HASTALARIN CERRAHİ UYGULAMA SONRASI AMELİYAT ODASI, UYANDIRMA ÜNİTESİNDEN ÇIKARILMASINA İLİŞKİN KURALLAR

UYANDIRMA ODASINDA BAKIM ve TAKİP

Amaç; ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, en aza indirgenmesi, erken belirlenmesi ve oluşması durumunda tedavi edilmesidir.

TEMEL İLKELER

1. Uyanma odasında kalış süresi, verilen anestezi miktarına bağlı olmakla birlikte, yaklaşık yarım saat ile 1- 2 saattir.
2. Hastanın öğürme ve yutma refleksinin geri gelmesi anestezinin sonlandığını gösterir.

Dikkat Edilecek Noktalar

1. Hastaya spinal anestezi yapılmışsa hastanın ekstremite hareketleri başlayana kadar uyanma ünitesinde kalacağı, birkaç saate kadar normal hissedeceği, durumun geçici olduğu söylenmelidir. Hastanın anestezi tekniğine göre uygun pozisyon verilmelidir.

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Hasta üniteye gelmeden önce tüm malzemeler hazır bulundurulur.
2. Yatak etrafına paravan çekilir.
3. Hasta, güvenli biçimde ve gizliliği korunarak uyanma ünitesine anestezi teknikeri/anestezi hekimi/ameliyathane teknisyeni eşliğinde alınır. Hasta ile birlikte ameliyata ilişkin bilgiler ve hasta dosyası da teslim alınır.
4. Hasta odaya alındıktan sonra kusmuğun solunum yolunu tıkamaması için lateral ya da sim’s pozisyonu verilir.
5. Damar yolu açıklığı, cilt rengi kontrol edilir. Gerekirse oksijen verilir, oksijen tedavisinden önce sekresyon varsa hasta aspire edilir.
6. Yaşam bulguları ilk saatte 10- 15 dakikada bir ölçülür.
7. Hastanın şuur durumu değerlendirilir. Hastaya adıyla seslenerek uyanma ünitesinde olduğu söylenir. Hasta bulantı, kusma, kanama, bradikardi ve hipotansiyon belirtileri açısından her 15 dakikada bir takip edilir.
8. İdrar miktarı ve özellikleri kontrol edilir.
9. Hastaya dönme ve öksürme konusunda yardım edilir.
10. Titremeyi azaltmak için battaniye ya da sıcak su torbaları ile vücudun ısınması sağlanır.
11. Dudaklara vazelin sürerek çatlaması önlenir.
12. Ağrının yeri, şiddeti değerlendirilir, yaşam bulguları stabil ise önerilen analjezik tedavisi düzenli olarak yapılır.
13. Hasta aşağıdaki durumlar gerçekleştiğinde uyanma ünitesinden kliniğe alınabilir.
    a. Bilinç açık ve oryantasyonu tam olduğunda,
    b. Hava yolu açıklığı sürekli ve serbestçe derin solunum/ öksürmeyi yapabildiğinde,
    c. Yaşam bulguları stabil olduğunda,
    d. Yutma ve öğürme refleksleri yerine geldiğinde,
    e. Dört ekstremiteyi hareket ettirebildiğinde,
    f. Aldığı- çıkardığı sıvı miktarı dengeli olduğunda (idrar saatte en az 30 ml olmalı),
    g. Pansumanları kuru ve sağlam, açıkta drenajı olmadığında hasta kliniğe alınabilir.
14. Hasta transfer formu doldurulur ve gideceği servise haber verilir. Transfer için hasta dosyası ve uyanma odası izlem formu hazırlanır.
15. Tüm bulgular ve uygulamalar kayıt edilir.

CERRAHİ KLİNİĞİNDE BAKIM VE TAKİP

Amaç; ameliyat sonrası dönemde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, en aza indirgenmesi, erken belirlenmesi ve oluşması durumunda tedavi edilmesidir.

Dikkat Edilecek Noktalar

1. Hasta odasındaki ziyaretçiler dışarı çıkarılmalı, hasta için sessiz, sakin ve güvenli bir ortam hazırlanmalıdır.
2. Oda ısısı 24-28ºC de tutulmalıdır.
3. Hasta yatağının fonksiyonları kontrol edilmeli, yatak düz yatış pozisyonunda tutulmalıdır.
4. Çarşafın gergin, aletlerin yerinde ve takılı olması sağlanmalıdır.
5. Hasta alt bezi, ameliyat bölgesine göre yatak üzerine yerleştirilmelidir.
6. Ameliyathane ya da uyanma ünitesi çalışanlarından ameliyatla ilgili bilgiler (hastanın ne zaman ağızdan sıvı

alacağı, izin verilen sıvı/ gıdalar, IV solüsyonlar ve IV ilaçlar, yataktaki pozisyonu, istem yapılan ilaçlar, laboratuvar testleri, aldığı-çıkardığı takibi, izin verilen) öğrenilmelidir.

7. Ameliyathane raporundan ya da hasta dosyasından yapılan ameliyat, dreni olup olmadığı, kullanılan anestezi maddesi, tahmini kan kaybı, anestezi sonrası uyandırma ünitesinde yapılan ilaçlar öğrenilmelidir.
8. Hastanın yaşam bulgularının takibi, ameliyat sonrası ilk 1 saat 15 dk da bir, daha sonraki saatlerde hastanın ameliyat tipi ve durumuna göre belirlenecek sıklıkta yapılmalıdır. Ağrı düzeyi, kanama belirtileri, bulantı kusma varlığı, şuur durumu, laboratuvar bulguları izlenmelidir.
9. Kısa sürede büyük miktarda internal ve eksternal olarak görülen kanama kontrol edilemezse şok gelişebilir. Kanlı drenaj 100- 200 ml/ saat ise mutlaka müdahale edilmelidir.
10. Hasta/ ailesine operasyonla ilgili bilgi verilmelidir

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Hastaya operasyonuna uygun pozisyon verilerek solunum yolu açıklığı sürdürülür. Hekim istemine göre hastaya pozisyon verilir. Hastanın bilinç düzeyi kontrol edilir. Bilinçsiz ya da yarı bilinçli hastada aspirasyon riskine karşı hasta hafif yan döndürülerek yatırılır. Hastanın anestezi tekniğine göre uygun pozisyon verilmelidir.
2. Olası kusma probleminde aspirasyonu önlemek amacıyla hastanın başını yan tutması sağlanır ve böbrek küvet başın yan tarafına yerleştirilir. Bulantı ve kusma varsa hekim istemine göre tedavi yapılır.
3. IV kateter, mesane kateteri, nazogastrik sonda ve drenlerin varlığı kontrol edilir. Tüm kateterlerin açık oldukları ve çalışıp çalışmadıkları kontrol edilir. Hastaya parenteral sıvı takılı ise klemp açılarak tedavinin devamı sağlanır.
4. Hastada var olan kateterlerin içerikleri renk ve miktar yönünden değerlendirilir. Miktarları kayıt edilir ve boşaltılır. Kateterlerin torbalarının uç kısımları yatak seviyesinin altına yerleştirilir ya da askıya asılır. Nazogastrik sondanın uç kısmı açık ise bir şişe içine ya da torba içine yerleştirilir.
5. Hastanın pansumanı renk ve koku bakımından kontrol edilir, ameliyatın türüne bağlı olarak hastanın ameliyat yerinden gelen kan olup olmadığını gözlemek için hasta yan çevrilerek sırt kısmı kontrol edilir.
6. Vücut ısısını korumak amacıyla hasta örtülür.
7. Hastanın düşmesini önlemek için yatak korkulukları kaldırılır.
8. Hastanın vital bulguları alınır ve değerlendirilir. Anesteziye bağlı solunum ve dolaşım bozukluğu gelişebilir. Solunumun özelliği; sıklık, derinlik ve sayısı değerlendirilir. Oksijen saturasyon düzeyi kontrol edilir. Gerekirse oksijen verilir. Dolaşım; tansiyon, apikal nabız, periferal nabız, cilt, renk, ısı, nem, turgor, tonüs açısından değerlendirilir.
9. Ağız içinde biriken sekresyon varsa aspire edilir, derin solunum ve öksürme egzersizi yapmasına yardım edilir ve hasta cesaretlendirilir.
10. Kanama kontrolü yapılır. Hasta göğüs ağrısı, hipotansiyon, taşikardi, ritm bozukluğu, hipotermi, soğuk terleme, hızlı ve yüzeysel solunum, cilt renginde solukluk, siyanoz, hemogram/ hemotokrit değerinde düş- me, susama hissi, insizyon yerinde sızıntı, hematom, idrar miktarında azalma, drenaj renk ve miktarı açısından değerlendirilir.
11. Hastanın nörolojik değerlendirmesi yapılır. Bilinç, motor ve his değerlendirmesi, zaman, mekan ve kişi oryantasyon değerlendirmesi yapılır. Ekstremiteleri hareket ettirmesi istenerek motor becerilerin değerlendirilmesi, ekstremitelere dokunularak his değerlendirmesi yapılır.
12. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır. Ameliyatın ve hastanın tıbbi durumuna göre 8 saatlik ya da 24 saatlik olarak yapılabilir.
13. Ameliyat için önerilen sıvı ve ilaç tedavisi varsa uygulanır.
14. İdrar retansiyonu açısından hasta takip edilir. Saatlik idrar miktarında azalma (saatte 30 ml' den az olmamalı), 8 saat içinde idrara çıkmama, mesanede glop gelişimi (sondasız hastada) ve saatlik verilen sıvıya eşit idrar çıkımı açısından hasta değerlendirilir.
15. Ağrı değerlendirmesi yapılır. İlk 24- 36 saatler arasında parenteral ve oral analjezikler ilaca, uygulama yoluna ve dozuna bağlı olarak her 2- 6 saatte bir uygulanır. Ağrı hafiflediğinde ya da rutin analjezik uygulama uzun süre gerekli olmadığında, genellikle planlanmış aktivitelerden ve dinlenme dönemlerinden önce hastaya isteğe bağlı analjezik uygulanır.
16. Hasta vasküler ya da ortopedik bir ameliyat geçirmişse ilgili ekstremiteler değerlendirilir. Ekstremite rengi, ısısı, hassasiyeti, hareketi, nabızların niteliği ve varlığı değerlendirilerek kaydedilir ve anormal bir bulgu olduğunda hekime haber verilir.
17. Antiembolik veya varis çorabı uygulaması varsa dolaşım kontrolü yapılır.
18. Gerekiyorsa tam kan sayımı, elektrolit dengesi vb. parametrelerinin belirlenmesi için kan alınır ve laboratuvara gönderilir.
19. Hastanın bilinci açılınca, var olan araçlar ve işlevleri, yapılan uygulamalar ve nedenleri hakkında bilgi verilir. Hastanın rahat pozisyonda olması sağlanır, ameliyat yerine basınç uygulanmaması konusunda dikkatli olunur.
20. Tüm bulgu ve gözlemler kaydedilir, ekip üyeleriyle paylaşılır.

DİĞER POST- OPERATİF DÖNEM HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

Bacak Egzersizleri:

Hastanın ameliyatı ve durumu kontrendike değilse, bacak egzersizlerini pre-operatif dönemde öğretildiği gibi, uyanık olduğu her 1- 2 saatte bir uygulaması için cesaretlendirilir.

Hareket Etme ve Yürütme: Hasta ağrısının az ya da hafif olduğu zamanda en az iki saatte bir yatak içinde dönmesi için cesaretlendirilir. Cerrahi açı- dan sakıncası yoksa hasta ameliyat akşamı ya da ertesi gün ayağa kaldırılır. Ayağa kaldırma önce yatakta oturma, sonra yatak kenarından ayakları sarkıtma ve en son ayağa kaldırma şeklinde yapılır. Hasta hareket ettirilirken yara yeri korunur.

Sıvı Alımı: Ameliyat sonrası hastanın sıvı alımına izin verildiğinde başlangıçta küçük yudumlarla azar azar sıvı verilir. Alınan sıvı miktarı sistem ya da büyük alan ameliyatlarından sonra en az iki gün sıvı dengesi stabil oluncaya kadar ölçülür.

Diyet: Hastanın diyeti ameliyatın büyüklüğüne ve kapsadığı organlara bağlı olarak ya da kurum politikasına göre belirlenir. Post- operatif dönemde en erken 4 saat sonra oral beslenmeye başlanır. Oral sıvı alımına başlanmadan bağırsak sesleri dinlenir.

Rejim 1: Su, çay, tanesiz komposto,

Rejim 2: Tanesiz çorba, patates püresi, yoğurt,

Rejim 3: Normal diyettir. Oral beslenmeye rejim 1 ile yavaş ve az miktarda sıvı ile başlanır, daha sonra hekim istemine göre rejim 2 ve 3 ile devam edilir. Hastanın besinleri toleransı gözlenir, gaz ve abdominal distansiyon değerlendirilir.

Sakşın (aspirasyon):

Ameliyatın türüne göre bazı hastalar, gastrik ya da intestinal tüp takılmış olarak ameliyathaneden gelir. Sakşın sürekli ve aralıklı olarak istem edilebilir. Aralıklı sakşın yapılacaksa, müköz membranın Hemşirelik Bakım Standartları 232 hasar görme riskini azaltmak için tek lümenli tüp, sürekli sakşın yapılacaksa çift lümenli tüp kullanılır. Gastrik sakşın ya da sürekli sakşın uygulanacak ise kaybedilen sıvı ve elektrolitler intravenöz olarak hastaya verilir.

Yara Bakımı:

Pansumanlar ve yara bölgesi düzenli olarak temiz, kuru ve sağlam olması yönünden incelenir. Aşırı drenaj ve hemoraji enfeksiyon varlığını gösterebilir. Pansuman değiştirilirken, yara yeri görünüm, boyut, drenaj, şişlik, ağrı dren ve tüp konumu yönünden değerlendirilir. Pansuman yapılırken asepsi kurallarına uyulur.

Hasta Eğitimi: İyileşmeyi hızlandırmak için evde pansumanların nasıl değiştireceği hastaya öğretilir. Cerrahi işlemin ve stresörlerin bağışıklık sistemini baskılayabileceği, bu nedenle kalabalık ortamlardan ve üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren bireylerden uzak durulması gerektiği vurgulanır. Dinlenmenin iyileşmeyi hızlandıracağı, sigara kullanımının doku iyileşmesini olumsuz etkileyeceği, sağlıklı beslenmenin ve aktivite düzeyinin sağlığa olumlu etkisi hakkında hastaya bilgi verilir.

HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDECEK RİSKLER VE KOMPLİKASYONLARDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

1. Hizmet sunumu esnasında hata oluşmasını engelleyecek, hatalar nedeniyle hastayı olası zararlardan
2. koruyacak, hata olasılığını ortadan kaldıracak bir sistemin kurulmasıdır
3. Ameliyat sonrası hasta servis hemşiresi eşliğinde servis'e getirilir ve ameliyathane tarafından/anestezi teknikeri, klinikte özellikle takip edilmesi gereken bir durum olup, olmadığı konusunda bilgilendirilmiş olmalıdır.
4. **Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı'** na uygun olarak hasta hemşire eşliğinde yatağına alınır ve

bakımı yapılır.

5. Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvıyı hemşire takip eder Sıvı İzlem Formu'na kayıt eder.
6. Hemşire hastanın ameliyat sonrası takiplerini Hemşire Gözlem Formu'na kayıt eder.
7. Ameliyat sonrasında yapılması gereken tedavi ve uygulamaları hekimi tedavi planına yazar, hemşire uygular.
8. Ameliyat raporunu hekim en geç 24 saat içinde yazar
9. Sağlık Hizmeti verilirken sağlık hizmetine bağlı hataların önüne geçilmesi ve hasta güvenliğinin sağlanması için gerekli başlıklar aşağıdakiler gibidir;

- Tedavinin geciktirilmesi
- Tanı koyma hataları
- İlaç yanlışları
- Cerrahi hatalar
- Transport hataları, Düşmeler
- Yanıklar
- Yanlış taraf cerrahisi
- Kimlik karışması
- İletişim hataları
- Ekipman hataları
- Anestezi komplikasyonları
- Doğum komplikasyonları
- Klinik hatalar
- Ameliyat komplikasyonları
- Hastane enfeksiyonları
- Bası Yaraları
- Sistem yetersizliğine bağlı hatalar
- Transfüzyon hataları
- Tedavinin gecikmesi
- Tesis güvenliği ile ilgili hatalar (yangın – elektrik) gibi konularda hasta güvenliği gözlenmeli ve dikkatli olunmalıdır.

İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı
- Sıvı İzlem Formu
- Hemşire Gözlem Formu
- Hekimi Tedavi Planı