkartılır, 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 sekreteri ameliyathane sekreterine gerekli bilgiyi verir. ➢ Postoperatif dönemde hastanın takibi ameliyathanenin içinde bulunan postoparatif takip odasında yapılır. Hasta stabil hale gelince post op hemşiresi tarafından servis hemşireleri aranarak personel ve hemşire ile birlikte teslim alınır servise getirilir. Tedavisine hekimin talimatına göre devam edilir. Ameliyat sonrası hastanın ameliyat yeri, direni, mayileri, sondası, kontrol edilir ve kayıt altına alınır. Hastaya ve yakınına post op dikkat etmesi gerekenler anlatılır, diyeti ve mobilizasyonu hakkında bilgi verilir. Hastanın ameliyat yeri pansumanı, hekimin talimatına göre steril malzeme kullanılarak ilgili sağlık personeli tarafından yapılır.

Hasta ile ilgili tüm bilgi ve bulgular hasta dosyasına kaydedilir.

Hastanın hekiminin önerisine göre orali açılır, hemşire eşliğinde mobilizasyonu sağlanır.

Hekim hastasını ekstra gerekli olmadığı durumlar dışında, sabah ve akşam ziyaret ederek değerlendirir. Hekim tarafından istenen tetkik ve eklenen tedaviler hemşire tarafından yapılır.

Durumu iyi olan hasta sabah vizitinden sonra taburcu edilir. 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. Hastaya taburcu eğitimi yapılır.ilgili formu hastaya verilir, pansumanı yapılır. Hastanın kullanması gereken ilaçları hekimi tarafından reçete edilir ve epikrizi verilir. Hastaya tek hekim veya heyet raporu verilecekse kat sekreteri tarafından taburcu işleminden önce organizasyonu yapılır. Hekim tarafından uygun görülen tarihe kontrol amaçlı poliklinik randevusu kat sekreteri tarafından oluşturulur. Genel durumu bozulan hasta hekimine bilgi verilir. **yoğun bakıma yatması gerekirse** hemşiresi tarafından yoğun bakım boş yatak sorgulanır.yatak varsa hekiminin bilgisi dahilinde hemşire ve temizlik personeli eşliğinde hasta yoğun bakıma teslim edilir.nöbetlerde ise genel durumu kötüleşen hasta ilgili nöbetçi uzman hekimine haber verilerek,aynı prosedür uygulanır,kendi hekimine de daha sonra bilgi verilir.

Hastanın Sevk edilmesi gerekli durumlarda, hekim tarafından hasta bilgilendirilir ve taburcu işlemleri yapılır. Epikriz doldurulur. Hastanın tıbbi destekle sevk edilmesi gereken durumlarda hastaların ilgili 112 sağlık personeli eşliğinde hasta sevk formu ile sevk işlemi yapılır. Sorumlu hekim, hastanın sevk işlemleri için ilgili birimlerle irtibata geçer ve hastanın işlemini yapar.

Hastanın Ex olması durumunda, Yataklı serviste ex olan hastalar için öncelikle EKG çekilir. hemşire ve personel tarafından hazırlanır.ex üzerinde bulunan damar yolu, sonda, dren, kateter, elektrotlar vb. çıkartılır. Hasta künyesi çıkarılmaz. Sağ ayak başparmağına ex kartı takılır. Ex çarşafına sarılarak üzerine ex in barkotu yapıştırılır.2 saat serviste bekletilir sonra morga götürülür. Sorumlu hekim tarafından hasta yakını uygun bir yerde ve şekilde bilgilendirilerek haberdar 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.

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 hasta hakkında bilgi verilerek dosyasıyla birlikte teslim edilir.

➢ Ameliyat sonrası stabil duruma gelen hasta ameliyathane sağlık çalışanı tarafından servis hemşiresine ameliyat süreci hakkında bilgi verilerek dosyası ile teslim edilir.

➢ Mahkûm hastaların tedavilerine yönelik sağlık tesisinin türüne göre, çalışan ve hasta güvenlik tedbirleri alınarak, mevzuat uyarınca gerekli düzenlemeler yapılır.

➢ Kimsesiz hastalar için soysal hizmetler birimi ile irtibata geçilir.

-Sosyal hizmetler birimi Değerlendirme sonucunu servis sorumlu hemşiresi ve hekimine iletir. 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.
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.

DİĞER DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

➢ Hemşireler vardiya/nöbet devirlerinde hasta teslimlerini önce hemşire deksinde 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.

-Enfekte hastaların ameliyat planlamasında en son olarak ameliyathaneye gönderilmesi sağlanır.

CERRAHİ SERVİSTE KULLANILAN CİHAZLAR

EKG, defibrilatör, seyyar oksijen cihazı, aspiratör cihazı, glukometre.

Bu cihazların kullanım talimatları hastane web sitesinde mevcuttur.

BÖLÜM KALİTE DÖKÜMANLARI

Tanıya özel aydınlatılmış onam formları

Tanıya özel taburcu eğitim formları

Sözel istem formu

Advers etki bildirim formu

Hasta transfer formu

Güvenli cerrahi kontrol listesi

Ameliyat öncesi ve sonrası takip formu

Hastanın yatış öncesi kullandığı ilaç formu

İlaç imha formları

Bölüme ait diğer form, talimat,prosedür ve listaler hastae web sitesinde mevcuttur.

BÖLÜMLE İLGİLİ RİSKLER KORUNMA ÖNLEMLERİ

a) Enfeksiyon izolasyon önlemleri

b) Delici batıcı alet yaralanması önlemleri

c) Düşme- kayma riski önleme uyarı tabelaları

d) Oksijen tüpleri emniyeti (Devrilme-yuvarlanma)

e) Dolapların duvara sabitlenmesi

f) Yangın merdiveninin kapı ve önünün açık olması

g) Ağır malzeme ve eşyaların alt gözlerde muhafaza edilmesi

h) Elektrik panosunun emniyete alınması

i) Yangın söndürme hortumunun çalışır ve ulaşılabilir tutulması

GENEL CERRAHİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARA HEMŞİRELİK

YAKLAŞIMLARI

1. PREOP HASTA HAZIRLIĞI HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Poliklinikten veya acil servisten yatışı yapılan hasta servise gelir.

➢ Hasta uygun oda ve yatağa hemşire tarafından alınır.

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

➢ Hemşire hastaya gerekli eğitimi yapar ve yapılacak işlem konusunda bilgi verir, kayıt altına alır. ➢ Hemşire bir gece önceden hastanın aç kalmasını sağlar.

➢ Ameliyat bölgesi tıraşı ameliyat günü veya bir gün öncesinde tüy dökücü krem ile yapılmalı, jilet kullanmamalıdır. ameliyat öncesi Hemşire ameliyat bölgesini kontrol eder(kişisel hijyen ,taraf işareti) 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 varsa premedikasyonu uygular. Hastanın taraf işaretlemesi hekim tarafından işaretlenir.

➢ Hemşire, hastanın güvenli bir şekilde dosya ve malzemeleriyle birlikte ameliyathaneye transferini sağlayarak ameliyathanedeki anestezi teknisyenine dosyası ile birlikte teslim eder.

POSTOP HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI UYGULAMALAR

➢ Ameliyattan çıkan hasta stabil olana kadar ameliyathanenin içinde bulunan post op ünitesi takip edilir.servise geçmesinde sakınca olmadığında servis hemşiresine bilgi verilerek,servis hemşiresi ve temizlik personeli ile birlikte hastanın servise transferi gerçekleştirilir.hemşire hastayı dosyasıyla teslim alır.

➢ Hasta yatağına transfert 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.

Hastanın ihtiyacına göre oksijen verilir. Hastanın varsa NG ve dren kontrolü yapılır.Ameliyat bölgesi pansumanı kanama yönünden değerlendirilir.

➢ 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.

➢ 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,

➢ 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.

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.

➢ Cilt bakımında talk pudrası kullanılmaz.

➢ 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 nemlendirici sürülür.

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

➢ 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

➢ Besin ve sıvı alımı 8 saatte bir değerlendirilir.

➢ Hastayı tanılama kriterlerine göre değerlendirip; Bası yarası izlem formu sistem üzerinden doldulur ve bakım planı yapılır.

GİRİŞİMLER

ASPİRASYON İLKELERİ

➢ Aspirasyon işlemi ihtiyaç duyulduğu oranda yapılmalıdır. Gereksinim hastanın sürekli olarak izlenmesiyle saptanabilir. Gereksinim saptandıktan sonra uygun şekilde Aspire etmek önemlidir. Aseptik tekniklere uyulmaksızın yapılan Aspirasyon hastada enfeksiyon gelişmesine neden olabilirken, yeterince havalandırılmadan ve oksijenlendirilmeden uzun süreli yapılan aspirasyonlar Kalp Ritim bozukluklarına ve Kardiak Arreste neden olabilmektedir.

Aspirasyonda 4 temel teknik vardır:

➢ Oral ve Nazofarengeal Aspirasyon

➢ Oral ve Nazotrakeal Aspirasyon

➢ Airway ya da Endotrakeal Tüp'ten Aspirasyon

➢ Trakeostomi kanülden Aspirasyon

Aspirasyonda Uyulması Gereken Kurallar :

➢ Aseptik çalışılır. Orafarenks ve Trakea Steril olarak düşünülmeli. Ağız temiz olarak düşünülmeli ve ağızdaki sekresyonlar orafarenks ve trakeanın Aspirasyonundan sonra temizlenmelidir.

➢ Her defasında steril nelaton sonda kullanılır. Sekresyonun fazla olduğu durumlarda açık uçlu kateter tercih edilir. ➢ Her aspirasyon 15 sn'den fazla sürmemeli. Aspirasyonlar arası süre 3 dk. olmalı ve 3 kezden fazla tekrarlanmamalıdır.

Oratrakeal ve Nazotrakeal Aspirasyon : Öksürük refleksiyle akciğerlerdeki sekresyonun atılamadığı durumlarda uygulanır. Ağız yada burundan yapılabilir. Ancak öğürme refleksi az olduğu için daha çok burun tercih edilir. Kateter ucu, trakeaya kadar uzatılarak aspire edilir.

➢ Hastaya işlem açıklanır. Semi fowler pozisyonu verilir. Oratrakeal Aspirasyon için baş yana çevrilir. Nazotrekeal Aspirasyon için baş Hiperekstansiyona getirilir.

➢ Hasta bilinçsiz ise, yüzü hemşireye bakacak şekilde yan yatırılır. Bu şekilde dilin arkaya kaçıp, hava yolunu kapatması ve GiS muhtevasının Aspirasyonu önlenmiş olur. Ayrıca sekresyonun çıkartılması kolay olur. Eller yıkanır. Steril eldiven giyilir. Kateter Aspiratöre takılır. Kateter hastanın kulak memesi ve burun ucu arasındaki mesafe uzunluğunda baş ve işaret parmağı arasında sıkıştırılır. Steril solüsyona (SF yada Distile su)batırılarak nemlenmesi sağlanır. Girerken doku tahriş edilmemiş olur.

➢ İşlem öncesi hastaya buhar ve oksijen uygulaması yapılır. Kateter Oral ve Nazal ilerletildikten sonra Aspiratör açılır. Kateter üzerindeki basınç başparmağı çekerek kaldırır ve kateter parmaklar arasında döndürülerek çıkartılır. ➢ Kateter steril sudan geçirilerek içindeki sekresyonun çıkması sağlanır. Bu arada hasta bilinçli ise derin nefes alıp vermesi ve öksürmesi söylenir. Bu sekresyonun daha çabuk atılmasını sağlar. Hastanın Akciğer sesleri dinlenir, solunumu izlenir ve gerekli ise işlem tekrarlanır.

➢ İşlem esnasında hastanın ağzındaki ve dil altındaki veya burnundaki sekresyonlar aspire edilerek temizlenir.

➢ Hastaya rahat bir pozisyon verilir. Sekresyonun yoğunluk, renk ve miktarı kayıt edilir.

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.

NG Sonda Uygulama Basamakları

➢ Hastayı oturtun ve başını fleksiyon pozisyonuna getirin. (Bu pozisyon mümkün değilse sol yan yatış pozisyonu uygulanabilir.

➢ Burun deliklerine ışık kaynağı yardımıyla değerlendirin. Size özel en geniş olan burun deliğini kullanın. Hastada yutma problemi olup olmadığını değerlendirin.

➢ Hastanın eline bir böbrek küvet vererek kusma durumuna yardımcı olmaya çalışılır.

➢ Tüp uzunluğunu ve boyutunu belirleyin.

➢ Tüpün ucuna kayganlaştırıcı uygulayıp en geniş burun deliğinden yüze doğru açıyla olacak şekilde tüpü ilerletin. İlerletme sırasında dirençle karşılaşılması durumunda işlemi durdurun ve diğer burun deliğinden işlemi baştan tekrar edin.

➢ Hasta tüpü ağzının arka kısmında hissedince yutkunmaya başlamasını söyleyin. Bu aşamada birkaç yudum su yutkunmaya yardımcı olacaktır. Yutkunma işlemi ile birlikte tüpü ilerletmeye devam edin.

➢ Önceden belirlediğiniz mesafe kadar tüpü ilerletin.

➢ Kateterin ilerlemesi tamamlanınca 50 cc enjektör yardımıyla bir miktar mide içeriğini aspire edin. ➢ Yaklaşık 20 cc hava verilerek sol hipokondrium (sol üst kadran Kosta altı) oskülte edilmelidir. Hava verme sırasında uygulana oskültasyon işleminde midede oluşan kıpırdama sesi oskülte edilmelidir.

➢ Eğer tüp doğru konumda ise tüpü flaster yardımı ile sabitleyin. Kateterin distal açıklığını uygun bir malzeme ile kapatın.

Nazogastrik Sonda İle Hasta Besleme

➢ Ağızdan besin ve sıvı alınamadığı durumlarda bu yöntem (gavaj) kullanılır. Beslenmede dikkat 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.

➢ 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.

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 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 20-30mL steril sıvı ile balon şişirilir(veya sonda üzerinde önerilen miktarda), 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.

KOLOSTOMİ BAKIMI

Kolostomi; kolonun karın duvarına ağızlastırılması işlemidir. Uygulandığı bölgeye göre inen kolon transvers kolon ve sigmoid kolon kolostomisi olarak adlandırılır. Hemsirelik bakımı ve hastanın gereksinimleri kolostomi tipine göre değişiklik gösterir. En cok uygulanan sigmoid kolon ostomisidir.

Kolostomi Bakımı Aşamaları;

➢ Gerekli olan malzemeler hazırlanır.

➢ Eller yıkanır.

➢ Cildin dışkı ile temasını önlemek için stoma çapı ölçülür.

➢ Torbanın adapte edilecek kısmı bu ölçüye göre kesilir.

➢ Değiştirilecek torba tek sistemli ise yukarıdan aşağıya doğru çekilir.

➢ Stoma üzerinde varsa gaita artıkları tuvalet kağıdı ile temizlenir.

➢ Stoma için özen sabunlama beziyle stoma çevresi bastırılmadan temizlenir, daha sonra duru su ile temizlenir ➢ Kuruduktan sonra yeni torba yapıstırılır.

➢ İkili sistemde öncelikle adaptör yapıştırılır, torbanın ağzındaki bariyer ile adaptör bariyeri çıkartılarak sistem kilitlenir.

➢ Tek kullanımlık torbalar ½ ya da 1/3 ü dolunca

➢ Alttan klempli torbalar 3-7 günde değiştirilir.

➢ İkili sistemde adaptör 3-5 gün takılı kalabilir

POSTÜRAL DRENAJ İŞLEMİ

Hastaya çeşitli pozisyonlar verilerek, yer çekiminin etkisiyle, Akciğerlerin Alt segmentlerinde birikmiş sekresyonların trakeaya doğru atılmasını sağlamak amacıyla yapılan bir tedavi yöntemidir.

➢ 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 üzerineparmak uçlarıyla kısa, ani vuruşlar yapılır. Elin çukurlaştırılması göğüs duvarı ve el ayası arasında bir hava yaptığı oluşturduğu için çok Dönemlidir. 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.

➢ Direne 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 Apikai 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, troid 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. Işlem sırasında Hipoksi yönünden izlenir. Sekrasyonun özelliği ve miktarı değerlendirilir. Ağız bakımı verilir.

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. Işlemin 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 1su 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 yapılacak izlemde 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.

DREN TAKİBİ

➢ Takipte, Drenaj tüplerinin yeri, hangi amaçla yerleştirildiği tüplerden gelecek drenajın özelliği bilinmelidir. ➢ Birden fazla diren varsa numaralandırılır. Hangi direnden ne kadar geldiği ölçülür ve kayıt edilir. ➢ Sıklıkla, göğüs, kalp, üriner sistem cerrahisi sonrasında Diren uygulanır.

➢ Göğüs drenajı takibinde; Göğüs drenaj şişelerinin konumu önemlidir. Şişeler kesinlikle hastanın göğüs seviyesinden 90 cm aşağıda yer almalıdır. (Bu konumda her yerçekimi etkisiyle drenaj kolay olur hem de hava ve sıvı plevral alana geri dönmez) ve devrilmemesi için yatağın kenarına tespit edilmelidir.

➢ Hastanın pozisyonu: Hastanın pozisyonu ne olursa olsun önemli olan tüplerin altta kalmaması, kıvrılması ve bükülmemesidir. Aksi halde drenaj engellenir. Sıvı ve hava plevral hava basıncında artışa neden olur. **Drenaj tüpleri**; Çok uzun yada kısa olmamalıdır. Uzun tüpler kıvrılır, bükülür. Kısa tüpler gerilir ve bağlantı yerlerinden ve göğüs duvarından ayrılabilir.

➢ Tüplerin açıklığının sürdürülmesi: Tıkanıklık sık sık kontrol edilir. Özellikle Ameliyat sonrası ilk saatlerde Kanlı drenaj, pıhtılaşmaya neden olabileceği için tüpler, 30-60 dk. da bir sağılmalı yada sıvazlanmalıdır. Sıvazlanma, sadece tüp tıkanmalarında uygundur. Eller işlem öncesi alkollenir ve ağrıya neden olmamak için tüpler yavaş yavaş sıvazlanmalıdır.

➢ Tıkanma dışında tüplerin, sağılması uygundur. Tüp, göğse yakın olan yerden iki elle sıkıca kavranır ve "süt sağarcasına" sağılır.

➢ Hasta hareketli tutulur. Drenaj otururken ve dolaşırken daha kolay olur.

➢ İstem olmadıkça ve acil durumlar dışında tüpler klemplenmemeli, gerekli girişimler yapıldıktan hemen sonra açılmalıdır. Tüpler, hasta ekspirasyon yaptıktan sonra klemplenir.

➢ Şişenin devrilmesi plevral alana atmosfer havasının kaçması demektir. Hemen şişe dik pozisyona getirilerek uçun tüpün su içinde olması sağlanır. Hastadan plevral boşlukta biriken havayı atması için kuvvetli nefes vermesi ve öksürmesi istenir.

➢ Drenaj şişesi üzerine su seviyesi işaretlenir, gelen drenaj saat başı ölçülerek kaydedilir.

➢ İlk 24 saatte 500- 1000cc drenaj olması ve bunun 100-300cc'sinin Ameliyat sonrası ilk 2 saatte olması normaldir. Daha sonra azalması renginin açılması beklenir.

HEMŞİRELİK BAKIMLARI

APENDEKTOMİ AMELİYATINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Hastanın daha önceden yaptırdığı tetkikler kontrol edilerek, eksik tetkikler için kan örneği alınır. ➢ Üzerindeki giysiler çıkarılarak serviste bulunan uygun ameliyat önlüğü giydirilir.Üzerindeki takı, lens, oje ve objeler çıkartılır.

➢ Ameliyat bölgesinin taraf işareti ve onam belgesi kontrol edilir.

➢ Örnek sonuçları kontrol edilerek doktora bildirilir. Anestezi uzmanı hastayı muayene ederek son kontrolünü yapar. ➢ Hasta servis hemşiresi tarafında dosyasıyla beraber sedyeye alınarak ameliyathaneye teslim edilir. *Post-op bakım:*

➢ Servis hemşiresi hastayı serviste teslim alır, uygun pozisyonda yatağına alarak altındaki kirli çarşafları alır üzerine düzeltir.

➢ Hayati bulguları (ilk saatte 15'lik yarım ve bir saatlik olmak üzere) alınır, gerekli ise O2 uygulanır. Hemşire Gözlem Formuna yazılarak dosyasına kaydedilir.

➢ Damar yolu kontrol edilir, kirli flasterler değiştirilir.

➢ Hasta yakınlarına hastanın yakınma ve şikayetleriyle ilgili bilgi verilir, ihtiyaçları olduğunda çağrıyı kullanabilecekleri hatırlatılır.

➢ Doktorun order ettiği ilaçlar ve mayiler Doktor Tedavi Tabelası Formu'na kaydedilir, saatler düzenlenir ve uygulanır.

➢ Ameliyattan 4 saat sonra ıslatılmış ped ile hastanın vücudu silinir, kıyafetleri giydirilir.

➢ Ameliyat açık yapıldıysa dren kontrolü gelen mayi kontrolü pansuman yeri kontrolü yapılır.

➢ 6-8 saat sonra mobilize edilir. Önce yatakta oturur pozisyona alınır ve vital kontrolleri yapılır. Hasta kendini iyi hissediyorsa (baş dönmesi, kusma, vb. yoksa) ayağa kaldırılır.

➢ Doktor orderine göre rejim -l- başlanır. Kusma ve aspirasyonun gelişmemesi için beslenme sırasında uygun pozisyonda olmasına dikkat edilir.

KOLESİSTEKTOMİLİ HASTALARDA HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Vital bulguları ve hasta anamnezi (kardiyak, diyabetik, kalp, böbrek, hipertansiyon, alerjik öykü v.b.) ➢ Hastanın daha önceden yaptırdığı tetkikler kontrol edilerek, eksik preop tetkikler için kan örneği alınır.(KC fonksiyon testleri ve bilirubiler ve BATIN USG mutlaka olmalı)

➢ Çıkan sonuçları doktoruna bildirilir.

➢ Anestezi doktoru hastayı muayene eder. Doktor orderi ile premedikasyon yapılır. Rutinde hastayla birlikte ameliyathaneye iespor götürülür perop uygulanır.

➢ Hastanın üzerinde bulunan bütün kıyafetler çıkarılıp, serviste bulunan ameliyat önlüğü giydirilir (Ziynet eşyaları, porotez, lens vb çıkarılır).

➢ Ameliyat bölgesinin taraf işareti ve ameliyat onam formları kontrol edilir.

➢ Gerekli ameliyathane hazırlıkları tamamlandığında hasta sedyeye alınır. Dosyası, tetkik sonuçları ve grafileri ile birlikte servis hemşiresiyle birlikte ameliyathane hemşiresine teslim edilir.

Post-op bakım:

➢ Hasta sedye ile ameliyathaneden alınır.

➢ Hemşire ve personel yardımı ile birlikte uygun pozisyonda yatağına alınır.

➢ Hayati bulguları alınır (Ilk saat 15' l- 2 sat yarım saatte bir, daha sonra saat başı alınır, sonra rutin alınır). ➢ Yatak içinde uygun pozisyon verilerek altındaki kirli çarşaflar alınır. Üzeri düzeltilir.

➢ Damar yolu kontrolü yapılır. Kirli flasterler değiştirilir.

➢ Doktor orderi ile analjezik yapılır.

➢ Vital bulgulara göre, uygun pozisyon verilen hastanın ihtiyaç varsa 02 verilir.

➢ Hasta yakınlarına bilgi verilir. Gerekli durumda çağrı sistemini kullanabilecekleri tekrar hatırlatılır. ➢ Doktor order ettiği ilaç ve mayiler hasta dosyasına kaydedilir. Saatleri düzenlenir ve uygulanır. ➢ Ameliyattan 4 saat sonra hastanın vücudunu solüsyonlu ped ile silinir. Kıyafetleri giydirilir, mobilize edilir. ➢ 6 - 8 saat sonra mobilize edilir. Önce yatakta oturur pozisyona alınır. Tansiyon ve nabız kontrolüne göre hasta kendini iyi hissediyorsa (baş dönmesi, kusma) ayağa kaldırılır.

➢ Doktor orderi ile hastaya rejim bir başlanır. Kusma aspire gelişmemesi için, beslenme sırasında uygun pozisyonda olmasına dikkat edilir.

Dren Kontrolü:

Dren kanama ve safra yönünden(sarı yeşil) takip edilmeli anormal durum doktora bildirilmelidir. Sarı-yeşil gelen safra kaçağını düşündürür hasta oral alıyorsa oral stoplanır dren debisi takip edilir.

ANAFİSSÜR, PERİANALFİSSÜR ,ANAL FİSTÜL ve HEMOROİD AMELİYATINDA

HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Vital bulguları ve hasta anemnezi (kardiak, diyabetik, kalp, böbrek, hipertansiyon, alerjik öykü v.b.) Hasta dosyasına işlenir.

➢ Hastanın daha önceden yaptırdığı tetkikler kontrol edilerek eksik tetkikler için kan örneği alınır. Laboratuar servisine personel ile gönderilir

➢ Hastanın Onam Formu’nu imzalayıp imzalamadığı kontrol edilir.

➢ Tetkik sonuçlar çıktıktan sonra anestezi doktoru muayene eder. Damar yolu açılması gerekiyorsa damar yolu açılır. Doktor Tedavi Tabelasında yazan ordera göre premedikasyon yapılır.

➢ Hastaların aksi belirtilmediği sürece doktor orderına göre bağırsak temizliği(akşam22.00 sabah 06.00 da yapılır. ➢ Hastanın üzerine varsa ziynet eşyaları ve protezi çıkartılıp Hasta Eşyaları Teslim Formu’na yazılır ve hasta yakınına teslim edilir.

➢ Gerekli hazırlıklar tamamlandıktan hasta yardımla sedyeye alınır. Dosya, tetkikleri ve grafileri ile birlikte servis hemşiresi eşliğinde ameliyathane hemşiresine teslim edilir.

Post - op bakım:

➢ Hasta sedye ile ameliyathaneden alınır.

➢ Hemşire ve personel yardımı ile yatağına alınır. Altındaki kirli çarşaflar değiştirilir.

➢ Uygun pozisyon verilir (elevasyon alınır).

➢ Hasta alt ve üst kirli çarşafları personel ve hemşire eşliğinde değiştirilir.

➢ Hayati bulguları alınır (İlk saat 15 dk., sonraki l- 2 saat yarım saatte bir, daha sonra saat başı alınır, sonra rutin alınır).

➢ Damar yolu kontrolü yapılır. Kirli flasterler değiştirilir.

➢ Hastanın genel durumu kontrol ettikten sonra hemşire ameliyat sonrası Doktor Tedavi

➢ Tabelasında yazılan doktor orderlarını kontrol eder.

➢ Doktor orderlarına göre gerekli tedavilerine başlanır. Doktor Tedavi Tabelasında yazılan orderına göre gerekli analjezik yapılır, ilaçların saatleri ayarlanır.

➢ Hasta yakınlarına bilgi verilir. Gerekli durumda çağrı sistemini kullanabilecekleri tekrar hatırlatılır. Hastaya ilk 3 - 4 saat ağızdan hiçbir şey vermemeleri gerektiği hatırlatılır.

➢ Ameliyattan 4 saat sonra hastanın vücudunu ıslak ped ile silinir. Kıyafetleri giydirilir, mobilize edilir. ➢ Mobilize olmadan önce hasta yatak kenarında oturur pozisyonuna alınır. 15 - 20 dk. beklenir. Baş dönmesi, tansiyon düşmesi, kusma v.b. yoksa hasta yürütülebilir.

➢ Bazı hastaların anal bölgesinde tampon olabilir ve belli süreden sonra ağrı yapabilir.Tampon doktor bilgisi olmadan kesinlikle çıkarılmamalıdır.

NOT: Spinal anestezi yapılmış hastalar Ameliyat sonrası ayaklarındaki uyuşukluk tamamen geçinceye kadar ayağa kaldırılmaz.bu süre içerisinde Tuvalet ihtiyacını yatakta sürgüyle karşılar.Bazen hastalar glob oluşması sebebiyle idrar yapamayabilirler bu durumlarda geçici mesane sondası ile idarar boşaltılır.

GUATR AMELİYATLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Vital bulguları ve hasta anemnezi (kardiak, diyabetik, kalp, böbrek, hipertansiyon, alerjik öykü v.b.) Hasta Dosyasına işlenir.

➢ Hastanın daha önceden yaptırdığı tetkikler kontrol edilerek eksik tetkikler için kan örneği alınır. Tiroid fonksiyon testleri(TFT)Troid USG Hastanın Onam Formu ve ameliyat taraf işareti kontrol edilir.

➢ Tetkik sonuçlar çıktıktan sonra anestezi doktoru muayene eder. Damar yolu açılması gerekiyorsa damar yolu açılır. Doktor Tedavi Tabelasında yazan ordera göre premedikasyon yapılır.

➢ Hastanın üzerine varsa ziynet eşyaları ve protezi çıkartılıp Hasta Eşyaları Teslim Formu'na yazılır ve hasta yakınına teslim edilir.

➢ Gerekli hazırlıklar tamamlandıktan hasta yardımla sedyeye alınır. Dosya, tetkikleri ve grafileri ile birlikte servis hemşiresi eşliğinde ameliyathane hemşiresine teslim edilir.

Post - op bakım:

➢ Hasta sedye ile ameliyathaneden alınır.

➢ Hemşire ve personel yardımı ile yatağına alınır. Altındaki kirli çarşaflar değiştirilir.

➢ Uygun pozisyon verilir başının altına yastık konulabilir.

➢ Hasta alt ve üst kirli çarşafları personel ve hemşire eşliğinde değiştirilir.

➢ Hayati bulguları alınır (İlk saat 15 dk., sonraki l- 2 saat yarım saatte bir, daha sonra saat başı alınır, sonra rutin alınır).

➢ Damar yolu kontrolü yapılır.Dren varsa klembin açık olmasına dikkat edilir. Kirli flasterler değiştirilir. ➢ Hastanın genel durumu kontrol ettikten sonra hemşire ameliyat sonrası Doktor Tedavi tabelasında yazılan doktor orderlarını kontrol eder.

➢ Doktor orderlarına göre gerekli tedavilerine başlanır. Doktor Tedavi Tabelasında yazılan orderına göre gerekli analjezik yapılır, ilaçların saatleri ayarlanır.

➢ Hasta yakınlarına bilgi verilir. Gerekli durumda çağrı sistemini kullanabilecekleri tekrar hatırlatılır. Hastaya ağızdan hiçbir şey vermemeleri gerektiği hatırlatılır.

➢ Ameliyattan 4-6 saat sonra hastanın vücudunu ıslak ped ile silinir. Kıyafetleri giydirilir, mobilize edilir. ➢ Mobilize olmadan önce hasta yatak kenarında oturur pozisyonuna alınır. 15 - 20 dk. beklenir. Baş dönmesi, tansiyon düşmesi, kusma v.b. yoksa hasta yürütülebilir.

➢ Operasyon lateral (tek taraflı) yapılmış ise hasta hipo kalsemi açısından takip edilir.

Belirtileri elde ve dudak çevresinde uyuşma ve kasılmalardır. Kan kalsiyum değeri ölçülür.

➢ Kalsiyum replasmanı yapılır.

➢ En ciddi komplikasyon postop kanama olup hayatı tehdit eden trakeal kompresyona neden olabilir.Acil müdahale gerektirecek durumlar ilk 3-4 saatte gözlenir. Hastanın yakın takibinde dren kanama kontrolü, kesi yeri hematom takibi ve solunum takibi(hematomun trakeaya bası yapması nedenli) yapılmalıdır.

➢ Komplikasyon geliştiği durumlarda hasta hemen doktor bilgisiyle ameliyathaneye alınır.

➢ Hastanın transferi sıkıntılıysa yatak başında hastanın pansumanı açılır,dikişleri kesilerek hematomu boşaltılır solunumu rahatladığında kesi alanı pedle örtülerek hasta ameliyathaneye alınır.

➢ Rekürren Laringeal Sinir Yaralanması:Komplikasyon gelişen hastalarda tek taraflı sinir travmasında sesde kısıklık,boğukluk ve tiz sesleri çıkaramama şikayetleri görülür.bilateral sinir hasarında trakeostomi gerektirecek derecede solunum sıkıntısı oluşur. Hasta oturur pozisyonda takip edilir entübasyon gerekebilir.

Lenfatik Kanal Yaralanması: Drende süte benzer şilöz akıntı görülür. Dren kontrolünde 48- 72 saatte miktarda azalma beklenir.

MASTEKTOMİ AMELİYATI OLAN HASTADA HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Vital bulguları ve hasta anemnezi (kardiak, diyabetik, kalp, böbrek, hipertansiyon, alerjik öykü, daha önceden geçirilmiş rahatsızlık v.b.) hasta dosyasına işlenir.

➢ Hastanın daha önceden yaptırdığı testler kontrol edilir ve eksikleri tamamlanır. Eksik tetkikler için kan örneği alınır. Labaratuar servisine personel eşliğinde gönderilir.

➢ Hastanın onam formunu imzalayıp imzalamadığı kontrol edilir.

➢ Tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı anestezi doktoru muayene eder. Damar yolu gerekiyorsa hastaya damar yolu açılır. Damar yolu acıldıktan sonra hasta ameliyata gidecekse gitmeden önce doktor tedavi tabelasında yazan order'a göre premedikasyon yapılır.

➢ Hastanın üzerinde bulunan bütün kıyafetler çıkarılıp, serviste bulunan ameliyat önlüğü, galoş ve bonesi giydirilir.(ziynet eşyaları, takma diş, lens vs çıkarılır.)

➢ Gerekli hazırlıklar tamamlandıktan sonra hasta personel yardımı ile sedyeye alınır. Hasta dosyası ile birlikte servis hemşiresi eşliğinde ameliyathane hemşiresine teslim edilir.

Post-op Bakım;

➢ Hasta sedye ile personel ve hemşire eşliğinde ameliyathaneden alınır.

➢ Hemşire ve personel yardımı ile yatağına alınır.

➢ Altındaki kirli çarşaflar değiştirilir.

➢ Hastanın alt ve üst kirli çarşafları personel ve hemşire eşliğinde değiştirilir.Hastaya uygun pozisyon verilir. ➢ Hastada hemovak dren yatağından aşağı indirilir ve klembin açık olmasına mutlaka dikkat edilir. ➢ Hastanın damar yolu kontrol edilir.

➢ Hastanın vital bulguları alınır.(ilk saat 15 dk da bir kez, sonraki 1-2 saat yarım saatte bir, daha sonra saat başı takip alınır, sonrasında rutin takip alınır.)

➢ Hastanın genel durumu kontrol edildikten sonra Doktor Tedavi Tabelasında yazılan order a uygun tedavisi yapılır. Analjezik uygulaması postop karsılanınca yapılır. İlaçların saatleri ayarlanır.

➢ Hastanın patolojisi varsa doktor tarafından patoloji kağıdı yazdırıldıktan sonra bilgisayara ve patoloji materyal teslim defterine kaydedilir ve patoloji bölümündeki görevli personele teslim edilir. Patoloji sonucunun ne zaman çıkacağı hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilir.

➢ Hasta yakınlarına hastaya bilgi verilir. Gerekli durumlarda çağrı sistemini kullanabilecekleri hatırlatılır. ➢ Hastaya doktor bilgi verene dek ağızdan bir şey verilmemesi gerektiği söylenir.

➢ Ameliyattan 4-6 saat sonra hastanın vücudu ıslak ped ile silinir. Kıyafetleri giydirilir. Hasta mobilize edilir. ➢ Mobilize olmadan önce hasta yatak kenarında oturur pozisyona alınır. 15-20 dk kadar beklenir.

Hastada baş dönmesi, tansiyon düşmesi, kusma v.b. yoksa hasta önce kısa olmak kaydıyla yürütülür.

➢ Hastanın ameliyat yeri ve hemovak dreni kanama açısından kontrol edilir.

➢ Hemovak drenden gelen miktar her gün gözlemlenir ve doktora bilgi verilir.

➢ Hemovak dolduğu zaman miktarı kaydedilip boşaltılır. (öncesi dren mutlaka klampe edilir.)

➢ Yara bakımı yapılır.

➢ Hastanın ameliyat olduğu koldan, kan basıncı ölçümü, damar yolu girişimi, veya enjeksiyonlar yapılmamalıdır. Taburcu olduktan sonra da hastanın ameliyat oldugu kolu hiçbir işlemde kullanılmayacağı için Bu konuda hasta ve yakınları mutlaka bilgilendirilir.

➢ Derin nefes alıp vermesi ve öksürmesi için cesaretlendirilip yardım edilir.

➢ Hastanın günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olunur, hastanın yasam aktivitelerine yönelik gereksinimleri sık sık değerlendirilerek hastanın gereksinimlerini bildirmesi yönünden hasta cesaretlendirilir. ➢ Hasta mastektomi sonrası omuz ve kol egzersizlerini yapması için cesaretlendirilir.

➢ Hafif egzersizlere erken başlanır.

Bunlar:

➢ Ameliyat günü parmakları açıp kapama,

➢ Ameliyatın ilk günü lastik top sıkıştırma,

➢ Yapabileceği gün saçını ve dişini fırçalamalıdır.

➢ Uygun görüldüğü zaman mastektomi sonrası özel egzersizlere başlanır.

Bu egzersizler:

➢ Duvara tırmanma egzersizi

➢ İp çevirme egzersizi

➢ Makara egzersizi

➢ Çubuk egzersizi

MİDE AMELİYATLARI HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Vital bulguları ve hasta anemnezi (kardiak, diyabetik, kalp, böbrek, hipertansiyon, alerjik öykü v.b.) Hasta Dosyasına işlenir.

➢ Hastanın daha önceden yaptırdığı tetkikler kontrol edilerek eksik tetkikler için kan örneği alınır. (gastroskopi batın mr veya tomo biopsi gibi tetkikler) Tahlillerin içinde rutin tetkiklere ilave CA MARKIRLARI olması gerekir. ➢ Hastanın Onam Formu ve ameliyat taraf işareti kontrol edilir.

➢ Tetkik sonuçlar çıktıktan sonra anestezi doktoru muayene eder. Damar yolu açılır.

➢ Doktor Tedavi Tabelasında yazan ordera göre premedikasyon yapılır.Rutinde edildiği için antibiyotik preop akşam ve sabah olarak uygulanır.

➢ Hastanın üzerine varsa ziynet eşyaları ve protezi çıkartılıp Hasta Eşyaları Teslim Formu'na yazılır ve hasta yakınına teslim edilir.

➢ Gerekli hazırlıklar tamamlandıktan sonra hasta yardımla sedyeye alınır. Dosya, tetkikleri ve grafileri ile birlikte servis hemşiresi eşliğinde ameliyathane hemşiresine teslim edilir.

Post-op Bakım;

➢ Hasta sedye ile ameliyathaneden alınır.

➢ Hemşire ve personel yardımı ile yatağına alınır. Altındaki kirli çarşaflar değiştirilir.

➢ Uygun pozisyon verilir başının altına yastık konulabilir. Kusma ihtimaline karşı aspirasyonu önlemek amacıyla başı yan çevrilir.

➢ Hasta alt ve üst kirli çarşafları personel ve hemşire eşliğinde değiştirilir.

➢ Hayati bulguları alınır (İlk saat 15 dk., sonraki l- 2 saat yarım saatte bir, daha sonra 6 saat saat başı alınır, sonra rutin alınır).Hasta başı monitörle takip edilmesi önerilir.

➢ Damar yolu kontrolü yapılır. Kirli flasterler değiştirilir.

➢ Hastanın genel durumu kontrol ettikten sonra hemşire ameliyat sonrası Doktor Tedavi Tabelasında yazılan doktor orderlarını kontrol eder.

➢ Doktor orderlarına göre gerekli tedavilerine başlanır. Doktor Tedavi Tabelasında yazılan orderına göre gerekli analjezik yapılır, ilaçların saatleri ayarlanır.

➢ Hasta yakınlarına bilgi verilir. Gerekli durumda çağrı sistemini kullanabilecekleri tekrar hatırlatılır. Hastaya ağızdan hiçbir şey vermemeleri gerektiği hatırlatılır.

➢ Ameliyattan 4-6 saat sonra hastanın vücudunu ıslak ped ile silinir. Kıyafetleri giydirilir,Postop 1. gün hasta mobilize edilir.Mobilize olmadan önce hasta yatak kenarında oturur pozisyonuna alınır. 15 - 20 dk. beklenir. Baş dönmesi, tansiyon düşmesi, kusma v.b. yoksa hasta yürütülebilir.Hasta önce oda içinde zamanla daha geniş alanlarda mobilize olur.

➢ Hastanın drenleri gerilmeden mobilizasyon anında elinde taşınır.

➢ N.G.S. takılı hastaların takibi yapılır.N.G.S.nin çıkmaması yerinden oynamaması çok önemlidir.Tespiti açılan hastaların N.G.S.i yerinden oynamadıysa flasterle sıkı tespiti yapılır.N.G.S.nin oynadığı düşünülüyorsa Doktora haber verilmeli çıkan N.G.S. kesinlikle tekrar takılmamalı (Midedeki anastomoz dikişlerinin açılmaması için). ➢ Hastanın oral alımı rutin olarak 4-5 gün sonra başlar.Ancak doktor orderına göre oral alımı başlatılabilir.Barsak hareketlerini hızlandırmak amacıyla hastaya şekersiz sakız çiğnemesi önerilebilir.

➢ Hastanın günlük dren takibi yapılır.Normal şartlarda gelenin ilk günlerde kanlı daha sonra seröz olması beklenir.Drenden yeşil-sarı gelmesi anastomoz kaçağını düşündürür.Bu durumda hasta oral alıyorsa oral stoplanır. ➢ Hastanın postop A.Ç.T. ve ANTA takibi de çok önemlidir.Özellikle ateş yönünden dikkatli takip edilmeli antibiyotikleri düzenli verilmelidir.Ateş 38 üzerine çıktığında PA AC grafisi ve TİT ve kan kültürü alınır.

➢ Bazı hastaların nazal FEEDİNG sondaları olur bu hastalar doktor istemine göre postop 8 saat sonra 10cc/h SF ,postop 24 saat sonra 10cc/h mama+10cc/h SF ile beslenmeye başlanmalıdır.

PİLONİDAL KİST AMELİYATLARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

➢ Vital bulguları ve hasta anemnezi (kardiak, diyabetik, kalp, böbrek, hipertansiyon, alerjik öykü, daha önceden geçirilmiş rahatsızlık v.b.) hasta dosyasına işlenir.

➢ Hastanın daha önceden yaptırdığı testler kontrol edilir ve eksikleri tamamlanır. Eksik tetkikler için kan örneği alınır. Labaratuar servisine personel eşliğinde gönderilir.

➢ Hastanın onam formunu imzalayıp imzalamadığı kontrol edilir.

➢ Tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı anestezi doktoru muayene eder. Damar yolu gerekiyorsa hastaya damar yolu açılır. Damar yolu acıldıktan sonra hasta ameliyata gidecekse gitmeden önce doktor tedavi tabelasında yazan order'a göre premedikasyon yapılır.

➢ Hastanın üzerinde bulunan bütün kıyafetler çıkarılıp, serviste bulunan ameliyat önlüğü, galoş ve bonesi giydirilir.(ziynet eşyaları, takma diş, lens vs çıkarılır.)

➢ Gerekli hazırlıklar tamamlandıktan sonra hasta personel yardımı ile sedyeye alınır. Hasta dosyası ile birlikte servis hemşiresi eşliğinde ameliyathane hemşiresine teslim edilir.

Post-op Bakım**;**

➢ Hasta sedye ile personel ve hemşire eşliğinde ameliyathaneden alınır.

➢ Hemşire ve personel yardımı ile yatağına alınır.

➢ Altındaki kirli çarşaflar değiştirilir.

➢ Hastanın alt ve üst kirli çarşafları personel ve hemşire eşliğinde değiştirilir.

➢ Hastaya uygun pozisyon verilir.

➢ Hastada dren varsa yatağından aşağı indirilir ve klembin açık olmasına mutlaka dikkat edilir.

➢ Hastanın damar yolu kontrol edilir.

➢ Hastanın vital bulguları alınır.(ilk saat 15 dk da bir kez, sonraki 1-2 saat yarım saatte bir, daha sonra saat başı takip alınır, sonrasında rutin takip alınır.)

➢ Hastanın genel durumu kontrol edildikten sonra Doktor Tedavi Tabelasında yazılan ordera uygun tedavisi yapılır. Analjezik uygulaması postop karsılanınca yapılır. İlaçların saatleri ayarlanır.

➢ Hastanın patolojisi varsa doktor tarafından patoloji kağıdı yazdırıldıktan sonra bilgisayara ve patoloji materyal teslim defterine kaydedilir ve patoloji bölümündeki görevli personele teslim edilir. Patoloji sonucunun ne zaman çıkacağı hakkında hasta ve yakınlarına bilgi verilir.

➢ Hasta yakınlarına hastaya bilgi verilir. Gerekli durumlarda çağrı sistemini kullanabilecekleri hatırlatılır.
➢ Hastaya doktor bilgi verene dek ağızdan bir şey verilmemesi gerektiği söylenir.

➢ Ameliyattan 4-6 saat sonra hastanın vücudu ıslak ped ile silinir. Kıyafetleri giydirilir. Hasta mobilize edilir. ➢ Mobilize olmadan önce hasta yatak kenarında oturur pozisyona alınır. 15-20 dk kadar beklenir. Hastada baş dönmesi, tansiyon düşmesi, kusma v.b. yoksa hasta önce kısa olmak kaydıyla yürütülür.

NOT: Spinal anestezi yapılmış hastalar yarı oturur pozisyonda yatırılır. Ameliyat sonrası hastanın ayaklarındaki his kaybı tamamen düzelesiye kadar hasta kesinlikle ayağa kaldırılmaz. Bu süre içerisinde tuvalet ihtiyacını yatakta sürgü ya da ördek yardımı ile karşılar. Bazen spinal anesteziye bağlı hastalar idrarını yapamazlar. Böyle bir durumda hastaya mesane sondası takılarak idrarını boşaltması sağlanır.