İÇİNDEKİLER

1-YENİDOĞAN DA KONAK BAKIM PROTOKOLÜ

2-ALÇILI EKSTRİMİTE BAKIM PROTOKOLÜ

3-ALDIĞI –ÇIKARDIĞI SIVI TAKİP PROTOKOLÜ

4-AMELİYAT SONRASI AYRILMIŞ YARA BAKIM PROTOKOLÜ

5-AMELİYAT SONRASI ENFEKTE YARA BAKIM PROTOKOLÜ

6-ANKSİYETELİ HASTA BİREYE YAKLAŞIM PROTOKOLÜ

7-AYAK BAKIMI PROTOKOLÜ

8-BAŞ BANYOSU UYGULAMA PROTOKOLÜ

9-BOŞALTICI LAVMAN UYGULAMA PROTOKOLÜ

10-BULANTI KUSMASI OLAN HASTANIN BAKIM PROTOKOLÜ

11-DEHİDRATASYON GELİŞEN HASTANIN TAKİP PROTOLÜ

12-DEMİR PREPARATLARINI UYGULAMA PROTOKOLÜ

13-DİYABETİK AYAK YARASI BAKIM PROTOLÜ

14-ELEVASYON UYGULAMA PROTOKOLÜ

15-ENTERAL BESLENME PROTOKOLÜ

16-GÖZ LAVAJI UYGULAMA PROTOKOLÜ

17-HİPERTANSİYONLU HASTA EĞİTİM PROTOKOLÜ

18-HİPERTANSİYONLU HASTA TAKİP PROTOKOLÜ

19-KOLOSTOMİLİ HASTA BAKIM PROTOKOLÜ

20-KOLOSTOMİLİ HASTA DA OSTOMİ ALANI BAKIM PROTOKOLÜ

21-KONSİTİPASYONU ÖNLEME PROTOKOLÜ

22-NAZAGAZRİK SONDA BAKIMI PROTOKOLÜ

23-PERİNE BAKIMI PROTOKOLÜ

24-REGTAL TÜP UYGULAMA PROTOKOLÜ

25-SOLUNUM EGZERSİZLERİ UYGULAMA PROTOKOLÜ

26-ŞOK TABLOSUNDAKİ HASTANIN ACİL BAKIM PROTOKOLÜ

27-YATAĞA BAĞIMLI VE YARI BAĞIMLI HASTAYA KORUYUCU POZİSYON VERME PROTOKOLÜ

28-YATAK İÇİ TAM VÜCUT BANYOSU UYGULMA PROTOKOLÜ

29-YÜKSEK ATEŞLİ HASTANIN BAKIM PROTOKOLÜ

Tanım Amaç ve Kapsamı:

Hemşirelik bakım protokolleri, hasta bakım hizmetlerinde 'ortak sunum' ve 'ortak bakım dili' oluşturma ihtiyacından kay naklanmıştır.Günümüzde bireyler sınırlı yaşam sürelerini en rasyonel şekilde değerlendirme ihtiyacı içinde iken, sağlık hiz metlerinin her alanında var olan lıemşireleı tanımlanmamış

rolleri içinde dağınık, kendilerin e ait olan yada olmayan, doğrudan v e dolaylı yüklendikleri tüm işleri bitirme çabaları içindedirler.

Bu karmaşa içinde emeğe inme zamanını tasarruflu bir şekilde kullanma konusunda yeterince özenli davrandıkları söylenemez. Verilen uğraşlar kişileri hizmetin hedeflerine doğrudan ulaştıramadığı gibi, hizmetlerin içeriği ve sunum yöntemleri açısından da farklılık göstermektedir. İşte hemşirelik protokolleri hemşirelik personelinin potansiyelini etkin bir şekilde kullanarak bakım hedeflerine doğrudan ulaştıracak planlamayı içerir. Hemşirelik hizmetleri içinde yer alan uygulamaların sistematize edilerek belirli bir düzen içinde sunulmasını sağlar. Bir anlamda hemşirelik işlevlerinin sınıflandırılması, hemşirelik iş tanımları ve bakım standartlarının oluşturulmasına temel oluşturur.

Hemşirelik bakını protokolleri sistematik düşünce ilkesini esas alan bir yaklaşım biçimi olarak, hemşirelik uygulamalarının içinde yer alan tüm akıivitelere uygulanabilir.

Yararları:

Hemşirelik bakım protokolleri profesyonel hizmet anlayışını, g e l i ş t i r i r, Bakımın etkinliğinin değerlendirilmesine olanak verir, Uygulamaları ortak bir düzen içinde biçimlendirir, Emek işgücü, zaman v e kaynakların rasyonel kullanımını sağlar, Uygulayıcıları gereksiz işlemlerden uzaklaştırarak hastaların karşılaşacakları riskleri ortadan kaldırır, Maliyeti düşürür, Bakım hedeflerinde etkinlik, hasta memnuniyeti ve çalışanların işdoyumu ve motivasyonunu sağlar, Hemşirelik personelinin kendi arasında ve ekip üyeleri ile iletişimini kolaylaştırır, Hemşirelik rol ve işlevlerinin tanılanması ve sınırlarıun belirlenmesine olanak tanır, Hemşirelik uygulamalarının ücretlendirilmesi ve katkılarının netleştirilmesini sağlar.

Protokol Formatının İçeriği:

Hemşirelik Bakım Protokolleri, protokol konu başlığı belirlendikten sonra amaç, temel ilkeler tamlama kriterleri, uygulama olmak üzere beş bölümden oluşturulmuştur. Her bölümün içeriğinin tüm protokollerde aynı özellikleri taşıması formatın standart olarak biçimlendirilmesinde önemlidir. Protokollerin hazırlanmasında en büyük güçlük bilgilerin protokol formatı içine doğru, olarak yerleştirilmesinde yaşanmıştır.

K o n u b a ş l ı ğ ı ve amacın oluşturulmasında olabildiğince tek ve spesıfik özellik taşımasına özen gösterilmiştir.Bu yaklaşım aynı konuda birden fazla protokolun oluşturulmasını zorunlu kılmıştır.Örneğin kolostomili hastada, 'Kolostomili Hasta Bakım Protokolü' 'Kolostomili Hastada Ostomi Alanı Bakım Protokolü' ve 'Kolostomili Hastanın Eğitim Protokolü ' olarak üç protokol düzenlenmiştir.Bu durum tümüyle bakımda spesifik amaç oluşturma ihtiyacından ortaya çıkmıştır.Saptananamac ı n sonraki basamakların kapsamının oluşturulmasında belirleyici olması önemini daha da arttırmaktadır. Çünkü devamındaki her aşamada, amacı gerçekleştirmeye yönelik ıfadeler yer alacaktır.

Protokol formatının temel ilkeler bölümünde, belirlenen bakım amacına ulaşılmasında, olmazsa olmaz nitelikte ve her konuya özel maddeler yer almaktadır. Diğer bir anlatımla, uygulayıcının tutum ve davranışlarını belirleyici, bakım süresince gözönünde bulundurması gereken vazgeçilmez ilkelerdir.Bakım protokolleri içinde konuya özel belirlenen temel ilkelerin bazılarının birden çok konu için de geçerli olması, aynı bilgilerin tekrarına yol açmaktadır.Bu tekrarı belli ölçüde azaltmak için hemşirelik uygulamalarının tümü için geçerli olan ve bakım protokollerin hazırlanmasına esas teşkil eden genel protokol ilkeleri olarak şu şekilde belirlenmiştir:

Hasta bireyle ilgili:

Her bireyi kendine özgü v e bir bütün olarak ele alma, Bireyin mahremiyetine saygı gösterme, Hasta haklarına özen gösterme, Bireyin bakı.m a katılımını sağlama, Bireyi yapı l a n uygulamalarla ilgili bilgilendirme, Bireyin güvenliğini sağlama,

Bakım veren hemşire ile ilgili:

Meslek ilke ve felsefesine sahip,

Uygulamalarda profesyonel tutum ve davranışları önde tutma,

Meslek etik kuralları ve hasta haklarına saygı gösterme,

Uygulamalarda aseptik koşullara uyma, Yapılan uygulamaları kaydetme,

Hasta bireyle terapötik ilişkileri sürdürme,

Hasta bireyi ailesi ve çevresi ile birlikte ele alma, Sağlık ekibi üyeleri ile iletişimi sağlama,

Mesleki ve entellektüel gelişimini sürdürme, Değişen ve gelişen sağlık gündemini izleme,

Hemşirelik bakım protokollerinin üçüncü bölümünde tanılama kriterleri yer almaktadır.Bakımla ilgili hemşirelik tanı ve girişimleri belirlemede bu kriterlerin doğru olarak değerlendirilmesi önemlidir.Tamlama kriterlerinin belirli sıklıkla değerlendirilmesi iyileşme sürecinin izlenmesi ve yeni bakım planlarının uygulanması için veri elde etmeyi sağlar.Bu bölümde başarı, hemşirenin dikkati, bilgisi ve deneyiminin birlikte kullanılması sonucu ortaya çıkacaktır.

Hemşirelik protokollerinin son bölümünde teknik becerilere dayalı bakım uygulamaları yer almaktadır. Bu bölüm çoğu kez kendi içinde işlem öncesi, işlem sırası ve işlem sonrası girişimler olarak alt başlıklara ayrılmıştır. İşlem öncesi hazırlık bölümü, bazı protokollerde hasta bireyin hazırlığı, ekibin hazırlığı ve işlem ortammın hazırlığı şeklinde bölümlere aynlmış.Ayrıca uygulamalarda yapılması gereken girişimlerin birbirini takip eden doğru işlem sırasına göre yerleştirilmesine özen gösterilmiştir. Bakım protokollerinde ayrıntıların fazla olması okuyucular açısından sıkıcı bulunabilir. Ancak günlük işler içinde rutin uygulamalara bakıldığında basit sayılarak atlanan işlemlerin, gerçekte hasta ve hemşire açısından risklere yol açtığı bilinmektedir. Ayrıca uygulamaların içeriğinde varolan ancak kişilerin önemsiz bularak yerine getirmedikleri işlemler sonucu bazı teknikler kişiselleşmekte bazen de mesleklere özgü uygulamalar olarak anılmaktadır. Örneğin sistemik arter kan basıncı ölçüm işleminde yanlış uygulama olarak kol bantının içine yerleştirilen steteskop, tıp eğitiminde hemşire tekniği olarak ifade edilmektedir.

Hemşirelik bakımı protokolleri hemşirelik hizmetleri içinde yer alan uygulamalardan bilinenleri belirli bir düzen içinde sunma yanısıra unutulanları da hatırlatma yönünde yarar sağlamaktadır.

Hemşirelik Bakım Protokolleri oluşturma süreci:

Kurumumuzda hemşirelik hizmetleri uygulamalarında, ilke olarak benimsediğimiz bilimsel temele dayalı profesyonel yaklaşım, hasta bakımında etkin yöntem kullanma gereğini de beraberinde getirmiştir. Tek bir formla başlatılan bu çabalar, bakımda hemşirelik süreci yönteminin geliştirilmesi ile sürdürüldü. Protokol çalışmalarında ön hazırlık olarak hemşirelik hizmetleri içinde yer alan ve kurumumuzda uygulanan tüm aktiviteler konu başlıkları ile toplandı. Branşlarda yürütülen tüm hemşirelik uygulamaları genel bakım protokolleri, hastalıklara özel bakım protokolleri ve acil bakım protokolleri başlığı altında üç gruba ayrılmıştır.

Hemşirelik Bakım Protokollerinin Uygulama Süreci:

KONU: YENİDOĞANDA SEBOREİK DERMATİT (KONAK) BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Yağ bezlerinin fonksiyon bozukluğuyla oluşan iltihabi bir deri hastalığı olan konakta cilt bütünlüğünü korumak, çocuğu rahatlatmak.

TEMEL İLKELER:

1. Konaklı hastanın bakımı hemşirenin sorumluluğundadır.
2. Bakım uygulamalı olarak anneye öğretilir.
3. Bakımda antiseboreik şampuanlar kullanılır.
4. Konak bakımı ünitede oda ısısında yapılır.
5. Baş banyosu uygulama protokolü uygulanır.
6. Hasta yakını konak bakımı konusunda eğitilerek bakıma katılması sağlanır.

TANILAMA:

1. **Risk Faktörleri:**Yenidoğan dönemi
    - Adölesan dönemi (hormon dengesizliği)
    - Annenin eğitim eksikliği
    - Operasyon nedeniyle baş banyosu verilememesi
    - Düşük sosyo-ekonomik durum
    - Kış mevsimi olması

2. **Belirti - Bulgular:**
3. **Yenidoğanda:**

    - Kalın, sarı renkte, kabuklu lezyon
    - Kulak arkasında çatlaklar
    - Yüzde kırmızı papüller

b. **Adölesan Dönemi:**

    - Başta, koltuk altında, deri kıvrımlarında, kalın, yapışkan, 1-2 cm çapında, üzeri pullu plaklar
    - Kaşıntı + / -
    - Alerji öyküsü + / -
    - Pullanma + / -

3. **Bakımın Sıklığı Tanılanır:**

    - Hafif vakada haftada 2-3 kez
    - Şiddetli vakada günde 2-3 kez

UYGULAMA:

1. **Malzemeler:** Baş banyosu uygulama protokolünün malzemeleri kullanılır.
2. **İşleme Hazırlık:**

    - Ellerinizi yıkayın.
    - Eldiven giyin.
    - Kuru saçı işlemden 10-15 dakika önce $NaHcO_3$ dökün. Badem yağı kullanılacaksa işlemden yarım saat önce başa sürün.

3. **İşlem:**

    - Oda ısısını ayarlayın. 22-24°C
    - Bebeği uygun pozisyonda tutun.
    - Konaklı bölgeyi ince dişli bir tarakla tarayın ve durulayın.
    - Baş banyosu uygulama protokolünü uygulayın.
    - Annenin eğitim eksikliğini giderin.

4. **İşlem Sonrası:** Malzemeleri toplayıp, kaldırın.

KAYIT:

- Atıkları protokole göre elimine edin.
- Elde edilen veri ve bulguları hemşire gözlem dosyasına kaydedin.

KONU: ALÇILI EKSTREMİTE BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Alçılı ekstremitenin fonksiyonel devamlılığını sağlayarak olası komplikasyonları önlemek.

A - TEMEL İLKELER

1. Alçılı ekstremite takip ve bakımı hastaya bakım veren hemşirenin sorumluluğundadır.
2. Alçılı ekstremite 72 saat süresince tanılama periyoduna uygun olarak takip edilir.
3. Alçılı ekstremite 72 saat süresince kalp seviyesinden 30 cm. yükseklikte tutulur (Hastanın günlük bakım ihtiyaçları giderilirken 15 dakikaya kadar elevasyona ara verilir).
4. Alçı altında ve üstünde kalan bölgeye bası yapan giysiler giydirilmez.
5. Yeni alçıya alınan bölge 2 saatlik koruma sürecinde açık tutulur ve alçının şeklini bozacak müdahale ve basıdan kaçınılır.

B- TANILAMA

I . Alçılı ekstremitenin tanılama periyodu:

İlk 2 saatte 30 dakikada bir,

2- 8 saatte saatte bir,

8-24 saatte 2 saatte bir,

24-72 saatte 4 saatte bir'dir.

ll- Alçılı ekstremite aşağıdaki bulgular yönünden gözlemlenir;

1. **Kanama**:- Alçı üstünden kanayan bölge daire içine alınır, sınırları belirlenir.
   - Büyüme hızı kontrol edilir.
2. **Sızıntı**: - Alçı üstünden bölge tespit edilir.
   - Büyüme hızı, sınırları kontrol edilir.
3. **Dolaşım bozukluğu:**

Ekstremitenin üst ve alt görünen bölgelerinde;

- Ödem,
- Siyanoz
- Isı farkı
- Nabız değişikliği
- Uyuşukluk, karıncalanma
- Ağrı
- Basınç hissi
- Hareket kabiliyetinde azalma belirtileri gözlemlenir.

4. **Kaşıntı**:Alçının yapıldığı bölge altında kaşıntı olup-olmadığı sorgulanır.
5. **Pozisyon**: Alçının yapıldığı bölgenin amaca uygun olarak hekimin öngördüğü duruş pozisyonunun devamlılığı gözlemlenir.

C- UYGULAMA

1- Cilt bakımı:

- Yeni uygulanan alçı nedeniyle kirlenmiş cilt bölgelerini temizleyin

- Tahrişi önlemek için alçı kenarlarını pamuk ile destekleyin
- Alçılı bölgenin ucunda kalan el ya da ayaklar için bakım uygulayın
- Alçı içinde kaşınan bölgelerin cildi tahriş edici çubuk-şiş gibi araçlarla kaşınmasını önleyin. Bu araçların kullanılmamasını sağlayın.
- Alçının temiz tutulmasını sağlayın
- Dekübit önleme protokolünü uygulayın

D- EĞİTİM

Amaç: Hasta ve hasta yakınlarınıalçılı bölge bakımı, alçılı olduğu sürece ve alçı çıkarıldıktan sonra görülebilecek komplikasyonlar açısından bilgilendirerek; erken komplikasyonları önlemek ve sağlığın devamını sağlamak.

Kapsam:

- Hastanın hijyenik bakımı,

  - Alçının bakımı,
  - Cildin bakımı
  - Alçılı bölgede görülebilecek erken ve geç komplikasyonlar
  - Alçılı bölgeye uygulanacak pozisyonlar
  - Alçı açıldıktan sonra yapılması gereken işlevler

Eğitim yöntemi:- Demostrasyon

- Düz anlatım
- Uygulama

Değerlendirme yöntemi:

- Uygulamada tekrar
- Gözlem
- Soru-cevap

KONU:ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİP PROTOKOLÜ

AMAÇ: Hastanın 24 saat içinde aldığı ve çıkardığı sıvıların doğru ölçümünü yaparak olası komplikasyonları önlemek.

A- TEMEL İLKELER

1. Bu protokol, aldığı- çıkardığı sıvıların tanılanması ile takibini kapsar.
2. Hastanın aldığı- çıkardığı sıvı takibi hemşire tarafından özel form ile yapılır.
3. Aldığı çıkardığı sıvı takibi cc (ml) olarak kaydedilir.
4. Hastaya her sabah vücut ağırlığı ölçüm protokolü uygulanır
5. 5- Sıvıların arttırılması ve azaltılması hekim işbirliği ile yapılır.
6. Aldığı sıvıların kaydı, çıkardığı sıvıların muhafazası için hasta ve refakatin işbirliği sağlanır.
7. Gündüz verilecek sıvı miktarı l gün önce çıkardığı +500 olarak hesaplanır.
8. Parenteral sıvıtedavisi yapılan hastalarda 8 saatte bir şişe seviyesi tanılanarak kaydedilir.
9. Çıkarılan sıvıların toplandığı kabın üzerine hasta adı soyadı, yatak numarası ve biriktirilen sıvının cinsi yazılır.
10. Dışkılamanın takibi özel ölçme kabı ile yapılır.
11. Oral kayıpların takibi bardak ve ölçme kabı ile yapılır.
12. Alt bezi kullanan hastalarda boş bez tartılır, hasta idrarını yaptıktan sonra bez tartılır. aradaki fark; çıkardığı sıvı olarak kaydedilir.
13. Yara sızıntı ve kanamalarda 24 saatlik ped sayısına göre değerlendirilir.
14. Menstrüel kanamalarda her pedde 30-50 ml kayıp olduğu kabül edilerek 24 saatlik ped sayısına göre takip yapılır.

B- TANILAMA

Aldığı- çıkardığı sıvı takibinin yapıldığı hastalıklar:

1. Konjestif kalp yetmezliği
2. Böbrek yetmeliği
3. Yoğun sıvı tedavisi olan hastalar
4. Ödemli hastalar
5. Kemoterapi ve Böbreğe toksik etkisi olan ilaç kullanan hastalar
6. Diüretik kullananlar
7. Karaciğer sirozu, karaciğer hastalığı
8. Cerrahi operasyon geçiren hastalar
9. Yüksek ateşli hastalar
10. Oral beslenemeyenler(Koma, yutma güçlüğü v.s.)
11. Diaresi ve kusması olan hastalar
12. Yanık ve hormonal nedenler
13. Beslenme bozuklukları

Aldığı sıvılara;

- Oral alınan tüm sıvılar
- IV sıvılar
- İrigasyon sıvıları
- İrigasyon sıvılardan arta kalan miktar (geri alınamayan miktar)
- Periton diyalizinden arta kalan sıvı
- Meyveler
- Yemek sıvıları dahil edilir

Çıkardığı Sıvılara

- İdrar
- Kusmuk
- Hematemez

- Melena
- Diare
- Mens Kanaması
- Drene olan sıvı
- Mide aspirasyonu
- Parasentez
- Torasentez
- Terleme
- Ameliyat drenaj kaybı
- Peritan diyalizinden fazla açıkan sıvı dahil edilir.

Yetişkinlerde 24 saatte Normal koşullarda alınan ve kaybedilen su miktarı , ***Organizmaya alınan sıvı: gün/Ml***

- Yiyeceklerde (Endejen yol): 1000
- Oksidasyonlarda (Endejen yol) 300 Toplam: 2500
- Sıvılarla: 1200

Organizmadan çıkarılan sıvı: gün/Ml

- Deri ile: 500
- Akciğerlerle: 350 Toplam 2500
- Feçesle: 150

- İdrar: 1500

İnsanda sıvı kaybını arttıran faktörler:

- Sıcak bir çevre
- Kusma
- Böbreklerin kusurlu çalışması
- Kan kaybı
- Ateş
- Yara akıntısı

Erişkinlerin çeşitli durumlardaki günlük ortalama su kayıpları

Çıkış Yolu	Vücut ısısı normalken	Yüksek ateş varsa	Uzun egzersizden sonra
İdrar	1400	1200	500
Dışkı	*200*	*200*	*200*
Deri	*450*	*1750*	*1750*
Solunum	*350*	*250*	*650*

Sıvı dengesini düzenleyen Hemostastik Mekanizmalar:

Endokrin sistem :Antidiüretik Hormon

Aldesteron Tiroid Hormon

Gastrointestinal Sistem: Diare

Konstipasyon

Renal Sistem :Na+ tutulumu İdrar retansiyonu

Sinir sistemi :ADH yapar

Vücut suyu volümünü düzenlen Vücut suyu osmolaritesini düzenler.

Vücut suyunun kaybı sonucu ortaya çıkan durumlar:

% 1 inin kaybı :susama hissi

% 5 inin kaybı :halsizlik nabızda artış

vücut ısısında artış

%11-15inin kaybı :Delirium

Sağırlık

Böbrek yetmezliği tablosu

%20den fazlasının kaybı:ağır dehitratasyon

deri buruşması

vücuttan terle karışık kan sızması gözyaşı yerine kan gelmesi

Sıvı alımı fazla ise (hipervolemi):Protokole uygun tanılanır.

Kilo artışı Hipertansiyon

Bacaklarda, ellerde, göz etrafında ödem

Çıkarılan sıvı fazla ise (Hipovolemi):Protokele uygun tanılanır. Hipotansiyon

Kilo kaybı

Zayıf deri turgoru Taşikard i Halsizlik

Sıvı Bilançosu:

Dengede : Aldığı- çıkardığında 200-400ml fazla: Pozitif Bilanço: Aldığı> çıkardığı (böbrek yetmezliği) Negatif Bilanço: Çıkardığı>aldığı (diüretik kullanımı)

Terlemeyi tam olarak ölçmek mümkün değildir. Terleme:

Sadece yüzde terleme varsa (+) Giysilerini ıslatacak kadar terleme (++)

Yatağı ıslatacak kadar terleme (+++) olarak değerlendirilir.

Nazogastrik, dren, sonda kayıpları takibi

Kayıp Yerleri	**Renk**	**Koku**	**Miktar**	**Kanama**
NGT		+/-		+/-
DREN		+/-		+/-
SONDA		+/-		+/-

Dışkı kayıpları; her dışkılama özel ölçme kabı ile takibi yapılır.Oral kayıplar; (kusma, hematemez)

bardak ve ölçme kabı ile takibi yapılır.

Alt bezi kullanan hastalarda boş bez tartılır, hasta idrarını yaptıktan sonra bez tartılır. Aradaki fark çıkardığı sıvı olarak kaydedilir.

Mentrüel kanamalarda her pedde 30-50 ml kayıp vardır. 24 saatlik ped kullanım sayısına göre takibi yapılır.

Yara sızıntı ve kanamalarda 24 saatlik ped sayısına göre değerlendirilir.

Hatalı ölçüme sebep olabilecek durumlar

Hasta ve yakınlarının umursamazlığı, İdrar kaçırma, Çok terleme Ateşle kaybeledilen sıvının dikkate alınmaması (500-1000 ml/güh) Sonda, drenlerdeki sızıntılar

Sıklıkla kullanılan ölçeklerin ml olarak değerleri:

Bir bardak sıvı: 200 ml

Bir bardak süt: 200 ml

Bir bardak yoğurt: 200 ml

Bir kase çorba: l50 ml

Bir yemek kaşığı: l5 ml

Meyvelerin l00 gramındaki su değerleri

Elma	: 84.4
Çilek	: 89.9
Greyfurt	: 88.4
Karpuz	: 92.6
Kavun	: 90.6
Limon	: 90.1
Mandalina	: 87
Portakal	:86
Üzüm	:81.4
Şeftali	:89.1
Armut	: 83.2

Kiraz:	:80.4
Ayva	*:83.8*
Çilek	: 89.9

TANILAMA SIKLIĞI:

Post op hasta, Akut Böbrek yetmezliği, Diabetus insübütüs Uygunsuz ADH sendromu, Böbrek transplantasyon sonrası saatte bir İleri derecede yanıklar, İleri derecede ishallerde, Karaciğer sirozu Ödemli hastalar, Kemoterapi ve böbreğe toksik etkisi olan ilaç kul. Divnetik kullananlar, Konjestif Kalp Yetmezliği, 24 saatte bir Yoğun sıvı tedavisi olan hastalar, Yüksek ateş, Oral beslenemeyen hastalar Beslenme bozuklukları olan hastalar

C- UYGULAMA

Aldığı- çıkardığı sıvıların toplamının hasta için önemini anlatın,

Hastaya her sabah vücut ağırlığı ölçüm protokolü uygulayın,

Aldığı çıkardığı sıvıların dengesinin tanılama sıklığına göre toplamını yapın. Dengede olup olmadığını kontrol edin,

Oral alınan sıvılar için,

Hastanın aynı bardak ölçüsü kullanmasını söyleyin,

Takibin yapılabilmesi için içtiği sıvıların kaydının önemini anlatın. Okuma-yazma bilmeyen hastalar için kağıt, kalem bırakıp her bardak için bir çizgi çizmesini öğretin.

Çıkarılan sıvılar için,

Çıkardığı sıvıların toplanması için ölçü kabı verin,

Ölçü kabının üzerine; Hasta adı soyadı, Yatak no, Biriktirilen sıvının cinsini yazın.

Aldığı- çıkardığı sıvı dengesizliğinde hekimle işbirliğini yapın,

Aldığı- çıkardığı sıvıları cc (ml) olarak “Sıvı Takip Formuna” (Ek. 1) tanılama sıklığına göre kaydedin,

Tanılama sıklığına göre ölçüm yapıp kaydettiğiniz sızıyı (herhangi bir tetkik için gönderilmeyecekse) boşaltın,

24 saatlik idrar toplanıyorsa sabah 08”de hastanın ilk idrarını tuvalete yaptırın. Ertesi sabah son idrarını ölçü kabına olmak üzere 08’e kadar olan tüm idrarını toplayın,

Sondası olan hastanın sızıntı yönünden takibini yapın,

Dreni, foley sondası, nazogastrik’i olan hastanın tanılama sıklığına göre ölçümünü yapın ve kaydedin,

Kullandığınız kaplardaki çıkartılara, ölçüm yaptıktan sonra “Hastane Atıklarının Toplanması ve Uzaklaştırılması Protokolü”ne uygun elimine edin.

Kliniğe özel kaplar kullanılmışsa “Servis-Ünite Temizliği ve Dezenfeksiyonu Protokolü”nü uygulayın.

KONU: AMELİYAT SONRASI AYRILMIŞ YARA BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Sekonder komplikasyonlar gelişmeden doku bütünlüğünün oluşmasını sağlamak.

A- TEMEL İLKELER

1. Ameliyat sonrası yara ayrılmasında bakım, ekibin (doktor-hemşire) sorumluluğundadır.
2. Yara bölgesi her 8 saatte bir tanılanır.
3. Yara bakımında cerrahi aseptik teknik kullanılır.
4. Ayrılmış yaranın pansumanında %0.9 NaCl (serum fizyolojik), yara kenarlarının temizliğinde ise alkol içermeyen hipo alerjik antiseptik solüsyonlar kullanılır.
5. Kullanılacak pansuman emici, yaraya uygun, yapışmayan, kullanımı kolay, ağrı yada travmaya neden olmayacak nitelikte olmalıdır.
6. Yara bakımı, yara bölgesine göre hasta bireyin en rahat ettiği pozisyonda yapılır.
7. Yara gerekli süreden daha fazla açık bırakılmaz.
8. Pansuman her zaman kuru tutulur.
9. Abdominal yara ayrılmasında basıncı azaltmak için semi-fawler pozisyon verilir.
10. Yara iyileşmesini hızlandırmak için protein, vitamin ve mineral yönünden zengin bir diyet düzenlenir.
11. Bakım planı oluşturulurken hasta bireyin biyo-psiko ve sosyal durumu göz önünde bulundurulur.
12. Yara bakımı konusunda hasta birey ve ailesi bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanır.

B- TANILAMA: Post-op 5. ve 8. Günden sonra görülür.

1. **Risk Faktörlerine Göre; a-** Yaşlılık
   b. Yetersiz beslenme
   c. Yarada enfeksiyon gelişimi
   d. Kronik hastalıklar
   e. Ameliyat süresi
   f. Malign hastalıklar
   g. Şişmanlık
   h. Kronik sistemik hastalıklar.
   a. Uzun süre kortikosteroid alımı
   j. Ameliyat tekniği

İntra abdominal basınçta artma...

2- Yara bölgesi;

İnsizyon yerinde seröz kanlı akıntı (+)

Fasya ayrılması (+) Masserasyon (+)

Evisserasyon (+)(Abdominal bölgede iç organlar gözükür)

İnsizyon bölgesinde gerginlik (-) azalır.

Karın bölgesindeki insizyon yerinde patlama hissi ve rahatlama.

C- UYGULAMA

1. Hayati belirtileri her 6 saatte bir alın ve kaydedin.
2. Pozisyon verin.(Abdominal bölge yara ayrılmasında basıncı azaltmak için semi- fawler pozisyon verin.)
3. Ameliyat sonrası evisserasyonu önlemede hemşire;
   - Karın içi basıncı artırıcı faktörleri bilmeli ve gerekli önlemleri almalı.
   - "konstipasyon Önleme Protokolü"nü uygulamalı.
   - Defekasyonu kolaylaştırmak için doktor istemine göre müdahelede bulunmalı (lavman)
   - Eğitim doğrultusunda derin nefes alma ve öksürme egzersizlerini yaptırmalı ve öğretmeli
   - Post 1. gün karın bölgesini desteklemek için karın sargısı kullanılmalı ve erken dönem ayağa kaldırılmalı.
4. Evisserasyon yada yara ayrılması durumunda;
   - Öncelikle sakin olup hasta bireyin korku ve endişelerini giderin.
   - Yardım isteyin ve servis doktoruna haber verin.
   - Hasta bireyin yanından ayrılmayın.
   - Yara yerinin üstüne %0.9 NaCl 'le ıslatılmış bir kompres yada gaz bezi kapatın.
   - Gerekirse "Pre-op Hasta Hazırlama Protokolü"ne "göre ameliyata hazırlayın.
5. Yara ayrılması nedeni enfeksiyon ise "Enfekte Yara Bakım Protokolü"nü uygulayın.
6. Protein ve vitamin yönünden zengin bir diyet hazırlayın.

7. Alışkanlıkları doğrultusunda uyku ve istirahati için gerekli ortamı sağlayın.
8. Hasta birey ve yakınlarını aseptik teknik konusunda bilgilendirin.
9. Yara ayrılması gelişen organ yada dokunun immobilizasyonunu sağlayın.
10. Ağrı yönünden değerlendirip doktor istemine analjezik ilacı uygulayıp hastayı rahatlatın.
11. İmmobilize edilen ekstremitelerde deformite ve kontraktürleri önlemek için her 8 saatte bir pasif egzersizler yaptırın. (Egzersiz deformiteyi önleyerek dolaşımı sitimüle eder ve iyileşmeyi hızlandırır.)
12. Hasta birey ve ailesine psikolojik destek sağlayarak korku ve endişelerini giderin.
13. Tüm hijyenik gereksinimlerinin karşılanmasında yardımcı olun.
14. Yara bakımı ve hasta birey ile ilgili gözlemlerinizi kaydedin.

D- YARA PANSUMAN TEKNİĞİ

a. **Malzemeler:**
   - Povidon iyot (%10'luk)
   - %0.09 NaCl (serum fizyolojik)
   - Steril eldiven
   - Non-steril eldiven
   - Steril tromel (içinde steril gaz bezi, tampon, pet)
   - Hipo alerjik flaster
   - Pens kavanozu
   - Steril malzeme tepsisi (portegü, makas, koher, penset, küret...vb) yada steril pansuman bohçası
   - Bistüri
   - Sargı bezi yada elastik bandaj
   - Paravan yada perde
   - Atık çöp torbası yada kutusu
   - Bu malzemeleri taşıyan tekerlekli pansuman arabası

b. **İşleme Hazırlık Hastanın Hazırlığı**

- **Psikolojik Hazırlık**

1. "İletişim kurma ve sürdürme protokolünü" uygulayarak hasta bireyin kendini ifade etmesini sağlayın.
2. Pansuman sırasında mahremiyetine özen gösterin.
3. Yapılacak pansuman işlevi ile bilgi vererek pansumana hasta bireyi hazırlayın.
4. "Beden imajı bozulan, hastaya psikojik yaklaşım protokolü" nü uygulayın.

- **Fiziksel Hazırlık**
- Ağrı veren bir pansuman ise yarım saat önce aneljezik uygulayın.
- Yara bölgesine göre pozisyon verin.
- Malzemeleri içeren pansuman arabasını hastanın yatağının yanına getirip pansuman yapacak kişinin rahatça çalışabileceği şekilde yerleştirin.
- Paravanla yada perde ile diğer hastanın görüş alanını kapatın.
- İşlem
- El yıkama tekniğine uygun elleri yıkayın.
- Non steril eldiven giyin.
- Kirli pansuman bistüri yada makas yardımı ile açın.
- Kirli pansuman materyali ile kullanılan non-steril eldivenleri atık çöp torbasına yada kutusuna atın.
- Steril eldiven giyin.
- İnsizyon bölgesini gözleyin ve komplikasyonlar açısından değerlendirin.
- Pens kavanozundaki pensetle alet tepsisinden yada pansuman bohçasından uygun aleti seçin.
- Pens kavanozundaki pensetle tromelden yada bohçadan tampon alın.
- Steril uygun aletle gaz bezini yada tamponu tutturun.
- Tampona emdirilmiş povidon iyot'la (%10'luk) yara kenarlarını temizden kirliye doğru tek bir hareketle silin ve kirli tamponu atık çöp torbasına atın.
- Yara bölgesini, %0.9 NaCl emdirilmiş gaz bezi yada tamponla temizleyin.
- Yara üzerine NaCl %0.9 ile bol ıslatılmış ve sıkılmış 5-6 kat steril kare gazları açık bir şekilde koyun.
- Islatılmış kare gazların üzerine kuru steril petleri koyarak kapatın.
- Hipo alerjik flasterle tespit edin.
- Kaymaması için üzerine sargı bezi yada elastik bandaj sarın. (Dolaşımı bozmayacak şekilde)

d. **İşlem Sonrası**

1. Malzemeleri toplayın.
2. Eldivenlerinizi çıkarın.
3. Hasta bireyi uygun pozisyonda rahatlatın.
4. Paravanı yada perdeyi kaldırın.
5. Kullanılan steril aletleri uygun bir şekilde dekontaminasyon ve dezenfeksiyon işlemine tabi tutun.
6. Kirli pansuman atıklarını " Atıkların Toplanması Protokolüne " uygun toplayın.
7. Yapılan işlevi, hasta bireyle ve yara ile ilgili gözlemlerinizi "Hemşire Gözlem ve Kayıt Dosyasına " kaydedin.

KONU: AMELİYAT SONRASI ENFEKTE YARA BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Enfeksiyonu önleyerek yaranın iyileşmesini sağlamak ve hasta bireyin bakım gereksinimlerini karşılamak.

TEMEL İLKELER

1. Ameliyat sonrası yara bakımı ekibin (doktor-hemşire) sorumluluğundadır.
2. Yara bakımında cerrahi aseptik teknik kullanılır.
3. Enfekte yara temizliğinde%0, 9 NaCl(serum fizyolojik), yara kenarlarının temizliğinde alkol içermeyen hipoalerjik antiseptik solüsyonlar kullanılır.
4. Kullanılacak pansuman malzemesi emici, yaraya uygun, yapışmayan, kullanımı kolay, ağrı yada travmaya neden olmayacak nitelikte olmalıdır.
5. Yaradan "Yaradan Kültür İçin Örnek Alma Protokolü"ne uygun kültür alınır.
6. Yara gerekli süreden daha fazla açık bırakılmaz.
7. Pansuman her zaman kuru tutulur.
8. Vital bulgular 4 saatte bir takip edilir.
9. Pansuman her 8 saatte bir tekrarlanır.
10. Hemovak dren, gelen mayi yönünden izlenir.
11. 24 saatlik aldığı –çıkardığı sıvı takibi yapılır.
12. Yara iyileşmesini hızlandırmak için hasta bireye protein, vitamin ve mineral yönünden zengin bir diyet düzenlenir.
13. Bakım planı oluşturulurken, hasta bireyin biyo-psiko ve sosyal durumu göz önünde bulundurulur.
14. Yara bakımı konusunda hasta birey ve ailesi bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanır.

B- TANILAMA

(36. ve 48. saatte enflamatuar sürecin ardından 5. günden sonra görülür).

1. **Risk Faktörlerine Göre;**

h- Şişmanlık

i. Zayıflık

j. Yaşlılık

i. Ameliyat süresi

j. Steroid kullanımı, radyasyon ve kemoterapi ilaçları
k. Kronik sistemik hastalıklar

ax. Ameliyat ve pansumanlarda asepsi ilkelerine uyulmaması.
ay. **Yara bölgesi;**

Kızarıklık (+) (Lokal) Ağrı (+) (Lokal) Ödem (+) (Lokal) Hassasiyet (+) (Lokal) Ateş (+) (Lokal)

3. **Yara kenarları;** Maserasyon (+) Yarada nekrotik alan (+)
4. **Drenaj;**

Yarada drenajın rengi sarı-yeşil-kahverengi (+) Gelen mayiinin kokusu keskin ve kuvvetli (+) Drenaj miktarında artış (+)

5. **Sistemik Belirti;**

Yüksek ateş (38 Santigratderece -akşam) Taşikardi (110/dk fazla)

Genel durum bozukluğu (halsizlik, iştahsızlık..)

Tanılama Sıklığı: Her 8 saatte bir.

D. UYGULAMA

16. Hayati belirtileri 4 saatte bir takip edin.
17. Kültür sonucuna göre uygun antibiyotik tedavisini zamanında, uygun doz da ve doğru yoldan uygulayın.
18. Aseptik koşullara tüm çalışan personelin uymasını sağlayın. (doktor, hemşire, hasta bakıcı..)
19. Protein ve vitamin yönünden zengin bir diyet hazırlayın.
20. Alışkanlıkları doğrultusunda uyku ve istirahati için gerekli ortamı sağlayın.
21. Hasta birey ve yakınlarını aseptik teknik konusunda bilgilendirin.
22. Yaradan gelen akıntıyla kirlenmiş yatak takımlarının, ayrı yıkanmasını sağlayın.
23. Hasta odasına ziyaretçi kısıtlaması uygulayın.
24. Enfekte olan hastaları yarası temiz olan hasta bireyden ayrı tutun.
25. Enfeksiyon gelişen organ yada dokunun immobilizasyonunu sağlayın.
26. Lenfatik ve venöz dönüşün kolaylaşması için enfeksiyon bölgesini elevasyona alın.
27. Ağrı yönünden değerlendirip hastanın doktor istemine uygun analjezik ilacı uygulayıp hasta bireyi rahatlatın.
28. İmmobilize edilen ekstremitelerde deformite ve kontraktürleri önlemek için pasif egzersizler yaptırın.
29. Hasta birey ve ailesine psikolojik destek sağlayarak korku ve endişelerini giderin.
30. Tüm hijyenik gereksinimlerinin karşılanmasında yardımcı olun.
31. Enfekte yara pansuman tekniğini uygulayın:

a. **Malzemeler:**

- Povidon iyot (%10'luk)
- %0, 9 NaCl (serum fizyolojik)
- Steril eldiven
- Non-steril eldiven
- Steril tromel (içinde steril gaz bezi, tampon, pet)
- Hipo alerjik flaster
- Pens kavanozu
- Steril malzeme tepsisi (portegü, makas, koher, penset, küret, vb) yada steril pansuman bohçası
- Bistüri
- Sargı bezi yada elastik bandaj
- Paravan yada perde
- Atık çöp torbası yada kutusu
- Bu malzemeleri taşıyan tekerlekli pansuman arabası

c. **İşleme Hazırlık**

Hasta Bireyin Hazırlığı

- **Psikolojik Hazırlık**
  - "İletişim kurma ve sürdürme protokolünü" uygulayarak hasta bireyin kendini ifade etmesini sağlayın.
  - Pansuman sırasında mahremiyetine özen gösterin.
  - Yapılacak pansuman işlevi ile bilgi vererek pansumana hasta bireyi hazırlayın.

- "Beden imajı bozulan, hasta bireye psikojik yaklaşım protokolü" nü uygulayın.

- **Fiziksel Hazırlık**

- Ağrı veren bir pansuman ise yarım saat önce analjezik uygulayın.
- Yara bölgesine göre pozisyon verin.
- Malzemeleri içeren pansuman arabasını hastanın yatağının yanına getirip pansuman yapacak kişinin rahatça çalışabileceği şekilde yerleştirin.
- Paravanla yada perde ile diğer hastanın görüş alanını kapatın.

d. **İşlem**

- El yıkama tekniğine uygun elleri yıkayın.
- Eldiven giyin.
- Kirli pansumanı bistüri yada makas yardımı ile açın.
- Kirli pansuman materyali ile kullanılan non-steril eldivenleri atık çöp torbasına yada kutusuna atın.
- Steril eldiven giyin.
- İnsizyon bölgesini gözleyin ve komplikasyonlar açısından değerlendirin.
- Pens kavanozundaki pensetle alet tepsisinden yada pansuman bohçasından uygun aleti seçin.
- Pens kavanozundaki pensetle tromelden yada bohçadan tampon alın.
- Steril uygun aletle gaz bezini yada tamponu tutturun.
- Yaradaki drenajdan protokole uygun kültür için örnek alın.
- Tampona emdirilmiş povidon iyot'la (%10'luk) yara kenarlarını temizden kirliye doğru tek bir hareketle silin ve kirli tamponu atık çöp torbasına atın.
- Enfekte yara bölgesini %0.9 NaCl emdirilmiş gaz bezi yada tamponla temizleyin.
- Yaradaki akıntıyı uygun şekilde drene edin.
- Küretle yada bistüri yardımıyla yaradaki nekrotik dokuları temizleyin.
- Yarayı kürete ettikten sonra bölgeyi tekrar %0.9 NaCl ile emdirilmiş tamponla silin.

- Yara üzerine %0.9 NaCl ile bol ıslatılmış ve sıkılmış 5-6 kat steril gazları açık bir şekilde koyun.
- Islatılmış kare gazların üzerine kuru steril petleri koyarak kapatın.
- Hipo alerjik flasterle tespit edin.
- Kaymaması için üzerine sargı bezi yada elastik bandaj sarın. (Dolaşımı bozmayacak şekilde)

d. **İşlem Sonrası**
   - Malzemeleri toplayın.
   - Eldivenlerinizi çıkarın.
   - Hasta bireyi uygun pozisyonda rahatlatın.
   - Paravanı yada perdeyi kaldırın.
   - Kullanılan steril aletleri uygun bir şekilde dekontaminasyon ve dezenfeksiyon işlemine tabi tutun.
   - Kirli pansuman atıklarını " Atıkların Toplanması Protokolüne " uygun toplayın.
   - Yapılan işlevi, hasta bireyle ve yara ile ilgili gözlemlerinizi;
     - Her 8 saatte bir gelen drenajın miktarını, kokusunu, niteliğini (renk, kıvam),
     - Her 8 saatte bir hemovak drenin çalışıp çalışmadığını,
     - Her 4 st bir vital bulguları,
     - 24 saatlik aldığı-çıkardığı sıvı takibini, "Hemşire Gözlem ve Kayıt Dosyasına " kaydedin

KONU: ANKSİYETELİ HASTA BİREYE YAKLAŞIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Hasta bireyin anksiyetesi ile etkili bir şekilde başa çıkmasına yardımcı olarak günlük yaşamını sürdürmesini sağlamak.

A – TEMEL İLKELER

1. Hasta birey biyopsikososyal bir bütünlük içinde gözlenir.
2. Hasta bireyle iletişimde anlayabileceği açık bir dil kullanılır.
3. Hasta birey ve ailesi bilgilendirilerek bakım ve tedaviye katılımı sağlanır.
4. Çevredeki fiziksel uyaranlar en aza indirilir ve güvenli bir çevre oluşturulur.
5. Anksiyetenin oluşumunu hazırlayan faktörler belirlenir
6. Anksiyete belirtilerini taklit eden durumlar belirlenir.
7. Hasta bireyle konuşurken ve çalışırken sakin olunur ve uygun bir ses tonu kullanılır.
8. Hasta bireyle iletişimde empati yapılır.
9. Orta anksiyete de hasta bireyle günde en az 3 defa ve 15 dk süreyle sözel iletişimde bulunulur.
10. Ağır ve panik anksiyetede hasta bireyin anksiyetesi azalıncaya kadar yanında kalınır.

B – TANILAMA

1. Anksiyetenin oluşumunu hazırlayan faktörler belirlenir.

+ Durumsal faktörler:

- Gerçek yada algılanan tehdide bağlı:

- Statü ve prestijde değişim

- Yetersizlik (ya da başarı)
- Başkaları tarafından tanınmama/kabul edilmeme
- Değer verilen servet/eşya kayıbı
- Etik ikilem
    - Önemli kişilerin ve kendisinin gerçek ya da algılanan kaybına bağlı:
        - Ölüme doğru gidiyor olmak
        - Saldırıya uğramak
        - İnvasif işlemler
        - Hastalık

- Gerçek yada algılanan çevre değişikliğine bağlı:

- Hospitilizasyon
- Taşınma
- Emeklilik
- Güvenliğe yönelik tehlikeler
- Çevre kirliliği
    - Sosyo-ekonomik durumun gerçek ya da algılanan değişimine bağlı:
- İşsizlik
- Yeni iş
- Terfi vb.
    - Bireye bir başka kişinin anksiyetesinin geçmesine bağlı

+ Maturasyonel

- Bebek/çocuk:

- Ayrılık
- Yabancı çevre ya da kişiler

- Adolesan:

- Seksüel gelişim, akran ilişkilerinde değişim vb.
- Benlik kavramının tehditi
    - Yetişkin:
- Benlik kavramının tehditi:
    - Gebelik
    - Ebeveynlik
    - Mesleki değişimler
    - Yaşlılığın etkileri
    - Yaşlı yetişkin
- Benlik kavramının tehditi:
    - Duyusal kayıplar
    - Motor kayıplar
    - Ekonomik problemler
    - Emeklilikle ilgili değişimler

2. Anksiyeteye belirtilerini taklit eden durumlar belirlenir:

+Kardiyovasküler Anginopektoris, aritmiler, konjestifkalp yetmezliği, hipertansiyon, hipovole mi, senkop, miyokard infarktüsü, kapak hastalıkları, şok.

Beslenme ile ilgili: Kafein, monozodyum glutamat ((Çin lokantası sendromu), Vitamin yetmezliği hastalıkları.

*İlaçlarla ilgili: Akatizi, antikolinerjik toksisitesi, diğital zehirlenmesi, hipotansif ilaçlar, stimulanlar

(kokain ve amfetamin) , yoksunluk sendromları(allkol ve yatıştırıcı ilaçlar) bronkodilatatörler

(teofilin, sempatikomimetikler)

- Hematolojik: Anemiler
- İmmünolojik: Anaflaksi, sistemik lupus eritemetozis

- Metabolik: Hiperadrenalizm (Cushing hastalığı), hiperkalemi, hipertermi, hipertirardi, hipokalsemi, hipoglisemi, hipotiroidi, menopoz, akut intermitan parfirim, mastrual siklus değişiklikleri

+ Respiratuar: Astım, kronik obstrüktif akçiğer hastalığı pnömoni, pnomotoraks, pulmoner ödem, emboli

- Nörolojik: Ansefaliltler, esansiyel tremor, kafa içi yer kaplayan oluşumlar, postkonfüzyon sendromu, nöbetler (özellikle temporal), vertigo
- Salgı yapan tümörler: Korsinoidler, insulinoma, feokromositoma

1. Anksiyete belirtileri değerlendirilir:

- Fizyolojik belirtiler:

- Kalp hızında artma
- İnsomnia (uykusuzluk)
- Kan basıncında yükselme
- Yorgunluk ve halsizlik
- Kan basıncında yükselme
- Yorgunluk ve halsizlik
- Kızarma ya da solgunluk
- Terleme
- Ağız kuruluğu
- Pupiller dilatasyon
- Vücutta acı ve ağrı (özellikle göğüs, sırt, boyunda)
- Ses titremesi/ ses perdesinde değişiklik
- Titreme
- Huzursuzluk
- Palpasyonlar
- Baş dönmesi, baygınlık
- Bulantı, kusma
- Parestezileri
- Sık ürinasyon (idrar)
- Sıcak ve soğuk basması
- Diyare

- Duygusal belirtiler:

Hasta bireyin sözel olarak belirttiği:

- Endişe
- Kendi güvensizlik
- Yardımsızlık/acizlik
- Kontrol kaybı
- Gerilim ya da heyacanlı olma
- Gevşeyememe
- Kötü bir şey olacağını bekleme
- Sinirlilik

Hasta bireyin tepki ve davranışlarının gösterdiği belirtiler

- İrritabilite, sabırsızlık
- Kendini ve başkalarını eleştirme
- Öfke patlamaları
- Çekilme
- Girişimsizlik
- Başkalarını suçlamaya eğilim
- Kendini küçümseme
- Ürkme/sıçrama tepkisi
- Ağlama

- Bilinçsel:
  - Yoğunlaşamama

- Çevrenin farkında olmama
- Unutkanlık
- Dalgınlık
- Şimdi ya da gelecekten çok geçmişe yönelim
- Düşüncede blok olma (anımsayamama)
- Aşırı incelik/ dikkatlilik

4 – Anksiyete düzeyi belirlenir:

- Hafif Anksiyete:
  - İç duygularına ya da çevresine karşı uyanıklığın artması
  - Algılama ve öğrenme kapasitesinin artması
  - Relaks olamama
  - Hareketliliğin nedenini tanımlayamama
  - Kişiler arası ilişkileri sınırlayarak kendini koruma
  - Tırnak yere
  - Yürüme, yemek yeme, gülme } kendini koruma
  - Ağlama, uyuma, sigara içme }
- Orta derecede anksiyete
  - İletişim ve kavrama düzeyinde azalma
  - Çevresinde olup bitenlerin farkında olmama
  - Kas gerginliği, kalp çarpıntısı, mide şikayetleri, terleme
  - Algılama ve yaratıcılığın azalması
  - Spesifik bir düünceye odaklanma
  - Sözel açıklama yada konuşmada artma
  - Seçici dikkat
- Ağır derecede anksiyete:
  - Ayrıntıları kavrama, aralarında bağlantı kuramama
  - Fiziksel ve duygusal huzursuzluk
  - Sözel ifade yada iletişimde yeteneksizlik
  - Azimsizlik ya da sorumluluğunu yerine getirememe, amaçsızlık
  - Neden kullanılıyorum, niçin sıkılıyorum gibi soruları sesli olarak sorma
  - Fiziksel ve emosyonel rahatsızlıklarda artma (başağrısı, bulantı, titreme, baş dönmesi, korku, ürperme, isteksizlik)
  - Öğrenme yetersizliği

- Panik düzeyde anksiyete:
  - Kontrolünü kaybetme
  - Verilen direktiflerleri yerine getirememe
  - İletişim ve işlev yapmada beceriksizlik
  - Uyarıya rağmen kendine gelememe
  - Entelektüel ve emosyonel değişiklikler
  - Hezeyan ve hallüsinasyonlar (olabilir)
  - Dispne, boğulma, tıkanma hissi, baş dönmesi, gerçek dışı duygular, titreme
  - Atak sırasında ölüm korkusu

- Hasta birey:
  - Kendi anksiyetesini ve baş etme örüntülerini tanımladığında
  - Psikolojik ve fizyolojik olarak rahat olduğunu ifade ettiğinde
  - Anksiyeteyi yönetmekte etkin başa çıkma yöntemlerini kullandığında durumuna uygun yeni yaklaşımlar planlanır.

C- UYGULAMA

1. Kendi anksiyete belirtilerinizi ve başa çıkma yöntemlerinizi tanıyın
2. Ortamda bulunan fazla fiziksel uyaranları azaltın
3. kendi anksiyetenizi hasta birey ve ailesinin algılamasına izin vermeyin
4. hasta bireyle ilgili gerekli bilgileri edinerek tanıyın (Hasta bireyin kendisi ile ilgilenildiğini hissetmesini sağlar ve güven verir).
5. Ekip elemanları ile ortak yaklaşım planı oluşturarak hareket edin.
6. Öz bakımına ve görünüşüne dikkat etmeyen hastalara öz bakımını yapmada isteksiz ve yatersiz olan

hasta bireye yaklaşım protokolünü uygulayın
7. Anksiyeteli diğer hastalar ve aile bireyleriyle ilişkisini sınırlayın
8. Hasta bireye duygu ve düşüncelerini zamanında açıklaması için olanak ve cesaret verin.
9. Hasta bireyin anksiyete düzeyine uygun yaklaşımda bulunun.

- Hafif anksiyete:
- Hasta birey kendi kendisine başa çıkabileceği için özel bir yaklaşım gerektirmez
- Orta Anksiyete:. Günde en az üç kere hasta ile iletişime geçerek ilgi ve destek gösterin Empatik bir anlayış duygusu iletin (sessizliğin kullanımı, dokunma, ağlamaya izin verme, konuşma).
- Hasta bireyle iletişimde sakin olun ve yavaş konuşun.Hasta bireyin anksiyetesinin artmasına neden olan olayları tanımasını sağlayın (duygusal sorunlarıyla anksiyetesi arasındaki ilişkiyi fark etmesi uygun olmayan tepkilerini ortadan kaldırması için ilk adımdır). Hemen probleme odaklanın (Burada, şimdi diyordunuz ki.....)Hasta bireye ve ailesine anlayabileceği şekilde tedavi ve bakımı hakkında bilgi verin, fazla bilgiden kaçının. Hasta bireyle iletişimde açık, kısa ve özet konuşmaya çalışın, gerekirse açıklamaları sık sık tekrarlayın.Hasta bireyin rahatlığını sağlayın ve fiziksel gereksinimlerini karşılayın Hasta bireyin ağlamasına izin verin Aşırı isteklerde bulunduğu zaman bu isteklerin nedenlerine karşı bilinçli olmasını sağlayın Hasta bireyle gerçekçi olmayan düşünceleri hakkında tartışmayın Hasta bireyden karar vermesi için istemde bulunmayınHasta bireyin zaman zaman dinlenmesine izin verin Hasta bireye anksiyetesinin arttığını gösteren belirtilerini ve anksiyetesini kontrol edebilir düzeyde tutmasına yardımcı olabilecek etkinlikleri öğretin.
- Uzağa / yukarı bakma
- + Solunum kontrolü
- + Omuzların düşürülmesi
- + Yavaş düşünme
- + ses değiştirme
- + kendine emirler verme (mümkünse sesli olarak)
- + Egzersiz
- + Duş alma
- + Kendi yüzünü buruşturma, bakma – yüz ifadesini değiştirme
- + Bakış açısını değiştirme, durumu uzaktan izlemeyi hayal etme vb.

- Uygunsa gerilimi yalnızlığı azaltabilecek ve ilgisini fiziksel semptomların dışında tutacak grup aktiviteleri sağlayın. (uğraşlar, oyunlar, müzik dinletisi vs.)
- Anksiyete öğrenmeyi engellemeyecek kadar azaldığında; öğrenmeyi ya da problem çözmeyi başlatmak için kişinin aksiyetesini tanımasına yardım edin .

Daha önceki anksiyete deneyimlerini hatırlamasını ve bunları analiz etmesini sağlayın

+ Geçmiş yaşantısındaki benzer sorunlarla baş etme yollarının tekrar gözden geçirilmesini

sağlayın. (Geçmişte verilen tepkilerin başarılı olup olmadığı ve tekrar işe yarayıp yaramayacağı belirlenir)

+ Fiziksel semptomlarını açıklaması için gün içinde belli bir süre verin ve ertesi gün için randevulaşın. (örn; 5 dk içinde fiziksel semptomlar anlatılacak).

+ Uygun baş etme mekanizmalarını kullanması için alternatifler sunun. (hatalı olanları tanıması yararlı olanları kullanmaya yönelmesi için yararlıdır).

+ Uyku örüntüsü bozulan hasta bireye Uyku Örüntüsü Bozulan Hasta Bireye Yaklaşım Protokolü'ne uygun yaklaşımlarda bulunun.

- Ağır Anksiyete:
  - Çevresel uyaranları azaltın
  - Hasta birey hiperventilasyonda işe derin ve yavaş nefes almasını söyleyerek solunumunu kontrol altında tutun
  - Sadece özet ve basit aktivitelere yöneltin.(müzik dinleme, uğraş, öz bakımı ile ilgili vs.)
  - Hasta bireyin somatik şikayetlerini belirleyin.
  - Eğer order edilmişsse anksiyolitik verin
  - Sınırlamalar koyun ve bir güven duygusu sağlayın (isteklerini sınırlayın, dinlenme süresini ayarlayın...vs)
  - Anksiyete azalılncaya kadar hasta bireyle kalın
- Panik Anksiyete:
  - Hasta bireyle kalarak onunla ilgili olduğunuzu gösterin

- Sözel iletişimin hastanın ajitasyonunu arttıracağını bilin
- Fiziksel dokunmayı kullalnırken dikkatli olun: Bazı hastalar dokunma ile rahatlarken bazıları da tehdit olarak algılayabilir
- Sessiz kalın ve sürekli kontrol altında olduğu konusunda güven verin
- Profesyonel bir yaklaşım göstermeye özen gösterin, hissettirin
- Mahremiyet ve güvenliği sağlamak için ayrı ve küçük bir oda kullanın
- Hasta bireyin enerjisini motor aktivitelere yönelterek (aktivitelerin tekrarı, dikkatini yoğunlaştırmada yararlıdır.) yakın gözleme alın.
- Ajitasyon, ağlama gibi huzursuzluk belirtilerini tanımaya çalışın " her şey iyi olacak" ya da üzülecek endişelenecek bir şey yok" gibi gerçek dışı sözlerle güvence vermeyin (hasta ile birlikte olmak, sık sık odasına gitmek gereken güveni verir)

8 – Hasta bireyle ilgili gözlem, tedavi ve bakımı kayıt edin ve ekip elemanları ile paylaşın:

- Hasta bireyle ilgili hemşirenin her an dikkatli olmasını sağlayacak uyarılar (suicid, hastalık, ilaç vs.)
- Uygulanan girişimler ve hastanın cevapları
- Ailesi ve sağlık ekibi olan iletişimi
- Son tedavi planı uygulaması

KONU: AYAK BAKIMI PROTOKOLÜ

AMAÇ: Ayakların temizliğini sağlamak

TEMEL İLKELER:

1 – Hasta bireyin bağımlılık derecesine göre bakıma katılım sağlanır. 2 – Hastanın mahremiyetine önem verilir.

3 – İşlem öncesi ve sonrası eller "El Yıkama Protoküne" göre yıkanır. 4 – İşlem temiz alandan kirli alana doğru yapılır.

5 – Hemşire, işlem sırasında hastanın ve kendinin vücut mekaniğine dikkat eder.

B – TANILAMA

1. **– Uygulandığı Durumlar:**
   - - Yatağa tam bağımlı hastalar
   - - Uzun süreli yatak istirahatinde olan hastalar
   - - Diyabetli hastalar
   - - Periferik venöz dolaşım bozukluğu olan hastalar
   - - Çocuk ve yaşlılar
   - - Psikiyatrik bozukluğu olan hastalar
2. **– Ayak cildi:**- Isı değişikliği

- Renk değişikliği

   - - Sertlik
   - - Kızarıklık
   - - Nem, hassasiyet
   - - Nasır
   - - Çatlak
   - - Yara
   - - Ödem

Tırnaklar;- Sertlik

   - - Kalınlaşma
   - - Renk değişikliği
   - - Batma
   - - Kırılma yönünden tanılanır.

C – UYGULAMA

a. Malzemeler Paravan, Büyük bir tepsi, Sabun, sabunlama bezi, havlu, Tedavi muşambası-bezi, % 10 povidon iyod, Fırça, Tırnak makası, Aplikatör, Gaz bezi üzerinde vazelin veya lanolin pomad, Kese kağıdı, Küvet içinde sıcak su (39 C-40 C)

b. **İşleme hazırlık**

1 – Ellerinizi protokolüne uygun yıkayın, 2 – Eldiven giyin,

3. – Ayaktaki ter kokusunu gidermek amacıyla % 5'lik asit borik, %5'lik NaHCO3 veya alkol içinde 15-20 dk. Bekletin,
4. – Tedavi amacıyla yapıyorsanız suyun ısısını 41 C- 43 C de tutun,
5. – Topukta ve diğer kısımlarda sertleşme varsa 1 saat önceden vazelin sürün, havluya sarın, 1 saat bekledikten sonra banyo uygulayın
6. – Malzemeleri hastanın yanına getirin

c. **İşlem;**

1 – Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verin 2 – Perde veya paravan çekin

3. – Karyolanın ayak ucunu bozun.(üst yatak takımları) pikeyi kaldırın, nevresimi rulo halinde hastanın diz kapağına kadar katlayarak açın.
4. – Hastanın gizlilik hissine saygılı olmak için nevresimi yanlardan bacaklarının altına doğru sıkıştırın.
5. – Hastanın ayaklarının altına altta muşamba, üstte havlu gelecek şekilde yerleştirin, bunların üstüne de küvet koyun
6. – Bir el ile patella altından diğer el ile ayak topuğunun altından tutarak, hastanın ayağını alıştıra alıştıra suya sokun.
7. – Küvet büyük ise iki ayağı birden, küçükse önce uzak ayak, sonra yakın ayağı küvete yerleştirin.
8. – Sabunlama bezini sabunlayın, ele kese yapın ve diz kapağından aşağıya doğru hastayı incitmeden silin
9. – Bacak silindikten sonra ayağın üstünü, yanlarını, altını, topuk kısmını, parmak aralarını silin.

10- Tırnaklarını kesin. Yanlışlıkla deri kesilirse %10 povidon iyodla atuşman yapın 11 – Küveti uzaklaştırın, ayakları topuktan tutun, havluya yerleştirin ve örtün

12 – Parmak aralarını iyice kurulayın, pamuk tampon yerleştirin

d. **İşlem sonrası;**
   1. – Malzemeleri toplayın, hastayı rahatlatın
   2. – Küveti vimleyin, ovun, durulayın, kurulayın. Makası silin yerine kaldırın 3 – İşlemi kaydedin.

KONU: BAŞ BANYOSU UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Baş ve saçların hijyenik bakımını sağlamak

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; saçlı derinin ve saçın tanılanması ile baş banyosu uygulama yöntemlerini kapsar.
2. Günlük yaşam aktivitesini karşılama güçlüğü olan hastaya baş banyosu verilir. 3- Hastanın bağımlılık derecesine göre bakıma katılımı sağlanır.

4. Hastanın mahremiyetine önem verilir.
5. İşlem öncesi ve sonrası eller " El Yıkama Protokolüne " göre yıkanır.
6. 6- Çok dolaşmış saçlar yazılı izin alınmadan kesilmez.

B – TANILAMA

1. **- Uygulandığı Durumlar:**
   - Bilinç kaybı,
   - Extremitelerin hareket güçlüğü veya imkansızlığı,
   - Uzun süreli yatak istirahati,
   - Baş-boyun hareket kısıtlılığı olduğu durumlarda baş banyosu planlanır.

2. **- Saçlı deri;**

- Büller,
- Kepek durumu,

- Konak durumu,

- Bit, sirke,
- Lezyonlar,

- Kelleşme bakımından tanılanır.

3. **- Saçın kalitesi;**

- Kuru,
- Yağlı,
- Kepek,
- Kırık,

- Saç dökülmesi bakımından tanılanır.

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler**
   - Paravan,
   - İki çaydanlıkta su (biri 40 °C, diğeri 44 °C),
   - Şampuan,
   - Gözü kapatmak için uzun gaz bezi,
   - Kulağı kapatmak için pamuk tampon,
   - Sabunluk içinde sabun,
   - Kova, kovayı yükseltmek için tabure,
   - Tarak,
   - Üçgen boyun bağı (hastanın pijamasının ıslanmaması için),
   - Baş yıkama muşambası (1 m2) veya yıkama küveti,
   - Tedavi muşambası,
   - Gazete kağıdı,
   - Yastık için plastik örtü.

b. **İşlem Öncesi Hazırlık**

1 – Ellerinizi protokole uygun yıkayın, 2 – Eldiven giyin,

3. – Oda ısısını 21-22 °C de tutun,
4. – Suyun ısısını 40 °C - 44 °C olarak ayarlayın, 5 – Malzemelerle hasta odasına gidin.

c. **İşlem**

1 – Malzemeleri tepsi ile birlikte hasta etejerine yerleştirin, 2 – Paravan ve perdeyi çekin,

3 – Hastaya yapacağınız işlem ve nedeni hakkında açıklama yapın, 4 – Soruları varsa yanıtlayın.

YÖNTEM I

1. – Hastaya uygun pozisyon verin (yatağı yükseltin çift yastık varsa birini ünite iskemlesine kaldırın),
2. – Hastayı ayakları uzak tarafta, başı yakın tarafta olmak üzere çapraz yatırın,
3. – Yastık yüzünün üstüne plastik örtüyü geçirin, hastanın havlusunu örtün, kolay yetişilecek şekilde uzağa yerleştirin,
4. – Uç kenarından gazete ile rulo yapılıp, rulo haline getirilen muşambayı yatağa koyun. Muşambayı hastanın boynunun altına yerleştirin,
5. – Boynuna üçgen sargı ve kulaklara pamuk tampon gözlerine şampuan kaçmaması için gaz bezi koyun,
6. – Tabure üzerindeki kovanın içine muşambanın serbest kalan uçlarını yerleştirin,
7. – Saçları önce düzelmesi için fırçalayın, sonra saçların her tarafını, kulak arkasını, enseyi ıslatın ve şampuan dökerek şampuanlayın iyice köpürtün, friksiyon yapın, saç diplerini ovun, durulayın. Saçlar temizleninceye kadar aynı işleme devam edin,
8. – Boyun bağını, pamuk tamponları, gaz bezini alın,

9. – Saçları yolmadan uçlarından başlayarak tepeden aşağıya doğru tarayın,

10 - Yatağı yapın, malzemeleri toplayın,

YÖNTEM II

- Hastanın karyolasını lavaboya yaklaştırın,
- Çaydanlık veya fıskıye kullanarak yıkama işlemini yapın.

YÖNTEM III

- Hastanın hareket etmesinin sakıncalı olduğu durumlarda, saçları kuru şampuan ile temizleyin.
- Şampuanı saçlara tampone edin, tarakla saçları açın ve kirleri havlunun üstüne dökün.
-

d. **İşlem sonrası;**
   - Kovayı boşaltın, yıkayın kurulayın ve yerine kaldırın,
   - Muşambayı bir masa üzerine yayın sabunlu ve duru su ile yıkayın, silin, iyice kurutun ve hafifçe pudralayarak kaldırın,
   - Boynuna sarılan boyun bağını yıkayın,
   - Çaydanlık ve sabun tabağını yıkayın,
   - İskemleyi kurulayın ve kaldırın,
   - Tarağı temizleyin yıkayın,
   - İşlemi kaydedin.

KONU: BOŞALTICI LAVMAN UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Alt kolon ve rektum içine lavman eriyiğini vererek eriyikle birlikte barsak muhtevasının dışarıya çıkmasını sağlamak.

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; barsaklardaki dışkının dışarıya boşaltılmasındaki tanılamayı ve uygulamayı kapsar.
2. Boşaltıcı lavman hastaya bakım veren hemşirenin sorumluluğundadır.
3. işlem hakkında hasta bilgilendirilir.
4. İşlem hasta odasında veya lamvan için ayrılmış bir yerde yapılır.
5. Hastanın mahremiyeti korunur.
6. Lavman setinin havası çıkartılır.
7. Lavman seti yataktan veya sedyeden 45-60 cm yukarı tutulur.
8. Verilecek sıvının ısısı 35 – 38 °C dir.
9. Uygularken kayganlaştırıcı jel veya pomad kullanılır.
10. Lavman seti rektum içerisine 2, 5 cm-12, 5 cm kadar ilerletilir.
11. Kateter no çocukta 12-16 Fr.No olmalıdır.
12. İşlem boyunca hastanın yanında kalınır.

B – TANILAMA

1. Lavman tipi;
   - Kalıcı lavman,
   - Geçici lavman,
2. **Yaş ve rektum mesafesi;**
   - Bebek 2, 5 - 4 cm
   - Oyun çağı ve okul öncesi 5 - 7, 5 cm
   - Okul çağı 10 cm
   - Yetişkin 12, 5 cm
3. **Sıvı Miktarı;**
   - Bebekte 50 cc veya daha az
   - Oyun çocuğu ve okul öncesi çocukta 300 cc veya daha az
   - Okul çağı çocukta 500-1000 cc
   - Yetişkinde 750-1000 cc
4. **Lavman (eriyik) ısısı;**
   - Ateş düşürmek için: 35 °C

- Çocukta 37 °C
- Yetişkinde 35 °C - 38 °C
- Diğer

5. **Eriyik Tipleri;**
   - Sabun eriyiği 1000 cc lik bir paket,
   - Tuzlu eriyik 1000 cc lik suya 2 dirhem,
   - Sodyum bikarbonat 1000 cc suya 2-4 dirhem,
   - Karışım lavman (Magnezyum sulfat %50-30 cc, gliserin 600 cc, sıcak su 90 cc),
   - Çocukta: Nişasta 1 dirhem 3, 5 gr nişasta, 28, 5ml soğuk su ile macun kıvamına getirilip 114 cc kaynamış su ile karıştırılır ve 2 dk kaynatılır;37 °C ye kadar soğutulur,
   - Zeytinyağı; 57-142, 5 cc zeytinyağı 38 C ılıtılır; 3 dakika bekletilir,
   - Paraleldehid: Verilen dozla 57 cc su karıştırılır,
   - Kloralhidrat: 57 cc madensel yağla yazılan doz karıştırılır,
   - Giliserin ve su: 114 cc suya 85, 5 cc gliserin katılır,
   - Hazır eriyikler:Paketin üzerinde belirtildiği gibi uygulanır.
7. **Katater;**
   - Çocukta 12-16 Fransız Nolu
   - Yetişkinde 18-20 Fransız Nolu

7. **İşlem süresince tanılama;**
   - Rektal tüp yaşa uygun mesafede +/-
   - Lavman setinde hava +/-
   - Pozisyon stabilitesi +/-
   - Rektal bölge
     - fissur +/-
     - fistül +/-
     - hemoroid +/-
     - terleme +/-
     - taşikardi +/-

8. **İşlem sonrası tanılama;**

- Verilen eriyiğin tolerasyonu +/-
- Amaca ulaşıldı mı? +/-
  - Gaz çıkarma +/-
  - Dışkılama +/-
  - Verilen miktarın tamamı geriye alındı mı?+/-
- Dışkı
  - Renk
  - Görünüm
  - Miktar

Tanılama Sıklığı: İşlem öncesi ve sonrası bir kez yapılır. Amaca ulaşılamadıysa hekime bilgi verilir.

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler:**
   - Lavman seti
   - Yatak muşambası ve bezi
   - Sürgü ya da komot
   - Tuvalet kağıdı
   - Gazete kağıdı
   - Disposble eldiven
   - Uygun miktar ve ısıda eriyik
   - Kayganlaştırıcı jel yada pomad
   - Paravan veya perde

a. **İşlem Öncesi Hazırlık:**

Ellerinizi “El Yıkama Protokolü”ne uygun yıkayın, Eldiven giyin, Setin havasını çıkartın, Hazırladığınız malzemeleri hasta odasına götürün.

c. **İşlem:**

1. Kimlik kontrolü yapın,
2. Hastayı işlem hakkında bilgilendirin. Psikolojik olarak işleme hazırlayın,
3. Perde veya paravanı çekin,
4. Lavman setini yataktan veya sedyeden 45-60 cm yukarı asın,
5. Yatak alt bezini ve muşambayı yatağa serin,
6. Hastaya sol lateral pozisyon verin. (alt bacak düz, üst bacak kıvrık),
7. Hastanın yanında sürgü bulundurun, Tüpün üzerine kayganlaştırıcı sürün,
8. Hastaya derin nefes almasını söyleyin,
9. Sol elle anüs bölgesini açın, sağ elle rektal tüpü yaşına uygun mesafede ilerletin,
10. Tüpü yerleştirdikten sonra lavman setinin içerisindeki solüsyonu hava gitmeyecek şekilde verin,
11. Tüpü bir kerede çekerek gazete kağıdına sarın,
12. Hastayı 3-5 dakika sırt üstü yatırın, altına sürgü verin,
13. Hastaya verilen sıvı miktarı kadar sıvının gelip gelmediğini kontrol edin,
14. Dışkılama olmuşsa hastanın anal bölge temizliğini yapın,
15. Dışkılama olmamış ise 1 saat sonra hekime haber verin.

d. **İşlem sonrası:**

1. Kullanılan malzemeleri toplayın, temizleyin ve kaldırın,
2. Çıkan atıkları “Hastane Atıklarının Toplanması ve Uzaklaştırılması Protokolü” ne uygun elimine edin,
3. Ellerinizi protokole uygun yıkayın,
4. Dışkının rengini, miktarını, kıvamını ve görünümünü gözleyin ve “Hemşire Gözlem Dosyasına” kayıt edin,
5. Elde ettiğiniz tüm veri ve bulgularınızı ekip üyeleriyle paylaşın.

KONU: BULANTI-KUSMASI OLAN HASTANIN BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Bulantıyı azaltıcı girişimlerle olası komplikasyonları önlemek ve hastayı rahatlatmak.

A. **TEMEL İLKELER**
1. Bu protokol bulantı kusması olan hastaların bakım ve takibini kapsar.
2. Bulantı-kusmaya neden olan faktörler belirlenir.
3. Uygun, güvenli fiziksel ortam hazırlanır.
4. Aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.
5. Özel ağız bakımı protokole göre uygulanır.
6. Aspirasyonu önlemek için uygun pozisyon verilir (şuuru açık hastada: Semi Fawler, Şuuru kapalı hastada baş yana çevrilir).
7. Kemoterapi alan hastalarda 4-6 saat önce yağlı gıdalar verilmez.
8. Bulantı-kusmaya neden olan olabilecek tetkik işlemlerinden önce hasta aç bırakılır. (Anestezi, radyo opak madde v.s.)
9. Tedavi ve bakım ile ilgili hasta ve ailesi bilgilendirilerek işbirliği yapılır.

B- TANILAMA

1. **Bulantı-kusmaya neden olan faktörler değerlendirilir:**
   - Kemoterapi uygulamaları (Hematolojik-Onkolojik hasta),
   - Radyoterapi,
   - Kardio-pulmoner hastalıklar (infarktüs, şok),
   - Enfeksiyonlar (salmonella enteriti),
   - Entoksikasyonlar (Alkol, digital, morfin),
   - Metabolik bozukluklar (hiperemezis gravidarum),
   - Pilor ve barsak obstrüksiyonunda (ileus, pilor stenozu),
   - GİS hastalıklarında (peritonit, gastrit),
   - Serebral hastalıklar (menenjit, beyin tümörleri),
   - Antibiotik kullanımına bağlı,
   - Kötü oral hijyen,
   - Psişik nedenler,
   - Çevre faktörleri (kötü koku, gürültü, görüntü.....),
   - Post-op dönemde anesteziye bağlı olarak,
   - Nedeni bilinmeyen diğer sebepler.

2. **Bulantı, kusma belirtileri değerlendirilir:**
   - Brakardi,
   - Bulantı,
   - Solukluk,
   - Terleme,
   - Pupillaların genişlemesi,
   - Öğürme,
   - Besin artıklarının regürjitasyonu.
3. **Hastanın oral kavitesi değerlendirilir.**
   - Takma dişler,
   - Ağız içi lezyonları,
   - Oral mukoza.
4. **Hastanın vital bulguları değerlendirilir:**
   - TA
   - Nabız
   - Ateş
   - Solunum
5. **Hastanın şuur durumu değerlendirilir:**
   - Yer,
   - Zaman / kişi oryantasyonu
6. **Terleme ve sıvı kaybının olup olmadığı değerlendirilir.**

- Aldığı-Çıkardığı Sıvı Takip Protokolüne göre

7. **Kusma ve bulantının özellikleri değerlendirilir:**

a. Kusma öncesi bulantının olup olmadığı durumları tespit edilir.
   - Kemoterapi olanlar (+)
   - Kafa travmasında bulantı (-)
   - Entoksikasyonlar (+)
   - Gastrointestinal hastalıklar (+)

b. Bulantının sıklığı belirlenir:
   - Sürekli (hiperemezis gravidarum, beyin tümörü, sitostatik tedavi)
   - Süreksiz (kötü ağız hijyeni, kötü çevre koşulları)

c. Kusmanın ne zaman olduğu değerlendirilir:
   - Açlık kusması:
     - Gebelikte,
     - kronik alkol bağımlılığında,
   - Her yemekten sonra kusma:
     - Akut gastritte,
     - Özafagus divertikülünde,
   - Belirli gıdalardan sonra kusma:
     - Tiksinti,
     - İntoleransda,
   - Şiddetli ağrıyla birlikte kusma:
     - Böbrek ve safra koliği,
     - Pankratit,
   - Yemeklerden bağımsız kusma:
     - Kafa içi basınç artışı,
     - Menenjit,
     - Beyin tümörleri,
   - Diyare ile birlikte kusma:
     - Enterit,
     - İleus,
   - Bulantıyla birlikte kusma:
     - Enfeksiyonlar,
     - Gastrointestinal hastalıklar,
   - Sürekli kusma:
     - Hiperemezis gravidarum,

- Beyin tümörü,
- Sitostatik tedavi.

8. **Kusmanın şekli belirlenir:**
   - Gevşek, atonik, akışkan (kusma, refleksi yok, ileus),
   - Fışkırır tarzda (kafa-beyin travmaları, pilorstenozu),
   - Öğürme ile birlikte (seyahat hastalığı, gebelik),
9. **Kusma muhteviyatı değerlendirilir.**
   - Miktarı,
   - Rengi,
   - Kokusu;
     - Kötü kokulu. Pilor stenozu
   - İçerik değerlendirilir.;
     - Dilüe,
     - Yapışkan,
     -
     - Pıhtılı, küçük parçalar,
     - Safralı: Hiperemezis gravi dorum
     - Hematemez: Özafagus varis kanaması
     - Kahve telvesi şeklinde: Ülser kanaması, mide kanseri
     - Sindirilmiş besin (asit özellikte): ileus tümörü
10. **Bulantı-kusma sırasında ve sonrasında:**
    - Ağrı,
    - Siyanoz,
    - Solunum güçlüğü,
    - Prozis (yangı),
    - Melena (GİS kanamaları),
    - Hematemez (GİS kanamaları)
    - Diyare (Enterit, ibus) olup olmadığı değerlendirilir.
11. **Kusma sonrası etkisi değerlendirilir:**
    - Sıvı kaybı,
    - Elektrolit dengesizliği,
    - Bitkinlik,
    - Özafagus mukoza kanamaları,
    - Şiddetli göğüs ağrısı (Kalp, akciğer hastaları için),
12. **Hastanın beslenme ve iştah düzeyi belirlenir.**
    - Öğün sıklığı,
    - Aldığı miktar.
13. **Hastanın psikolojik durumu değerlendirilir:**
    - Anksiyetesi “Anksiyeteli Hastanın Bakım Protokolü” ne göre

Tanılama sıklığı: Hastanın şikayeti ile kemoterapi ve benzeri ilaçların kullanımı durumunda.

C- UYGULAMA

a. **Malzemeler:**
   - Özel ağız bakımı protokolüne uygun malzemeler
   - Acil durum için O 2 tüpü,
   - Aspirasyon cihazı,
   - Paravan
   - Temiz çarşaf, giysi
   - Eldiven
   - Maske

b. **İşlem:**

1. Odayı havalandırın, bulantı-kusmaya neden olabilecek çevresel faktörleri ortamdan uzaklaştırın (hasta yakınlarını odadan çıkarın v.s.),
2. Hastanın mahremiyetini korumak ve diğer hastaları rahatsız etmemek için paravanı çekin,
3. Uygulamalar esnasında sakin olun ve hastanın anlayabileceği şekilde açıklama yapın,
4. Hastaya uygun pozisyon verin (mide içeriğinin aspirasyonunu önlemek için),
   - Şuuru yerinde olan hasta için, yarı fawler pozisyon

- Şuuru yerinde olmayan hastalar için baş yanda pozisyon 5- Takma dişleri varsa çıkartın,

6. Kusma muhteviyatı aspire edilmişse aspirasyon işlemini uygulayın, 7- Akciğer kalp hastalarında göğüs ağrısı, solunum güçlüğü varsa:
   - Uygun pozisyon verin.
   - Oksijen uygulaması yapın (Doktor orderi ile)

8. Hastanın diyetini ekip elemanlarıyla birlikte düzenleyin. (Kemoterapi yapılmadan önce 4-6 saat önce yağlı gıdaların kesilmesi, sevdiği gıdaların alımının sağlanması,
9. Hastanın aldığı çıkardığı sıvı takibini yapın ve sıvı alımını düzenleyin. (Özellikle antiemetikler sonrasında sıvı alımını arttırın,
10. Kusma sonrası diş eti ve ağız mokozasını değerlendirerek “Ağız Bakımı Protokolü”nü uygulayın,
11. Order edilen tedaviyi uygulayın,
12. Hastayı rahat edeceği pozisyona getirin,

c. **İşlem sonrası:**

1. Malzemeleri toplayın, temizleyin ve kaldırın, 2- Elde edilen verileri kayıt edin:
   - Vital bulgular,
   - Semptomlar (göğüs ağrısı, siyanoz v.s),
   - Acil durumlar (Oksijen, aspirasyon),
   - Kusulan maddenin özellikleri.

3- Ekip elemanlarıyla gözlem ve bulguları sözlü ve yazılı olarak paylaşın, 4- Atık maddeleri protokole uygun eleminasyonunu sağlayın ve kullanılan

materyelleri dezenfekte edin,

KONU: DEHİDRATASYON GELİŞEN HASTANIN TAKİP PROTOKOLÜ

AMAÇ: Kaybedilen sıvıyı yerine koyarak komplikasyonları önlemek.

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol;dehidratasyona neden olabilecek risk föktörlerinin, dehidratasyonun derecelerinin ve komplikasyonlarının tanılanması ile takibini kapsar.
2. 24 saatlik aldığı-çıkardığı sıvı takibi protokole uygun yapılır. 3- Günlük vücut ağırlığı takibi protokole uygun yapılır.
3. Günlük turgor-tonüs kontrolü yapılır.

4. Vital bulguların takibi protokole uygun olarak 4 saatte bir yapılır.
5. Sıvı tedavisi günlük ihtiyaca günlük kayıplar eklenerek planlanır.
6. Yatağa bağımlı hastalarda bası yarası önleme protokolü uygulanır.
7. Kusması olan hastanın sıvı replasmanı IV yoldan yapılır.

B- TANILAMA

1. **Risk Faktörleri:**
   - **Gastrointestinol Kayıplar;**
     - Kusma,
     - Diyare,
     - Gastrik aspirasyon ve fistüller,
     - Fazla miktarda sıvı boşaltılan parasentezler,
     - Pankreatit,
     - Peritonit,

- **Deri yolu ile olan kayıplar;**
  - Aşırı terleme,
  - Geniş yanıklar,
  - Malnütrisyon,

- **Renal kayıplar;**
  - Akut böbrek yetmezliğinin diürez taşı,

- Kronik böbrek yetmezliği,
- Uzun süreli kontrolsüz diüretik kullanımı,
- Osmotik diürez,
- Kontrolsüz diabette ortaya çıkan glikozüri,

2. **Dehidratasyon Dereceleri:**

a. **İzotonik Dehidratasyonda tanılama kriterleri;**
- Kusma vardır,
- Deri turgoru ve nemliliği azalmıştır,
- Halsizlik, bitkinlik, baş dönmesi, baş ağrısı olabilir,
- Kilo kaybı vardır,
- Htc artmıştır,
- Serum Na+ düzeyi normaldir,
- Kan basıncı düşmüştür,
- İleri durumlarda oligürü, anüri ve şok görülür,

Tanılama Sıklığı: 8 saatte bir

b. **Hipertonik Dehidratasyon tanılama kriterleri;**
- Susama hissi vardır
- Deri turgoru ve nemliliği azalmıştır
- Göz kürelerinde yumuşama gözlenir
- Kan basıncı düşmüştür
- Kilo kaybı vardır
- Serum Na+ düzeyi artmıştır
- İdrar dansitesi 10.30 ‘un üzerindedir
- Hb değeri yükselmiştir
- İleri durumlarda koma ve Akut Renal Yetmezlik görülür

Tanılama Sıklığı: 8 saatte bir

c. **Hipotonik Dehidratasyon tanılama kriterleri;**
- Susama hissi kaybolur
- Poliuri görülür
- Bulantı, kusma vardır
- Oryantasyon bozukluğu gözlenir
- Serum Na+ düzeyi düşmüştür
- Kas seyirmeleri gözlenir
- İleri durumlarda konvülsiyon ve koma görülür

Tanılama Sıklığı: 8 saatte bir

3. **Hipervolemi belirtileri açısından protokole uygun tanılayın 4- Komplikasyonlar:**
- Mental fonksiyon bozuklukları (mental küntlük, letarji, uyuklama, konfüzyon),
- Böbrek yetmezliği,
- Koma,
- Ölüm,

5. **Tedavinin Etkinliği:**
- Kan basıncının normale dönmesi,
- Nabız hızının normale dönmesi,
- Deri turgorunun normale dönmesi,
- Vücut ağırlığında artma,
- İdrar volümünde artma gözlenmesi ile tedavinin etkinliği değerlendirilir.

C – UYGULAMA

1- Vital bulguları 4 saatlik protokole uygun takip edin, 2- Aldığı-çıkardığı takip protokolünü uygulayın,

3. Günlük kilo takibini protokole uygun yapın,
4. Elektrolik, üre, kreatinin ve htc düzeyini günlük takip edin,

5. Yatağa bağımlı hastalarda bası yarası önleme protokolünü uygulayın, 6- Yaraya bağlı sıvı kaybını önlemek için bölgeyi kapalı tutun,

7- Hergün deri turgor tonüsünü, mukoz membranları kontrol edin, 8- "Özel Ağız Bakımı Protokolü" nü uygulayın,

9- Karın ve bacak çevresinin ölçümünü günlük takip edin, 10-Önerilen sıvı tedavisini uygulayın,

11. Hipervolemi belirti ve bulgularını takip edin,
12. Hasta ve ailesini yeterli hidrasyonu sürdürmenin nedenini gerekliliğini ve sıvı alması gerektiği konusunda bilgilendirin,
13. Dehidratasyonlu hastayı tedavi ve takip süresince dereceleri ve komplikasyonları yönünden izleyin,
14. Kahve, çay ve greyfurt suyunun diüretik etkiye sahip olduğunu hastaya açıklayın, 15-Hafif ve orta derecede Na ve su kayıplarında bulantı yoksa oral yoldan sıvı verin,
16. Kusması olan ağır volüm kayıplarında sıvı tedavisini hekim işbirliği ile İV yoldan verin, ve "Bulantı-Kusması Olan Hastanın Bakım Protokolü"nü uygulayın,
17. Hasta ve ailesine ilaç, diyet ve alması gereken günlük sıvının miktarı, vücut ağırlığının normal ölçülerde tutulması konusunda eğitim yapın,
18. Tüm gözlem ve bulgularınızı ekip üyeleriyle paylaşın,
19. Tüm gözlem ve bulgularınızı "Hemşire Gözlem Dosyasına" kayıt edin.

KONU: DEMİR PREPARATLARINI UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Demir preparatlarını uygun/doğru teknikle uygulayarak komplikasyonları önlemek.

A– TEMEL İLKELER

1. Bu protokol;
   - Demir eksikliği ve komplikasyonlar
   - Demir içeren gıdalar
   - Araflaktik reaksiyon belirtileri
   - Yüksek doz belirtileri
   - Yan etkilerinin **tanılanması,**
   - Hastanın **bilgilendirilmesi,**
   - Oral/IM/IV (Z tekniği)demir preparatlarının **uygulanması ile takibini** kapsar.
2. Oral demir preparatları, gastrointestinal sistem (GİS) yakınmalarına yol açmadığı sürece aç karnına verilir
3. Demir içeren oral preparatlar, süt ve ürünleri, çay, kahve gibi içecekler ve antiasitler, tetrasiklinler gibi ilaçlarla birlikte verilmez (en az 1 saat beklenir).
4. Bebeklerde mama ile birlikte verilmez (en az 1 saat beklenir).
5. Oral demir kullanımı ile feçesin rengi koyulaştığından GİS kanaması ile karıştırılmamalıdır.
6. Oral ilaçlar dişlerde leke, ağızda tad değişikliği yapabileceğinden "Özel Ağız Bakım Protokolü" uygulanır.
7. IM uygulama öncesi duyarlılık testi(test dozu 0, 5 ml-IM) yapılır.
8. IM uygulamada aynı bölgeye en fazla 2.5 cc tek enjeksiyonda uygulanır (artan miktardaki ilaç diğer gluteal bölgeye yapılabilir).
9. IM preparatlar; yalnız gluteal kasa Z tekniği ile derin olarak uygulanır.
10. IV demir preparatları perfüzyon şeklinde verilecekse; sadece %0, 9 NaCl ile sulandırılır (1/20 oranında).
11. IV perfüzyona önce yavaş (20 damla/dk) başlanır sonra damla sayısı artırılarak (40-60 damla/dk) devam edilir.
12. Direkt IV demir preparatı 1 ml /dk da uygulanır.
13. Anaflaktik reaksiyon görülebileceğinden, krtikosteroidler, adrenalin ve antihistaminikler hazır bulundurulmalıdır.

14. 38 C ve üzeri ateşte IV demir preparatı uygulaması ateş düşene kadar ertelenir. sistemik arter kan basıncı yüksekse perfüzyon yavaş verilir.

B – TANILAMA

1. **Demir Eksikliği Nedenleri:**
   a. Kronik kan kaybı
      - GIS ve genital yol
      - Peptik ülser-hiatal herni-gastrit
      - Özefagus varisleri
      - İnflamatuar bağırsak hastalıkları
      - GIS maligniteler/paraziter hastalıklar
      - Aspirin alma alışkanlığı
      - Hematüri, hemoptiji, taş, tümör gibi üriner hastalıklar
      - Profosyonel kan vericileri

   b. Yetersiz demir alımı
      - Büyüme çağları
      - Gebelik/laktasyon
      - Vejeteryanlar
      - Sık doğum/kürtaj
      - Aşırı çay tüketimi
      - Aşırı lifli diyetler
      - Düşük gelir grupları

   ▪ Bağırsaklardan demir emiliminin azalması/bozulması
      - Santral total gastrektomi
      - Gastrojejunostomi
      - Pika
      - İnce bağırsak hastalıkları

   ▪ Nadir nedenler
      - Kronik intravasküler hemdiyaliz
      - İdyopatik akciğer hemosiderozu

2. **Demir Eksikliği Anemisinin Komplikasyonları**

Çocuklarda

- Büyüme ve motor gelişmede duraksama,
- Öğrenme ve davranış bozuklukları,
- Uykuya eğilim,
- İnfeksiyonlara direnç azalması,
- Egzersiz intoleransı,
- Taşikardi-ödem. Genel Belirtiler
- Anemiye ait genel belirtiler(solukluk-halsizlik-çarpıntı-dispne),
- Tırnaklarda kolay kırılma, düzleşme, çukurlaşma,
- Saçlarda kolay kırılma ve kuruluk,
- Subfebril ateş,
- Çeşitli sindirim yolu yakınmaları,
- Splenomegali (Oluşum mekanizması bilinmez),
- DiI yüzeyleri çok düzgündür,
- Sinirlilik, uykusuzluk, inatçı baş ağrıları,
- Ağızda ve dilde yanma,
- Ekstremitelerde uyuşukluk.

Gebelerde

- Erken doğum,
- Olumsuz fetal gelişme.

3 – Parenteral Demir Tedavisini Gerektiren Durumlar:

- Emilimde ciddi bozukluk,
- Gebelik sırasında çabık düzeltilmesi gereken ağır demir eksikliği,
- Nadiren oral preparatlara karşı gerçek veya psikolojik bir intolerans gelişip ağız yoluyla uygulamayı kullanışsız kıldığında.

4- Yaşa Göre Demir Gereksinimi:

Yaş Günlük Demir Gereksinimi Diyetteki demir miktarı

8 ay-2 yaş 0, 4 mgr 5 mg demir almalı

4-12 yaş 0, 5 mgr 6, 25 mgr demir almalı

12-18 yaş 1 mgr 12, 5 “ “ “

12-18 yaş 1, 5-2, 5 mgr 18-31 “ “ “

Erişkin erkek 0.6 mgr 7, 25 “ “ “

Erişkin kadın 0, 5-1mgr 6.25-12.5 mgr

Gebelik 2, 5-3 mgr 31-37, 5mgr

5- Demir İçeren Yiyecekler:

Demirden zengin	***Nispeten Zengin***	***Demirden fakir***
İstiridye	**Kırmızı beyaz et**	**Tahıl ürünleri**
Karaciğer	Yeşil sebze ve meyveler	İnek sütü
Baklagiller Böbrek	Balık	Ispanak Üzüm Pekmez

6- Normal Demir Değerleri:

	Htc	Hemoglobin	eritrosit	fe	ferritin
Yenidoğan	54	17, 5	5, 1	100-250mg/d/.	180-500ng/ml.
0, 5-2yaş	36	12	4, 5	16-120 mg	
2-6 yaş	37	12, 5	4, 6	20-124 mg	
6-12 yaş	40	13, 5	4, 6	23-123 mg	15-60ng/ml
12-18 yaş(Kız)	41	14	4, 6	35-140 mg/kg	
12-18 yaş(Erkek)	43	14, 5	4, 5		
Menapoz öncesi	37-47	13, 7	4, 5	35-40(60-140mg/dl)	20-220 ng/ml
Menapoz sonrası	39-47	12-16	4, 8-10 Erkek	45-50 mg/kg 42-52 15.5	20-340 ng/ml 5-

11	50-55(80-150 mg/dl) 20-95 ng/ml

7. **Demir Eksikliğinde Laboratuvar Bulguları:**
   - Serum demiri düşük (%40 mikrogramdan az)
   - Demir bağlama kapasitesi yüksek (%400 mikrogram ve üzeri)
   - Ferritin ml.de 10 mg'dan azdır
   - Retikülasit azalmış veya normal
   - Htc düşük, hemoglobin düşük, lokosit normal
   - Tedaviye başladıktan 4-5 gün sonra retükülasitoz başlar
   - Trombosit sayısı normal yada düşük
8. **Demir Tedavisi Uygulanmayacağı Durumlar:**
   - Demir yükselmesi
   - Demire karşı aşırı duyarlılık
   - Talasemi
   - Bronşial astım (Allerji riski yüksek olduğu için gözetim altında)
   - Chran hastalığı
   - Kurşun anemisi (Bu tür anemide demirin kullanımında bozukluk vardır. Demir vermenin bir yararı yoktur.)
9. **Anafilaktiik Reaksiyon Belirtileri:**
   - Kızarıklık
   - Kaşıntı
   - Ürtiker
   - Baygınlık
   - Dispne
   - Artrolji
   - Hipotansiyon
   - Şok

Tanılama Sıklığı: Uygulamaya başlandığı ilk 5 dakika sürekli sonra perfüzyon süresince

10. **Yüksek Doz Belirtileri:**
    - Mavi-yeşil kusmuk
    - Siyah diare
    - Hipotansiyon/şok
    - Mortalize %30
11. **Demir Tedavisinin Yan Etkileri:**
    - Bulantı, kusma
    - Diare/konstipasyon
    - Midede yanma
    - Ateş
    - Geçici tad alma duygusu kaybı
    - Ağızda metalik tad
    - Lokal ürtiker
    - Parenteral tedavide enjeksiyon yerinde ağrı-leke
    - Anaflaksi

Tanılama Sıklığı:

Tedaviye başladıktan;

- 7-10 gün sonra retikülasit sayısı
- 7-8 haftada kan sayımı
- 2-4 ay sonra hemogram+demir+demir bağlama kapasitesi+ferritin bakılır

12. ***Vital bulguları protokole uygun tanılayın.***
13.

C– UYGULAMA

11. **malzemeler:**
    - ilgili protokollerdeki malzemeler,

- kartikosteroidler,
- Adrenalin,
- Antihistaminikler

b. **İşlem öncesi hazırlık:**
   - Hastayı işlem ve sonuçları hakkında bilgilendirin;
     - Oral demir ilaçlarını gastrointestinal sistem (GİS) yakınması yoksa aç olarak alınması gerektiğini,
     - GİS yakınmaları oluşursa yemek sonrası, düzelmezse yemek aralarında olması gerektiğini,
     - Demir ilaçlarını portokal suyu ile alırsa emilimin artacağını, (greyfurt, mandalina)
     - Oral demir ilaçları dişlerde leke yapabileceğinden dişlerin düzenli fırçalanmasını,
     - Demir ilaçlarının dışkının rengini koyulaştırdığını (siyaha yakın) söyleyin.

1. **İşlem:**
2. Oral demir preparatlarını protokole uygun verin,
3. Özel ağız bakım protokolünü uygulayın,
4. IM demir preparatlarını, IM ilaç uygulama protokolüne uygun hazırlayın, Z tekniği ile derin olarak uygulayın,

Z Tekniği:

   - İğneyi batırmadan önce deriyi yana doğru çekin,
   - Enjeksiyonun sonunda 2-3 dizyem hava verin,
   - İğneyi çekince enjeksiyon yerini ovmayın, bastırın,

4. Vital bulguları protokole uygun kontrol edin (IV uygulama öncesi),
5. IV demir preparatlarını, IV ilaç uygulama protokolüne uygun; 1 ampul preparatı 100 ml %0, 9 NaCl ile sulandırıp, önce dakikada 20 damla, daha sonra 40-60 damla olacak şekilde uygulayın,
6. Direkt IV uygulanacaksa ilacı 1 ml/dk şeklinde verin,
7. Anaflaktik reaksiyon açısından ilk 5 dakika hastayı yalnız bırakmayın, daha sonra işlem boyunca hastayı gözlemleyin,
8. Hastayı yüksek doz tanılama kriterlerine göre tanılayın belirtilerden herhangi birini gördüğünüzde;
   - NaHCO3 ile mide irigasyonu yapın,
   - Çiğ yumurta ve süt içirin,
   - Derhal hekime haber verin,
9. Hekimin önerdiği laboratuvar tetkiklerini takip edin.
10. **İşlem sonrası:**
11. Malzemeleri toplayın, kaldırın,
12. Tüm elde ettiğiniz belirti ve bulguları ekip üyeleri ile paylaşın,
13. Atıkları “Hastane Atıklarının Toplanması ve Uzaklaştırılması” protokolüne göre elimine edin,
14. Elde edilen tüm veri ve bulguları hemşire gözlem dosyasına kaydedin.

KONU: DİABETİK AYAK YARASI BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Diabetik ayak yarasının bakımını sağlayarak iyileşmesini hızlandırmak

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; Diabetik ayak yarasının sınıflandırılması, hasta bireyin psikolojik tanılanması ve uygulamayı kapsar.
2. Cerrahi aseptik teknik uygulanır.
3. Diabetik ayak yarasının sınıflandırması “ WAGNER, e göre yapılır. 4- Kan şekeri kontrol altında tutulur.

(**Açlık** - 80 – 140 mg/dl **Tokluk** - 180 mg/dl ↓)

5- Ayak yarası iyileşene kadar hasta yatak istirahatine alınır. 6- Yaradan kültür için örnek alma protokolü uygulanır.

6. Hastanın her iki ayağının kemik grafisi çekilmesi sağlanır. 8- Hasta bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanır.

B – TANILAMA

1. **Diabetik ayak yarasının sınıflandırması "WAGNER"e göre yapılır:**

GRADE O: Yüksek riskli grup. Ülser yok.

- " Diabetik Ayak Yarası önleme Protokolü" uygulanır.

GRADE 1: Yüzeyel ülser

- Hasta birey kesin yatak istirahatına alınır.
- " Diabetik Ayak Yarası Önleme Protokolü " uygulanır.

GRADE 2: Tendon, kemik veya mafsala kadar penetre ülser

- Hasta birey yatak istirahatine alınır.
- Düzenlenen tedavi uygulanır.
- Hekim işbirliği ile debirtman yapılır.

GRADE 3: Derin abse ve osteomyelit.

- Düzenlenen osteomyelit tedavisi uygulanır.

GRADE 4: Lokalize gangren.

- Düzenlenen osteomyelit tedavisi uygulanır.

GRADE 5: Büyük amputasyon gerektiren geniş gangren

- Preoperatif hazırlık yapılır.
- Postoperatif bakım yapılır.

2. **Hasta bireyin psikolojik tepkileri tanılanır:**

- Anksiyete,
- Korku,
- Gerginlik,
- Huzursuzluk,
- Uykusuzluk,
- Öfke patlaması,
- Bireysel başa çıkmada yetersizlik,
- Suçluluk,
- Umutsuzluk rol ve işlevlerde değişiklik vs.

Tanılama sıklığı; 6-8 saatte bir tanılanır.

C – UYGULAMA

1- " Beden İmajı Bozulan Hasta Bireye psikolojik Yaklaşım Protokolü " 2- " Nemli Emici Pansuman Uygulama Protokolü " uygulanır.

KONU: ELEVASYON UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Dolaşımı rahatlatarak ödemi önlemek/geriletmek

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; elevasyon ve devamlılığının sağlanmasını içerir.
2. 2- Elevasyon amacıyla verilecek pozisyon;
   - özellik içeren pozisyon direktifi
   - Hastanın mevcut hastalığı göz önüne alınarak yapılır.
3. Elevasyon için verilen pozisyonun devamlılığını sağlamak ekip üyelerinin (dr, hemşire, fizyoterapist.....) sorumluluğundadır.
4. Opere alan varsa elevasyon uygulanırken koruma altına alınır.

5. 5- Tüm kaviteler boşluk bırakılmadan desteklenir.
6. Kullanılan malzemeler verilecek pozisyona uygun seçilir.

7- Hasta ve ailesi bilgilendirilerek katılımı sağlanır.

B – TANILAMA

1. **Elevasyon Uygulandığı Durumlar:**
   - Sistemik hastalıklar(lenfoid, lenfanjit vb.)
   - Operasyon
   - Yanık
   - Enfeksiyon
   - Açık yaralar
   - Ödem
   - Ortopedik uygulamalar (alçı, atel, traksiyon vb.)
   - Diğer nedenler
2. **Elevasyon uygulamasında;**
   - Yükseklik derecesi
   - Pozisyon
   - Operasyon yeri (extremite, baş, gövde.....)
   - Operasyon özelliği (greft, flep, atel, ...)
   - Sistemik hastalıkların varlığı (hemipleji, kalp, akciğer hastalıkları) göz önüne alınır.

3. **Elevasyon uygulamasında dikkat edilecek diğer şartlar:**

- Üst ekstremitelerde:
  - axiller bölge desteği
  - axiller artere bası olmaması
  - axiller arter kontrolü
  - omuz alt bölgesi desteği
- Alt ekstremitelerde:
  - diz altı desteği
  - taban desteği
  - ayak(topuk!) travmatize edici temasları?

4. **El elevasyonunda:**

- Bilek ve parmakların desteği

5. **Elevasyon sürecinde yapılan tanılama**
   - Yara yada opere alana bası olmaması
   - İstenilen yükseklikte olması

   - İstenilen açı ve pozisyonda olması
   - Ödem (veya artan ödem) olmaması
   - Dolaşım problemi (siyanoz) olmaması
   - Hastanın eşlik eden diğer sağlık sorunlarına etkisi olmaması
   - Hastanın rahatlık ifadesinin olması
   - Verilen pozisyonla ilgili hastanın;
     - karıncalanma
     - ağrı
     - sıkıntı
     - yorulma ifadesi

Tanılama Sıklığı: Uygulanan elevasyon 2 saatte bir tanılanır.

6. **Elevasyon sonlandırma kriterleri:**
   - Ödemin çözülmesi
   - Hastanın mobilize olması
   - Mevcut hastalığın gerilemesi/düzelmesi
   - Elevasyon gerektiren girişimlerin sonlandırılması

C- UYGULAMA

a. **Malzemeler:**
   - Mühtelif yastıklar (silikon özellikli vb)
   - Kum torbası
   - Askıya alıcı materyaller

b. **İşlem Öncesi Hazırlık:**

c. Malzeme hazırlığı,

- Karyolanın fonksiyon uygunluğunu kontrol edin
- Destek yastıklarını seçin
- Özel askıya alıcı materyalleri hazırlayın

- Hastanın hazırlığı,

- İşlem hakkında bilgi vererek katılımını sağlayın.

c. **İşlem:**

1. Elevasyon bölgesine göre; uygun pozisyon verin.
   - Hasta yatağını uygun pozisyona getirin
   - Hastayı uygun pozisyona getirin
   - Pozisyonu ve kaviteleri yastıklarla destekleyin 2- verilen pozisyonla ilgili;
   - karıncalanma
   - ağrı
   - sıkıntı
   - yorulma

gibi şikayetleri değerlendirin.

3. Opere alana bası olmamasına dikkat edin
4. Hasta ve ailesini bilgilendirerek elevasyon ve pozisyonun korunmasını sağlayın.

d. **İşlem sonrası:**

- İşlem bölgesi
- Başlama saati
- İşlemin etkinliğini kaydedin.

KONU: ENTERAL BESLENME PROTOKOLÜ

AMAÇ: Nazogastrik Sonda (NGT) ile beslenmeyi sağlamak

A – TEMEL İLKELER

1 - Enteral beslenme (miktarı, içeriği ve süresi) order'e göre yapılır 2- Beslenme uygulanırken 5 doğru kuralına uyulur

3- Enteral beslenme kapalı sistemle aseptik tekniğe uygun şekilde hazırlanır 4- Enteral beslenme torbaları 24 saatte bir değiştirilir

5- Enteral beslenmede kullanılacak mama hazırlama talimatına uygun şekilde hazırlanır 6- Kullanılacak formüller oda sıcaklığında olmalıdır

7. Formül orijinal kutusundan beslenme torbasına aktarıldıktan sonra 9-12 saat içinde bitmelidir
8. Sıvı formüller kesinlikle sulandırılmaz
9. Hazırlanan formül içine başka bir ilaç katılmaz
10. Enteral beslenme torbasının üzerine, başlama tarih ve saati, formül içeriği, hazırlayan kişinin adını içeren etiket yapıştırılır

11-24 saat sürekli beslenmelerde 7 saatte bir 30-60 dak süre ile beslenmeye ara verilir ve NGT drenaja alınır.

B - TANILAMA

1 - Nazogastrik sonda: Yerinde + / -

Açık + / -

Takılış süresi; geçmiş / geçmemiş

Uygulamaya; uygun / uygun değil

2. – Mama (Formul): Kullanım süresi; uygun / uygun değil Koku + / -

Renk:

3. – Beslenme Pompası: işlevselliği: + / -

yükseklik + / -

4. – Beslenme toloransı;
   - Hastanın şikayetleri: - sözlü, sözsüz
   - Drenaj mai: - sindirilmemiş, mama

- dilitasyon sıvısı

   - Bulantı: + / -
   - Kusma: + / -
   - Distansiyon: + / -
   - Regürjitasyon: + / -
5. – Beslenme sürecinde görülen komplikasyonlar
   - Allerjik reaksiyon
   - Toksisite
   - Diare
   - Konstipasyon
   - Akçiğer aspirasyonu
   - Diğer

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler**
   - Enteral besleme torbası ve ekleri
   - Beslenme için seçilmiş formül
   - Toz formülleri sulandırmak için su
   - Steril eldiven

b. **İşlem öncesi**

1- Ellerinizi yıkayın, steril eldiven giyin 2- Malzemeleri hastanın yanına götürün

3- Hasta koopere ise işlem hakkında bilgi verin 4- Hastayı rahat ettiği pozisyona getirin

5. Enteral besleme torbasını aseptik tekniğe uygun olarak açın
6. Formülü besleme torbasına boşaltarak karıştırın Torbanın üstünü etiketleyin.(Tarih, saat, içerik, uygulayan kişinin parafı)

c. **İşlem**
   - Tanılama kriterlerine göre NGT’ yi kontrol edin
   - Enteral beslenme torbasını pompadan 30 cm yukarıya asın
   - Torbayı pompaya yerleştirin, hızını ayarlayarak beslenmeyi başlatın
   - 10-15 dakika süresince pompanın çalışıp-çalışmadığı, beslenmenin devam edip etmediğini gözleyin
   - Order edilen beslenme süresine göre gerekli beslenme periyodunu uygulayın
   - Her periyodda tanılama kriterlerine göre uygulamayı değerlendirin
   - Beslenme sonrasında NGT’ yi 50 cc su ile yıkayın.

d. **İşlem sonrası:**

- Atık malzemeleri protokole uygun elemine edin
- Ellerinizi el yıkama protokolüne göre yıkayın
- Tanılama kriterlerine göre hastayı ve uygulamayı değerlendirerek kayıt edin.

Nazogastrik tüp uygulama ve bakım kurallarıyla ilgili olarak doğru seçeneği işaretleyiniz.

- Uygulamadan önce tüpün ucuna su bazlı jel sürülür
- Tüp uygulandıktan sonra hasta konuşabiliyorsa, tüp uygun yerde değil demektir
- Geniş lümenli beslenme tüpleri en çok 3 gün süreyle değiştirilmeden kullanılabilir
- Serbest ucu su dolu bardağa daldırılan tüpten hava kabarcığı geliyorsa tüp midede demektir

KONU: GÖZ LAVAJI UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Kontamine olan konjonktivanın yıkanarak temizlenmesi.

A- TEMEL İLKELER

1- Kontamine göz serum fizyolojik % 05 dextrose, laktatlı ringer solüsyonları ile yıkanır. 2- İrigasyon yapılan mayi steril olmalıdır.

3- İşlem öncesi ve sonrası eller “El Yıkama Protokolü”ne uygun yıkanır. 4- İşlem yapılmayan göz işlem sırasında kapatılır.

5- Asit ve alkali yanıklarda lV mayi sistemi ile yıkama yapılır 6- Uygulama sırasında mayi seti göze değdirilmez.

7- Asit ve alkali yanıklarında işlem en az 30 dakika süre ile yapılır.

B- TANILAMA

1. **Göz lavajı yapılan durumlar;**
   - Asit yanıkları,
   - Alkali yanıkları,
   - Mantar enfeksiyonlu gözde yıkama,
   - Fazla çapaklanmış göz,
   - Floressein’le boyandıktan sonra,
   - Trafik kazalarında yabancı maddeleri uzaklaştırmak için göz irrigasyonu yapılır.

2-

Göz lavajı öncesi: Yıkama yapılacak göz kapağının açık olması Göz lavajı sırası: Mayinin gözün içine uygulanmaması gözlenir.

Göz lavası sonrası: Gözün içindeki çapak, yabancı cisim, veya alkolinin varlığı yokluğ gözlenir.

C- UYGULAMA

a. **Malzemeler**

Alkali veya asid yanıklarında;

- % 5 dextroze, laktatlı ringer, serum fizyolojik solüsyonlarından herhangi biri
- Serum seti, serum askısı,
- Eldiven
- Kapak ekartörü
- Steril gaz bezi
- Steril rondel,
- Flaster
- Böbrek küveti
- Tedavi muşambası

Enfeksiyonlu gözde, trafik kazalarında ve floreseinli muayene sonrası yapılan yıkamada;

serum fizyolojik mayi veya antibiyotikli damla,

- l0'luk enjektör,
- EldivenKapak ekartörü,
- Steril gaz bezi,
- Böbrek küvet,

- Tedavi muşambası,
- Tropikal anestezi damlası,

b. **İşlem**
- Hastanın kimliğini kontrol et,
- Hastaya yapılacak işlime anlat,
- Tropikal anestezi damlasını göze damlat,
- Ellerini yıka, eldivenini giy,
- Hastayı fiziksel olarak hazırla, sırt üstü pozisyon ver,
- Diğer gözü steril karegaz veya rondelle kayat,
- Hastanın omuz ve baş altına tedavi muşambasını ser,
- Başı yıkama yapılacak gözün tarafına çevir, yanağın altına böbrek küveti yerleştir,
- Uygun mayiyi verilecek sisteme göre hazırla.
- Göz kapaklarını kapak ekartörü veya gaz bezi yardımıyla aç,
- Mayiyi gözün içine basınçsız ve düzenli bir şekilde ver,
- İşleme belirtilen süreye göre devam et,
- Uygulama bittikten sonra ekartörü çıkart ve gözün etrafını steril gaz bezi ile kurula,
- Göze antibiyotikli damla veya pomad uygula ve gözü rondelle kapat,
- Kapatılmış olan sağlam gözü aç
- İşlemi kaydet,
- Atıkların eliminasyononu enfeksiyon kontrol protokolüne uygun yap,
- İrigasyon yapılan gözü enfeksiyon açısından takip et, belirtileri açısından takip et ve oluşmuş enfeksiyon tespit edilmişse enfeksiyonlu göz bakım protokolünü uygulayın.

KONU: HİPERGLİSEMİNİN ÖNLENMESİNDE HASTA EĞİTİM PROTOKOLÜ

EĞİTİMİN AMACI: Hastaya hiperglisemiyi ortaya çıkaran faktörler, belirtiler ve hiperglisemi sonrasında yapılacaklar konusunda bilgi vererek komplikasyonları önlemek.

EĞİTİMİN İÇERİĞİ:

A – Hiperglıseminin oluşmasındaki risk faktörleri: 1- Hastalıklarla ilgili;

- Diabetus Mellitus (Tip I-Tip II),
- Enfeksiyon,
- Dehidiatasyon

2. **Kullanılan ilaçlarla ilgili;**
   - Uygun görülen insülin dozunun yapılmaması veya doz atlanması,
   - Uygun görülen oral antidiabetik ilaçların alınmaması,
   - Kortizon kullanımı
3. **Beslenme ile ilgili;**
   - Öğünde veya öğün arası fazla gıda almak,
   - Diyetinde belirlenen kalorinin üzerine çıkmak,
   - Alkollü içeceklerin alınması,
   - Yeterli egzersiz yapmamak

B- Hiperglıseminin Belirtileri:

1. **Hiperglıseminin hafif uyarıcı belirtileri;**
   - Kan şekeri seviyesi 200-300 mg/dl arasında seyrediyorsa sıklıkla hiçbir belirti hissedilmeyebilir.
   - Aşırı susuzluk hissi
   - Açlık hissi ve sık yemek yeme isteği artar
   - Sık idrara çıkma
   - Ağızda kuruluk
   - Deride kuruma ve kaşıntı. (Özellikle kadınlarda vaginal kaşıntı)
   - Bu belirtileri olan hasta sık kan şekeri kontrolü yapmalıdır. Evde kontrol edemeyen hastalar

doktoruna müracaat etmeliler.

2. **Hiperglıseminin orta derecede uyarıcı belirtileri;**
   - Kan şekeri 300-490 mg/dl arası seyrediyorsa,
   - Mide bulantısı-kusma,
   - Nefes alıp vermenin hızlı ve derin olması,
   - Bulanık görme,
   - Kilo kaybı,
   - Baş ağrısı,

Bu belirtileri gösteren hasta en kısa zamanda doktoruna müracat etmelidir.

3. **Hiperglıseminin ciddi uyarıcı belirtileri;**
   - Kan şekeri 400 mg/dl altına düşmüyorsa
   - Nefeste aseton kokusu
   - Diabetik ketoosidoz koması (D.K.A.K)
   - Hiperozmolar hiperglisemik nonketotik koma
   - İdrarda aseton

Bu belirtiler tespit edilen hasta hospitolize edilir.

C- İlaç Kullanımı ile İlgili Bilgi:

1- Oral antidiabetiklerin kullanımı, 2- İnsülin kalemlerinin kullanımı,

3. Kan şekeri ölçüm cihazlarının kullanımı
4. İnsülin uygularken dikkat edecekleri noktalar.

EĞİTİM YÖNTEMİ

- Yüz yüze,
- Uygulamalı (kan şekeri ölçüm cihazlarının kullanılması, insilün kalemlerinin kullanılması),
- Grup eğitimi (poster, resim, broşür)

DEĞERLENDİRME

- Eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyini ölçen test
- Uygulatarak değerlendirme

ÖRNEK TEST

1. – Normal kan şekeri seviyesi nedir? a) 60-120 mg/dl

c. 120-200 mg/dl
d. – Diabetli olduğunu bildirir kimlik taşımalı mı?
   a. Evet
   b. Hayır
e. – İnsilün dozunu atlayan hastanın kan şekeri ne olur?
f. Düşer
g. Yükselir
h. Hiçbir şey olmaz
i. – Kan şekeri yüksek seyreden kişiye ne yapılmalıdır?
   a. Yemek yedirmeli
   b. Egzersiz yaptırılmalı
   c. Ek olarak 2-4 ü arasında kristalize insilün yapılmalı
j. – Sık sık idrara çıkan kişiye ne yapılmalıdır?
   a. Kan şekeri düzeyi kontrol edilmeli
   b. Bol su içirilmeli
   c. Hastaneye götürülmeli
k. – Ciltte kuruma ve kaşıntısı olan hasta ne yapmalı
   a. Cildini nemlendirmeli
   b. Banyo yapmalı
   c. Cildiye polk. gitmeli
   d. Sık kan şekeri kontrolü yapmalı

KONU: HİPERTANSİYONLU HASTA EĞİTİM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Hipertansiyonu kontrol altında tutabilmek için hastayı, hipertansiyon, tedavisi, günlük yaşam, beslenme ve egzersiz konularında bilgilendirmek

EĞİTİMİN İÇERİĞİ

Risk faktörleri ile ilgili:

Yaş Heredite

Böbrek Hastalıkları Endokrin Hastalıklar Damar Hastalıkları Kullanılan bazı ilaçlar Obezite

Beyin Lezyonları Gebelik toksemisi

Na+ alımı fazlalığı, Na+metobolizmasında bozukluk Akut stres

Sigara, alkol, çay-kahve kullanımı

Coğrafi ve ırk faktörleri (siyahi ırkta fazla) Psikososyal faktörler(stresli kişiler, hassas kişiler)

B – Hastalıkla İlgili:

1- Hipertansiyon tanımı ve sınıflandırması 2- Hipertansiyonun belirtileri

3. Beyaz önlük hipertansiyonu
4. Hipertansiyon tedavi edilmezse gelişebilecek komplikasyonlar
    - Damar sertliği
    - Kalp krizi
    - Kalp büyümesi, kalp yetmezliği
    - Böbrek yetmezliği

C – Tedavi ile ilgili:

1. İlaç tedavisi
2. İlaç alırken dikkat edilecekler 3- İlaçların yan etkileri

4- Ani tansiyon yükselmelerinde tedavi 5- Ani tansiyon düşmelerinde tedavi

6- Antihipertansif ilaç dışında ilaç alımı gerekirse dikkat edilecekler 7- Kan basıncının uygulamalı ölçüm sıklığı

8- Hipertansiyonda laboratuvar testleri

D – Günlük Yaşamla İlgili:

1. Cinsel aktivite
2. Sigara ve alkol kullanımı 3- Hipertansiyon ve gebelik
3. Hipertansiyon ve ameliyat
4. Hipertansiyon ve araç kullanımı
5. Hipertansiyon ve stres

E – Beslenme ile İlgili:

1. Obesite,
2. Tuz kullanımı,
3. Diyette yağ alımı, 4- Çay-kahve alımı.

F – Egzersiz ile İlgili:

1. Fiziksel aktivite;
    - Yürüme,
    - Bisiklete binme,
    - Yüzme.

2. Kontrol altında olmayan hipertansiyonda egzersiz.

EĞİTİM YÖNTEMİ

1- Yüz yüze eğitim

2- Grup eğitimi

3- Uygulamalı eğitim

EĞİTİM MATERYALLERİ

1. Tepegöz
2. Broşür
3. El kitabı

EĞİTİM DEĞERLENDİRME YÖNTEMİ

1. Gözlem
2. Soru-cevap
3. Uygulama tekrarı

KONU: HİPERTANSİYONLU HASTA TAKİP PROTOKOLÜ

AMAÇ: Sistemik arter kan basıncını hastanın tolere edebileceği bir değere düşürerek komplikasyonları önlemek.

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; Hipertansiyonun risk faktörleri, sınıflandırılması, belirti, bulguları kriz durumu ve komplikasyonlarının tanılanması ile takibini kapsar.
2. Kan basıncı, ”Sistemik Arter Kan Basıncı Ölçüm Protokolüne” uygun takip edilir. 3- Hasta yatak istirahatine alınır.
4. Semi-fawler / fawler pozisyonu verilir.
5. Hafif dereceli hipertansiyonu olan, gereksiz yere anksiyete duyabilecek hastalara tansiyonlarının yüksek olduğu söylenmez.
6. “Anksiyeteli Hasta Bireye Yaklaşım Protokolü” uygulanır. 7- Hipertansif kriz gelişen hastada damar yolu açılır.
8. Hipertansif acil durumda, kan basıncı 1 saat gibi kısa bir sürede yoğun bakım şartlarında parenteral ilaçlarla kontrol altına alınır.
9. Hipertansif acele durumda, kan basıncı aşamalı olarak 24-48 saatte düşürülür.
10. Aldığı-çıkardığı sıvı takibi protokole uygun yapılır.
11. Çay, kahve alımı kısıtlanır, tuzsuz ve hayvansal yağlardan yoksun diyet uygulanır.
12. Sigara, alkol gibi madde kullanımı ve hipertansiyonun kontrolü konularında hasta ve ailesine protokole uygun eğitim verilir.

B – TANILAMA

1. **Risk Faktörleri:**
   a. Yaş,
   b. Heredite,
   c. Böbrek hastalıkları(glomerulonefrit, pyelonefrit, böbrek arterinde daralma),
   d. Endokrin hastalıklar(Cushing sendromu, diyabet, feokromasitoma),
   e. Damar hastalıkları (Aort koarktasyonu, arterioskleroz),
   f. Kullanılan ilaçlar (oral kontraseptifler, steroidler),
   g. Obesite,
   h. Beyin lezyonları (tümörler, kanama, bulber poliomyelit), i- Gebelik toksemisi,

j. Na+ alımı fazlalığı, Na+ metabolizmasında bozukluk, sıvı fazlalığı,
k. Akut stres,

ax. Coğrafi ve ırk faktörleri (siyahi ırkta),

all. Psikososyal faktörler(stresli kişiler, hassas kişiler),

2. **Tedavinin başarısız olabileceği durumlar:**

a. Tedaviye uyumsuzluk:
- İlaç pahalı,
- Hasta ilacı nasıl kullanacağını anlamamış
- İlacın yan etkisi ortaya çıkmışsa. b- İlaca bağlı:
- Düşük doz,
- Uygunsuz doz aralığı,
- Uygunsuz ilaç kombinasyonu(iki Ca antagonisti bir arada),
- İlaç etkileşimi (nonstreroid enflamatuar ilaçlar, oral kontraseptifler),

c. Sekonder hipertansiyon (kan basıncı yüksekliği belli bir organik nedene bağlı)
d. İlişkili durum:
- Kilo alımı,
- Aşırı alkol alımı,
- Sıvı fazlalığı

e. Beyaz önlük hipertansiyonu:
- Hastanın tansiyonu, sağlık personeli yanında iken yüksek olarak ölçülüyor fakat ev koşullarında yapılan ölçümlerde normal bulunuyor,

f. Yalancı Hipertansiyon:
- Brakiyel arterde şiddetli arterioskleroz var ise brakiyel arterden ölçülen kan basıncı yüksek çıkabilir.Bu hastalarda sertleşmiş brakiyel arter kolaylıkla ve bu kan basıncı ölçülmeden önce farkedilir.

g. **Sınıflandırma:**

sistolik-mmHg Diyastolik mmHg

Normal Yüksek normal Hipertansiyon	**<130**	130 - 139	**<85**	85 - 89
Evre 1(hafif)		140 - 159		90 - 99
Evre 2 (orta)		160 - 179		100 - 109
Evre 3(şiddetli)		180 - 209		110 - 119
Evre 4 (çok şiddetli)		>209		>119

Tanılama sıklığı: Sistemik arteriyal kan basıncı protokolüne uygun tanılanır.

4. **Hipertansif Kriz:**

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

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

5. **Belirti ve Bulgular:**

- Baş ağrısı,
- Baş dönmesi,
- Kulak çınlaması,
- Dilde peltekleşme,
- Yüz ve vücutta karıncalaşma,
- Halsizlik
- Uyuşukluk
- Nefes darlığı
- Göğüs ağrısı
- Nörolojik bozukluklar
- **Komplikasyonlar:**

a. Kalp:
   - Koroner arter hastalığı,
   - Sol ventrikül yüklenmesi, fonksiyon bozukluğu ve hipertrofisi,
   - Kalp yetmezliği, b- Beyin:

- Baş ağrısı,
- Bulantı-kusma,
- Geçici iskemik atak,
- İnme,
- Ensefalopati,
- Hipertansif hemoraji,
- Bilinç kaybı, c- Damar:
- Anevrizma,
- Claudicatiion (topallama),
- Tıkanma, d- Böbrek:
- Böbrek yetmezliği,
- Proteinüri,
- Mikroalbüminüri, e- Retina:

- Kanama,
- Papil ödemi,
- Işık refleksinde artma, g- Pulmoner sistem:
- Pulmoner yetersizlik,
- Pulmoner ödem,

6. **Antihipertansif ilaç kullanan hastalar, hiipotansiyon protokolüne uygun tanılayın 8- Hastayı, antihipertansif ilaçların yan etkilerine yönelik tanılayın**

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler:**

- Sistemik Arter Kan Basıncı Protokolü malzemeleri

b. **İşlem**

1- Nabzı ve kan basıncını protokole uygun takip edin, 2- Hastayı yatak istirahatine alın,

3. Bilinç durumunu kontrol edin,
4. Bilinci açıksa semi-fawler/fawler pozisyonu verin,
5. Hekim ile işbirliği kurun, önerilen tedaviyi protokole göre uygulayın kan ve idrar örneği alın,
6. Tanılama kriterlerine göre girişimlerinizi planlayın, 7- Hipertansif kriz gelişen hastada damar yolu açın, 8- Aldığı-çıkardığı sıvı takibini protokole uygun yapın, 9- Kilo takibini protokole uygun yapın,

10-Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmeye yönelik bakımınızı planlayın, 11-Tuzsuz ve hayvansal yağlardan yoksun diyet uygulayın,

12. Çay, kahve alımını kısıtlayın,
13. Anksiyeteli hastaya yaklaşım protokolünü uygulayın,

14. Sigara, alkol vb.madde kullanımı ve hipertansiyonun kontrolü konularında hasta ve ailesine protokole uygun eğitim verin,
15. Tüm bulgu ve gözlemlerinizi Hemşire Gözlem Dosyasına kaydedin, 16-Tüm bulgu ve gözlemlerini ekip üyeleri ile paylaşın.

KONU: KOLOSTOMİLİ HASTA BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Kolostominin fonksiyonel devamlılığını sağlayarak, gelişebilecek biyolojik, psikolojik ve sosyal komplikasyonları önleyerek bireyin sosyal yaşama uyumunu sağlamak.

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; Kolostomili hastada, kolostominin fonksiyonel devamlılığını sağlayarak hastanın sosyal yaşama uyumunu sağlamayı kapsar.
2. Hasta ve ailesi, pre-operatif dönemde başlayarak, stoma, stoma bakımı hakkında bilgilendirilerek bakıma katılımını sağlanır.
3. Bakımın her aşamasında hastnın mahremiyeti korunur.
4. Stoma bakımında “Kolostomili Hastada Ostomi Alanı Bakım Protokolü” uygulanır. 5-Kolostomili hasta eğitimi eğitim protokolü doğrultusunda uygulanır.
6. “Hasta Bireyle İletişim Kurma ve Sürdürme Protokolü” uygulanır.
7. “Beden İmajı Bozulan Hasta Bireye Psikolojik Yaklaşım Protokolü” uygulanır.

B – TANILAMA

1. **Stoma:**
    - Cilt:
        - Açık pembe renkte, parlak mukoza görünümünde (normal görünüm)

- Torba dışına sızıntıya bağlı iritasyon
- Granülüzasyon doku gelişimi
- Stoma çevresinde açık yara
    - Enfeksiyon:
        - Stoma çevresinde kızarıklık

- Pürülan akıntı
- Vücut ısısının yükselmesi (37.5 derecenin üzeri)
- Dışkının kokulu olması
    - Diğer:
- İshal ya da konstipasyon
- Prolapsus
- Herni
- Fistül
- Darlık
- Tıkanıklık
- Kanama

Tanılama sıklığı: 8 saatte bir

2. **Beslenme;**

- Aldığı gıdaları tolere etmesi (+) / (-)
- Yeterli miktarda sıvı alımı (+) / (-)
- Yavaş ve iyi çiğneme alışkanlığı (+) / (-)

Tanılama sıklığı: Her öğünden sonra

3. **Psikososyal:**

- Stoma torbasının teminine bağlı endişe
- Kullanım konusunda bilgi eksikliğine bağlı endişe
- Beden imajı bozulan hasta bireye psikolojik yaklaşım protokolü tanılama bölümü psikolojik tepkiler kriterlerine göre tanılanır.

Tanılama sıklığı : 24 saatte bir

C – UYGULAMA

1. Kolostomi alanı bakım protokolünü her torba değişiminde hasta ve/veya ailesine uygulayarak/uygulatarak bilgilendirin.
2. Hastanın beslenmesinde; Diyet:
   - Ameliyat sonrası ilk birkaç hafta az posalı diyet verin. Yavaş yavaş normal diyete geçin.
   - İlk kez yenilecek gıda maddesini az miktarda ve yanında bir şey almadan verin ve sonucunu gözleyin.
   - Gaza neden olan ve kokuyu arttıran, ishal yada kabızlık yapan besin maddelerini kendisinin tespit etmesini sağlayın. (Ek 1:Diyet listesi)

Beslenme Biçimi:

   - Günde üç öğün ve aynı saatlerde yemek yeme alışkanlığı geliştirin.
   - Yiyecekleri yavaş ve iyi çiğneme alışkanlığı kazandırın. Sıvı Alımı:
   - Günde en az 1500-2000cc sıvı alımını sağlayın (Ek: Diyet listesi).

3. İlaç kullanımında;
   - Hekime danışmadan ilaç kullanmaması gerektiğini vurgulayın.
   - İdrar ve gaitanın rengini değiştiren ilaçlar(antibiyotikler, vitaminler, demir vs.) hakkında bilgi verin.
   - Anal yoldan lavman yada suppozotuar uygulanmaması gerektiğini vurgulayın.

4. Sosyal yaşam hakkında;
   - Giysi: Stomayı sıkmayan rahat giysiler seçmesini önerin.
   - Duş ve Banyo: Torba ile yada torbasız banyo yapabileceğini söyleyin.
   - Cinsel Yaşam :
     - Cinsel sorunları azaltmak için eşleriyle birlikte eğitime katılımını sağlayın.
     - Stomalı olmanın normal cinsel yaşamı sürdürmede olumsuz bir etkisi olmadığı konusunda hasta ve ailesini bilgilendirin.
     - Cinsel ilişki öncesi torbanın boşaltılması, ilişki sırasında küçük bir torba veya stoma kapağı takılması örtü veya bantla kasığa sabitleştirmesini uygulayarak gösterin.
     - Stomalı bir bayanın çocuk sahibi olabileceği gibi, erkeklerinde baba olabileceğini vurgulayın.
   - Çalışma ve Seyahat: Aşağıdaki bilgilendirmeyi yapın.

- Ağır bedensel hareketi gerçekleştirmeyen tüm işlerde çalışabilirsiniz. (Ancak doktorun onayı olmalıdır.)

- Ostomili olmak yolculuğa engel değildir. Ancak;
  - Ostomi ürünlerinin bir kısmını hasta yanında taşımalıdır. (Bagajda kaybolma ihtimaline karşı)
  - Gideceği yerde kullandığı ürünün satıcısının adresini öğrenmelidir.
  - Emniyet kemeri torba üzerine bağlanmamalıdır.
  - Uçak yolculuğunda hava basıncı torbayı etkilemez.
  - Seyahat sıcak bölgeye yapılacaksa;
    - Sıvı alımı arttırılır
    - Ostomi torbaları fazla sayıda yedek olmalı ve sık değiştirilmelidir.
    - Ostomi torbaları serin yerde saklanmalıdır.
  - Egzersiz ve Spor: Aşağıdaki bilgilendirmeyi yapın.

- Ostomi egzersiz yapılmasına engel değildir.
- Sert dövüş sporları ve halter dışında tüm sporları yapabilirler. Öneriler:
  - Yüzmeden önce torba boşaltılmalıdır.
  - Tek renk değil desenli mayo giyilir.

5. Tüm yapılan bilgilendirme uygulamalarını hastaya “Kolostomiyle Yaşam El Kitabı” vererek bilgilerin pekişmesini sağlayın.
6. Hasta taburcu olana kadar kolostomi hakkında verilen bilgilerin doğru öğrenilip- öğrenilmediğini gözlem, uygulama, soru cevap yöntemlerini kullanarak değerlendirin ve kayıt edin.
7. Hasta bireyle iletişim kurma ve sürdürme protokolünü uygulayın.
8. Beden imajı bozulan hasta bireye psikolojik yaklaşım protokolünü uygulayın.

Gaza Neden Olan Yiyecekler ve İçecekler

- Kabakgiller kapsamındaki sebzeler arasında Brocoli

Bürüksel lahanası Lahana Karnabahar Pırasa Salatalık, turşu Yumurta

Karbonatlı içecekler Kavun, turp, soğan, fasulye, ıspanak Yağlı yiyecekler

Ağır kokulu peynirler

Bira ve sütlü ürünler

Koku Üreten Yiyecekler **Kokuyu Azaltan Yiyecek ve İçecekler**

Yumurta Yoğurt

Soğan, sarımsak Yayık ayranı

Balık Taze maydanoz

Kuru fasulye Kızılcık suyu

Kuşkonmaz

B komplex vitaminler Kabakgiller

Yumuşak, sulu Dışkıya Neden Olan **Dışkıyı Koyulaştırıcı Yiyecekler**

Yiyecek ve İçecekler

Tüm şekerli yiyecekler Muz, havuç

Çiğ meyve, bira Elma püresi

Fazla baharatlı yiyecekler Yulaf ezmesi

Yeşil fasulye, brocoli, ıspanak Fırın patates

Aşırı yağlı yiyecekler Kepekli buğday ekmeği Tıkanmaya Neden Olan Yiyecekler

Meyve çekirdekleri

Kepekli Yiyecekler

Tüm çiğ meyveler (muz hariç) Popcorn, mısır, fındık, fıstık, ceviz Kereviz

Hindistan cevizi, koko, greyfurt Kuru üzüm, kurutulmuş meyveler Elma kabuğu, portakal kabuğu Mantar, konserve, ananas

KONU: KOLOSTOMİLİ HASTADA OSTOMİ ALANI BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Kolostomi alanında gelişebilecek komplikasyonları önleyerek, fonksiyon devamlılığını sağlamak.

A – TEMEL İLKELER

1. Hasta ve ailesi kolostomi ve kolostomi bakımı hakkında bilgilendirilir.
2. Hasta ve ailesinin bakıma katılımı sağlanır.
3. Uygulama sırasında hastanın mahremiyeti korunur.
4. Hastaya bakım verirken biyolojik, psikolojik ve sosyal bütüncül bir yaklaşım izlenir.
5. Torba yarısına kadar dolduğunda boşaltılır.
6. Yapışkan kısımları açma ve temizlik amacıyla alkol, ether v.s gibi kimyasal maddeler kullanılmaz.
7. Ostomi bölgesi enfeksiyon ve diğer komplikasyonlar yönünden her torba boşaltımında degerlendirilir.

B – TANILAMA

1. **Ostomi Alanı;**

Cilt:

- Renk : Açık pembe (+) / (-)
- Görünüm: Parlak mukoza (+) / (-)
- İritasyon: (+) / (-)
- Granülasyon dokusu gelişimi: (+) / (-)
- Kolostomi çevresinde açık yara: (+) / (-)

- Enfeksiyon:
  - Kolostomi çevresinde kızarıklık (+)
  - Pürülan akıntı (+)
  - Vücut ısısının yükselmesi (+)
  - Dışkının kokulu olması (+)

2. **Diğer:**
   - İshal
   - Kostipasyon
   - Prolapsus
   - Fistül
   - Darlık
   - Retraksiyon
   - Herni
   - Kanama
   - Tıkanıklık

Tanılama Sıklığı: Her torba değişiminde

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler:**
   - Uygun ve şeffaf stoma torbası
   - Su ve sabun
   - Kağıt havlu, gazlı bez
   - Eldiven (2 çift)
   - Tedavi muşambası ve bezi
   - Böbrek küvet
   - Makas
   - Paravan yada perde

1. **İşleme Hazırlık**
2. Hastayı işlem hakkında bilgilendirin,
3. Hastayı cesaretlendirerek endişelerini açıklamasına olarak sağlayın,
4. Empati kurun,
5. İşlem hakkında bilgi verin,
6. İşbirliğinin önemini anlatın, işleme katılımını sağlayın,
7. Hastaya uygun pozisyon verin,
8. Mahremiyetini korumak için perde yada paravan çekin, 8- Tedavi bezi ve muşambasını hastanın altına yerleştirin.
9. **İşlem**

Ellerinizi el yıkama protokolüne göre yıkayın, Eldiven giyin, Böbrek küveti kolostomi bölgesine yakın yerleştirin, Çıkarılacak eski kolostomi torbasının yapışkan kısımlarını su ile ıslatın, Yapışkanlık azalınca yavaş yavaş torbayı yerinden çıkarın, Eldiveninizi değiştirin, Stoma temizliğini önce sabunlu su sonra duru su ile yapın, Stoma çevresini kağıt havlu ile iyice kurulayın, Temiz torbayı ağızlaştırın, uygun genişlikte değilse makas ile keserek uyumlaştırın 10-Uygun şekilde ağızlaşan torbanın yapışkan kısımlarını açarak cilde sabitleştirin. Yapışıp-yapışmadığını kontrol edin, Hastayı rahat edeceği pozisyona getirin.

d. **İşlem sonrası:**

1. – Atıkları protokole uygun elimine edin.
2. – Malzemeleri toparlayıp temizleyip kaldırın
3. – Uygulama sırasındaki tüm gözlem ve bulgularınızı tanılama kriterlerine göre değerlendirerek kayıt edin.

KONU: KONSTİPASYONU ÖNLEME PROTOKOLÜ

AMAÇ: Alışkanlıkları doğrultusunda defekasyonun devamlılığını sağlamak.

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol;Konstipasyona sebep olan durumların ve konstipasyon belirtilerinin tanılanması, uygulama ile konstipasyonu önleyecek diyet listesini kapsar.
2. Hastanın yatağa bağımlılık derecesi belirlenir . 3- Hastanın defekasyon alışkanlıkları belirlenir.

4. Tuvalet Alışkanlığı Geliştirme (Barsak Eğitimi) Protokolü uygulanır.
5. Hasta ve hasta yakınları konstipasyonu önleme ve girişimler hakkında bilgilendirilir.

B – TANILAMA

1. **Konstipasyona sebep olan durumlar:**
   a. Sekonder nedenler;
      - Diabet,
      - Böbrek yetmezliği,
      - Hamilelik,
      - Bilinç kaybı,
      - Diğer sistemik hastalıklar.
   b. İlaçlar;
      - Narkotikler,
      - Sedetifler,
      - Trankilizanlar,
      - Diüretikler,
      - Betablokerler,
      - Kardiyatonikler,
      - Hipertansifler.
   c. İleri yaş,
   d. Post-operatif dönem,
   e. Fizik ortamın değişmesi,
   f. Yeme alışkanlıklarının ve öğün sayısının değişmesi,
   g. Günlük fiziksel aktivitenin azalması, h Günlük sıvı miktarının azalması,

ı) Psikosomatik etkenler.

Tanılama sıklığı: Hasta kabulde 1 kez

2. **Konstipasyon belirtilerinin tanılanması:**

- Karında gerginlik yaygın ağrı,
- Distansiyon,
- Bağırsak hareketlerinin azalması,
- Dışkı kıvamında sertlik,
- Dışkı miktarında azalma,
- Dışkının kokusu-rengi.

Tanılama Sıklığı: 24 saatte bir yapılır.

3. **Anüs çevresinin gözlenmesi:**

- Hemoroid,
- Fissür,
- Fistül, var ise uygun bakım protokolüne göre tanılayın.

Tanılama Sıklığı: 24 saatte bir yapılır

C – UYGULAMA

1. Hastanın günlük alışkanlıklarına uygun olarak ve bağımlılık derecesine göre saptanan konstipasyona yönelik girişimleri planlayın,

2. Hastanın sabahları aç karınla ılık su içmesini sağlayın,
3. Günün aynı saatlerinde tuvalet alışkanlığı geliştirin,
4. Aktif-Pasif hareketleri (jimnastik- egzersiz- yürüyüş-yatak içi aktif- pasif hareketler v.s.) uygulamasını sağlayın (Ek 1),
5. Mevcut hastalık durumuna göre günlük sıvı miktarını planlayın (Günlük ortalama 1500- 2000 cc sıvı alınmalı),
6. Mevcut hastalık durumuna göre diyet listesi düzenletin (Lifli ve posalı yiyecekler: Ek 2),
7. Tanılama kriterlerine göre protokole uygun bakım verin,
8. Hasta ve hasta ailesini;
    - Kontipasyon komplikasyonları,
    - Beslenme,
    - Sıvı alımı,
    - Egzersizlerin önemi hakkında bilgilendirin.
9. Elde edilen gözlem ve bulguları ekip elemanlarıyla paylaşın, 10.Gözlem ve bulgularınızı “Hemşire Gözlem Dosyasına” kayıt edin.

Alt ekstremitelere pasif eklem hareketleri ve alt gövde pelvis pasif hareketleri veya aktif yardımlı hareketler barsak hareketlerini sitümüle eder.

Abdominal bölgede saat kadranı yönünde klasik masaj önerilir Tuvalet eğitimi amaçlı 15-20 dk. komoda oturtulur.

Yasaklar

1. Nişastalı gıdalar (makarna, pirinç, patates vb.)
2. Muz, havuç, şeftali
3. Koyu kahve ve çay
4. Maden sodası
5. Beyaz ekmek

Dikkat edilecek hususlar

- Günde en az 1, 5 lt su içilecek
- Posalı yiyecekler yenilecek
- Kabuklu yenilebilen meyveler kabuğuyla yenilecek

Menü

Kalkınca – 1-2 bardak su

Kayısı veya mürdüm eriği marmelatı

Sabah - Peynir Yumurta

Zeytin 5-6 adet, yağ 1 tatlı kaşığı Kepekli ekmek

Ara - Meyve (armut, kayısı vb) Öğle } Etli sebze yemeği

Akşam Salata

Kuru baklagil yemeği Yoğurt

Çorba Bulgur pilavı Komposto

Kepekli ekmek

KONU: NAZOGASTRİK SONDA (NGT) BAKIMI PROTOKOLÜ

AMAÇ: NGT' nin kullanım amacına uygun olarak aktivasyonunu sağlamak.

A - TEMEL İLKELER

1. Bu Protokol;Hastadaki belirtilerin, takılış yerinin ve Nazogastrik sonda aktivasyonunun tanılaması ile bakımını kapsar.

2. NGT bakımı, hastaya bakım veren hemşirenin sorumluluğundadır.
3. NGT bakımı 12 saatte bir tekrarlanır.
4. Hasta bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanır.
5. NGT 7 günde bir yenisi ile değiştirilir.

B – TANILAMA

a. **Hastada;**
   - ajitasyon +/-
   - bulantı +/-
   - öksürük . +/-

b. **NGT aktivasyonu:**

- Sonda tespit kontrolü,
- Sondada kıvrılma var mı?
- Sonda mide içerisinde mi

c. **NGT 'nin yeri**

Burun içi ve yüzeyinde;

- **Kızarıklık +/-**
  - Ödem +/-
  - Tahriş +/-
  - Hassasiyet kontrol edilir. +/-

C - UYGULAMA

a. **Malzemeler:**

- Alkol,

- Ether veya benzin,
- Flaster (mümkünse hipoallarjik elastik tıbbi flaster),
- Makas,
- Beslenme enjektörü,
- Steteskop,
- Kapalı bir kap içinde gaz tamponlar,
- Böbrek küvet
- Eldiven,
- Epitelizan-skatrizan bir pomad.

b. **İşlem Öncesi:**
   1. Malzemeleri hazırlayın,
   2. Ellerinizi protokole uygun yıkayın,
   3. Malzemeleri tepsi içinde hasta başına götürün, 4- Hastaya işlemi anlatın,

5. Eldivenlerinizi giyin,
6. Hastaya rahat pozisyon verin,

c. **İşlem:**

1. NGT nin girdiği burun deliğinde mukus varsa yumuşatıcı sürün gaz tampon ile temizleyin,
2. Burun üstündeki flasteri alkollü tampon ile çıkarın,
3. Flaster kalıntılarını eter ya da benzinli tampon ile temizleyin, 4- Burun bölgesini tanılama kriterleri yönünden gözleyin,

5. Sonda seviyesine dikkat ederek sonda dış yüzeyini silin,
6. Sonda seviyesi ile ilgili şüphe varsa 5-10cc hava verin ve steteskop ile mide sesini dinleyin,
7. Hasta ve refakatini:sondanın yerinden çıkmaması, tespit flasterin çıkmaması, yerinden ayrılmaması, bulantı ve kusma konusunda bilgilendirin.
8. **İşlem Sonrası** :
9. Hastayı rahatlatın,

2. Malzemeleri toplayın, temizleyin ve kaldırın,
3. Atıkları "Hastane Atıklarının Toplanması ve Uzaklaştırılması Protokolü"ne göre elemine edin,
4. Tanılama kriterlerine göre değerlendirerek mayi miktarını ölçüp kayıt edin.

KONU: PERİNE BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Kişisel hijyenin devamlılığını sağlamak ve/veya normal/müdaheleli doğum, seksio-sezaryan ile üro-genital operasyon süreçinde iyileşmeyi hızlandırmak ve komplikasyonları önlemek

A- TEMEL İLKELER

1. Normal, müdaheleli doğum ve kadın hastalıklarıyla ilgili girişimler ve sonunda perinenin iyileşme sürecinin tanılanması ile hijyenik bakımın uygulanmasını içerir.
2. Uygulama sırasında aseptik teknik uygulanır.
3. Logusa'hasta uygulanacak işlem işlem hakkında bilgilendirilerek bakıma katılımı sağlanır.
4. İşlem öncesi ve sonrası eller protokel uygun yıkanır. 5- Uygulamadan önce mesane boşaltılır.

6- Uygulama önden arkaya tekbir hareketle yapılır. 7- Loğusa/hasta'nın mahremiyeti korunur.

B- TANILAMA

1. **Perine Bakım;**
   - Normal doğum yapan loğusalara,
   - Seksio-sezeryan/ müdaheleli doğum yapan loğusalara,
   - Üro genital operasyan geçiren hastalara yapılır.

2. **Vagena, perine ve perinal bölge:**
   - Hassasiyet

- Laserasyon (sıyrak, yırtık, epizyoloni v.b)
- Ekimoz
- Ödem
- Konjesyon
- Hematom
- Yumuşama
- Damarlaşma
- Tonusda zayıflama
- Hipertrafi açısından gözlenir (Normal doğumdan hemen sonra kanlı ve ödemlidir.)

3. **Vagenadan gelen akıntılarda**

- Kanama
- Akıntının rengi
- Akıntının kokusu
- Akıntının miktarı
- Doğum nedeniyle ise gününe uyup uymadığı "Loğusa Bakım Protokolü"ne göre tanılanır.

4. Mesane kateteri +/- (varsa mesane katater bakımı protokolüne uygun tanılanır.)
5. Tanılama sıklığı: Her miksiyon ve defekasyon sonrasında uygulanır.

C- UYGULAMA

a) Malzemeler:

- Tedavi muşambası (Büyük boy)
- Sürgü
- İçinde antiseptik solüsyon ve duru kaynamış soğutulmuş su bulunan iki ibrik (çaydanlık veya kapaklı şişe)
- Steril tromelde pamuk tampon ve petler
- Disposible eldiven

a- İşlem öncesi hazırlık

- Ellerinizi protokole uygun yıkayın.

- Mazemeleri hasta loğusa ünitesine getirin.

- Odanın pencerelerini kapatın, ısısını ayarlayın.
- Loğusa' hasta'ya işlem hakkında bilgi verin ve uygulamaya katılımına sağlayın.
- Loğusa/hastanın mesanesini boşaltın/boşalttırın.
- Eldivenleri giyin.

c-İşlem

- Paravan yerleştirin
- Loğusa/pastanın iç çamaşırlarını çıkarın ve litotomi pozisyonu verin.
- Muşambayı altına yerleştirin ve sürgü verin.
- Peti çıkartın lochia'akıntının rengini, miktarını, kokusunu loğusa Bakım Protokolü'ne göre tanılayın.
- Loğusa Bakım Protokolüne göre involüsyon kontrolü yapın akıntının loğusalık gününe uyup uymadığını kontrol edin.
- Bir elin parmaklarıyla lobia majörler verminörler aralayarak vestubu) perine ve anal bölgeyi önce antiseptikli sonra duru su ile önden arkaya iyice yıkayın.
- Yıkama işini takiben aynı bölgeyi temiz pamuk tamponla önden arkaya doğru tek bir hareketle kurulayın.
- Her kurulamada tek bir pamuk tampon kullanın.
- Vulvaya steril pet yerleştirin.
- Sürgüyü alarak lağusa/hastaya rahat bir pozisyon verin.

c. **İşlem sonrası:**

- Malzemeleri toplayın temizleyin ve kaldırın.
- Çıkan atıkları atıkların toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre elimine edin.

- Elde edilen tüm veri ve bulguları Hemşire Gözlem Formu"na kaydedin

- Çakan atıkları atıkların toplanması ve uzaklaştırılması protokolü ne göre elimine edin.

KONU: REKTAL TÜP UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Bağırsaklardaki gazın dışarı atılımını sağlamak

A- TEMEL İLKELER

1 - Bu protokol; işlem öncesi, işlem sırası ve sonrasında hastanın tanılanması ile tekibini

kapsar.

2. Yaşa uygun rektal tüp kullanılır,
3. Rektal tüp yetişkinde 10-12 cm çocukta 5-7 cm içeri sokulur,
4. Uygularken;anüs bölgesine ve tüpe kayganlaştırıcı pomad/jel kullanılır, 5- Hastanın mahremiyeti korunur,

6. İşlem hakkında bilgilendirilir,
7. İşlem esnasında hastanın nabız hızı, terleme durumu ve rengi kontrol edilir.

B – TANILAMA

1. **Rektal Tüp;** Yetişkinde: 22-30 Fr Nolu

Çocukta: 16-24 Fr Nolu

2. **İşlem Öncesi; -** Gaz çıkaramama +/-

- Karında gerginlik +/-

- Karında ağrı +/-

3- İşlem boyunca; -	Nabız	+/-
-	Terleme	+/-
-	Cilt rengi	+/-
-	Gaz çıkarma	+/-
4- İşlem Sonrası; -	Karında gerginlik	+/-
-	Karında ağrı	+/-
-	Gaz çıkarma	+/-

5- Uygulanmadığı Durumlar:

- Ostomisi olanlar
- Anal bölge operasyonu geçirenler

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler:**
1. - Eldiven
2. - Rektal tüp
3. - Kayganlaştırıcı madde
4. - Tedavi muşambası ve bezi 5 - Tuvalet kağıdı

6 - Böbrek küvet ve su 7 - Sürgü

8 - Paravan veya Perde

b. **İşlem öncesi hazırlık:**

1. – Malzeme hazırlanmadan ve hazırlandıktan sonra el yıkama protokolüne uygun

ellerinizi yıkayın,

2. – Malzemelerle birlikte hastanın yanına gidin, 3 – Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verin, 4 – Paravan veya perdeyi çekin,

5 - Eldiven giyin.

c. **İşlem:**

1- Yatağı korumak için yatak bezi veya muşambasını yatağa yerleştirin, 2- Sims veya lateral pozisyon verin,

3. Hastanın altına sürgü yerleştirin,
4. Rektal tüpün ucunu kayganlaştırıp, hastaya derin nefes almasını söyleyin,
5. Rektumdan içeri sokun (yetişkinde 10-12 cm, çocukta 5-7 cm),
6. Rektal tüpün dışardaki ucunu suyla dolu böbrek küvetin içine uzatın, 7- Gaz çıkışını gözleyin,

8- Gaz çıktıktan sonra, rektal tüpü tek bir hareketle çıkarın, 9- Anal bölgeyi tuvalet kağıdı ile silip temizleyin,

10. Hastanın altından sürgüyü alıp, rahat bir pozisyon verin,
11. İşlem boyunca tanılama kriterlerine uygun hastayı gözleyin.

d. **İşlem Sonrası:**

1. Malzemeleri temizleyip kaldırın,
2. Atıkları "Hastane Atıklarının Toplanması ve Uzaklaştırılması protokolü"ne uygun elimine edin,
3. Tüm elde edilen bulgu ve gözlemlerinizi ekip üyeleriyle paylaşın, 4- Tüm verileri kaydedin.

KONU: SOLUNUM EGZERSİZLERİ UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Solunum kaslarının hareketini sağlayan uygulamalarla kasların etkin kullanımını sağlayarak hastanın solunumunu rahatlatmak

A – TEMEL İLKELER

1. Solunum egzersizleri Diyafragmatik solunum, Glossopherangeal solunum,

Segmental

solunum, Relaksasyon ve öksürme egzersizlerinin tanılama, uygulama ve eğitimini kapsar.

2. Birey biopsikososyal bir bütünlük içinde gözlenir.
3. Uyaranları azaltmış, havalandırılmış fiziksel ortam sağlanır. 4- Hastayla iletişimde anlayabileceği uygun dil kullanılır.

5- Hasta ve ailesi bilgilendirilerek uygulamaya katılımı sağlanır. 6- Uygulama sırasında hastanın mahremiyeti korunur.

7. Hastanın mevcut solunumu tanılanır.
8. Solunum egzersizleri sırasında hastanın güçlü ekspirasyon yapmasına izin verilmez.
9. Hastaya uygulaması istenilen egzersiz, demostrasyonla gösterilir.

B – TANILAMA

1. **Solunum egzersizlerinin uygulandığı hastalıklar:**
   a. Akut veya kronik Akc. Hastalıkları;
      - KOAH,
      - Pinomoni,
      - Atelektazi,
      - Pulmoner emboli,
      - Akut Respiratuar disstres sendromu (ARDS).
   b. Cerrahi veya travmaya bağlı torasik bölge ağrıları,
   c. Bronkospazm,
   d. Hava yolları obstrüksiyonları,
   e. S.S.S'de kas zaafına neden olan bozukluklar;
      - ***Spinal kort (yüksek seviyeli) yaralanmaları,***
      - Akut veya kronik progresif myopatik ve ya nöropatik hastalıklar.
   f. Solunum fonksiyonunu bozan ciddi ortopedik bozukluklar,
      - Kifoz,
      - Skolyoz,
2. **Solunum egzersizlerinin uygulanmadığı durumlar;**
   a. Tedavi edilmemiş akut durumlarda,
   b. Hemoroji,
   c. Pulmoner ödem,
   d. Konjestif Kalp Yetmezliği,
   e. Geniş plevral sıvı birikmesi,
   f. Pulmoner emboli,
   g. Pnomotorax,
   h. Kardiak aritmi,
   a. Hipertansiyon,
   j. Hipotansiyon,
   k. Yeni geçirilmiş myokart enfarktüsü,

ax. Yeni geçirilmiş nöro cerrahi vakaları,

3. **Uygulanacak solunum egzersizine göre pozisyon verilir.**
4. **Solunum egzersizleri planlama, uygulama ve değerlendirme kriterleri;**

a. Solunum;
- Ritmi,
- Derinliği,
- Süresi,
- Efor gerektirip gerektirmediği,
- Şekli,

b. Bradipne (Kusmall)
c. Takipne (Cheyn-stoke)
d. Apne (Wheezing)
e. Dispne +/-
f. Siyanoz +/-
g. Vital Bulgular;
- Ateş,
- Solunum,
- Nabız,
- T.A,

h. Sekresyon;
- Kıvam,
- Renk,
- Miktar,
- Koku +/-

a. Öksürük +/-
j. Oskültasyon +/- (normal solunum sesleri)

5. **Tanılama Sıklığı:**

- Intrakranial basınç
- Oksijen saturasyonu 90 ↓
- Zorlu vital kapasite (FVC) ↓ (%75)
- Pulmoner hemorayji gelişmişse
- Kardiak autput ↓ se; **2 saatte 1 tanılanır.**
- Zorlu vital Kapasite (FVC) (%75)
- Zorlu vital Kapasite 1.saniye (FEV1) (%75)
- Kafa içi basıncı artmamışsa
- Pulmoner hemoraji gelişmemişse; **8 saatte 1 tanılanır.**

6. **Uygulama sıklığı;**

- Kalın sümüksü mukus durumlarında akciğer temizlenene kadar günde **2-4 defa**
- Sekresyon birikmesini önlemek için günde **1-2 defa**

7. **Solunum egzersizlerinin etkinliğin değerlendirilmesi;**

- Solunum sesleri normal alınıyorsa,
- Akciğer röntgeni (N),
- Sekresyon (-),
- Hasta ev programına alınacaksa, (Hasta uygulayıcıdan bağımsız bütün egzersizleri uygulayabiliyor olmalıdır.).

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler:**
- Steteskop,
- Balgam kabı veya kreşuar,
- Tedavi tepsisi,
- Paravan,
- Kağıt havlu,
- Böbrek küvet,

- Özel ağız bakımı malzemeleri,

- Tedavi bezi ve muşambası,
- 1 bardak su,
- O2 tüpü,
- Nebülizatör,
- Yastık veya battaniye,
- Maske, eldiven,

b. **İşlem Öncesi Hazırlık:**
- Ellerinizi yıkayın,
- Malzemeleri hasta yanına getirin,
- İşlem hakkında hasta ve ailesine bilgi verin,
- Fiziksel ortamı düzenleyin (odayı havalandırın, paravan veya perdeyi çekin, uyaranları azaltın),
- Hastaya uygun pozisyon verin,
- Hastaya uygulanacak olan solunum egzersizini demostrasyonla gösterin.

c. **İşlem:**

1. **Diyafragmatik solunum egzersizi;**
- Hastayı semi-fawler pozisyonda oturtun,
- Hastanın rahat ve sakin soluk alıp vermesini söyleyin,
- Dominant elinizi (sağ elinizi) hastanın karnının üzerine (mid-rektus abdominis) yerleştirin,
- Non-dominant elinizi (sol elinizi) hastanın sternumun üzerine (mid-sternal) yerleştirin,
- Hastaya yavaşça burnundan nefes almasını söyleyin,
- İnspirasyon sırasında hastanın dikkatini dominant elle vermesini isteyin,
- İnspirasyon süresince hava akciğerlere doldukça dominant elinin yukarı doğru yükselmesini gözleyin,
- Non-dominant elinin altında fazla bir hareket olmaması gerektiği konusunda uyarın,
- Hasta insprirasyon yapmadan önce, dominant el üzerine eliniz ile karşıt basınç uygulayın,
- Hasta inhalasyon yaparken dominant el ile uygulanan basıncı giderek azaltın,
- Bu egzersizi hasta kendi kendine doğru bir şekilde yapmaya başlayıncaya kadar tekrarlayın,
- Hastadan kaslarını kasarak, ekspirasyon yaparken dudaklarını büzerek nefes vermesini isteyin,
- Ekspirasyon sonunda dominant eliyle karnını içeriye ve yukarıya doğru sıkıca bastırmasını isteyin,
- İnspirasyon sırasında dikkatini karnına vermesini isteyin,
- Egzersizi duysal, görsel ve dokunmayla ilgili uyaranları yavaş yavaş kaldırtmak suretiyle zorlaştırarak uygulatın,
- Tam oturma pozisyonunda, ayakta ve yürürken egzersizi uygulamasını isteyin

2. **Glossopharengeal Solunum Egzersizi (Pursed lıb –Büzük dudak);**
- Hastayı rahat bir pozisyonda oturtun,
- Egzersizle ilgili hastaya bilgi verin,
- Uygulanacak egzersizi demostrasyonla hastaya gösterin,
- Dominant elinizi (sağ veya sol) hastanın karnının üzerine (mid-rektus abdominis) yerleştirerek ekspirasyon sırasındaki aktiviteyi izleyin,
- Hastaya burnundan yavaşca nefes almasını söyleyin,
- Hastadan dudaklarını büzerek ıslık çalar gibi nefes vermesini isteyin,
- Hastadan bu egzersiz sırasında abdominal kaslarını işe karıştırmamasını isteyin. Abdominal kaslarda hareket var ise işlemi hemen durdurun,
- Egzersizi daha da zorlaştırarak uygulayın (duyusal, görsel ve dokunmayla ilgili uyaranlar),
- Hastaya egzersizi ayaktayken ve efor sarfederken uygulatın

3. **Segmental Solunum Egzersizi;**

- Hastaya rahat bir pozisyon verin (oturtarak veya yatırarak),
- Egzersize başlatmadan önce hava yolu açıklığını sağlayın,
- Etkilenmiş olan akciğer bölgesini belirleyin, sınırlarını saptayın,
- Ellerinizi belirlenen bölge üzerine yerleştirin (göğüs duvarına),
- Ekspirasyon sonunda ellerinizle güçlü bir şekilde göğüse bastırın,
- Hastaya ağızdan derin bir soluk alarak hemşirenin eline doğru itmesini isteyin (“elime doğru nefes alın” denir.),
- Hasta inspiryum yaptığı sürece göğüse uygulanan basıncı yavaş yavaş azaltın,

- İnspiryum sonunda göğüs duvarını hiç basınç uygulanmaz duruma getirin,
- İnspiryum sonunda hastanın nefesini 2-3 saniye tutmasını isteyin,
- Ekspiryum doğru yapılama kadar işlemi tekrarlayın,
- Programı bağımsız yapabilmesi için hastanın kendi eliyle veya bir başkasının yardımla öğrenmesini sağlayın.

4. **Relaksasyon Egzersizleri;**
   - Duyuşsal ve görsel uyaranları azaltın,
   - Hastaya maximum destek ve minimum rahatsızlık duyacağı bir pozisyon verin,
   - Hastadan kafasındaki bütün düşüncelerden uzaklaşmasını isteyin,
   - Alt.extremitelerin major kas gruplarını önceden kontrakte edip sonradan distalden proksimale doğru gevşetmesini isteyin,
   - Üst ekstremitelerden major kas gruplarını gevşetmesini isteyin,
   - Kas tonüsünü palpe ederek egzersizi doğru yapıp yapmadığını kontrol edin,
   - Doğru yapması için sürekli uyarılarda bulunun,
   - Yardımcı solunum kaslarını kasıp gevşetmesini isteyin,
   - Palpasyonla spesifik solunum kaslarının kasıp gevşetmesini izleyin,
   - Hastanın egzersizi kontrol edebilir hale gelmesi için otururken, ayaktayken ve yürürken de sürdürmesine dek egzersizi tekrarlatın.

5. **Öksürme Egzersizleri;**

Öksürüğün etkisi üç fazdan (İnspiratuar, Kompressif, Ekspulsif faz) ibarettir.

- Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verin (oturtun veya yatırın),
- Hastanın birkaç kez burundan yavaş ve derin soluk alıp, ağızdan dudaklarını büzerek soluk vermesini (pursed-lıb) isteyin,
- Hastanın tekrar derin bir nefes almasını isteyin,
- Ekspirasyon esnasında öne doğru eğilmesini isteyin,
- Ekspirasyon sonunda abdominal kaslarını kasarken alt toraksa ve karnına elleriyle kompresyon uygulayarak birkaç kez öksürmesini isteyin,
- Restürüksiyonu olan hastalarda toraks alt yan bölgelerine basınç uygulayın,
- İnspirasyon sonunda basınç uygulayarak öksürük refleksini başlatın,
- Havayolu kollapsı olan hastalarda; hasta pursed-lıp solunum yaptıktan sonra, kısa kısa, kesik kesik öksürterek ekspirasyon yapmasını isteyin .

KONU: ŞOK TABLOSUNDAKİ HASTANIN ACİL BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Yaşamsal desteği sağlayarak, olası komplikasyonları önlemek.

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; Şok tablosundaki hastanın (Kardiyojenik şok, hipovolemik şok, septik şok, anaflaktik şok) tanılanması, acil girişimlerin uygulanması ve takibini kapsar.
2. Şoktaki hastanın tedavi ve takibi hekim ve hemşirenin sorumluluğundadır. 3- Hastaya şokun cinsine göre pozisyon verilir.

4. Hava yolunun açık olması sağlanır.
5. Hastanın durumuna uygun konsantrasyonda O2 verilir.
6. En az iki damar yolu açılarak (uygun solüsyonlarla) açık kalması sağlanır. 7- Aldığı-Çıkardığı sıvı takibi yapılır.

8- 12 derivasyonlu EKG çekilir. 9- Akciğer grafisi, tele çektirilir.

10. CVP katater takılır/takılması sağlanır ve takibi yapılır.
11. Mesane kateterizasyonu yapılır ve çıkardığı takibi yapılır. 12-Kanama varsa kontrol altına alınarak takibi yapılır.

13-Yapılan tüm invaziv girişimlerde asepsi /antisepsi kurallarına uyulur. 14-Vücut ısısı korunur.

15-Hastanın güvenliği sağlanır ve mahremiyeti korunur. 16-Sedasyon sağlanır.

17. Laboratuvar analizleri için kan alın.

18. Septik şok tablosunda kültür örnekleri için materyeller alınır (Kan, drenaj, vücut salgıları, idrar vb).
19. Anafatik şok tablosunda etken ortamdan mümkünse uzaklaştırılır. 20-Hasta ve ailesi tüm girişimler konusunda bilgilendirilir.

21-Hasta stabil olana kadar ağızdan bir şey vermeyin.

B- TANILAMA

ŞOKUN CİNSİ	**MEKANİZMA**	**NEDENLERİ**	**BELİRTİ VE BULGULAR**
KARDİYOJENİK ŞOK	Kalbin pompalama gücünün yetersizliği nedeniyle oluşur. Sol ventrikülün dolaşan kanı boşaltmada yetersizliği sonucu, kalp debisi ve yetersiz doku perfüzyonu ile sonuçlanır.	• İnfaktüs • Perikard tamponatı • Rulmoner emboli • Kardiomyopatiler • Perikardit • Kapaklarda fonksiyon bozukluğu • Papiller kaslarda veya ventriküler Septumda rüptür • Pnomotoraks	• Göğüste ağrı ve rahatsızlık hissi • Bulantı • Dispne veya ortopne • Terleme (Allında artan) • Ölüme yakın olduğunu hissetme • Korku • Üşüme hissi • Taşikardi • Tasipne • Soğuk mermesi
			ekstremite • Sarılık • Siyaanoz • Ödem • Hepatomegali

HİPOVOLEMİK ŞOK	Kan ve sıvı kaybına bağlı yetersiz intravasküler volüm ile karekterizedir.
	
	Venöz dönüşün azalması sonucu adım hacmi (stroke volüm), kalp debisi (kardiakoutfut)azalır volüm kaybı sürerse kan basıncı düşer ve yaşamsal organlarda doku perfüzyonu yetersizleşir.
		• kan-plazma kaybı
		• Sıvı kaybı
		  • Yanıklar
		  • Kusma
		  • Diare
		  • Fistül
		• Üçüncü boşluk sıvı değişimi
		  • Peritonit
		  • İleus
		  • Pankreatit
		• Politrguma
		• Önemli hastalıkları
		  • Diabet
		  • Ülser
		  • Addison
		• Kullanılan ilaçlar
		• Yakın zamanda geçirilen operasyonlar
			• Bilinç durumu değişikliği
			  • huzursuzluk
			  • korku
			  • apati
			  • sonmolans
			  • koma
			
			• taşikardi (kalp hızı 100/dk)
			• hipotansiyon(Sis tolik: 90 mmHg)
			• Nemli, soğuk, koyu gri ekstremiteler
			• Siyanoz
			• Hiperventilasyon
			• Metabolik asidozda ise dispne
			• Oligüri(25 ml/saat)

ANAFLAKTİK ŞOK	Genellikle antikor yanıtı yada hipersensivite reaksiyonu ile ani olarak ortaya çıkar. Reaksiyon antikorlar tarafından histamin ve seratonin salgılanması sonucu gelişir. Bu maddeler kapiller permeabiliteyi arttırarak arteriyal ve ventriküllerde vazodilatasyona neden olarak kanın periferde göllenmesine, venöz dönüsün azalmasına, kalp debisinin düşmesine ve hücresel hipoperfizyona
	
	neden olurlar.
		• Akut allerjik reaksiyonlar
		  • Antibiotikler(Ör.Penisilin)
		  • Radyolojik kontras maddeleri
		  • Lokal anestetikler
		  • İnsektisidler
		  • Yabancı proteinler (besinler)
			Allerjenin girişimden saniyeler/dakikalar içinde
			
			• Huzursuzluk
			• Kaşıntı
			• Hapşırık
			• Baş dönmesi
			• Korku İlerleyen sürede
			• Ateş, titreme
			• Bulantı, kusma
			• Diare
			• Dispne
			• Bronkospozim
			• Larinks ödemi
			• Hipotansiyon
			• Taşikardi
			• Konvilsiyonlar
			• Bilinç kaybı
			• Kalp-akciğer durması

SEPTİK ŞOK	Tedavi edilemiyen sepsise sistemik bir yanıt olarak düşünülür.
	
	En yaygın mikroorganizma gram(-) basillerdir. Mantar, fungus ve gram(-) bakteriler sepsise neden olmaktadır.
	
	Spesifik mikroorganizmalar tarafından salgılanan endotoksinin damar yapısını bozarak geçirgenliği arttırır ortaya çıkan yaygın vazodilatasyon yine geçirgenliği arttırarak dolaşımı
	
	yetersiz hale getirir.
		• Enfeksiyonlar
		  • Primer neningotoksik sepsis
		  • Menenjite bağlı sekonder pnomoni
		  • Pyelonefrit
		  • Üriner ve safra yolu enf.
		  • Dejtanit
		  • Katater enf.
		• Yanıklar
		• Kaseksi
		• Diabet
		• Trekeostomi
		• Lösemi
		• Habis tümörler
		• Kortikosteroid kullanımı
		• sitotoksitler
			• Yüksek ateş
			• Terleme
			• Hiperventilasyon
			• Bilinç kaybı
			• Trombostopeni
			• DİK
			• Petejiler
			• Ekimozlar
			• Başlangıçta sıcak iyi kanlanan deri sonra siyonalik soğuk deri.

C – UYGULAMA

1. **Kardiyojenik şok**
   - Hastaya sırt üstü düz yatışlı şok pozisyonu verin,
   - Hava yolunu açın ve açık kalmasını sağlayın,
   - Hayati belirtilerini alın ve kaydedin. Belirtilerin takibini stabil olana kadar 5 dakikada bir yapın,
   - En az 2 damar yolu açın,
   - Damar yolu açık kalacak şekilde sıvı verin,
   - Laboratuvar analizleri için kan alın;
     - Kan gazı (2-4 saatte bir),
     - Elektrolitler,
     - Kardiak enzimler,
     - Kan grubu,
     - Kanama-pıhtılaşma.
   - Yüksek konsantrasyonda oksijeni (%100 konsantrasyonda 2-4 lt/dak) uygun veriliş yolu ile (kanül-maske) verin,
   - Derivasyonlu EKG çekin,
   - Akciğer-Thoraks grafisi çekin/çektirin,
   - Ordr edilen tıbbi tedaviyi uygulayın,
   - Sedasyon sağlayın,
   - Santral venöz katater takılmasını sağlayın ve takibini yapın(saat başı),
   - İdrar sondası takın takılmasını sağlayın ve idrar takibini yapın(saat başı),
   - Hastanın vücut ısısını koruyun,
   - Hastanın güvenliğini sağlayın,
   - Şuuru açık olduğu sürece her yapılan girişim hakkında hastayı bilgilendirin,
   - Kardiyojenik şok nedenine göre stabil bulgular elde edilene kadar takip edin ve kayıtları tam ve eksiksiz tutun.

2. **Hipovolemik şok**
   - Hastaya sırt üstü, dizler düz, ekstremiteler 30 açılı baş göğüs ile aynı hizada yatış pozisyonu verin,
   - Hava yolunun açıklığını kontrol edin ve açık kalmasını sağlayın,
   - Hayati belirtileri alın ve kaydedin (Belirtilerin takibini stabil değerler alınana kadar 5 dakikada bir yapın),
   - Gerekirse CPR uygulayın,
   - En az 2 damar yolu açın,
   - Volümü arttırıcı sıvı takın (Kanamalarda kollloid, L.Ringer 20 ml/kg/15 dak veya izotonik) Saatlik aldığı sıvı takibini yapın,
   - Yüksek konsantrasyonda oksijeni (%100 konsantrasyonla 7-8 lt/dak) uygun veriliş yolu(kanal-maske) ile verin,
   - Kanama varsa kontrol altına, alıln ve takibini yapın,
   - Mesane kateterizasyonunu yapın/yapılmasını sağlayın ve saatlik idrar takibi yapın,
   - Kırıklar varsa atelleyin/atellenmesini sağlayın,
   - EKG, Akciğer grafisi çekin/çektirilmesini sağlayın,
   - Laboratuvar tetkikleri için kan alın ve sonuçların takibini yapın;
     - Kan gazı(4 saatte bir),
     - Elektrolitler,
     - Hemotokrit,

   - Ord. Edilen tıbbi tedaviyi uygulayın,
   - Hastanın vücut ısısını koruyun,
   - Santral venöz kateter takılmasını sağlayın ve saatlik takibini yapın,
   - Hastanın güvenliğini sağlayın ve mahremiyetine özen gösterin,

   - Şuuru açık olduğu sürece her yapılan girişim hakkında hastayı bilgilendirin
   - Hastanın değerleri stabil olara kadar tüm bulgu ve takip değerlerini eksiksiz olarak kayıt edin.
3. **Anaflaktik şok**
   - Hastaya hava yolunu açıkta bırakacak şok pozisyonu verin,
   - Hava yolunun açıklığını kontrol edin ve açık kalmasını sağlayın. Solunum takibi yapın,
   - En az 2 damar yolu açın,
   - İzotonik veya %0, 5 Dekstroz ile perfüzyonu başlatın,

- Hayati belirtileri alın ve kaydedin (Belirtilerin takibini hasta stabil olana kadar 5 dakikada bir yapın),
- Yüksek akım ve konsantrasyonda oksijen verin,
- Allerjen etkenini ortamdan uzaklaştırın,
- Elinizde var ise hazır epirefrinli şırınga seti hemen uygulayın,
- Order edilen tedaviyi yapın,
- Vücut ısısını koruyun,
- Hastanın güvenliğini sağlayın ve mahremiyetine özen gösterin,
- CPR gerekebilir malzemelerinizi hazır bulundurun.

4. **Septik şok**
   - Hastaya şok pozisyonu verin,
   - Hava yolu açıklığını kontrol edin ve açık kalmasını sağlayın,
   - En az 2 damar yolu açın açık kalmasını sağlayın,
   - Yüksek konsantrasyonda (%100 7-8 lt/dak) oksijen verin,
   - Hayati belirtilerini alın ve kaydedin,
   - Mesane kateterizasyonu yapın/yapılmasını sağlayın ve saatlik idrar takibi yapın,
   - Kan gazı alın ve 4 saatlik takibini yapın,
   - Laboratuvar analizleri için kan alın (Elektroliltler, biokimya),
   - Kültür için kan, idrar, yara, drenaj, tükürük v.b. sıvılardan örnek alın,
   - Enfeksiyon kaynağını ortadan kaldırın (Apse drenajı, yara debritmanı gibi),
   - Kültür antibioğram sonucu çıkana kadar şüpheli giriş kapısına göre önerilen antibiotik kombinasyonunu uygulayın.

D– İşlem Sonrası

- Hasta stabil olana kadar yapılmış olan tüm takip ve uygulamaları kayıt edin ve kontrol edin,
- Hastanın mevcut durumu hakkında anemnez alarak tekrar değerlendirme yapın ve hekim ile bulgularını paylaşın,
- İşlem sırasında kullanılan malzemeleriniz varsa (CPR sırasında kullanılanlar vb) temizliğini ve dezenfeksiyonunu sağlayın,
- Hastayı tüm girişimlere rağmen kurtaramadıysanız post-mortem bakımını yapın.

KONU: YATAĞA BAĞIMLI VE YARI BAĞIMLI HASTAYA KORUYUCU POZİSYON VERME PROTOKOLÜ

AMAÇ: Hastanın mevcut anatomik pozisyonunu koruyarak günlük yaşam aktivitelerini sağlamak ve olası komplikasyonları önlemek

A- TEMEL İLKELER

1. Bu protokol, yatağa bağımlı ve yarı bağımlı hastanın mevcut durumunun tanılanması, uygulanabilecek pozisyonların belirlenmesi, uygulanması ve takibini kapsar.
2. Uygulamada hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilir. 3- 2 saatte bir pozisyon değiştirilir.
4. Uygulamada,
   - Bir organın yükü diğerine bindirilmez.
   - Baş, boyun boşluğu, bel boşluğu, diz ve dirsek boşlukları desteklenir.
   - Sırt üstü, oturur, yarı oturur pozisyonlarda ayak tabanları desteklenir.
5. İlk pozisyonlama sonrası cilt tanılanır ve pozisyonun tolere edilip edilmediği belirlenir..
6. Her pozisyon değişiminde bası noktalarındaki cilt bütünlüğü tanılanır. 7- Yatak takımlarının kırışıksız, kuru, gergin olması sağlanır.

8- Hasta ikincil bası ve iritasyon kaynaklarından uzak tutulur. 9- Avuç içleri rolo / pozisyon petleri ile desteklenir.

10-Hasta / hasta yakını bilgilendirilerek uygulamaya katılımı sağlanır.

B- TANILAMA

1. **Hastanın mevcut durumunun değerlendirilmesi**
   - Medikal veya cerrahi teşhisin pozisyonlamaya etkisi +/-

- Bilinç açık / kapalı
- Ağrı +/-
- Duyu kaybı +/-
  - Bölgesi
  - % oranı
- Kas güçsüzlüğü +/-
- Paralizi +/-
- Kızarıklık olan bölge +/-
- Duyarlılığı artmış bölge +/-
- İritasyon olan bölge +/-
- Ciltte enfeksiyon +/-
- Kemik çıkıntıları üzerinde yeterli kas dokusu +/-
- İnkontinans +/-
- Kontraktürler +/-
- Bası yarası +/-
- Mental yada fiziksel olarak pozisyonlamaya yardımcı olma yeteneği +/-
- Alçılı ekstremite +/-
- Entübasyan +/-
- Kullanılan ilaçların pozisyonlamaya etkisi +/-

2. **Pozisyon çeşitleri**
   - Sırt üstü yatış pozisyonu (Horizantal, Supine)
   - Yüz üstü yatış pozisyonu (Prone)
   - Oturur pozisyon (Fawler)
   - Yarı oturur pozisyon (Semi Fawler)
   - Yan yatış pozisyonu (Lateral)

3. **Pozisyonlama yapılmadığı yada yanlış yapıldığı durumda gelişebilecek komplikasyonlar**
   - Metabolizme hızında azalma
   - Doku ve kaslarda atrofi
   - Kemiklerde demineralizasyon
   - Kan akımında yavaşlama
   - Akciğer ventilasyonunda azalma
   - Trombüs oluşumu
   - Eklemlerde kontraktürler
   - Osteoporozis
   - Konstipasyon
   - Üriner stenoz
   - Deri bütünlüğünde bozulma (dekübitüs ülser)

4. **Uygulama sırasında dikkat edilmesi gerekenler**
   - Bir organın yükünü diğer organa bindirmemek.
   - Baş, boyun, bel, diz ve dirsek boşluklarını desteklemek
   - Sırt üstü, oturur, yarı oturur pozisyonlarda ayak tabanlarını desteklemek
   - Sırt üstü ve lateral pozisyonlarda omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmamasını sağlamak.
   - Avuç içlerini rulo ile desteklemek
   - Alçı, kataterler, entübasyon tüpü ve ekleri, kablolar varsa zarar vermeden en rahat uygulamayı sağlamak (Yardımcı personelle pozisyon vermek)
   - Yatak takımlarının kırışıksız, kuru, gergin olmasını sağlamak.
   - Hastanın giysilerini bası yarasına kaynak oluşturmasını engellemek.

5. **Pozisyon değişimindeki tanılama kriterleri**

Cilt

Kızarıklık +/-

Hassasiyet +/- Renk değişimi +/- Kuruluk +/- Çatlama +/- Akıntı +/-

Koku +/-

His kaybı +/- Ekstremitelerde

Ödem +/- Kontraksiyon +/-

Alçılı ekstremite de alçı kenarındaki ciltte değişiklik +/-

Yatak Takımları

- Nemli / ıslak +/-
- Kırışıklık +/-
- Kirli +/-

Hastanın Giysileri

- Nemli /ıslak +/-

- Dikiş yerlerinin cilde negatif etkisi +/-
- Giysilerin oluşturduğu baskı +/-

6. **Pozisyonlarda kullanılacak destek malzemeler**
   - Ayak destek tahta yada pozisyon pedi
   - Baş boyun destekleri
   - Omuz destekleri
   - Trokanter destekler
   - El-bilek destekleri, rulolar
   - Yastıklar

UYGULAMA

a. **Malzemeler:**
   - Ayak destek tahtası yada pozisyon pedi,
   - Baş-boyun destekleri
   - Omuz destekleri
   - Trokanter destekler,
   - El-bilek destekleri, rulolar
   - Yastıklar

b. **İşlem öncesi hazırlık**
   - Pozisyonlama destek malzemelerini hastanın ünitesine getirin.
   - İşlemi hasta/hasta yakınlarına anlatarak bilgilendirin ve bakıma katılımını sağlayın.
   - Protokole uygun ellerinizi yıkayın.

İşlem

SIRT ÜSTÜ YATIŞ:(SUPİNE, HORİZANTAL)

Doğru sırtüstü yatış pozisyonu aşağıda açıklandığı gibi olmalıdır(şekil 1).

1. Baş: Başın altına ufak bir yastık konun ve bu yapılırken başın öne doğru ve çenenin aşağı doğru gelmemesine dikkat edin.
2. Gövde:Omurga ekseninin düzgünlüğünün bozulmamasına dikkat edin.
3. Üst Ekstremiteler: Bilek eklime hafif ekstansiyonda olacak şekilde pozisyon verin,

ve elin içine hazırlanmış bir rulo koyarak başparmak işaret parmağını gösterecek

şekilde ruloyu kavratın.

4. Alt Ekstremiteler;- Öncelikle ayakların pozisyonu düzenleyin.
   - Ayakları dik açılı olacak şekilde ayarlayın (bunlar için ayağın altına atel konulabilir).
   - Eğer ayak tahtası kullanılacak olursa yatak ve tahta arasında mesafe bulundurulun (Bu topuklar üzerinde istenmeyen basınçları önler).
   - Trokenter ruloları kullanılarak kalça eklemlerinin dışa rotansiyonu önleyin.

KONU: YATAK İÇİ TAM VÜCUT BANYOSU UYGULAMA PROTOKOLÜ

AMAÇ: Hastanın hijyenik bakımını sağlamak

A – TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; hastanın tüm vücut bölümlerinin tanılanması ve yatak içi tam vücut banyosu uygulama yöntemlerini kapsar.
2. Hasta bireyin bağımlılık derecesine göre bakıma katılımı sağlanır. 3- Her bir koşulda hastanın mahremiyetine önem verilir.

4. İşlem öncesi ve sonrası eller “El Yıkama Protokolüne” göre yıkanır.
5. Uygulama; yüz, kollar, eller, koltuk altı, göğüs ve karın bölgesi (özellikle göbek) bacaklar ve ayaklar, sırt, perine, anal bölge sıralaması ile temiz alandan kirli alana doğru yapılır.
6. İşlem, uzak taraftan yakın tarafa doğru yapılır. 7- Temizlik için alkali olmayan sabunlar kullanılır.

8. Cilt bakımında pudra kullanılmaz, banyo ve bakımdan sonra cilde nemlendirici sürülür.
9. Basınç bölgelerinin üzerine, hassas ve kuru cildin üzerine masaj uygulanmaz. 10-İşlem sırasında hemşire, hastanın ve kendisinin vücut mekaniğine dikkat eder.

B – TANILAMA

1. **– Gözler:** - Kızarıklık,
   - Ödem,
   - Akıntı,
   - Renk değişikliği

Kulaklar: - Akıntı,

- Renk değişikliği,
- Döküntü

Burun	**:** -	Akıntı, Kızarıklık,
	-	Solunum güçlüğü
	-	
	-	
Saçlar	**:** -	Cinsi (yağlı, kuru)
	-	Kepek,
	-	Bit
	-	Alopecia (saç dökülmesi)

Dudaklar ve ağız mukozası:

- Kuruluk,
- Renk değişikliği,
- Koku,
- Kızarıklık

Kollar ve eller:

- Ödem,
- Kızarıklık,
- Turgor tanısı,
- Renk değişikliği

Cilt : - Kızarıklık,

- Çizik,

- Renk değişimi,
- Turgor, tonüs

Ayaklar:

- Ödem,

- Kızarıklık,
- Turgor tonuş,
- Renk değişikliği,
- Koku,
- Flat foot (düztabanlık),
- Nasır (callus),
- Tiniapedis (atlet ayağı),
- Foot drop (ayak düşmesi) gözlemlenerek tanılanır.

2. **– Uygulandığı Durumlar:**

a. Hastanın yatağa tam bağımlı olduğu durumlar;
   - Şuursuz hastalar,
   - Felçli hastalar,
   - Alçılı hastalar,
   - Büyük ameliyat geçirmiş hastalar
   - Akut hastalık (örneğin myokard infaktüsü geçiren hastalar)

b. Hastanın yarı bağımlı olduğu durumlar;
   - Yaşlı ve çocuk gibi hastalar,
   - Enfeksiyona direnci azalmış hastalar,

c. Hipertermili hastalarda,
d. İnkontinansı olan hastalarda,
e. Obez hastalar.

3. **– Hastanın banyo alışkanlığı tanılanır. 4 – Allerji durumu;- Sabun,**

- Şampuan
- Diğer

C – UYGULAMA

a. **Malzemeler**
   - Büyük küvet içinde 40 °C su,
   - Kapalı kap içinde ısısı daha yüksek su,
   - Sabunluk içinde sabun,
   - İki adet sabunlama bezi,
   - Hastanın havlusu, banyo havlusu,
   - Hastanın temiz iç çamaşırları,
   - Yatak takımları,
   - Ağız bakım malzemeleri (diş fırçası, diş macunu,),
   - Tentürdiyod,
   - Tarak,
   - El fırçası,
   - Tırnak makası,
   - Kova,

   - Nemlendirici,
   - Paravan,
   - Ayak bakımı malzemeleri.

b. **İşlem öncesi:**

1- İşlem öncesi ve sonrası ellerinizi " El Yıkama Protokolüne" göre yıkayın, 2- Malzemeleri hasta yanına tepsi ile getirin ve etejer üzerine yerleştirin,

3. Paravanı yerleştirin,
4. Oda ısısını 25 °C'ye ayarlayın, 5- Açık kapı, pencereleri kapatın,

6- Banyo sırasında hava ceryanı olmamasına dikkat edin.

c. **İşlem:**

Yöntem I

1. İşlemi açıklayın, işbirliği sağlayın,
2. İşlem sırasında hem kendi hem de hastanın vücut mekaniğine dikkat edin, 3- Sürgü verin,

4. Hastayı tamamen soyup, banyo örtüsünü örtün,
5. Yatak takımlarını gevşetip yalnızca hastanın üstünde üst çarşafı bırakın, 6- Diş fırçalama ve ağız bakımını yapın,

7- Başının altında tek yastık bırakın, hastayı yatağın yakın tarafına alın, 8- Sabunlama bezini ıslatıp iyice sıktıktan sonra bezin köşeleri hastanın

üstüne sarkmayacak şekilde elinize sarın,

9. Sabunlama bezinin ucu ile uzak göz kapağını sabunlama bezinin diğer ucu ile diğer gözü aynı yöntemle silin,
10. Sabunlanan bez ile hastanın alnı, daha sonra burun üstü ve kenarlarını, yanaklarını ve çeneyi silin, durulayın ve tampone ederek kurulayın,
11. Bezi yıkayın, ele sararak uzak taraf, boyun ve kulaktan başlayarak yakın tarafa doğru silin,
12. Uzak taraf kolu aksilladan başlanarak küçük dairesel hareketlerle, parmak uçlarına kadar silin,
13. Gerekiyorsa tırnakları kesin,
14. Havluyu zayıf hastada uzunlamasına, göğüs ve karını örtecek şekilde, 15-Şişman hastada ise genişlemesine göğüsü örtecek şekilde yerleştirin, 16-Sabunlama bezi ile havlunun altından yine uzaktan yakına ve yukarıdan

aşağıya doğru temizleyin,

17. Hastanın sırtını çevirerek enseden ilyelere kadar olan bölgeyi üstüne havlu örterek, havlu altından silip kurulayın,
18. Hastayı tekrar sırtüstü çevirin,
19. Genital organlarını temizlemek üzere yapabiliyorsa sabunlaması ve temizlemesini sağlayın veya bu işlemi kendiniz yapın,
20. Küvetteki suyu dökerek temiz su koyun ve sabunlama bezini değiştirin, 21-Uzak taraf bacak altına havlu yerleştirip silin kurulayın,

22. Aynı işlemi yakın bacak içinde uygulayın,
23. Ayakları "Ayak Bakımı Protokolüne" göre temizleyin, 24-Hastanın vücuduna nemlendirici sürün,

25-Hastanın temiz iç çamaşırlarını giydirin, 26-Yatak takımlarını değiştirin,

27. Havluyu hasta yatıyorsa yastığın üstüne, oturuyorsa omuzlarına koyup saçı ikiye ayırın ve tarayın,

28. Saçları ensede basınç yapmayacak şekilde toplayın, 29-Uygun pozisyon vererek hastayı rahatlatın,

30. Paravanı kaldırın,
31. Hastaya üşümemesi için bir müddet yataktan çıkmamasını önerin, 32-Bir isteği olup olmadığını sorun.

Yöntem II

1. Yüz ve göğüs temizliğini birinci uygulamadaki gibi yapın,
2. Hasta sırt üstü yatmaya devam ederken arkasına çevrilmeden önce uzak taraf bacak daha sonra yakın taraftaki bacağı temizleyin, havlu ile kurulayın,
3. Hastanın vücudunun ön yüzünü temizledikten sonra küvetteki su ve sabunlama bezini değiştirin,

4. Hastayı çevirerek sırtını silin,
5. Hastayı döndürerek bezi sabunlayın ve genital bölgesini temizlemek üzere hastaya verin veya kendiniz yapın,
6. Bölgeyi kurulayın,
7. Uygun pozisyon vererek hastayı rahatlandırın, 8- Paravanı kaldırın,

9- Hastaya üşümemesi için bir müddet yataktan çıkmamasını önerin, 10-Bir isteği olup olmadığını sorun.

d. **İşlem sonrası;**

1. Malzemeleri toplayın, temizleyin ve kaldırın,
2. Uygulamanın saatini ve gözlemlerinizi kaydedin.

KONU: YÜKSEK ATEŞLİ HASTANIN BAKIM PROTOKOLÜ

AMAÇ: Yüksek (Axiller-Oral 38.7°C, Rektal 39.1 °C ve üzeri)vücut ısısını hastanın tolere edebileceği ısı derecesine düşürmek.

A- TEMEL İLKELER

1. Bu protokol; yüksek ateşin tanılanması, yüksek ateşli hastanın takibi ve bakımını içerir.
2. Yüksek ateşli hastanın bakım ve tedavisi ekibin sorumluluğundadır. 3- Sakin ve güvenli bir ortam sağlanır.

4- Bol sıvı alımı (günlük 1500-2000 ml'nin üstü) sağlanır. 5- "Aldığı-Çıkardığı Sıvı Takip Protokolü" uygulanır.

6. Oda ısısı l7-19 °C de tutulur.
7. "Soğuk Uygulama Protokolü" uygulanır.
8. Postoperatif 2. Günden sonra, atalektazi ve allerjik reaksiyonlar dışında kan kültürü, protokole uygun alınır.
9. İlgili diğer bakım ve psikolojik yaklaşım protokolleri uygulanır.

B- TANILAMA

1. **Ateş Sebepleri**
   - İnfeksiyon hastalıkları,
   - Kollagen hastalıklar,
   - Ailevi Akdeniz ateşi,
   - Hipofiz ve lll. Ventrikül bölgesi üzerine yapılan ameliyatlar,
   - Servikal medulla spinalis lezyonları,
   - Malign tümörler (Hipernefrom, karaciğer tümörleri),
   - Kolon kanseri,
   - Kan hastalıkları (Hemolitik ameni, lösemi v.s.),
   - Emboli,
   - Hipertiroidi,
   - Cerrahi girişimlerden sonra,
   - Kemikkırıkları,
   - Allerji,
   - İlaca bağlı ateş (sulfamid, iyodür, barbütürat, atropin v.s),
   - Dehidratasyon,
   - Psikojenik ateş,
   - Esansiyel oral ateş,
   - Ağır ve jenerilize iktiyoz,
2. **Hastanın genel durumu değerlendirilir:**
   - Titreme +/-
   - Terleme +/-
   - Halsizlik +/-
   - Baş ağrısı +/-
   - Yaygın vücut ağrısı +/-
   - Susuzluk hissi +/-

- Ciltte kızarıklık +/-
- Uç noktalarda soğuma +/-
- Bulantı +/-
- Kusma +/-
- İdrar miktarında azalma +/-
- İdrar renginde koyulaşma+/-
- Deliryum +/-
- Konvülziyon +/-

3. **Protokolüne uygun;**

- Özel Ağız Bakımı Protokolü'ne uygun oral kavite,
- Bası Yarası Önleme Protokolü'ne uygun cilt,
- Aldığı-Çıkardığı Takip Protokolü'ne uygun sıvı miktarı tanılanır.

4. **Ateş tipi değerlendirilir:**

a. **Febris continua (devamlı ateş):** +/-

sabah akşam ısı farkı l °C den azdır, küçük varyasyonlar dışında dalgalanma göstermeden günlerce ya da haftalarca sürer. (Şekil 1) Tifo, bruselloz, infektif endokardit, tularemi, psittakoz, Kawasaki hastalığı, kızıl ve hipotalomik ateş tablolarında gözlenir.

b. **Febris intermittent (aralıklı ateş): +/-**

Saban akşam ısı farkı 1 °C den fazladır ve arada ise normale iner(Şekil 2). Sirkadiyen ritm abartılı birşekilde sürdürülür, eğer bu varyasyonlar daha abartılı olarak ortaya çıkarsa hektik (septik) ateşten söz edilir. İnermittan ateş için en iyi örnek sıtmadır.

c. **Febris Remittent (bacaklı ateş): +/-**

Sabah akşam ısı farkı 1 °C den fazladır. Ancak en düşük düzeyinde bile normale inmez. Tüberküloz, lejyoner ve falsiporum malarya'da gözlenir(şekil 3).

ç) Febris Rekurrens (tekrarlayan ateş): +/-

Birdenbire çıkar, 3-5 günsürdükten sonra, yine birdenbire düşer. Bir süre normal seyreder, tekrar yükselir ve bu şekilde nöbetler halinde sürer. En iyi örneği barrelia infeksiyonlarıdır (relapsing fever); bruselloz, sarı humma, fare ısırığı hastalığı ve kimi sıtma olgularında gözlenebilir(şekil 4).

d. **Febris undulens (dalgalı ateş): +/-**

Ateş yavaş yükselir. Birkaç gün yüksek kaldıktan sonra yavaş yavaş iner.

Birkaç gün normal kaldıktan sonra ısı yine yavaş olarak yükselmeye başlar, 5-6 günde pikini yapar. Bu dalgalanma haftalarca sürebilir. En iyi örneği brusellozdur. Lodgin hastalığı seyrinde de omdlan tipte birateş gözlenir ki buna pel Ebsten ateşi adı verilir. 1-2 haftalık ateşli dönemler arasında 5-7 günlük ateşsiz dönemler vardır(şekil 5).

e. **Subfebril ateş:**

37 °C-37.7. °C arasındaki ısılar için kullanılan bir terimdir. Tüberkülozda fokal infeksiyonlarda ve kimi malignitelerde gözlenir(şekil 6).

C – UYGULAMA

1- Vücut ısısının takibini "Vücut Isısı Ölçümü Protokolü"ne uygun yapın, 2- Vital bulguların takibini protokole göre uygulayın,

3- "Terlemesi Olan Hastanın Bakım Protokolü"nü uygulayın, 4- "Soğuk (ıslak ve kuru) Uygulama Protokolü"nü uygulayın, 5- "Özel Ağız Bakımı Protokolü"nü uygulayın,

6. "Aldığı Çıkardığı Sıvı Takip Protokolü"nü uygulayın,
7. "Hasta Bireyle İletişim Kurma ve Sürdürme Protokolü"nü uygulayın, 8- "Bası Yarası Önleme

Protokolü”nü uygulayın,

9. Odayı havalandırın; oda ısısını 17-19 °C de olmasını sağlayın, odadaki ışığı azaltın,
10. Bol sıvı alımını sağlayın,
11. Az yağlı, protein, vitamin ve mineralden zengin diyetle beslemesini sağlayın,
12. Düzenlenen tedaviyi uygulayın,
13. Elde edilen sonuçları ekip elemanları ile paylaşarak kayıt edin.