BÖLÜMÜN FİZİK YAPISI FAALİYET VE İŞLEYİŞİ

Dahiliye servisi ..... Hizmet Binası C blok 1.kat yoğun bakım birimi karşısında yer alır.

15 hasta odası ve 28 hasta yatağı mevcuttur.1 doktor odası,1 hemşire dinlenme odası,1 hemşire giyinme odası ve diyabet hemşiresi odası,1 personel tuvaleti ve 1 malzeme deposu mevcuttur. Servis U şeklinde yerleşim planında olup ortada hemşire deski vardır. Hemşire deskinin iç kısmında hemşire tedavi odası bulunmaktadır. Deskin sol tarafında kat sekreteri hastaların servis işlemlerini yapmaktadır. Tedavi odasının olduğu yerde aspiratör ,defibrilatör, seyyar oksijen tüpü bulunmaktadır. Deskin arka tarafında acil arabası ve pnömatik bulunmaktadır. Monitör tedavi alanının arkasında 2 koltuk 1 sedyeden oluşan günübirlik tedavi yatış odası bulunmaktadır.

Mesai saatleri 08:00-16:30 olup, nöbetler 16:00-08:00 veya 08:00-08:00 aralığında tutulmaktadır.Temizlik personeli 3 vardiya olarak çalışmaktadır.(07:00-15:00,15:00-23:00,23:00-07:00)

Servis acil çıkışı ve yangın merdiveni hemşire deksinin çaprazında 107 nolu odanın yanındadır. Yangın tüpleri servis girişinde, yangın merdiveninin girişinde ve hemşire deksinin arkasında bulunmaktadır.

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

UZMAN HEKİMİN GÖREVLERİ

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

13.Kılık kıyafetlerine dikkat eder, çalışırken önlük giyer.

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

15.Yukarıda verilen görev, yetki ve sorumluluklar yerine getirilirken sorumluluk, yetki ve iletişim planında

belirtilen birimlerle yatay ve dikey ilişkiler kurarak faaliyetlerini sürdürürler. İdare ve birim sorumlusu tarafından verilen mesleği ile ilgili diğer görevleri yapar.

SERVİS SORUMLU HEMŞİRELERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Başhemşirenin o servisteki yardımcısı olup, servisinde bulunan bütün hemşire, ebe,sağlık memuru, hasta bakımında çalışan yardımcı hizmetler sınıfı personelinin iş bölümünü yapar, bunların çalışmalarını izler.

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

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

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

Aylık nöbet listelerini ve revizyonlarını yapıp idareye teslim eder.

Servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesini sağlar.

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

Hasta devir teslimlerinde bulunur.

Acil çantası takip ve kontrolünü yapar.

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

SERVİS HEMŞİRELERİNİN GÖREV VE YETKİLERİ

Poliklinik, acil ve yoğun bakımdan yatış onayı verilen hastanın servise kabul işlemlerini yapar.

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

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

Hastanın hemşirelik bakımlarını planlar ve uygular.

Hastanın tetkiklerini ister ve takip eder.

Hasta konsültasyon istemlerinin takiplerini yapar.

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

Dr vizitlerinde hekime eşlik eder.

KAT SEKRETERİNİN GÖREVLERİ

Hastaların servise kabulünü ve yatış ve taburculuk işlemlerini yapar.

Servise yatışı yapılan hastanın sistem üzerinde işlemlerini yapar.

TEMİZLİK PERSONELİNİN GÖREVLERİ

Hastane hizmetlileri, hastanenin temizliği, hastaların görüntüleme vb yerlere götürülüp getirilmesiyle ilgili her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personelidir.

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

yapar,

Hasta odalarını temizler düzen ve eksiklerini tamamlar.

Çamaşırhaneden temiz çamaşırları alır, kirlileri götürür.

Evsel atıkları toplar.

Laboratuvara gidecek numuneleri götürürler .

Bizzat hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili olmamak üzere tabib, çalıştığı servis veya laboratuvarların hemşire, ebe ve tıbbi teknisyeni tarafından verilen emir ve görevleri yerine getirirler.

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

Hastane hizmetlilerinin kendilerine verilen görevlere uyumunu ve bu konularda eğitimini ilgili tabip, hemşire ve tıbbi teknisyenler sağlar.

Hastanın ameliyathane yoğun bakıma transferinde hemşireyle birlikte hastayı götürür.

Hasta taşınmasına yardımcı olur.

Depolardan malzeme alır.

YATIŞ VERİLEN HASTAYA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

➢ Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından

değerlendirileceği Poliklinikten yatışına karar verilen hasta,

refakatçi eşliğinde yataklı servise getirilir.

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

➢ Hasta refakatçi ve hemşire eşliğinde tekerlekli sandalye ve sedyeyle yataklı servise getirilir.

➢ Hasta ilgili sağlık personeli tarafından teslim alınarak odasına yerleştirilir.

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

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

➢ Hemşire hastanın dosyasını ve eksik bilgilerini alarak yatış kabul işlemi

kayıtlarını sonuçlandırır.

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

sekreteri tarafından refakatçi kartı düzenlenir.

➢ Refakatçi, refakatçi kartını sağlık tesisinde kaldığı sürece taşımak zorundadır. Birden

fazla refakatçiye izin verilmez.

➢ Hastanın ve/veya refakatçinin sağlık tesisine adaptasyonu için gerekli bilgilendirmeler

yapılır. Hasta ve/veya refakatçinin bilgilendirilmesi hemşire tarafından yapılır.

➢ Yataklı servislerden yapılan radyolojik istemlerde eğer hasta mobilize olabiliyorsa veya

yapılacak radyolojik tetkik cihazı hareket ettirilemiyorsa refakatçi ve temizlik personeli eşliğinde ve uygun transfer aracı ile tetkikin yapılacağı yere ulaştırılır. Tetkik yapıldıktan sonra hasta tekrar yataklı servise geri götürülür. Hastalar mobilize olamıyorlarsa taşınabilir röntgen ile hastanın bulunduğu yere gidilerek tetkik gerçekleştirilir.

DEĞERLENDİRME SONRASINDA BAKIMIN PLANLANMASI

➢ Hekim tarafından düzenlenen tedavisi başlanır. Hemşire hasta dosyasını inceler, talimatlara uygun olarak hemşire gözlem kâğıdını düzenler. ➢ Vital bulgularını alır, uygulanacak tedavi ve saatlerini kaydeder. Yaptığı tüm bu girişimlerde parafını atar.

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

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

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

Kataterli hastaya yüksek riskli katater figürü

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

➢ Solunum İzolasyonunda **Sarı Yaprak figürü**

➢ Damlacık İzolasyonunda **Mavi Çiçek figürü**

➢ Temas İzolasyonunda **Kırmızı Yıldız figürü**

➢ Yataklı servislerden yapılan radyolojik istemlerde eğer hasta mobilize olabiliyorsa veya yapılacak radyolojik tetkik cihazı hareket

ettirilemiyorsa hastanın hemşiresi eşliğinde ve uygun transfer aracı ile tetkikin yapılacağı yere ulaştırılır. Tetkik yapıldıktan sonra hasta tekrar yataklı servise geri götürülür. Hastalar mobilize olamıyorlarsa taşınabilir röntgen hastanın bulunduğu yere gidilerek tetkik gerçekleştirilir.

PLANLANAN BAKIMIN HASTAYA UYGULANMASI

➢ Tetkik sonuçlarına göre diğer tedaviler planlanır.

➢ Hemşire hekim talimatında yazılan hastanın kullanacağı ilaçların otomasyon sistemi üzerinden eczaneden istemini yapar. ➢ Eczacılar tarafından ilaçlar eczanede görevli sağlık personeli tarafından hemşireye imza karşılığı teslim edilir.

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

➢ Hastanın diyeti hekimi tarafından belirlenir ve tabelasına işlenir.

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

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

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

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

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

➢ Otomasyon üzerinden isteniyor ise kişisel şifresi ile istenmelidir. Gerekli form

doldurulur cross kanı alınıp kan merkezine gönderilir.

➢ Kan hazır olduğunda kan merkezi kan isteyen bölüme bilgi verir, hastadan sorumlu olan sağlık çalışanı kanı alır. Kan torbası üzerinde hasta bilgileri, kan grubu bilgileri 2 hemşire tarafından teyit edilir. Standart kan transfüzyon kontrolleri yapılmadan ve kan transfüzyon onamı alınmadan kan hastaya verilmez.

Durumu iyi olan hasta sabah vizitinden sonra taburcu edilir. Hastanın taburcu işlemleri için hemşire dosyayı kat yönetici sekreterine teslim eder. Sekreter dosya muhteviyatı formuna tanımlanmış tüm formları eksiksiz olarak koyar ve taburcu işlemini yapar. Hastaya taburcu eğitimi yapılır.ilgili formu hastaya verilir, pansumanı yapılır. Hastanın kullanması gereken ilaçları hekimi tarafından reçete edilir ve epikrizi verilir.

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

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

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

Servisler Arası Hasta Transferi

➢ Uzman hekim tarafından başka bir kliniğe transferine karar verilen hastanın dosyası tamamlanıp epikrizi yazılır.

➢ Nakledileceği servisten yatak onayı alınır.

➢ Hasta Transfer Formu doldurulur.

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

Serviste arrest durumunda; hemşire tarafından sağlık tesisi için düzenlenmiş mavi kod uygulamasına göre mavi kod ekibine haber verilir. Mavi kod ekibi gelinceye kadar, hemşire,personel acil çantası, defibrilatör, EKG, aspiratör gibi cihazları hasta başına hazırlar.Müdahaleye başlar.

DİĞER DİKKAT EDİLECEK HUSUSLAR

➢ Hemşireler vardiya/nöbet devirlerinde hasta teslimlerini önce hemşire deksinde daha sonra mutlaka hasta başında yapmalıdır. ➢ Gün içinde hastada gelişen olağan veya olağan dışı tüm durum, bilgiler ve

uygulamalar teslim edilmelidir. Teslimde; narkotikler, acil çantası, laringoskop, ambu, defibrilatör gibi alet ve ilaçlar sayılarak imza karşılığı teslim edilir. Defibrilatör ve laringoskop mutlaka çalışır durumda olmalıdır. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabii ilaçların temini, saklama, devir teslim, kullanım ve iadesi mevzuatta belirtildiği üzere yapılmalı ve imzalanmalıdır.

➢ Tüm hastane kapsamında atıklar evsel, tıbbi ve geri dönüşüm atıkları olarak ayrı kapalı atık kaplarında EKK tarafından hazırlanan talimatlara göre biriktirilmektedir.

Tıbbi atıklar uygun kıyafet giymiş olan tıbbi atık toplama personeli tarafından

toplanır. Kesici, delici aletler için de ayrı kapaklı toplama kapları bulunmaktadır. Bu kaplar dolduğunda kapakları kapatılarak ilgili personele teslim edilir.

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

SERVİSTE KULLANILAN CİHAZLAR

EKG,defibrilatör,hasta monitörü,ateş ölçer,seyyar oksijen cihazı,aspiratör cihazı,glukometre**,**tansiyon aleti, pulsoksimetre, nebülizatör.

Bu cihazların kullanım talimatları hastane web sitesinde mevcuttur.

BÖLÜM KALİTE DÖKÜMANLARI:

Bölüm kalite dökümanları Web sayfamızda mevcuttur.

Sıklıkla kullandığımız formlar:

Tanıya özel aydınlatılmış onam formu,

Tanıya özel taburcu eğitim formu,

Hasta transfer formu,kan istem formu,

Kan trasfüzyonu onam formu,

Sözel istem formu,

Advers etkibildirim formu,

Hasta/hasta yakını eğitim formu,

Hemşirelik süreci hasta tanılama formu,

İlaç imha formu,

BÖLÜMLE İLGİLİ RİSKLER KORUNMA ÖNLEMLERİ

a) Enfeksiyon izolasyon önlemleri

b) Delici batıcı alet yaralanması önlemleri

c) Düşme- kayma riski önleme uyarı tabelaları

d) Oksijen tüpleri emniyeti (Devrilme-yuvarlanma)

e) Dolapların duvara sabitlenmesi

f) Yangın merdiveninin kapı ve önünün açık olması

g) Ağır malzeme ve eşyaların alt gözlerde muhafaza edilmesi

h) Elektrik panosunun emniyete alınması

i) Yangın söndürme hortumunun çalışır ve ulaşılabilir tutulması

COVİD 19 (KORONAVİRÜS) HASTALIĞI ve HEMŞİRELİK BAKIMI

Koronavirüs (SARS-CoV-2) ilk olarak Çin’in Vuhan şehrinde tespit edilen ve solunum yolu enfeksiyonu yapan bir virüstür; COVID-19’a sebep olur. Bu hastalık yüksek ateş, öksürük, nefes darlığı, baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrısı, halsizlik, koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal gibi belirtilerle kendini gösterir.

Koronavirüsler (CoV) tek zincirli RNA'ya sahip, zarflı, yüzeyinde protein çıkıntıları olan büyük bir virüs ailesidir. Hafif ve orta derecede şiddetli solunum yolu hastalıklarının yanı sıra MERS (Orta Doğu Solunum Sendromu), SARS (Şiddetli Akut Solunum Sendromu) ve COVID- 19 gibi şiddetli seyreden hastalıklardan da sorumludur.

BELİRTİLERİ:

Hastalık; yüksek ateş, öksürük, nefes darlığı, baş ağrısı, boğaz ağrısı, burun akıntısı, kas ve eklem ağrısı, halsizlik, koku ve tat alma duyusu kaybı, ishal gibi belirtilerle kendini göstermekle birlikte herhangi bir belirti göstermeyen hastalar da mevcuttur.

Hemşirelik Bakımı:

Covid servisine yatışı kabul edilen hastanın PCR testinin pozitif/negatifliği veya şüpheli olduğu sorgulanıp ona göre izole odaya alınır.Oda kapısına izolasyon figürü(mavi çiçek)takılır.Bir hemşire hasta yakınından anamnez alır.Hasta yakınlarına Covid 19 hakkında bilgi verilir.İzolasyon kuralları,riskler anlatılır.Tedavi ve bakım yapan Hemşire hasta odasına boks önlüğünü,N95 maskesini,siperliğini ve çift eldivenini giyerek girer.Hastanın vital bulgularını alır.Hastanın O2 ihtiyacına göre oksijenini ayarlar.Hastanın tedavisini dışarıdaki bir hemşire hazırlar.Hasta odasındaki hemşire hazır olan tedaviyi hastaya uygular.

Serviste yatmakta olan hastalar düzenli aralıklarla koruyucu ekipmanını giymiş olan hemşire tarafından takip edilir.Hastaların genel durumları hemşire gözlemine kayıt edilir.

Dahiliye Kliniği'nin uzmanlık alanına giren ve bu bölümde tedavi edilen hastalıklar şunlardır;

DAHİLİYE SERVİSİNDE TEDAVİ VE BAKIM VERİLEN HASTALIKLAR:

Üst ve alt solunum yolu hastalıkları

Solunum yolu enfeksiyonları, özellikle sonbahar ve kış aylarında sıklıkla görülen bulaşıcı hastalıklar olup üst ve alt solunum yolu enfeksiyonu olarak ikiye ayrılır. Üst solunum yollarına ilişkin enfeksiyon hastalıkları genellikle soğuk algınlığı olarak adlandırılır ve burun ile boğaz bölgelerini etkiler. Alt solunum yolu enfeksiyonları ise daha ciddi boyutludur; bronşlar, bronşiyoller ve akciğerleri etkiler, aynı zamanda üst solunum yolu enfeksiyonlarının tedavi edilmemesi ile de ortaya çıkabilir. Genel dahiliye kliniklerinin uzmanlık alanına giren bu hastalıklarda bazı durumlarda, göğüs hastalıkları ve kulak burun boğaz kliniklerine de konsültasyon yapılabilir.

Enfeksiyon hastalıkları

Solunum yolu enfeksiyonlarının haricinde idrar yolu enfeksiyonları, cilt enfeksiyonları, karaciğer iltihabı (hepatit), ishal, kemik ve eklemlerin iltihabi hastalıkları, paraziter hastalıklar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, influenza ve bruselloz gibi pek çok enfeksiyon hastalığı da iç hastalıkları kliniklerinin uzmanlık alanına girer. Bu hastalıklara ilişkin şikayetlerle kliniğe başvuran hastalar herhangi bir enfeksiyon hastalığının tanısını almaları durumunda enfeksiyona yol açan etkene yönelik olarak tedavi altına alınırlar. Yataklı tedavi uygulanması gereken hastalarda izole bir ortamın sağlanması bulaşmanın önlenmesi açısından gereklidir.

Hipertansiyon

Kalpten pompalanan ve damarlar içerisinde vücudun doku ve organlarına dağılan kanın damar çeperlerine uyguladığı basınç, tansiyon olarak adlandırılır. Yetişkin bireylerde sistolik kan basıncı 120 mmHg, diastolik kan basıncı ise 80 mmHg'nin altında olmalıdır. Kan basıncının bu değerlerin üzerinde seyretmesi, hipertansiyon adı verilen hastalığı işaret eder. Hipertansiyon, damarlarda hasar oluşumuna ve kanama gibi pek çok probleme yol açabildiğinden beyin kanaması, böbrek hasarı gibi pek çok ciddi sorunu beraberinde getirebilir. Dahiliye kliniklerinde takip ve tedavisi yapılan hipertansiyon hastalarında tıbbi beslenme tedavisi ve ilaç kullanımı ile tansiyonun kontrol altında tutulması hedeflenmektedir.

Diyabet

Tip 1 ve Tip 2 olmak üzere iki yaygın türü bulunan diyabet hastalığı, insülin hormonunun yetersiz salgılanması veya dokular tarafından kullanılamamasına bağlı olarak kan glukoz seviyesinin normalin üzerine çıkması ile gelişir. Tedavisinde insülin uygulaması, oral antidiyabetik ajanlar gibi ilaç uygulamalarından yararlanılır. İnsüline bağımlı olmayan diyabet hastalarının tedavi ve takibi genel dahiliye

kliniklerinde yapılır. Tedavide diyet uygulaması ve ilaç kullanımı ile kan şekeri seviyesinin normal aralıklarda tutulması sağlanarak yüksek kan şekerinin gözler, böbrekler, kalp ve damarlar üzerindeki olumsuz etkilerinin önlenmesi hedeflenir.

Tiroid hastalıkları

Boyun bölgesinde bulunan tiroid bezinden salgılanan tiroid hormonları vücut metabolizma hızının düzenlenmesi başta olmak üzere pek çok önemli işleve sahiptir. Tiroid bezinin yetersiz çalışması, fazla çalışması, tiroid bezinde bulunan kanserler ve otoimmün hastalıklar dolayısıyla hormonal dengede önemli sorunlar oluşabilmektedir. Tiroid hastalıklarının tanı ve tedavisine ilişkin takipleri dahiliye klinikleri tarafından tedavi edilmektedir.

Kolesterol ve trigliserid gibi kan yağlarında yükselme

Sağlıksız ve dengesiz beslenme, ailesel faktörler ve kronik hastalıklara bağlı olarak kolesterol, trigliseritler ve diğer kan lipidlerinin kandaki seviyeleri normalin üzerine çıkabilmektedir. Bu parametrelerdeki hafif yükseklikler rutin kan testlerinde belirti verirken ileri derecedeki yükselmeler göz çevresinde yağ bezelerinin oluşumu gibi belirtilerle kendini gösterebilir. Kan yağlarının ilaçlar ve beslenme tedavisi ile kontrol altına alınmaması durumunda kalp ve damar hastalıklarının oluşumu kaçınılmaz hale gelir. Kan yağlarının yükselmesine ilişkin hiperkolesterolemi, dislipidemi gibi hastalıkların tanısını alan bireylerde dahiliye kliniklerinde gerekli tedavi uygulamaları yapılmaktadır

Karaciğer, mide ve safra kesesi gibi sindirim sistemi hastalıkları

Karaciğerde hepatit, yağlanma, siroz, kist gibi hastalıklar; midede gastroözofageal reflü, gastrit, ülser, fıtık gibi hastalıklar; safra kesesinde ise taş ve kum oluşumu, iltihalp (kolesistit) ve tıkanıklıklar iç hastalıkları kliniklerinin uzmanlık alanına giren ve oldukça yaygın olarak karşılaşılan hastalıklardır. Bu hastalıkların tedavisinde ilaç, beslenme ve yaşam tarzı değişikliği gibi tedaviler dahiliye uzmanları tarafından yürütülür. Girişimsel radyoloji uygulamaları ve cerrahi operasyonlar gerektiğinde ise hastalar ilgili cerrahi ve dahili tıp birimlerine yönlendirilir.

Akciğer hastalıkları

Akciğerde görülen astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), zatürre, akciğer zarında sıvı birikimi gibi pek çok hastalıkta tanı ve tedavi işlemleri iç hastalıkları kliniklerinde yürütülmektedir. Basit akciğer hastalıklarının dışında ve hekim tarafından gerekli görülmesi durumunda akciğer hastalıkları ile ilgilenen bir diğer bölüm olan göğüs hastalıkları kliniklerine de yönlendirilebilmektedir.

Böbrek hastalıkları

Böbreklerde gelişen enfeksiyonlar, taş oluşumları, kistler, akut veya kronik yetmezlikler erken dönemde tedavi edilmesi gereken ve kalıcı organ hasarına kadar ilerleyebilen ciddi sağlık sorunlarıdır. Böbreklere ilişkin şikayetlerle sağlık kuruluşlarına başvuran hastaların genel tedavi ve takipleri iç hastalıkları kliniklerinde yapılır. Gerekli görüldüğü durumlarda ise hastalar nefroloji kliniklerine yönlendirilir.

Kansızlık ve diğer kan hastalıkları

Kanda demir, hemoglobin ve hematokrit seviyelerinin düşük olması kansızlık (anemi) olarak adlandırılır. En yaygın nedeni yetersiz ve dengesiz beslenme sonucu demir minerali, B12 vitamini ve folik asitin vücuda yetersiz düzeyde alınmasıdır. Kansızlığa ek olarak akdeniz anemisi, kanın pıhtılaşmasına ilişkin bozukluklar, kanamalar ve kemik iliğine ilişkin hastalıklar dahiliye birimlerinin uzmanlık alanına girer ve tedavileri bu kliniklerde yapılır. Gerekli görülmesi durumunda hastalar hematoloji kliniklerine de yönlendirilebilir.

Romatizmal hastalıklar

Bel ve boyun ağrıları ile karakterize yumuşak doku romatizmaları, fibromialji, kireçlenme, romatoid artrit, gut hastalığı, behçet hastalığı, ailesel akdeniz ateşi ve akut eklem romatizmaları tanı ve tedavi aşamalarında iç hastalıkları kliniklerine başvurulması gereken romatizmal hastalıklardır. Rutin takipleri ve basit tedavileri dahiliye kliniklerinde yapılan hastalar gerekli görüldüğü durumlarda romatoloji kliniklerine de yönlendirilebilir.

Kas ve iskelet sistemi hastalıkları

Romatizmal hastalıkların bir kısmı, osteoartrit (kireçlenme), vücudun farklı bölgelerinde meydana gelen kas ve iskelet sistemine ilişkin ağrıların tedavisi ile cerrahi operasyon öncesi ve sonrası süreçte tedavi ve takip işlemleri iç hastalıkları birimlerinde yürütülür. Aynı zamanda özellikle ileri yaştaki hastalarda sıklıkla görülen kemik erimesinin tedavisi konusunda da dahiliye klinikleri bakmaktadır.

DAHİLİYE SERVİSİ HEMŞİRELİK YAKLAŞIMLARI:

HİPERTANSİYON HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Hastanın kan basıncının güvenli sınırlar içinde olmasını sağlamak için;

Baş yukarıda olacak şekilde yatak istirahati sağlanır.

İki koldan tansiyon takibi yapılır, düzenli ölçümler aynı koldan yapılmalıdır.

Hekim istemine göre antihipertansifler, antikonvülsanlar, antiemetikler ve sedatifler uygulanır. İlaçların yan etkileri gözlenir.

Kriz anında hava yolu açıklığına dikkat edilmelidir.

Hasta monitörize edilir, 4-6 saatte bir EKG çekilir, aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır.

Saatlik idrar miktarı 30 ml altında ise hekime bildirilir. TA stabil oluncaya kadar 10 dakikada bir ölçülür.

Hastanın hareket etmesi sağlanır. Öncelikle tansiyon ölçülür, daha sonra küçük adımlarla yürümesi sağlanır. Ortostatik hipotansiyon belirtileri (baş dönmesi, gözde kararma, solukluk, terleme) gözlenir. Güvenlik önlemleri alınır. Hastanın bilinç düzeyi kontrol edilir ve hekime bildirilir.

DİYABET HASTALARINDA HEMŞİRELİK BAKIMI

Diyabetik hastalarda, en önemli problem hastanın şekerinin normalden fazla düşebilmesi ve hipoglisemi komasına girebilmeleridir. Bu nedenle şekeri yükselen bir hasta ile düşen bir hastanın klinik belirtilerinin iyi bilinmesi ve gerektiğinde doktorun uyarılması gerekir. Şeker yükselmesi nedeni ile komaya giren bir hastada cilt genelde kurudur, bazen tansiyon düşükse terleme de görülür. Şuur kapalı ve gürültülü, derin bir solunum vardır. Şeker düşüklüğüne bağlı komada ise hastada ileri derece terleme, sık ve yüzeysel solunum daha ön plandadır. Koma öncesinde şekeri düşen hasta genelde baş ağrısından şikâyet eder, ani tansiyon düşüklüğü ve yere düşme gibi bulgular sıktır. Bu durumdaki hastaya hemen %5 dekstrozlu serum takılır. Çünkü şeker düşmesi, yükselmesinden daha tehlikelidir. Acil olarak kan şekerine bakıldıktan sonra şeker gerçekten düşükse %10-20 dekstroz takılır. Diyabetik bir hastada elektrolit dengesizliği sık görülür. Hastada çok kolay dekubitis yaraları oluşur. Bu nedenle dolaşımı hızlandırmak için hasta pozisyonu sık sık değiştirilir. Sık banyo yapması temin edilir. İnfeksiyon hastalıkları sık görüldüğünden idrar sondası, kateterler, nazogastrik sondaları daha sık aralıklarla değiştirilmelidir.

DEMİR EKSİKLİĞİ ANEMİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Demir eksikliği anemisinde temel hedef demir malabsorbsiyonunu ya da azalmış demir alımının altında yatan nedeni tedavi etmektir. Hastalara hangi gıdaların iyi birer demir kaynağı olduğu öğretilmelidir. Eğer beslenme yeterliyse, diyetle alınan demiri artırmak anlamlı olmayabilir, bu nedenle demir preparatları kullanılır. Demir tedavisi oral ve parenteral yol ile yapılır. Oral demir tedavisi, hemoglobin normale döndükten sonra da vücut demir depolarının tam olarak dolması için en az üç ay daha ya da daha uzun süre devam edilmektedir. Oral demir tedavisi bazı hastalarda bulantı, kusma, barsak hareketlerinde değişme, karın ağrısı gibi yan etkilere neden olmaktadır. Oral demir tedavisi alan hastaların eğitimi; Yemeklerden bir saat önce ya da yemeklerden iki saat sonra almaları, süt ve sütlü yiyeceklerin demir emilimini azaltacağı belirtilmelidir. Demir emilimini artırmak için portakal, limon suyu, çilek gibi C vitamini içeren gıdaların alımının artırılmasının önemi açıklanmalıdır. Konstipasyonu önlemek için lifli gıdaların artırılmasının önemi vurgulanmalıdır. İlacın dışkının rengini koyulaştıracağı açıklanmalıdır. Likit demir ilaçları dişlerin rengini bozabileceği, ilaç alımından sonra ağzın çalkalanmasının ve fırçalamanın önemi vurgulanmalıdır. Hasta tedaviyi tolere edemediği ya da tedaviye yanıtsız kaldığı durumlarda ve malabsorbsiyon varsa, parenteral demir tedavisine geçilir. Parenteral olarak kullanılan preparatlar intramüsküler ve intravenöz olarak uygulanabilirler. İntramüsküler yol: İM demir uygulamada, Z tekniği kullanılarak deri altına sızmasını önlemek için derine verilir. Enjeksiyon yerinde ağrı ve ciltte renk değişikliği olabilir. Bu durumu önlemek için, kalçanın üst dış kadranına, gluteus maksimus kasına Z tekniğiyle yapılmalıdır. İntravenöz yol: Hızlı uygulamalarda vende ağrı, kızarıklık ve ağızda metalik tat hissi ve anafl aktik reaksiyon gibi sistemik yan

etkiler olabilir. Başlangıçta mutlaka test edilmelidir.

GİRİŞİMLER

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

Aspirasyon da 4 temel teknik vardır: Oral ve Nazofarengeal Aspirasyon Airway ya da Endotrakeal Tüp'ten Aspirasyon Trakeostomi kanülden Aspirasyon

Aspirasyonda Uyulması Gereken Kurallar : Aseptik çalışılır. Orafarenks ve Trakea Steril olarak düşünülmeli. Ağız temiz olarak düşünülmeli ve ağızdaki sekresyonlar orafarenks ve trakeanın Aspirasyonundan sonra temizlenmelidir. Her defasında steril nelaton sonda kullanılır. Sekresyonun fazla olduğu durumlarda açık uçlu kateter tercih edilir. Her aspirasyon 15 sn'den fazla sürmemeli. Aspirasyonlar arası süre 3 dk. olmalı ve 3 kezden fazla tekrarlanmamalıdır. Aspiratör basıncı yetişkinde 50–95 mmHg, Çocukta 85–110 mmHg, yeni doğanda 50–95 mmHg olacak şekilde ayarlanır. Aksi takdirde fazla negatif basınç Pnömotoraksa neden olabilir. Oratrakeal ve Nazotrakeal Aspirasyon : Öksürük refleksiyle akciğerlerdeki sekresyonun atılamadığı durumlarda uygulanır. Ağız yada burundan yapılabilir. Ancak öğürme reflexi az olduğu için daha çok burun tercih edilir. Kateter ucu, trakeaya kadar uzatılarak aspire edilir. Hastaya işlem açıklanır. Semi fowler pozisyonu verilir. Oratrakeal Aspirasyon için baş yana çevrilir. Nazotrekeal Aspirasyon için baş Hiperextaniseyona getirilir.

Hasta bilinçsiz ise, yüzü hemşireye bakacak şekilde yan yatırılır. Bu şekilde dilin arkaya kaçıp, hava yolunu kapatması ve GiS muhtevasının Aspirasyonu önlenmiş olur. Ayrıca sekresyonun çıkartılması kolay olur. Eller yıkanır. Steril eldiven giyilir. Kateter Aspiratöre takılır. Kateter hastanın kulak memesi ve burun ucu arasındaki mesafe uzunluğunda baş ve işaret parmağı arasında sıkıştırılır. Steril solüsyona (SF yada Distile su)batırılarak nemlenmesi sağlanır. Girerken doku tahriş edilmemiş olur. İşlem öncesi hastaya buhar ve oksijen uygulaması yapılır. Kateter Oral ve Nazal ilerletildikten sonra Aspiratör açılır. Kateter üzerindeki basınç başparmağı çekerek kaldırır ve kateter parmaklar arasında döndürülerek çıkartılır. Kateter steril sudan geçirilerek içindeki sekresyonun çıkması sağlanır. Bu arada hasta bilinçli ise derin nefes alıp vermesi ve öksürmesi söylenir. Bu sekresyonun daha çabuk atımasını sağlar. Hastanın Akciğer sesleri dinlenir, solunumu izlenir ve gerekli ise işlem tekrarlanır. İşlem esnasında hastanın ağzındaki ve dil altındaki veya burnundaki sekresyonlar aspire edilerek temizlenir. Hastaya rahat bir pozisyon verilir. Sekresyonun yoğunluk, renk ve miktarı kayıt edilir.

NAZOGASTRİK SONDA TAKILMASI Gastro intestinal Sistemine yeterli fonksiyon görmediği durumlarda biriken sıvı-gazı boşaltmak, ameliyat sonrası ve travmatik olgularda mide bulanış ve kusmayı gidermek GİS fonksiyonlarını izlemek, ilaç uygulama ve hastayı beslemek amacıyla NG sonda yerleştirilir İşlemlerde hastaya açıklama yapılır. Oturur pozisyon verilir. NG sondanın ucu burun ucundan kulak memesine, oradan ksifoidin alt ucuna kadar uzatılır. Bu nokta işaretlenir. Erişkin birey için bu uzunluk yaklaşık 55-60 cm, çocuk için ise yaklaşık 40-45 cm kadardır. Hastaya başın kaldırılması ve hafifçe geriye doğru eğmesi söylenir. Tüp burun deliğinden içeriye, aşağıya ve ileriye ilerletilir. Bu arada hastaya yutkunması söylenir. Işlem sırasında en çok dikkat edilmesi gereken tüpün ilerleyişi esnasında hasta öksürüyor nefes nefese kalıyor ve siyanoza giriyorsa bu tüpün solunum yollarında olduğunu göterir. Tüp çekilir, işleme ara verilir. Tüpün takıldıktan sonra midede olup, olmadığı test edilir. Bunun için tüpün ucuna enjektör takılarak bir miktar mide içeriği aspire edilir. Yada tüpe 10-15 cc hava edilir. Aynı anda enjektörle verilen havanın Steteskopla mide üzerinden oskülte edilir. NG tüp yerleştirildikten sonra buruna tespit edilir. Sorun gelişmezse (tıkanma çıkma gibi)1 hafta takılı kalabilir.

NAZOGASTRİK SONDA İLE HASTA BESLEME Ağızdan besin ve sıvı alınamadığı durumlarda bu yöntem (gavaj) kullanılır. Beslenmede dik kat edilecek noktalar Hastanın başı 30-40 derece yükseltilerek Semifowler pozisyonu verilir ya da oturulur. Tüpün yerinde olup olmadığı kontrol edilir. Barsak sesleri dinlenir. Alınamıyorsa doktora haber verilir. Besleme yapılmaz Mide içeriği enjektörle yavaşça çekilerek mide içeriğinin miktarı belirlenir.Gavaj besini oda ısısında olmalıdır. Verilecek besin iyice çalkaladıktan sonra enjektörle verilecekse enjektöre, aralıklı damla şeklinde verilecekse pompa setinin torbasına konur. Besin başlangıçta 50cc komplikasyon gelişmediyse (Bulantı, Besin Aspirasyonu.... gibi) 75cc'ye çıkılır. Giderek her saatte 25cc arttırılarak miktar düzenlenir. Besin verdikten sonra tüpü yıkama, tıkanıklığı önlemek amacıyla 30-60 cc su verilir. Tüp klemplenir. Beslenmeden 2-3 saat sonra enjektörle mide içeriği çekilir, miktarı ölçülür. 50-100cc'den fazla ise mide boşalımının geç olduğunu gösterir. Doktora haber

verilir. Besin maddesi aralıklı damla veya sürekli damla şeklinde infüzyon pompasıyla verilecekse torba içinde konan besin maddesinin 250-400cc'yi geçmeyecek şekilde konulması ve kullanılan setin 24 saatte bir değiştirilmesi gerekir. Gelişebilecek Komplikasyonlar: Ağız mukozasında irritasyon. Akut Orta Kulak Ihtihabı,Damakta ve burunda iritasyon, Diyare, Bulantı, Distansiyon, Besin Aspirasyonu, tüpün tıkanması vb. yönünden sık kontrol edilir.

LAVMAN (REKTAL LAVAJ): Belirli amaçlar için Rektum ve Sigmoid Kolona sıvı vermektir. Temel yapılış nedeni bağırsak peristatizmini uyararak defakasyon sağlanmasıdır. Işlem esnasında hastaya sol lateral pozisyon verilir. Boşaltıcı ve Tedavi edici olarak iki şekilde uygulanır. Boşaltıcı Lavman; musluk suyu, normal tuzlu su, hipertonik tuzlu su ve sabun köpüğü solüsyonlarıyla yapılabilir. Musluk suyu ve tuzlu su için önerilen maximum miktarlar yaşa göre farklıdır.Bebek için 150- 250cc Çocukta 300 – 500cc Yetişkinde 750 – 1000cc 76 Tedavi Edici Lavman; ilaç uygulaması yapılır. Örn: Neomycin solüsyonlarının uygulanması. Amaç, barsaklara uygulanacak cerrahi girişimler öncesi kolondaki bakterilerin azaltılmasıdır.

İşlem hastaya açıklanır. Rektal tüpün ucu 3-4cm vazelin likid, pomad yada jel ile kayganlaştırılır. Rektuma yerleştirilirken hastaya ağızdan derin nefes alıp-vermesi söylenir. Amaç, Anal sfinkteri gevşetmektir. Sonda ilerletilirken herhangi bir engelle karşılaşıldığında tüp hemen geri çekilmelidir. Zorlanırsa bağısak perforasyonuna neden olabilir.Bu nedenle Rektal tüpün, yerleştirilen kısmı ; Yetişkinde 75-10 cm Çocuklarda

5 – 7,5cm Bebeklerde 2,5 – 4 cm olmalıdır. Kateter yerleştirildikten sonra klemp açılarak sıvının yavaşça akması sağlanır. Lavman sıvısı 30- 45cm yükseklikten akıtılır. Genelde 1 litre sıvı 10 dk. Içinde verilir. Hastada gaz sancısı, kramp gibi rahatsızlıklar gelişebilir. Bu durumda sıvı akışı durdurulur. Işlem sonunda sonda klemplenerek çekilir. Hasta bilinçli ise mümkün olduğu kadar içerde tutması söylenir. Bebek ve çocuklarda birkaç dk. için anüs bölgesi elle sıkıştırılır. Bu uygulama, bilinçsiz hastalarda da kullanılabilir ya da kateter içerde bekletilir. Sürgü yardımı ya da tuvalette hastanın dışkılamasına yardımcı olunur. Boşaltım bittikten sonra Anal bölge sabunlu suyla yıkanır ya da hastanın yıkamasına yardım edilir.

MESANE LAVAJI (IRRIGASYONU) Açık ya da kapalı metotla kalıcı foley sonda ile uygulanabilen mesanenin yıkanması işlemidir. Prostatektomi uygulanan hastanın idrar akışını kolaylaştırmak için üretral ya da suprapubik bir kateter ya da her ikisi yerleştirilmiş olabilir.Sürekli ya da aralıklı irrigasyona olanak sağlayan kapalı drenaj uygulanır. Irrigasyon üç lümenli kateterle yapılır. Bir lümen balonu şişirmek için bir lümen idrar drenajı için ve değer lümen irrigasyon sıvısının giriş için kullanılır. Steril irrigasyon sıvısı genellikle 30-60 damla 1dk. Şeklinde sürekli az miktarda sıvıyla (60-100ml) aralıklı olarak uygulanır. Sürekli irrigasyona idrar rengi açılıncaya kadar devam edilir. Eğer hastaya instilasyon amacıyla sıvı verilmişse solüsyon verildikten sonra kateter klemplenerek ilacın mesane mukozasını etkilemesi beklenir. AÇ. Takibi (verilen ve çıkan orantı) yapılan idrar rengi izlenir.

ÜRİNER KATETER TAKMA VE BAKIM Amaç hastane enfeksiyonlarını önlemek amacıyla üriner katater takılması ve bakımı konusunda yöntem belirlemektedir. Üriner Kateter Takılması Eller yıkanıp, kuru Steril alet ile tamponlar tutulup antiseptik solüsyona batırılmalıdır. Eksternal mea çevresi temizlenip hazır kateter takma seti kullanılmıyorsa antiseptik solüsyonu yardımcı vermeli, steril örtü ile uygulama alanı örtülmelidir. Kateter hazırlanmalı ya da hazır kateter takma seti kullanılmıyorsa yardımcı paketi açarak steril kateteri uygulayıcıya vermelidir. Kayganlaştırıcı jel üretraya sıkılıp, kateter üretraya yerleştirilmelidir. Kateterin balonunu şişirmek için kullanılacak olan steril sıvı enjektöre çekilmelidir.Steril idrar toplama kabı hastanın bacakları arasına yerleştirilmeli, steril idrar toplama kabı yoksa steril kapalı direnaj torbası katetere bağlanmalıdır. Idrarın geldiği izlenip, kateterin mesanede olduğu düşünülüyorsa, buna karşılık idrar gelmiyorsa hafif suprapubik bası yaparak idrarın gelip gelmediği kontrol edilmeli, yine idrar gelmiyorsa, mesane steril SF ile irrige edilerek kateter ucunun mesanede olduğu kontrol edilmelidir. Balonlu kateter ise 8-10 mL steril sıvı ile balon şişirilir, kateter yavaşca geri çekilerek mesane boynuna oturtulmalıdır. Steril kaplı drenaj torbası takılmalıdır. Balonsuz kateter ise gelen idrar bittiğinde kateter yavaşça geri çekilerek mesanenin tamamen boşalması sağlanır. Idrar akışı bittiği zaman kateter çekilerek çıkartılmalıdır.

Steril örtü kaldırılır, kateter takma sırasında perinede kirlenme olduysa antiseptik solüsyon ile temizlenmelidir. Idrar torbasının ve toplayıcı sistemin mesane düzeyinin altında tutulması gerektiği hatırlatılmalıdır. Hasta kalktığında direnaj sisteminin bükülüp tıkanmadığı kontrol edilmelidir. Üriner kateterler periyodik olarak değiştirilmemelidir. Kateter endikasyonu biter bitmez ürenir kateter çıkarılmalıdır. Üriner Kateter Bakım Kateterle temastan önce ve sonra eller yıkanmalıdır. Işlemler sırasında eldiven giyilip meatus su ve sabunla temizlenmelidir.Hasta banyo yapacak ise öncesinde torba boşaltılmalı ve bağlantıların kapalı olduğu kontrol edilmelidir. Hastanın transferi sırasında torbanın boş ve

bağlantılarının kapalı olduğundan emin olunmalıdır.

İNTRAVENÖZ KATETER TAKILMASI Sıvı ve ilaç infüzyonu nedeniyle I.V. kateter takılır. Uygun ven seçimi önemlidir. Uygun Ven: Kolay bulanabilir, zedelenmemiş olmalı ve eklem üzerinde olmamalıdır. Distalden proksimale doğru seçim yapılır.Bacak ve ayak venleri zorunlu olmadıkça kullanılmamalıdır. Hipertonik solüsyonlar, damar duvarını irriter edici ilaçları içeren solüsyonlar ve hızlı verilmesi gereken solüsyonlar için büyük venler tercih edilmelidir. Vene uygun ölçülerde kateter seçimi 20-22 numara. İşlem hastaya açıklanır. Tek kullanımlık eldiven giyilir. Turnike, vene girilecek alanın 10-15cm yukarısına bağlanır. Turnike, venöz kan akışını engelleyecek sıklıkta olmalı, Arteriyal kan akışını engellenmelidir. (Radyal Nabzın alınıp alınmadığını kontrol ederek anlaşılabilir.) Alkol ya da Povidon-Iyot solüsyonu ile damar boyunca yukarıdan aşağıya silinir. Damara girilecek alan bir elle sıkıca çekilerek gerdirilir. Bu şekilde ven ve deri iğnenin girişi için sabitleşmiş olur. Vene girerken doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki teknik kullanılır. Büyük venlerde doğrudan vene girme tekniği (deri ve ven aynı anda hızlıca delinerek) kullanılır. Bu teknikte iğnenin açık ağzı yukarı bakmalı ve delik ile iğne 15-20 derece bir açı yapılmalıdır. Dolaylı teknik ise iğnenin açık ağzı yukarı bakacak şekilde ve 30-45 derece açıyla delinir. Deriye giren nokta, vene girmek için belirlenen alanın yaklaşık 1cm altında ve vene paraleldir. Deriye girildikten sonra iğnenin deriyle yaptığı açı 15 dereceye kadar küçültülerek vene girilir. Bu teknik özellikle küçük ve kaygan venlerden kullanılır ve hematom oluşma olasılığı daha azdır. Kan geldiği görüldüğünde kateter, kan akımına doğru ilerletilir ve turnike açılır.

Kateterin içindeki çelikiğne çıkartılır. Ven içinde kalacak plastik iğne, kan akımı➢ yönüne doğru ilerletilir ve tamamen ven içine yerleştirilir. Tespit etmeden önce solüsyon gidip gitmediğine bakılır. Sorun yoksa tespit edilir. Kateter, belirli aralarla sadece ilaç uygulaması için takılmış ise Heparin kilidi uygulanır ve kateter steril kapağı ile kapatılır. Günün tarihi ve takan hemşirenin parafı atılmalıdır.

POSTÜRAL DRENAJ İŞLEMİ Hastaya çeşitli pozisyonlar verilerek, yer çekiminin etkisiyle, Akciğerlerin Alt segmentlerinde birikmiş sekresyonların trakeaya doğru atılmasını sağlamak amacıyla yapılan bir tedavi yöntemidir. Ciddi solunum zorluğu, Kafa Içi Basıncı Artması, Yaşam Bulgularının pozisyon➢ değişikliğinden olumsuz etkileneceği durumlarda uygulanmaz. Drenajın etkili olabilmesi için: Uygun pozisyon, sekresyonun sulandırılması, diyafragma Solunumu uygulanması, Perküsyon ve Vibrasyon bitiminde uygun öksürtme önemlidir. Postüral Drenaj, günde 2-4 kez ya da ihtiyaca bağlı olarak yapılır. Sabahları yataktan kalkmadan ve uyumadan önce uygulanabilir. Yemeklerden önce veya 2 saat sonra uygulanmamasına dikkat edilmelidir. Her bir seansta uygulama süresi 20 dk. yi geçmemelidir. Işlem hastaya açıklanır. Doktor isteminde- varsa Bronkodilatatör verilir. Eller yıkanır. Tanpone ederek vurma hareket. El ayası fincan gibi çukurlaştırılır. Lezyonlu olan üzerineparmak uçlarıyla kısa, ani vuruşlar yapılır. Elin çukurlaştırılması göğüs duvarı ve el ayası arasında bir hava yaptığı oluşturduğu için çok önemlidir. Ancak kuvvetli yapılmamalıdır. Vurma akciğerlerde dolaşımı, hücre aktivitelerini ve sekresyon çıkartmayı arttırır. Sarsma lezyonlu olan, üzerine iki el üst üste konarak hastaya derin nefes alması söylenir, nefesini verirken çabuk ve ard arda titreşimler halinde fibrasyon yapılır. Hasta nefes alırken fibrasyon yapılmaz. Postural Drenajda Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar: Uygulama saati, işlem sonunda hastanın öksürerek sekresyon çıkarıp çıkarmadığını,ayrıca hasta sekresyon çıkarmışsa miktarı ve görünüşü Hemşire Izlem Çizelgesine kaydedilir. İşlem esnasında hastanın genel durumu, solunum şekli ve öksürük biçimi gözlenmeli.Uygulama sonrası hastaya ağız bakımı verilir.Çıkan sekresyon genellikle kötü kokuludur. Oda kokusunun giderilmesi için hasta hava akımında bırakılmadan oda havalandırılmalı. Direne edilmesi istenen Akciğer segmentine göre pozisyon verilir. Çocuğa verilecek pozisyon, drenajı istenen Akciğer segmentinin anatomik yerine ve çocuğun durumuna bağlı olarak değişebilir. Gereksinimine göre her bir pozisyonda kalış süresi ayarlanır. Akciğerlerin drenajı sağlanırken, çocuk Trendelenburg pozisyonuna getirilir. Her iki Akciğerin üst lob Apikai Segmentlerinin drenajında ise çocuğu oturur pozisyonda tutmak en uygun pozisyondur. Ciddi karın distansiyonu olan veya ciddi solunum zorluğu olan veya Kafa içi Basınç artışı olan çocuklar, baş aşağı pozisyonda tutulmalıdır. Pozisyon verildikten sonra, drene edilecek Akciğer segmentlerine Perküsyon ve Vibrasyon işlemi yapılır. Arkasından derin solunum ve öksürme egzersizleri yaptırılır. Eğer çocuk istenen öksürme tekniğini yapamıyorsa, trakeal gıdıklama ile etkili öksürtme sağlanabilir. Trakeal gıdıklama, troid kıkırdak üzerine hafifçe bası yapılarak uygulanabilir. Perküsyon; Drenaj sırasında aralıklı olarak vurma hareketidir. Sekresyonun hızlı bir şekilde hareketini sağlar. Eller kubbe şekline getirilerek veya yumuşak bir anestezi maskesi kullanılarak yapılır. İşlem kemik çıkıntıları üzerine ve karına yapılmaz. Çocuklarda iki veya üç parmağın kullanılması yeterlidir. 1-2 dk sürmelidir. Vibrasyon: Perküsyondan hemen sonra ekspiryum sırasında göğüs duvarına, kol ve ellerin hızlı hareketleriyle uygulanan sarsıcı hareketlerdir. Sekresyonların trakeaya doğru hareket etmesine yardımcıdır. Perküsyon ve Vibrasyondan sonra hasta daima öksürtülmelidir. Işlem sırasında Hipoksi yönünden izlenir. Sekrasyonun özelliği ve miktarı değerlendirilir. Ağız bakımı verilir.

ALDIĞI – ÇIKARDIĞI SIVI İZLEMİ Ameliyat sonrası dönemde, oral yolla beslenme istenmeyen durumlar, Dehidratasyon nedeniyle fazla sıvı alması gereken durumlar. I.V. sıvı tedavi uygulamaları gibi durumlarda mutlaka izlem yapılmalıdır. Genelde doktor istemi doğrultusunda başlanıp sürdürülmesine rağmen, hemşire gereksinimi kendisi belirleyip, A.Ç.Takibini başlatabilir ya da gerek olmadığını saptayabilir. Takibe başlarken işlemin nasıl yapılacağı hastaya açıklanır. İşlemin doğru bir şekilde sürdürülebilmesi hastanın işbirliğine bağlıdır. Bilinçsiz hastalarda işlem tamamiyle hemşire kontrolündedir. A.Ç. Takibi saatlik isteniyorsa, Her saat hastanın aldığı (oral, Nazogastrik yoluyla) içerik, miktar açısından belirlenir ve kayıt edilir.1 çay bardağı 100 cc 1 su bardağı 200-240 cc olarak kabul edilir. Nazogastrik ile beslemede enjektör sistemi ve infüzyon pompasıyla miktar belirlenir.

Hasta bilinçli ise her saat aldığı sıvı miktarını kendine ait bir kağıta kaydetmesi istenir. (8saatlik yapılacak izlemde de bu uygundur.) I.V. yolla beslemede; hangi solüsyonun hangi miktarda verileceğine karar verdikten sonra tedavinin başlatılması ve sürdürülmesinden hemşire sorumludur. DDS ve saatte gidecek mayi miktarı belirlenir.Sıvı İzlem 08.00'den itibaren ya da ne zaman başlatılması istenmişse başlatılır.Saatte gidecek mayi miktarına göre, her saat başı kalan ve giden mayi miktarı kayıt edilir. 8 saatlik gönderilen mayi miktarları toplanarak hastanın aldığı diğer sıvılar eklenerek Genel Aldığı toplamında gösterilir. Hastanın Çıkardıkları (İdrar, NG, Kusma, Direnler) saatlik olarak takip edilecekse, miktarları bağlantı sağlanmış torbalarla ya da torbadan serum şişesine boşaltılarak 80 belirlenir. İdrarda Ürofix ya da normal idrar torbası NG'de idrar torbası kullanılır. Kusma; miktar ve özellik açısından değerlendirilir. Miktarı böbrek küvet ve ölçekli bir kapla ölçülür. Her biri ilgili alanlara saatlik olarak yazılarak 8 saatlik toplamalar şeklinde belirlenir.AÇ. Takibinde 24 saat sonunda Genel toplam hesaplanır. Elde edilen sonuçlar, bireyin aldığı ve çıkardığı sıvı miktarının dengeli olup olmadığı yönünden değerlendirilir. Değerlendirme yapılırken hissedilmeyen sıvı kayıpları da göz önüne alınmalıdır.

BİLİNÇ – PUPİL – EXTREMİTE TAKİBİ Bilinç Takibi: Bilinç düzeyinin belirlenmesi amacıyla yapılır. Bilinçsiz ya da bilinç düzeyinde değişiklik olan hastalarda her saat başı, stabilleşmiş fakat risk taşıyan hastalarda her 8 saate bir yapılıp, kaydedilmelidir. Bilinç düzeyi belirlenmesinde Glasgow Koma Skalası kullanılır. Bu skalada; göz açma, motor tepki ve sözel cevap gibi Spesifik gözlemlere sayısal değerler verilerek değerlendirme yapılır. Puanlama düzeyine göre: Bu tanımlamalar hastanın kliniğine göre farklılık gösterebilir. Hastanın bilinç düzeyi, verilen herhangi bir uyarana (ağrı, ses... gibi) hastanın verdiği tepki ile belirlenir. Uyarı hafiften başlanıp gerektikçe artırılarak uygulanır. Uyarı verilen alanlar: Glebella üzerine parmakla bası uygulanır Tırnak yatağına parmakla ya da yabancı cisimle bas uygulanır. Meme ucu sıkıştırılır. Ayak tabanı topuktan parmaklara doğru sert bir cisimle çizilir. Kemikle derinin yakın olduğu alanlara bası uygulanır.

Pupil Takibi: Pupiller büyüklük, şekil ve ışığa reaksiyon açısından değerlendirilir. Bir pupilde gözlenen bulgular diğer pupille karşılaştırılır. Normalde her iki pupil eşit büyüklükte ve yuvarlaktır. Büyüklük ve şeklinde görülebilecek değişiklikler (Oval, düzensiz kenalı pupil...) belirlenir. Işık uygulaması yapılarak Çap ve Reaksiyon açısından değerlendirilir. Çap olarak; Izokorik, Anizokorik, Bilateral Midriyazıs ve Bilaterel Myozis tanımlamaları belirlenir. İzokorik : Her iki pupil birbirine eşit, ışık reaksiyonu pozitif ve büyüklük normaldir. Anizokorik ; Pupil büyüklükleri birbirine eşit değildir. Bilateral Midriyazis : Her iki pupil normalden büyüktür.