

1.2. HASTANIN NAKLİ

Gerekli Malzemeler:

- Nakil formları, tıbbi kayıtlar, radyolojik filmler, laboratuvar sonuçları vb. bir kopyası
- Gereksinim olan özel gereçler; tekerlekli sandalye veya sedye, böbrek küvet, sürgü / ördek, oksijen tüpü, serum askısı, kardiyak monitor, acil ilaçlar vb.

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim tarafından yazılan nakil formunun, hastanın gideceği klinik ve hekim adının, raporların hazırlandığından emin olunur.			
2. Hasta ve ailesine naklin amacı açıklanır.			
3. Bakım ortamındaki değişiklikler hakkında hasta ve ailesi ile duygularını görüşmek için zaman ayırılır.			
4. Gerekirse hastadan yazılı onam alınır.			
5. Hastanın mevcut durumu ve nakil yöntemi saptanır (tekerlekli sandalye, sedye, nakil aracı vb) (kurum politikası izlenir).			
6. Hastanın nakil öncesi semptom yönetimi için ağrı giderici ya da diğer ilaçlara gereksinimi değerlendirilir.			
7. Kurum politikasına göre nakil formu tamamlanır.			
8. Hastada herhangi bir problem gelişirse (nakil öncesinde ve sırasında gerekli girişimler (aspirasyon, pansuman değişimi vb.) yapılır.			
9. Doğru vücut mekanikleri kullanılarak tekerlekli sandalye veya sedye ile hastanın nakline yardımcı olunur.			
10. Hastanın son fiziksel durum değerlendirmesi yapılır ve kayıt edilir.			
11. Hastanın nakledileceği birim veya kurum aranarak hastanın süreci ve durumu hakkında bilgi verilir.			

1.2. TRAVMA YELEĞİ (K.E.D.=Kendrick Extrication Device) Uygulaması

Amaç : Oturan yaralının spinal immobilizasyonunu KED takılarak sağlama becerisinin kazanılması.

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
Malzemelerin doğru ve eksiksiz hazırlanması.			
Hastanın başının ve boynunun düz hat pozisyonu verilerek manuel tespit edilmesi.			
Servikal immobilizasyonun devamını sağlamak amacıyla yardımcıya servikal kolların taktırılması. (Manuel tespit yardımcı tarafından devam ettirilmeli)			
KED hastanın arkasına omurga ortalanacak şekilde konulup yan kısımlarının koltuk altına yerleştirilmesi.			
Bacakları tutacak olan şeritlerin çözülüp her iki yana açılması.			
Ortadaki şeridin takılması ve sabitleştirilmesi. (çok fazla sıkıştırmamalı)			
Alttaki şeridin takılması ve sabitleştirilmesi (çok fazla sıkıştırmamalı)			
KED'in yanlardan tutularak hastanın koltuk altlarında boşluk kalmayacak şekilde koltuk altlarına doğru yerleştirilmesi.			
Bacak şeritlerinin dıştan içe veya içten dışa doğru olacak şekilde bacakların altından geçirerek klemplerin takılması ve sıkıştırılması.			
Hastanın baş boyun bölgesi ile KED arasında boşluk kalmışsa yastık ile boşluğun doldurulması.			
Hastanın baş ve boynunun sabitlenmesi (Bu aşamadan sonra hastanın manuel boyun immobilizasyonu bırakılabilir).			
Şeritlerin sıkıştırılması.			
Hastaya derin bir nefes aldırılarak göğüs hizasındaki üst şeridin takılması.			
Hastanın sırt tahtasına alınması. (Duruma göre yan tutamaklardan sedyeye taşınması.)			

2.1. EL YIKAMA

Gerekli Malzemeler:

- Sıvı sabun
- Kağıt havlu
- Çöp kovası
- Tercihe göre el losyonu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. El yıkama öncesinde deri ve tırnak kontrolü yapılır.			
2. Takılar çıkarılır ve güvenli bir yere konulur.			
3. Lavabonun önüne geçilip musluk açılır. Suyun akış hızı ve sıcaklığı (ılık olmalı) ayarlanır.			
4. Eller ve bilekler akan suyun altında tutularak ıslatılır. Yıkama sırasında eller ve ön kol dirseklerden aşağıda tutulur.			
5. Avuç içine 1 çay kaşığı (3-5 ml) sıvı sabun alınır ve iyice köpürtülür. Ellerin ve parmakların tüm yüzeyinin sabunla kaplanmış olmasına dikkat edilir.			
6. Sabun el ve bilekte yayarak ovuşturulur. Bu işlem en az 15 sn sürdürülür.			
7. Sıra ile avuç içeri, bilekler, el sırtları, her bir parmak dairesel hareketlerle en az 5 kez ovulur.			
8. Bir el diğer elin sırtına gelecek şekilde kenetlenerek parmak araları temizlenir. Başparmak ve parmak araları özenle ovulur. Diğer el için de aynısı tekrarlanır.			
9. Tırnak altları diğer elin avuç içinde dairesel hareketlerle sürtülerek temizlenir.			
10. Eller bileklerden parmak ucuna doğru durulanır.			
11. Eller parmak ucundan bileklere doğru kağıt havlu ile silinerek kurulanır.			
12. Temiz bir kağıt havlu ile musluk kapatılır. Kağıt havlu çöpe atılır.			
13. Son olarak gerekirse el losyonu kullanılır.			

2.2. CERRAHİ EL YIKAMA

Gerekli Malzemeler:

- Antiseptik sabun / solüsyon
- Tırnak fırçası
- Steril havlu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. El yıkama öncesinde deri ve tırnak kontrolü yapılır.			
2. Takılar çıkarılır ve güvenli bir yere konulur.			
3. Suyun akış hızını, sıcaklığını (ılık olmalı) ayarlamak, antiseptik solüsyon almak için ayak pedallı derin bir lavabo kullanılır.			
4. Tırnak fırçası lavabonun kenarına konulur.			
5. Saçlar bone ile tamamen kapatılır ve maske takılır.			
6. Suyun sıcaklığı ayarlanır ve işlem süresince eller ve kollar dirsek hizasının yukarısında tutulur.			
7. Eller akan suyun altında ıslatılır ve suyu sıçratmamaya dikkat edilir.			
8. Avuç içine 3-5 ml antiseptik sabun / solüsyon alınır ve ovuşturularak tüm yüzeylere ulaşması sağlanır.			
9. Sırasıyla; tırnaklar, avuç içi ve parmaklar, başparmağın kenarları, parmakların geri kalan kısımları ve elin gerisi dairesel hareketlerle 10 kez ovulur.			
10. Aynı sıra ve aynı ilkeler ile diğer el de yıkanır. Daha sonra kol bilekten dirseğe doğru dairesel hareketlerle yıkanır.			
11. Akan suyun altında tırnak fırçası ile her iki elin tırnak dipleri temizlenir. Fırça lavabonun içine bırakılır.			
12. Eller ve kollar dirsek seviyesinin üzerinde parmakların ön kısmı akan suyun altına yerleştirilir, parmaklar, eller ve kollar durulanır.			

2.2. CERRAHİ EL YIKAMA

13. Suyun dirseklerden aşağıya doğru lavaboya akmasına izin verilir. İşlemin herhangi bir aşamasında el veya kol steril olmayan bir yüzeye değerse tüm işlemler baştan tekrarlanır.			
14. Kollar vücuttan uzak ve dirsek seviyesinin üzerinde tutularak işlem odasına gidilir.			
15. Steril havlu tek el ile vücuttan uzak tutarak açılır.			
16. Havlunun bir yüzü ile önce bir el sırası ile parmak uçları, parmak araları, avuç içi ve üstü, bilek ve dirseğe doğru dairesel hareketlerle kurulur. Kurulama sırasında dirsekte geriye dönülmez.			
17. Havlunun diğer yüzü ile diğer el aynı şekilde kurulur. Havlu sepete atılır.			
18. Eller ve kollar vücuttan uzakta ve göz hizasında tutulur.			



2.3. STERİL ELDİVEN GİYME VE ÇIKARMA

Gerekli Malzemeler:

- Steril eldiven
- Tıbbi atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

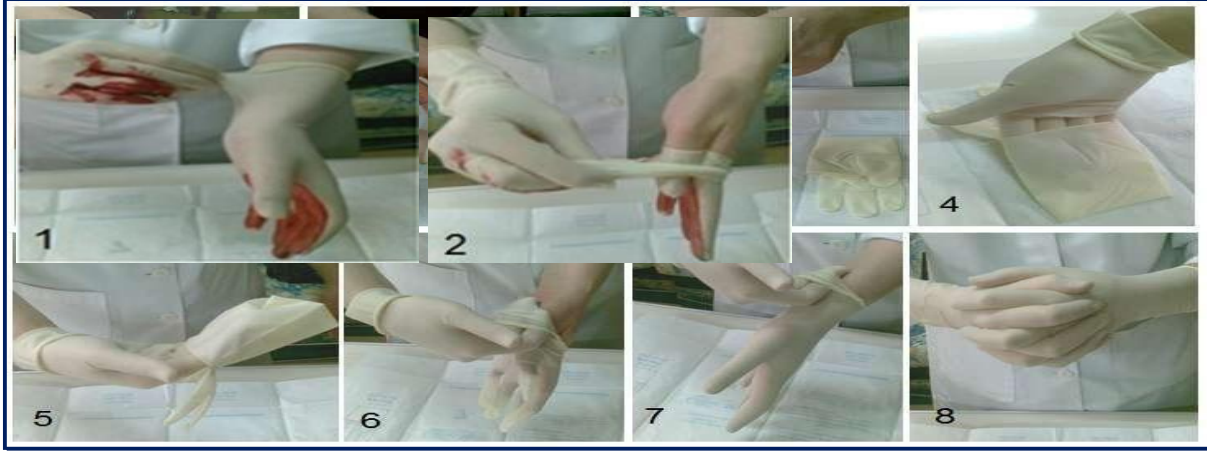
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Elin büyüklüğüne uygun steril eldiven seçilir.			
2. Eldiven (dış paketin bütünlüğü, son kullanma tarihi, nemlilik vb) kontrol edilir.			
3. Takılar çıkarılır ve eller yıkanır.			
4. Eldivenin dış paketi dikkatlice yanlara doğru ayrılarak açılır. İç paket bel hizasından yukarı temiz ve kuru bir alana yerleştirilir.			
5. Eldivenin koncu bize bakacak şekilde kitap gibi açılır.			
6. İç yüzeye değmeden; önce kendimizden uzak, sonra yakın kenar, daha sonra sağ ve sol kenarlar açılır.			
7. Sağ eldiveni giymek için sol elle, sol eldiveni giymek için sağ elle eldivenin bükülmüş olan konç kısmı baş ve işaret parmaklar ile tutulup, yukarı doğru hafif kaldırılır.			
8. Dört parmağı birleştirilen el eldiven içine yerleştirilir ve eldivenin içinde ilerletilir.			
9. Diğer ele geçerken eldivenli elin başparmağı diğer parmaklardan uzaklaştırılıp, diğer dört parmak birleştirilerek eldivenin konç bölümünün içine yerleştirilir ve eldiven kaldırılır.			
10. Eldiven giyilmemiş el eldivenin içinde düz bir şekilde ilerletilir, diğer el ile eldiven yukarı doğru çekilir. Eldiven giyildikten sonra konç bırakılır.			
11. Her iki elin parmakları birbiri arasına geçirilerek eldivenler iyice yerleştirilir.			
12. Eldivenlerde delik, yırtık vb olup olmadığı kontrol edilir. Gerekirse işlem tekrarlanır.			

2.3. STERİL ELDİVEN GİYME VE ÇIKARMA

13. Eller bel düzeyinin hizasında ve görüş alanı içerisinde tutulur. Sadece steril alana dokunulur.			
14. Eldivenlerin sterilliği devam ettirilerek işlem uygulanır.			
15. Uygulama bittikten sonra eldivenler hiçbir yere değdirilmeden çıkarılır. <ul style="list-style-type: none">• Önce aktif olmayan eldeki eldivenin koncu yakın bölgeden tutulup bileğe değdirilmeden ters yüz edilerek çıkarılır.• Çıkarılan eldiven eldivenli elin avucuna alınır.			
16. Eldivensiz elde tıpkı eldiven giyer gibi, başparmak diğer parmaklardan uzaklaştırılır. Birleştirilen dört parmak diğer eldeki eldiven koncunun içine yerleştirilir ve eldiven ters yüz edilerek çıkarılır.			
17. Eldivenler tıbbi atık kutusuna atılır.			
18. Eller yıkanır.			



2.4. CERRAHİ MASKE GİYME VE ÇIKARMA

Gerekli Malzemeler:

- Tek kullanımlık maske
- Tıbbi atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
- 1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
- 2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Maskenin iki üst şeridinden tutulur (Maskenin üst kısmında burun üzerini kapatabilmek için ince bir metal vardır).			
3. Maske ağız ve burunu kapatacak şekilde tutulur.			
4. Kafanın üst arka kısmından ve kulakların üzerinden şeritler bağlanır.			
5. Alt şeritler ensede bağlanır.			
6. Metal şerit tutulur ve burun kenarları üzerinde sıkıştırılır.			
7. İşlem bittikten sonra maskenin önce alt, sonra üst ipleri çözülür.			
8. Karşıya bakan ön yüzüne dokunmadan maske çıkarılır.			
9. Maske tıbbi atık kutusuna atılır.			
10. Eller yıkanır.			

2.5. STERİL PAKET AÇMA

Gerekli Malzemeler:

- Steril set

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Steril set bel düzeyinin üzerinde kuru ve temiz bir alana bırakılır.			
3. Sterilizasyon bandı çıkarılır.			
4. İlk önce steril setin kendimizden uzak olan karşı ucu açılmalıdır. Karşı uç dış taraftan kavranır ve uç noktasından tutularak açılır.			
5. Daha sonra setin sağ ve sol kenarları setin iç yüzeyine dokunmadan açılır.			
6. Setin kendimize yakın taraftaki alt ucu açılır. Masadan aşağıya sarkması sağlanır.			
7. Set açıldıktan sonra setin üzerinde konuşma, öksürme, aksırma ve el kol hareketleri yapılmamalıdır.			

2.6. STERİL ALANA STERİL MALZEME BIRAKMA

Gerekli Malzemeler:

- İşleme göre steril malzeme
- Steril set

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
- 1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
- 2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Steril set uygun steril malzeme açma yöntemi uygulanarak açılır.			
3. Gerekli olan steril malzemenin paketi aktif el ile dışından tutularak açılır.			
4. Malzemeler alana yaklaşık 15 cm yukarıdan bırakılır. Malzemelerin steril alana düştüğünden emin olunur. Steril alan üzerine el, kol uzatılmaz.			
5. Malzemenin dış paketi atılır.			
6. Eller yıkanır.			

2.7. STERİL KAP İÇİNE STERİL SOLÜSYON DÖKME

Gerekli Malzemeler:

- Steril solüsyon
- Steril kap

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler temiz ve düz bir zemine yerleştirilir.			
3. Solüsyonun adı ve son kullanma tarihi kontrol edilir.			
4. Steril solüsyonun bulunduğu şişe alınır ve kapağı açılır.			
5. Kapak dış yüzeyi zemine gelecek şekilde bırakılır. Kapağın iç kısmına el değdirilmemelidir.			
6. Şişe steril alanın dışında ve solüsyon kabından 2.5-5 cm yukarıda tutularak solüsyon kap içerisine boşaltılır.			
7. Solüsyonun şişe kenarına akmasına dikkat edilir.			
8. İşlem sonrası kapak dışından tutularak alınır ve şişenin ağzı kapatılır.			

4.1. SUPİNE POZİSYONU

Gerekli Malzemeler:

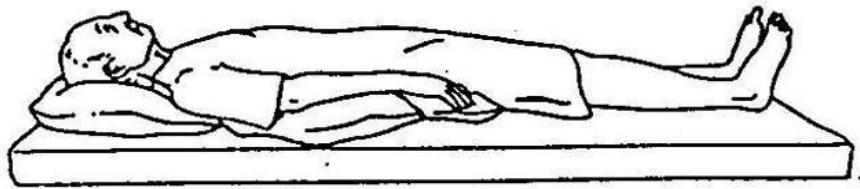
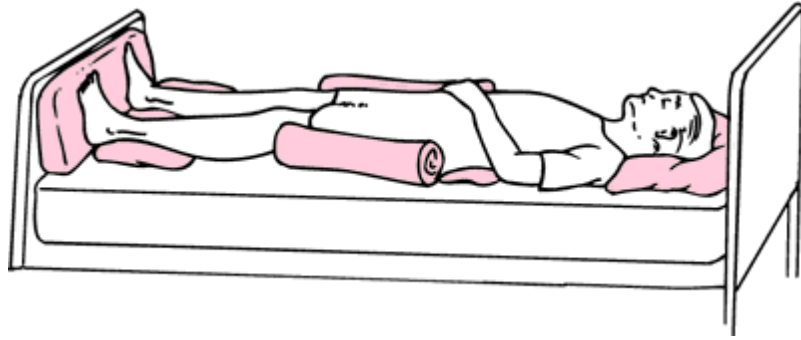
- Pike
- Yastık
- Havlu
- Ayak tahtası (havlu vb malzeme)

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
- 1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
- 2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta, yatağın ortasına gelecek şekilde sırt üstü yatırılır.			
9. Hastanın omuzlarını kapsayacak şekilde başının altına yastık koyulur.			
10. Hastanın kolları vücudunun yan tarafına, dirseklerden hafif içe doğru bükük (fleksiyon) şekilde uzatılır.			
11. Hastanın kollarının altına üst kolu bedenine paralel olacak şekilde ve önkolu pronasyon pozisyonuna (avuç içi aşağıya dönük) getirilerek altına yastık yerleştirilir.			
12. Belinin altına ince bir yastık ya da ince katlanmış bir havlu yerleştirilir.			
13. Dizlerinin altına ince katlanmış bir havlu yerleştirilir.			
14. Ayak bileklerinin altı yastıkla desteklenir.			

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
15. Ayak tabanları ayak tahtası ile desteklenir.			
16. Çalışılan taraftaki korkuluk kaldırılır.			
17. Hasta bu pozisyonda en fazla 2 saat kalabilir.			
18. Eller yıkanır.			
19. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



ERİŞKİN KARDİYOPULMONER RESUSİTASYON

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
Bilinç durumu değerlendirmek için hastayı omuzlarından tutarak hafifçe sarsılır.			
Yüksek sesle “Nasılsınız?” diye sorunuz.			
Yanıt yoksa yardım çağırılır.			
Ağız içi kontrol edilir. Yabancı cisim görülüyorsa çıkarılır. Solunum yollarını açmak için travma yoksa hastanın başı hiperekstansiyona getirilir(var ise alt –çene yöntemi kullanılmalıdır.).			
“ Bak, Dinle, Hisset ” yöntemi ile solunumu olup olmadığını değerlendirilir.			
Spontan solunumu yoksa ya da normal solumuyorsa 112 yi çağırılır.			
2 Kurtarma soluğu verilir (erişkinde verilmeyebilir)			
Nabız Kontrolü (Sağlık personel olanlar)- Karotis Sağlık personeli olmayanlar dolaşımın görünür bulguları olan solunum, hareket vb. değerlendirilir. 30 Göğüs Kompresyonu- 2 Solunum(1 SİKLUS)			
Kompresyon 100- 120 / dk Sternum göğüs kafesinin 1/3 ü kadar (5 cm) çöktürülür. 6 CM DEN FAZLA OLMASIN!!!			
5 siklusta bir yeniden değerlendirme yapılır.			
Karotis arterten 5 sn süreyle nabız yeniden kontrol edilir. Nabız yoksa; KPR’a devam edilir. (30 K.masajı / 2 solunum) Nabız varsa; solunum kontrol edilir. Solunum yoksa; 12 kez /dk. Solutulur (5 sn de bir soluk). Solunum varsa; havayolu açıklığı sürdürülür.			

ÇOCUK KARDİYOPULMONER RESUSİTASYON

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
Bilinç durumu değerlendirmek için hastayı omuzlarından tutarak hafifçe sarsılır.			
Yüksek sesle “Nasılsınız?” diye sorunuz.			
Yanıt yoksa yardım çağırılır.			
Ağız içi kontrol edilir. Yabancı cisim görülüyorsa çıkarılır. Solunum yollarını açmak için travma yoksa hastanın başı ekstansiyona getirilir(var ise alt –çene yöntemi kullanılmalıdır.).			
“ Bak, Dinle, Hisset ” yöntemi ile solunumu olup olmadığını değerlendirilir.			
Spontan solunumu yoksa ya da normal solunumuyorsa 112 yi çağırılır.			
5 Kurtarma soluğu verilmesi			
Nabız kontrolü(Sağlık personel olanlar)-Karotis 30 Göğüs Kompresyonu - 2 Solunum (1 SİKLUS) Kompresyon 100-120 / dk. FAKAT 120 dk AŞMAMALIDIR!!! Sternum göğüs kafesinin 1/3 ü kadar (yaklaşık 5 cm) çöktürülür			
5 siklusta bir yeniden değerlendirme yapılır.			
Karotis arterten 5 sn süreyle nabız yeniden kontrol edilir. Nabız yoksa; KPR’a devam edilir. (30 K.masajı / 2 solunum) Nabız varsa; solunum kontrol edilir. Solunum yoksa; 15 kez /dk. Solutulur(4 sn de 1 soluk). Solunum varsa; havayolu açıklığı sürdürülür.			

BEBEK KARDİYOPULMONER RESUSİTASYON

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
Bilinç durumu değerlendirmek için hastayı omuzlarından tutarak hafifçe sarsılır.			
Hareket var mı bakılır.			
Yanıt yoksa yardım çağırılır.			
Ağız içi kontrol edilir. Yabancı cisim görülüyorsa çıkarılır. Solunum yollarını açmak için hastanın travma yoksa başı ekstansiyona getirilir(var ise alt –çene yöntemi kullanılmalıdır.).			
“ Bak, Dinle, Hisset ” yöntemi ile solunumu olup olmadığını değerlendirilir.			
Spontan solunumu yoksa ya da normal solumuyorsa 112 yi çağırılır.			
5 kurtarma soluğu verilmesi			
Nabız Kontrolü (Sağlık personel olanlar)-Brakiyal 30 Göğüs Kompresyonu - 2 Solunum (1 SİKLUS) 15 Göğüs Kompresyonu - 2 Solunum (iki kişi ile) Kompresyon 100- 120 / dk. FAKAT 120 dk AŞMAMALIDIR!!! Sternum göğüs kafesinin 1/3 ü kadar (yaklaşık 4 cm) çöktürülür.			
5 siklusta bir yeniden değerlendirme yapılır.			
Brakial Arterden 5 sn süreyle nabız yeniden kontrol edilir. Nabız yoksa; KPR'a devam edilir. (30 Kalp Masajı / 2 solunum) Nabız varsa; solunum kontrol edilir. Solunum yoksa; 20 kez /dk. Solutulur(3 sn. de 1 soluk). Solunum varsa; havayolu açıklığı sürdürülür			

TRAKSİYON ATELİ KULLANMA BASAMAKLARI

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Yaralının ayakkabı ve çorapları çıkarılır.			
2. Yaralının sağlam olan bacağına yanına traksiyon ateli konularak teleskopik çubuklar ile uzunluğu ayarlanır.			
3. Bir kişi, bacağı ayak bileğinden tutarak traksiyon uygular ve hafifçe yukarı kaldırır.			
4. Ayak bileği bandı, ayak bileğine sarılır.			
5. İkinci kişi, ateli bacağın altına yerleştirir.			
6. Atelin femur başı yastıkcığı, femur başının altına yerleşmelidir.			
7. Ayak yükseltici açılır.			
8. Ayak bileğinden traksiyon uygulayarak tutan kişi hiç bırakmadan bacağı atel üzerine yerleştirir.			
9. Kasık bölgesine yumuşak pedler yerleştirilerek kasık bandı bağlanır.			
10. Ayak bileği bandı, gergi makarasına takılır			
11. Gergi makarası, traksiyonu sağlayacak şekilde ve kırık olan bacak, sağlam bacakla aynı boya gelene kadar döndürülür.			
12. Elastik bantlar kırık yerin üzerine gelmeyecek şekilde bacağa sarılır.			
13. Tüm kısımları dezenfekte edilebilir.			
14. Kullanım sonrası tüm eklenti parçaları özel kutusunda saklanmalıdır.			

4.2. LATERAL POZİSYON

Gerekli Malzemeler:

- Pike
- Yastık
- Havlu

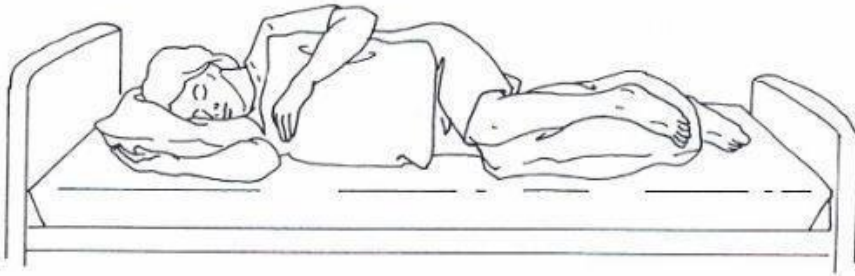
Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır. Malzemeler hazırlanır. Hastaya işlem açıklanır.			
2. İşlem için izin alınır. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
3. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
4. Uygun duruş pozisyonu alınır. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
5. Hasta döndürüleceği tarafın tam karşısında, yatağın kenarına çekilir.			
6. Hastanın dizi yatağa değmeyecek şekilde bükülür, kalçası ve omuzları üzerine eller yerleştirilir.			
7. Hasta kendi tarafımıza doğru döndürülür.			
8. Hasta yatağın ortasında yan yatırılır, başının altına yastık koyulur.			
9. Her iki kolu hafifçe fleksiyona getirilir.			
10. Üstteki kolu omuz hizasında yastık ile; alttaki kolu yatak ile desteklenir.			
11. Hastanın alttaki bacağı düz tutulur.			
12. Üstteki bacağı ile alttaki bacağı arasına yastık yerleştirilir.			
13. Hastanın üstteki bacağı hafif bükülür (hafif fleksiyona getirilir).			
14. Çalışılan taraftaki korkuluk kaldırılır.			
15. Hasta, bu pozisyonda en fazla 2 saat kalabilir.			
16. Eller yıkanır.			
17. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



4.3. PRONE POZİSYONU

Gerekli Malzemeler:

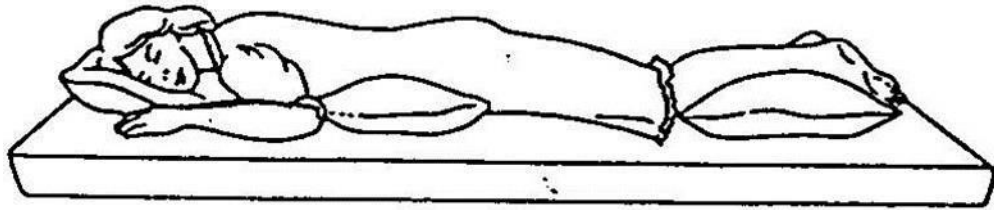
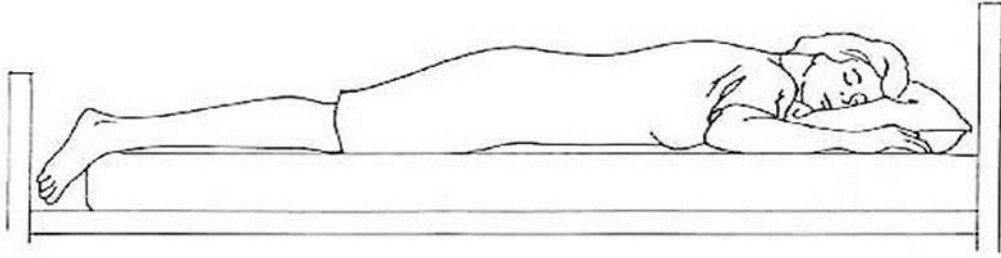
- Pike
- Yastık
- Havlu

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta, yatağın ortasına gelecek şekilde yüz üstü yatırılır.			
9. Hastanın başının altına yastık koyulur ya da katlanmış ince bir havlu yerleştirilir.			
10. Hastanın başı yan çevrilir.			
11. Hastanın elleri başının iki tarafına koyulur.			
12. Hastanın karnının altına (diyafram seviyesinin aşağısından) ince bir yastık yerleştirilir.			
13. Hastanın ayak bileklerinin altına (ayak parmakları yukarıda kalacak şekilde) yastık yerleştirilir.			
14. Çalışılan taraftaki korkuluk kaldırılır.			
15. Hasta, bu pozisyonda en fazla 45 dakika ya da 1 saat kalabilir.			
16. Eller yıkanır.			
17. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			

4.3. PRONE POZİSYONU



4.4. SEMİ-FOWLER - FOWLER POZİSYONU

Gerekli Malzemeler:

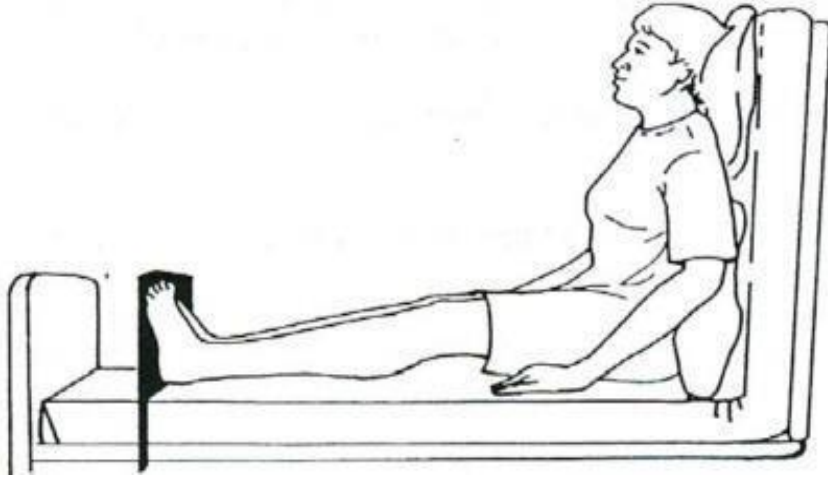
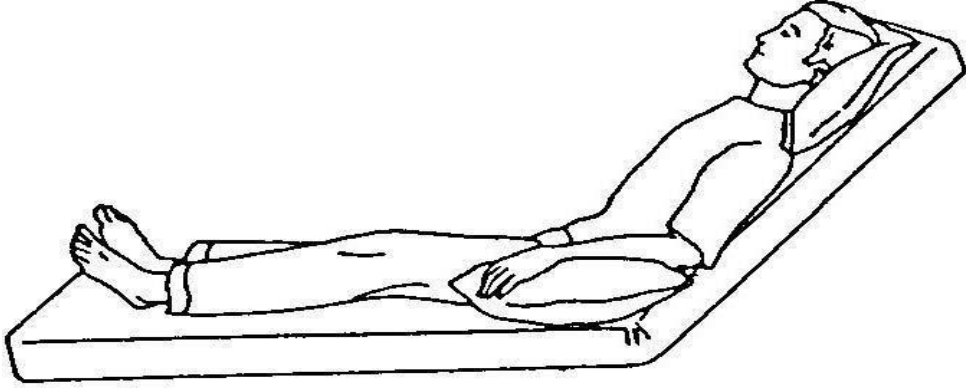
- Pike
- Yastık
- Havlu

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta sırt üstü yatırılır.			
9. Yatağın baş tarafı 30-45° açı yapacak şekilde yükseltilir.			
10. Hastanın omuzlarını kapsayacak şekilde başının altına yastık koyulur.			
11. Hastanın kolları iki yana koyulur.			
12. Hastanın kollarının altına yastık koyulur.			
13. Hastanın dizlerinin altına ince bir havlu koyulur.			
14. Hastanın lüzum halinde ayak tabanı ayak tahtası ile desteklenir.			
FOWLER POZİSYONU			
15. Yatak başının açısı 90°'ye getirilir.			
16. Eller yıkanır.			
17. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			

4.4. SEMİ-FOWLER - FOWLER POZİSYONU



4.5. DORSAL REKÜMBENT POZİSYONU

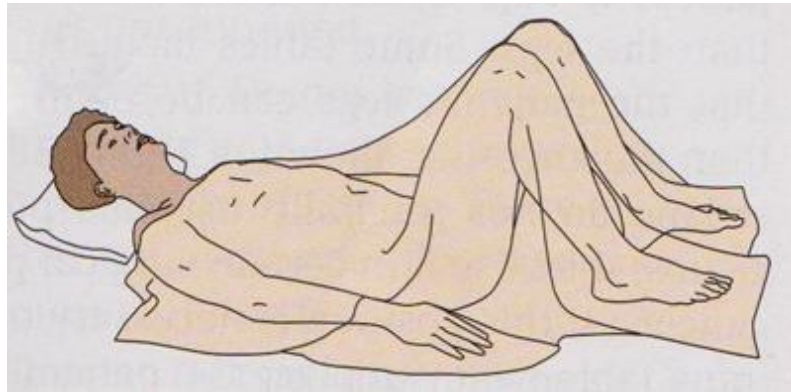
Gerekli Malzemeler:

- Pike
- Yastık

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta sırt üstü yatırılır.			
9. Hastanın elleri göğsünün üzerinde, yanlarında veya başının altında tutulur.			
10. Hastanın bacakları ayak tabanları yere temas edecek şekilde kaldırılır.			
11. Hastanın bacak araları açılır.			
12. Eller yıkanır.			
13. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



4.6. LİTOTOMİ POZİSYONU

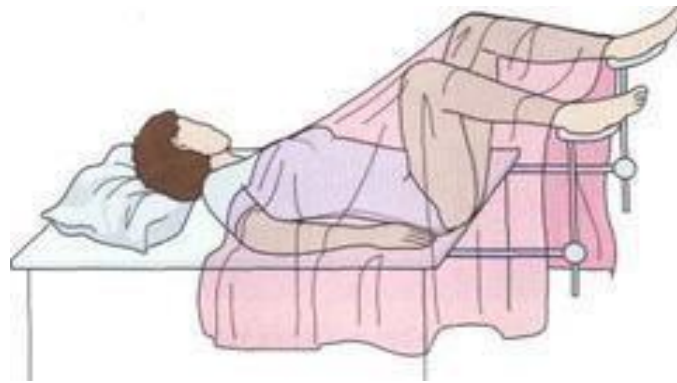
Gerekli Malzemeler:

- Pike
- Yastık

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta sırt üstü yatırılır.			
9. Hastanın başının altına ince bir yastık koyulur.			
10. Hastanın kolları yanlara ya da göğüs üstüne koyulur.			
11. Hastanın üstüne pike örtülür.			
12. Hastanın bacakları jinekolojik muayene masasının ayakucunda bulunan iki uçtaki özel arklara koyulur.			
13. İşlem bittikten sonra hastanın bacakları indirilir, pozisyonu düzeltilir.			
14. Eller yıkanır.			
15. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



4.7. KNEE-CHEST (DİZ-GÖĞÜS) POZİSYONU

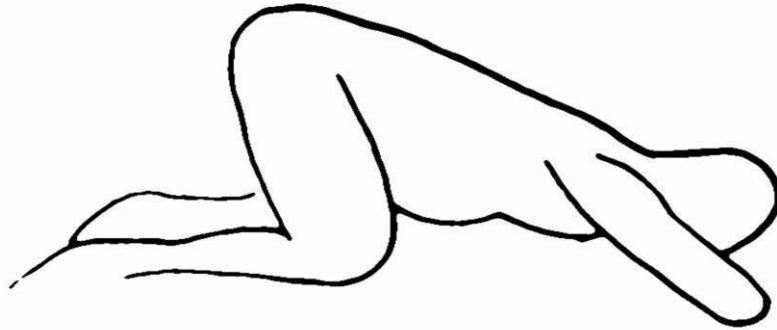
Gerekli Malzemeler:

- Pike
- Yastık

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta, yüzü yatağa gelecek şekilde yatırılır.			
9. Hastanın başı yatağın üzerine dik bir şekilde yerleştirilir.			
10. Hastanın elleri ve dirsekleri yatağa temas ettirilir.			
11. Hastanın göğsü mümkün olduğunca yatağa yerleştirilir.			
12. Hastanın kalçaları yukarı kaldırılır.			
13. Dizlerden itibaren alt bacağı yatağa temas ettirilir.			
14. Eller yıkanır.			
15. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



4.8. ORTOPNE POZİSYONU

Gerekli Malzemeler:

- Pike
- Yastık

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta yatak içinde dik oturtulur.			
9. Yemek masası hastanın önüne yerleştirilir.			
10. Hastanın rahatlık durumuna göre yemek masasının üzerine bir ya da iki yastık yerleştirilir.			
11. Hastanın başı yastık üzerine yan çevrilerek koyulur.			
12. Hastanın kolları başının yanına yerleştirilir.			
13. Eller yıkanır.			
14. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



4.9. SİM'S POZİSYONU

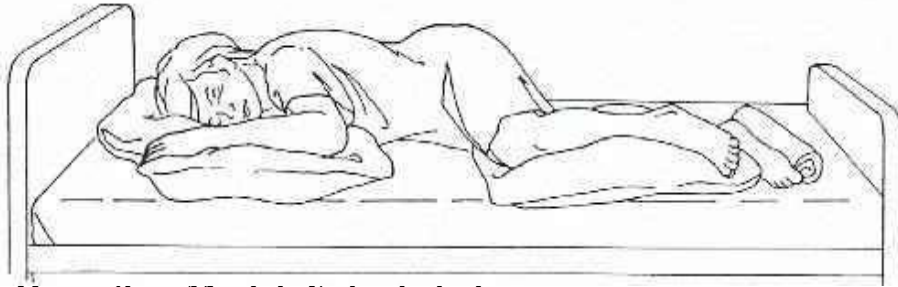
Gerekli Malzemeler:

- Pike
- Yastık

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın mahremiyeti sağlanır.			
5. Çalışılan bölgenin karşısındaki korkuluk kaldırılır.			
6. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
7. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
8. Hasta yatağın ortasına getirilir.			
9. Hastaya sol lateral pozisyon ve prone pozisyonunun birleşiminden oluşan pozisyon verilir.			
10. Hastanın başının altına yastık yerleştirilir.			
11. Hastanın alttaki kolu başının yanına koyulur.			
12. Hastanın üstteki kolunun altına yastık yerleştirilir.			
13. Hastanın alttaki bacağı hafif fleksiyonda tutulur.			
14. Hastanın üstteki bacağı mümkün olduğunca karnına doğru çekilir.			
15. Hastanın iki bacağı arasına yastık yerleştirilir.			
16. Çalışılan taraftaki korkuluk kaldırılır.			
17. Eller yıkanır.			
18. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



4.10. TRENDELENBURG POZİSYONU

Gerekli Malzemeler:

- Yastık

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Malzemeler hazırlanır.			
3. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Uygun duruş pozisyonu alınır.			
5. Vücut mekaniklerine dikkat edilir.			
6. Hastaya supine pozisyonu verilir.			
7. Yatağın tamamı baş aşağıda olacak şekilde ayakucu 30° yukarı kaldırılır.			
8. Eller yıkanır.			
9. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



4.11. HASTAYI SUPİNE POZİSYONUNDAN LATERAL POZİSYONA GETİRME

Gerekli Malzemeler:

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastaya uygulanacak işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
2. Yatağın baş kısmı bütünüyle ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir.			
3. Hastanın yakınındaki kolu göğsünün üzerine, uzaktaki kolu ise gövdesinden ileriye yerleştirilir.			
4. Yatağın kenarlığı kaldırılır ve karşı tarafa geçilir.			
5. İşlem yapan kişi yüzünü ve gövdesini hastaya döner, bir ayağı geride, dizlerini bükerek ve yakın dizini yatağa dayayarak vücut mekaniğini kullanmak üzere pozisyon alır.			
6. Bir el ile hastanın uzak taraftaki omzu, diğer el ile de uzak taraftaki kalçası kavranarak hastaya yan yatış pozisyonu verilir.			
7. Gerekli yerleri yastıkla desteklenir.			
8. Yatağın diğer kenarlığı kaldırılır.			

4.12. HASTAYI SUPİNE POZİSYONUNDAN PRONE POZİSYONUNA GETİRME

Gerekli Malzemeler:

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastaya uygulanacak işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
2. Yatağın baş kısmı bütünüyle ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir.			
3. Hasta, döndürüleceği yönün zıt tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
4. Ayakları birleştirilir, kolları da gövdesine iyice yaklaştırılır.			
5. Hastanın başı, döndürüleceği yönün ters tarafına çevrilir.			
6. Yatağın kenarlığı kaldırılır ve yatağın karşı tarafına geçilir.			
7. Öncelikle hasta daha önce anlatıldığı gibi lateral pozisyona getirilir.			
8. Sonra da yüz üstü pozisyonuna getirilir.			
9. Hastanın başı yan tarafa çevrilir, gerekirse küçük bir yastıkla desteklenir.			

4.13. HASTAYI PRONE POZİSYONUNDAN SUPİNE POZİSYONUNA GETİRME

Gerekli Malzemeler:

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
- 1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
- 2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastaya uygulanacak işlem açıklanır.			
2. Yatağın baş kısmı bütünüyle ya da hastanın tolere edebileceği düzeye indirilir.			
3. Hasta, döndürüleceği yönün zıt tarafına doğru yatağın kenarına çekilir.			
4. Hastanın yüzü hareket yönünün ters tarafına çevrilmelidir.			
5. Hastanın bacakları yan yana uzatılmış ve kolları gövdesine iyice yaklaşmış duruma getirilir.			
6. Yatağın kenarlığı kaldırılır ve yatağın karşı tarafına geçilir.			
7. İşlemi yapan kişi yüzünü ve gövdesini hastaya döner, vücut mekaniğini doğru kullanılarak, önce hastanın uzak taraftaki omuz ve kalçası kavranarak yatağın kenarına çekilir, sırasıyla yan pozisyona sonra da sırt üstü pozisyona getirilir.			
8. Hastanın vücut bölümleri, yastıkla desteklenir.			
9. Hastanın omurgasının ve bacaklarının düzgün olup olmadığına dikkat edilir.			
10. Yatağın diğer kenarlığı kaldırılır.			

4.14. HASTAYI YATAK KENARINDA OTURTMA

Gerekli Malzemeler:

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
- 1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
- 2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastaya uygulanacak işlem açıklanır.			
2. Hasta dik oturur duruma gelinceye kadar yatak başı yükseltilir.			
3. Hastanın bel kısmına yakın durularak, bir kol hastanın kolunun ve üst sırt bölgesinin altına konular, diğer kol hastanın bacaklarının üstünden geçirilir.			
4. Hasta dizlerinden kavranarak tek bir hareketle bacakları yatak kenarından sarkıtılır ve gövdesi dik pozisyona getirilir.			
5. Sandalyeye almadan veya yürütmeden önce bir kaç dakika bu şekilde oturtulur.			

4.16. HASTAYI YATAKTAN SANDALYEYE ALMA

Gerekli Malzemeler:

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastaya uygulanacak işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
2. Hasta bir süre yatak kenarında oturtulur ve gözlenir. Bu arada terlikleri giydirilir.			
3. Sandalye yatağın başucuna paralel olacak ve yüzü yatak ayakucuna bakacak şekilde yerleştirilir ve sandalyenin tekerlekleri kilitlenir. Eğer yatağın ayaklarında tekerlek varsa bunlar da sabitlenir.			
4. Hastanın sandalyeye uzanması ve sandalyenin kolunu yakalaması sağlandıktan sonra, hastanın koltuk altından tutularak destek olunur. İşlem yapan kişinin ayaklarını hafifçe yana açması gerekir.			
5. Hastayla birlikte koordineli hareket edilerek önce hastanın sandalyeye geçmesi sonra da sandalyeye yerleşmesi sağlanır.			

4.17. HASTAYI YATAKTAN SEDYEYE ALMA

Gerekli Malzemeler:

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastaya uygulanacak işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
2. Sedyeye yatağın ayak ucuna dik açı yapacak şekilde konur, yatağın ve sedyenin tekerlekleri kilitlenir.			
3. Bu işlem için en az üç kişi gereklidir.			
4. En uzun boylu kişi yatağın başında olmak üzere boy sırasına göre sıralanırlar.			
5. Baş taraftaki kişi; hastanın baş ve omuz kısmından tutar, bir kolunu hastanın baş ve boynunu destekleyecek şekilde omzunun altından geçirir, diğer kolunu ise yanındaki kişinin kolunun hemen yanına koyar.			
6. Ortadaki kişi; bir kolunu hastanın belinin, diğer kolunu ise hastanın kalçasının altına yerleştirir.			
7. Ayak ucunda duran kişi; bir kolunu ortada bulunan kişinin kolunun hemen yanına, diğer kolunu da hastanın ayak bileklerinin altına yerleştirir.			
8. Bir komutla hasta yataktan göğüs hizasına kadar kaldırıldıktan sonra sedyeye doğru dönülerek tek bir hareketle sedyeye yerleştirilir.			

4.18. HASTAYI SANDALYEDEN YATAĞA ALMA

Gerekli Malzemeler:

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastaya uygulanacak işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
2. Sandalye yatağın başucuna paralel olacak, sandalyede oturan hastanın yüzü de yatak ucuna bakacak şekilde yerleştirilir.			
3. Sandalyenin tekerlekleri kilitlenir.			
4. Hasta yatağa yakın olan eli ile hemşirenin omzundan diğer eli ile de sandalyenin kolundan destek alır.			
5. İşlemi yapan kişi hastanın koltuk altından tutarak yatağa geçmesine yardımcı olurken hastayla birlikte koordineli hareket etmelidir.			
6. İşlemi yapan kişinin ayaklarını hafifçe yana açması gerekir.			
7. Hastanın ayakları yatağa kaldırılarak uygun pozisyon alması sağlanır.			

5.1. ALINDAN ATEŞ ÖLÇER İLE VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME

Gerekli Malzemeler:

- Alından ateş ölçer
- Pamuk tampon / gazlı bez
- %70'lik alkol / dezenfektan solüsyon
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir. İşlem için hastadan izin alınır.			
4. Hastanın işleme katılabilme derecesi ve işlemi etkileyebilecek faktörler değerlendirilir.			
5. Termometrenin sensör kısmı %70'lik alkol ile silinir.			
6. Bölgede açıklık, sargı, krem, saç vb. olmamasına dikkat edilir.			
7. Alet üzerindeki düğme basılı tutularak alın bölgesinden birkaç cm uzaktan birkaç saniye tutulur.			
8. Ekrandaki değer okunur.			
9. Ölçülen değer hakkında hastaya bilgi verilir ve hemşire gözlem formuna kaydedilir. Eğer varsa önceki değerle karşılaştırılır.			
10. Anormal bulgular değerlendirilir ve gerekli uygulamalar için planlama yapılır.			
11. Termometrenin sensör kısmı %70'lik alkolle silinerek ortamdaki uzaklaştırılır ve eller yıkanır.			

5.2. TİMPANİK MEMBRAN TERMOMETRE İLE VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME

Gerekli Malzemeler:

- Timpanik termometre
- Tek kullanımlık timpanik prob
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir. İşlem için izin alınır.			
4. Hastanın işleme katılabilme derecesi ve işlemi etkileyebilecek faktörler değerlendirilir.			
5. Hastanın başı yana doğru rahat bir konuma getirilir.			
6. Hastanın kulak kanalı; kulak kiri, enfeksiyon açısından değerlendirilir. Eğer sorun varsa diğer kulaktan ölçüm yapılır.			
7. Timpanik termometre şarj aletinden çıkarılır ve termometrenin ucuna tek kullanımlık prob yerleştirilir.			
8. Timpanik termometre probu kulak kanalına yerleştirilir (Kulak kepçesi yetişkinlerde yukarı ve geri, 3 yaş altı çocuklarda aşağı ve geri çekilerek kulak kanalı düzleştirilir ve timpanik membranın açığa çıkması sağlanır).			
9. Timpanik termometrenin sapı çeneyi gösterecek şekilde hastanın kulağına yerleştirilir ve hareket ettirilmez.			

5.2. TİMPANİK MEMBRAN TERMOMETRE İLE VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME

10. Prob yerine oturur oturmaz aletin düğmesine basılır.			
11. Termometre probu sinyal duyulana ve hastanın vücut sıcaklığı dijital ekranda görülene kadar yerinde tutulur (yaklaşık 2 saniye). Ekranda görülen değer okunur.			
12. Prob kulak kanalından dikkatlice çıkarılır. Termometreden tek kullanımlık probu çıkarmak için düğmeye basılır, prob çıkarılır ve atık kutusuna atılır.			
12. Ölçülen değer hakkında hastaya bilgi verilir ve hemşire gözlem formuna kaydedilir. Eğer varsa önceki değerle karşılaştırılır.			
13. Anormal bulgular değerlendirilir ve gerekli uygulamalar için planlama yapılır.			
14. Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır ve eller yıkanır.			



5.3. DİJİTAL TERMOMETRE İLE VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME

Gerekli Malzemeler:

- Dijital termometre
- Pamuk tampon / gazlı bez
- % 70'lik alkol / dezenfektan solüsyon
- Saniyeli saat
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Rektal ölçüm için suda eriyebilen kayganlaştırıcı ve tek kullanımlık eldiven
- Atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve işlem için hastadan izin alınır.			
4. Hastanın işleme katılabilme derecesi ve işlemi etkileyebilecek faktörler değerlendirilir.			
5. Termometre kılıfından çıkarılır ve açma kapama düğmesine basılır. Termometre ölçüm moduna getirilir. Uyarı sesi ve ekranda "Lo" bilgisi görülür.			
6. <u>Oral ölçüm yapılacak ise:</u>			
a) Bireye rahat edebileceği bir pozisyon verilir (fowler ya da supine) ve ağzını açması söylenir.			
b) Termometre hastanın dil altına dikkatlice yerleştirilir.			
c) Hastaya termometreyi ısırmadan ağzını kapatması ve burnundan nefes alıp vermesi söylenir.			
d) Termometrenin en az 3 dakika dil altında kalması sağlanır (Derecede yükselme olup olmadığı gözlenir, sinyal sesi gelene kadar beklenir).			

5.3. DİJİTAL TERMOMETRE İLE VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME

e) Sinyal sesi durduktan sonra termometre hastanın ağzından çıkarılır ve ekranda görülen değer okunur.			
7. Aksiller ölçüm yapılacak ise:			
a) Odanın kapısı ve yatak etrafındaki perdeler kapatılır / paravan yerleştirilir.			
b) Bireye rahat edebileceği bir pozisyon verilir (fowler ya da supine). Omzu ve kolu örten giysileri gevşetilir / çıkarılır.			
c) Ölçüm yapılacak koltuk altının kuru ve temiz olması sağlanır.			
d) Termometre tam koltuk altına gelecek biçimde yerleştirilir. Uç bölümün boşlukta kalmamasına dikkat edilir.			
e) Sinyal sesi gelene kadar termometrenin ucu koltuk altında tutulur. Derecenin yükselmeye başlayıp başlamadığı gözlemlenir.			
f) Sinyal sesi durduktan sonra termometre koltuk altından çıkarılır ve ekranda görülen değer okunur.			
8. Rektal ölçüm yapılacak ise:			
a) Odanın kapısı ve yatak etrafındaki perdeler kapatılır / paravan yerleştirilir.			
b) Hastaya anal bölgenin rahatlıkla görülebileceği şekilde sim's pozisyonu verilir.			
c) Eldiven giyilir.			
d) Termometrenin ucuna suda eriyebilen kayganlaştırıcı sürülür (yetişkinler için 2.5-3.5 cm; çocuklar için 2-2.5 cm).			
e) Bir el ile hastanın kalçaları birbirinden ayrılır ve anüs hafifçe açılır.			
f) Hastaya yavaş ve derin nefes alması söylenir ve termometre anüsten 1cm kadar ilerletilir. İlerletme sırasında direnç hissedilirse termometre hemen geri çekilir.			
g) Sinyal sesi gelene kadar termometrenin ucu rektumda tutulur.			
h) Sinyal sesi durduktan sonra termometre rektumdan çıkarılır ve ekranda görülen değer okunur. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
9. Ölçülen değer hakkında hastaya bilgi verilir ve hemşire gözlem formuna kaydedilir. Eğer varsa önceki değerle karşılaştırılır.			
10. Anormal bulgular değerlendirilir ve gerekli uygulamalar için planlama yapılır.			
11. Termometre elde tutulan alandan uca doğru alkollü pamuk ile silinir ve kutusuna konulur.			
12. Eller tekrar yıkanır.			

5.4. RADIAL ARTERDEN NABIZ ÖLÇÜMÜ

Gerekli Malzemeler:

- Saniyeli saat
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir. İşlem için hastadan izin alınır.			
3. Nabız ölçmeden önce, hastanın işleme katılabilme derecesi ve nabız hızını etkileyecek faktörler (yaş, egzersiz, yorgunluk, yemek yeme vb) değerlendirilir.			
4. Birey herhangi bir aktivitede bulunmuş ise 5-10 dakika dinlenmesi sağlanır.			
5. Hastaya pozisyon verilir ve ölçüm yapılacak bölgedeki giysiler çıkarılır ya da yukarı sıyılır. a) Supine pozisyonunda; kol gövdeye paralel olacak şekilde vücudun yanına uzatılır ya da el bilekten bükülmeden, abdomen bölge veya göğüs üstünde iç yüzü vücuda bakacak şekilde yerleştirilir. b) Fowler pozisyonunda; nabız ölçümü yapılacak kol sandalye kolçağı üzerine ya da dizler üzerine 90° açı oluşturacak şekilde el bilekten bükülmeden, avuç içi yere bakacak şekilde yerleştirilir.			
6. İşaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları radial arter üzerine yerleştirilir. Başparmak bileğin dış kısmına koyulur. Nabız hissedebilmek için arter üzerindeki parmaklarla hafifçe basınç uygulanır.			
7. Yavaşça radiusa bastırılır. Başlangıçta atımlar bozulabilir. Uygulanılan basınç azaltılarak atım daha kolay hissedilebilir hale getirilir.			
8. Atımlar net hissedildikten sonra; saatin saniye göstergesi kontrol edilir. Atımlar düzenli ise 30 saniye sayılıp 2 ile çarpılarak dakikadaki nabız sayısı hesaplanır. Atımlar düzensiz ise (taşikardi, aritmi vb.) nabız 60 saniye sayılır ve değerlendirilir.			
9. Atımların dolgunluğu ve ritmi değerlendirilir.			
10. Gereken süre boyunca nabız sayıldıktan sonra işlem sonlandırılır.			
11. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
12. Bulunan değer hakkında hastaya bilgi verilir ve hemşire gözlem formuna kaydedilir (Örn: 80/dk, düzenli vb). Eğer varsa önceki değerle karşılaştırılır.			
13. Anormal bulgular değerlendirilir ve gerekli uygulamalar için planlama yapılır.			
14. Eller yıkanır.			

ENTÜBASYON UYGULAMA REHBERİ

Amaç : Entübasyon uygulaması konusunda beceri kazandırılması

Gerekli malzemeler: Balon valf maske, endotrakeal tüp, megill pens, aspiratör ve aspiratör sondası, laringoskop ve bleytleri, oral airway, rulo sargı, enjektör

UYGULAMA BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Kullanılacak malzemelerin kontrol edilmesi			
2. Balon valf maske ile %100 oksijen bağlantısının kurulması			
3. Hastaya uygun tüpün seçilmesi ve sterilizasyona dikkat ederek tüpün kontrol edilmesi			
4. Hava yolunun açılması (Baş-Çene ve Alt-Çene pozisyonu ile)			
5. Balon valf maskeyi hastanın ağız yapısına C yöntemi ile yerleştirilip 3 dakika devamlı solutulması			
6. Ağız içinin aspire edilmesi			
7. Steril eldivenin giyilmesi			
8. Sterilitesi bozulmadan tüpün poşetten çıkarılması			
9. Laringoskopun sol ele alınması ve bu elin kirli kabul edilmesi			
10. Laringoskop bleytini ağız içine, dilin anatomisine uygun bir şekilde sağdan sola doğru epiglottik kıvrıma yerleştirilmesi ve el bileğini kırmadan kolu ventral ve kraniale doğru kaldırılması (böylece epiglottis yukarı kaldırılır ve larinks girişi görülür)			
11. Endotrakeal tüpün, sağ elle kalem gibi tutularak, dış yandan görerek trakeaya doğru ilerletilmesi			
12. Laringoskop bleytini hastanın ağızından çıkarırken, entübasyon tüpünün iki parmakla ağız kenarında sabit tutulması			
13. Balon valf maske ile soluturken göğüs hareketlerinin izlenmesi			
14. Tüp bloğuna 6-8 cc. hava verilmesi (Pratik yöntem tüpün kafı iki parmak arasında sıkıştırıldığında, kaf ne çok sert nede parmaklar birbirine değecek şekilde çok yumuşak olmamalıdır. Ayrıca kaçak olup olmadığına da bakılır)			
15. Akciğerlerin steteskopla dinlenmesi ve eşit havalanıp havalanmadığının değerlendirilmesi (Eğer akciğerler eşit havalanmazsa, bu durumda tek taraflı entübasyon söz konusudur, tüpün kafı indirilerek, akciğerler eşit ventile olana kadar tüp geriye çekilir ve tekrar kafı şişirilir)			
16. Oral airwayin yerleştirilmesi			
17. Endotrakeal tüpün ve airwayin sabitlenm			
18. Eldivenin değiştirilerek steril eldiven giyilmesi			
19. Steril eldiven ve steril sonda ile önce tüpün içinin sonrada ağız içinin aspire edilmesi			
20. Hastanın spontan solunumu yoksa; Balon valf maske ile 5 sn.'de bir solutulması			

5.5. PERİFERAL NABIZLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gerekli Malzemeler:

- Saniyeli saat
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

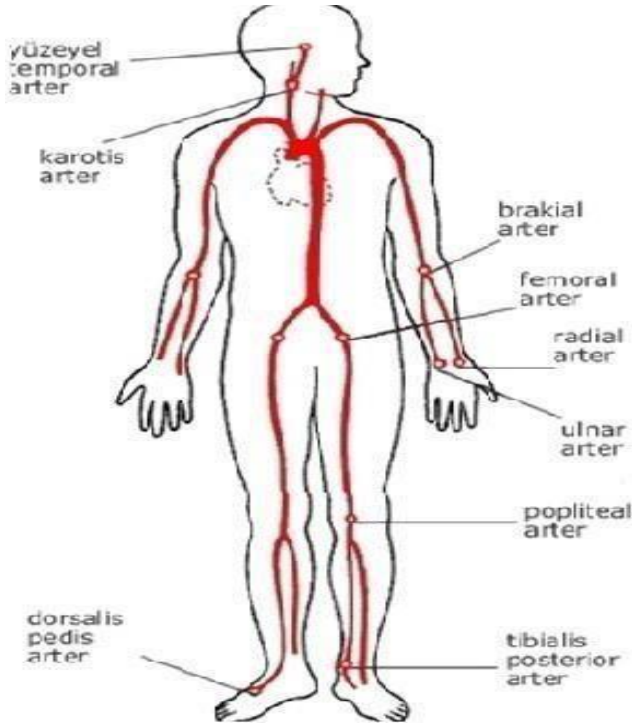
İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir. İşlem için hastadan izin alınır.			
3. Birey herhangi bir aktivitede bulunmuş ise 5-10 dakika dinlenmesi sağlanır.			
4. Radial Arterin Tespiti: a) Supine pozisyonunda; kol gövdeye paralel olacak şekilde vücudun yanına uzatılır ya da el bilekten bükülmeden, abdomen bölge veya göğüs üstünde iç yüzü vücuda bakacak şekilde yerleştirilir. b) Fowler pozisyonunda; nabız ölçümü yapılacak kol sandalye kolçağı üzerine ya da dizler üzerine 90° açı oluşturacak şekilde el bilekten bükülmeden avuç içi yere bakacak şekilde yerleştirilir.			
c) İşaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları bileğin iç kısmında başparmak hizasındaki radius kemiği üzerine, başparmak ise bileğin üst yüzüne gelecek şekilde yerleştirilir ve radial arter hissedilir.			
5. Brakial Arterin Tespiti: a) Nabızın değerlendirileceği kol uygun biçimde yerleştirilir.			
b) İşaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları dirseğin vücuda yakın iç kısmına, serçe parmak hizasında antekübital bölge üzerine, başparmak ise dirseğin dış kısmına yerleştirilir.			
c) Parmak uçlarıyla arter üzerine hafif bir baskı uygulanarak brakial arter hissedilir.			

5.5. PERİFERAL NABIZLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

6. Temporal Arterin Tespiti: a) Hastanın rahat edebileceği bir pozisyon alması sağlanır.			
b) Aktif elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları baştaki temporal kemik üzerine, gözün yan üst kısmına yerleştirilir ve temporal arter hissedilir.			
7. Karotis Arterin Tespiti: a) Hasta oturtulur ya da supine pozisyonunda ise başı 30° yükseltilir.			
b) Başı orta hatta ve hafif ekstansiyon durumuna getirilerek, boyun bölgesinin rahat biçimde görülebilir olması sağlanır.			
c) Aktif elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları sternokleidomastoid kasının orta iç kısmı ile trakea arasına koyulur ve karotis arter hissedilir.			
8. Femoral Arterin Tespiti: a) Hastanın supine pozisyonu alması sağlanır.			
b) Nabzın değerlendirileceği bacak, ayak parmakları yukarı gelecek şekilde uzatılır ve hastanın mahremiyetine dikkat edilerek kasık bölgesi açılır.			
c) Aktif elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları simfisis pubis ve anterior superior iliak spine arasındaki inguinal ligamentin orta hattına konulur ve femoral arter hissedilir.			
9. Popliteal Arterin Tespiti: a) Hastanın supine ya da prone pozisyonu alması sağlanır.			
b) Supine pozisyonunda; nabzın değerlendirileceği bacak, dizden hafif kıvrılarak ayak tabanı yatağa basar duruma getirilir. Her iki elin başparmağı dizin üst kısmına, işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları dizin arka kısmındaki popliteal çukurun dış yan kısımlarına yerleştirilir ve popliteal arter hissedilir.			
c) Prone pozisyonunda; nabzın değerlendirileceği bacak, dizden hafif kıvrılarak ayak tabanı yukarı bakar duruma getirilir. Aktif elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları dizin arka kısmındaki popliteal çukurun dış yan kısımlarına yerleştirilir ve popliteal arter hissedilir.			
10. Posterior Tibial Arterin Tespiti: a) Hastanın supine pozisyonu alması sağlanır.			
b) Nabzın değerlendirileceği bacak, ayak parmakları yukarıya bakacak şekilde uzatılır ya da bacak dizden hafif kıvrılarak ayak tabanı yatağa basar duruma getirilir.			
c) Aktif elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları ayak bileğinin iç kısmında medial malleolusun posterioruna dikey olarak yerleştirilir ve posterior tibial arter hissedilir.			
11. Dorsalis Pedis Arterin Tespiti: a) Hastanın supine ya da fowler / semi-fowler pozisyonu alması sağlanır.			
b) Nabzın değerlendirileceği bacak, ayak parmakları yukarı bakacak şekilde uzatılır ya da dizden hafif kıvrılarak ayak tabanı yatağa basar duruma getirilir.			
c) Aktif elin işaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımları ayak bileğinden başparmağa doğru uzanan tendonun hemen paralelinde yer alan dorsalis pedis arter üzerine yerleştirilir ve arter hissedilir.			
Periferal Nabızların Değerlendirilmesi:			
12. Nabız atımı tam olarak hissedildiğinde saate bakılarak saymaya başlanır.			
13. Hastanın nabızı ilk defa sayılıyorsa, nabzın özelliklerinde anormal bir durum varsa (hız, ritim, dolgunluk vb) ve hastanın solunum, kardiyovasküler sisteme ilişkin bir hastalığı varsa nabızı 60 saniye süresince sayılır.			

5.5. PERİFERAL NABIZLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

14. Tekrarlayan ölçümlerde nabız düzenli ise 30 saniye sayılıp 2 ile çarpılarak 1 dakikadaki nabız sayısı hesaplanır.			
15. Nabız sayılırken, ritim ve dolgunluğu değerlendirilir. 0 : Nabız yok + : Palpe edilebilir ama sayılamıyor ++ : Zayıf ve ipliksi +++ : Normal ++++ : Dolgun ve sıçrayıcı tarzda, gözle görülebilir			
16. Tüm periferel nabız bölgeleri sağ ve sol olarak değerlendirilir.			
17. İşlem bitiminde hastanın rahat edebileceği bir pozisyon alması sağlanır ve elde edilen ölçüm değerleri hakkında bilgi verilir.			
18. Değerlendirmeler hemşire gözlem formuna kaydedilir (Örn: Sağ radial arter 80/dk, düzenli, +++; sol radial arter 82/dk, düzenli, +++ vb).			
19. Eller yıkanır.			



5.6. APİKAL NABİZ ÖLÇÜMÜ

Gerekli Malzemeler:

- Steteskop
- Pamuk tampon / gazlı bez
- %70'lik alkol / dezenfektan solüsyon
- Saniyeli saat
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

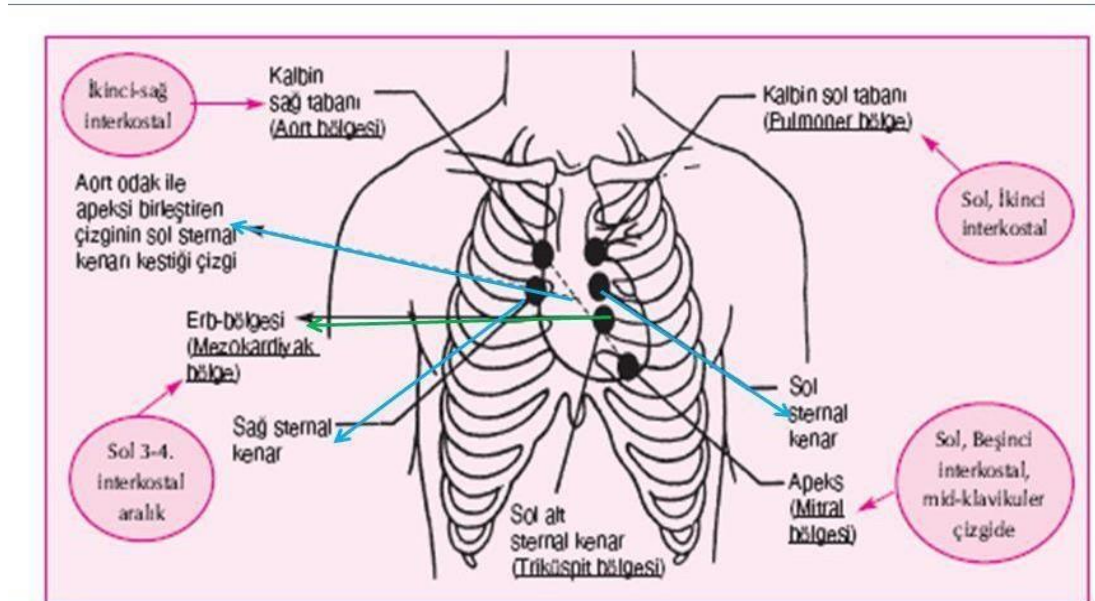
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir. İşlem için hastadan izin alınır.			
4. Nabızı ölçmeden önce, hastanın işleme katılabilme derecesi ve nabız hızını etkileyecek faktörler (yaş, egzersiz, yorgunluk, yemek yeme gibi) değerlendirilir.			
5. Birey herhangi bir aktivitede bulunmuş ise 5-10 dakika dinlenmesi sağlanır.			
6. Yatak etrafına perde ya da paravan çekilir. Oda sıcaklığının en az 22-25 °C ve pencere / kapıların kapalı olması sağlanır. Oda içerisindeki ziyaretçiler dışarı çıkarılır.			
7. Hastaya pozisyon verilir (supine ya da fowler), mahremiyete özen gösterilerek sternumu ve göğsünün sol bölgesini ortaya çıkarmak için giysileri açılır.			
8. Alkollü pamuk ile steteskobun kulaklıkları ve diyaframı silinir.			
9. Kalbin apeksini tespit etmek için; sol klavikulanın orta hattından aşağıya doğru hayali dik bir çizgi çizilir (midklavikular hat). Sternumun solunda 5. interkostal aralık belirlenir. Midklavikular hat ile 5. interkostal aralığın kesiştiği nokta belirlenir (kalbin apeksi).			

5.6. APİKAL NABİZ ÖLÇÜMÜ

10. Steteskobun kulaklıkları kulağa yerleştirilir.			
11. Steteskobun diyaframı avuç içinde birkaç saniye tutarak ısıtılır.			
12. Daha sonra steteskobun diyaframı belirlenen bölgeye yerleştirilir ve kalp atımları dinlenir.			
13. Saatin göstergesi kontrol edilir. Her ses bir atım olarak sayılır. Sayma işlemi 60 saniye boyunca sürdürülür.			
14. Kalp atımları dinlenirken hız, volüm ve ritimde herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilir.			
15. Apikal nabız sayılırken aynı zamanda radial arterden de nabız kontrolü yapılır. Aralarında sayısal farklılık olup olmadığı kontrol edilir.			
16. İşlem bitiminde hastanın giysilerini giymesine yardım edilir.			
17. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
18. Bulunan değer hakkında hastaya bilgi verilir ve hemşire gözlem formuna kaydedilir (Örn: Apikal nabız, düzenli, 80/dk). Eğer varsa önceki değerle karşılaştırılır.			
19. Anormal bulgular değerlendirilir ve gerekli uygulamalar için planlama yapılır.			
20. Steteskobun kulaklıkları ve diyaframı alkollü pamuk ile temizlenir ve eller yıkanır.			

Prekordiyum ve kalbin spesifik odakları, bölgeleri ve çizgileri:



5.7. BRAKİAL ARTERDEN KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

Gerekli Malzemeler:

- Sfigmomanometre
- Steteskop
- Pamuk tampon / gazlı bez
- % 70'lik alkol / dezenfektan solüsyon
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve ölçüm sırasında konuşmaması söylenir.			
4. Hastanın egzersiz, yorgunluk, yemek yeme, sigara içme vb. durumu değerlendirilir. Eğer bu aktiviteler varsa 30 dakika dinlendirilir.			
5. Hastaya rahat edebileceği supine ya da fowler pozisyonu verilir.			
6. Hastanın kolu; düz olarak kalbin apeksi seviyesine kadar kaldırılır ve avuç içi yukarı bakacak şekilde alttan desteklenir.			
7. Ölçüm yapılacak kol tamamen açık olacak şekilde giysileri açılır ve giysilerin kolu sıkmadığından emin olunur.			
8. Dirsek ön çukurunda brakial arter parmak uçları ile hissedilir.			
9. Tansiyon aletinin manşeti kolun üst bölgesine, antekübital boşluktan 2-3 cm yukarıya brakial arteri kapatmayacak şekilde sarılır. Bağlantı borusunun ön kolun üst yüzünde olmasına ve manşonun tamamen boş olmasına dikkat edilir.			

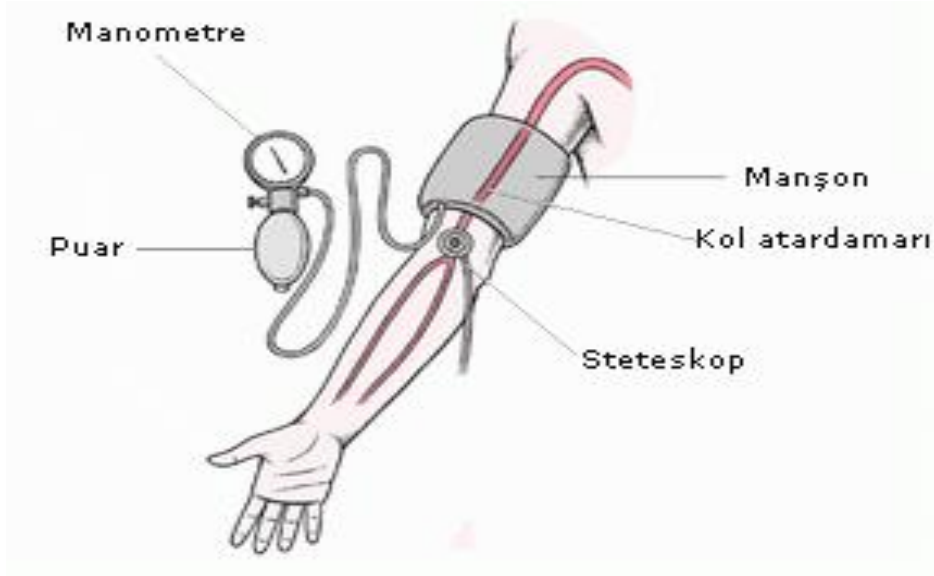
5.7. BRAKİAL ARTERDEN KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

Palpasyon tekniği kullanılacak ise: (Palpasyon tekniği; nabız atımları zayıf olan, şiddetli kanaması olan hastalarda, miyokardın kasılma gücünün zayıfladığı durumlarda ya da bireyin daha önceki kan basıncı bilinmiyorsa manşona uygulanacak basıncın belirlenmesi için kullanılır.)

10. Nabız brakial ya da radial arterden hissedilir.			
11. Puvar (pompa) avuç içine alınır, baş ve işaret parmağı kullanılarak ayar düğmesi kendimize doğru çevrilir ve kapatılır.			
12. Pasif el ile nabız hissedilirken aktif el ile avuç içindeki puvar düzenli ve hızlı bir şekilde şişirmeye başlanır.			
13. Nabız atımlarının hissedilmediği noktaya kadar şişirmeye devam edilir. Manometrede nabız atımlarının hissedilmediği nokta belirlenir ve bu değerden 30 mmHg daha fazla manşon şişirilir (Örneğin; nabız atımlarının hissedilmediği nokta 130 mmHg ise, bu değere 30 mmHg daha eklenerek 160 mmHg'ye kadar manşon şişirilir).			
14. Pasif el ile nabız hissedilirken aktif el ile puvarın ayar düğmesi kendimizden uzak tarafa doğru çevrilerek açılır ve manşonun havası yavaş ve düzenli bir şekilde boşaltılır (havanın boşalma hızı 2-3 mmHg/sn olmalı).			
15. Gözümüz manometreden ayrılmamalıdır. Manşonun havası boşalırken önce nabız hissedilmeyecektir. Nabız hissedildiği anda manometre göstergesi okunur.			
16. Manşonun havası boşaltılmaya devam edilir. Değer belirlendikten sonra manşonun havası hızla ve tamamen boşaltılır.			
Oskültasyon tekniği ile kan basıncı ölçülecek ise:			
17. Alkollü pamuk ile steteskobun kulaklıkları ve diyaframı silinir.			
18. Brakial arter belirlenir, steteskobun kulaklıkları kulağa, diyafram kısmı ise brakial arter üzerine yerleştirilir. Steteskobun seslerinin net olarak duyulması için diyaframın giysilere ve manşona değmemesine dikkat edilir.			
19. Puvar (pompa) avuç içine alınır, başparmak ve işaret parmağı kullanılarak ayar düğmesi kendimize doğru çevrilir ve kapatılır.			
20. Pasif el ile steteskop brakial arter üzerinde tutulurken, aktif el ile avuç içindeki puvar yardımıyla manşon düzenli ve hızlı bir şekilde bireyin daha önceki sistolik kan basıncının 30 mmHg üzerinde olacak şekilde şişirilir (Örneğin; daha önceki sistolik kan basıncı 130 mmHg ise, bu değere 30 mmHg daha eklenerek 160 mmHg'ye kadar manşon şişirilir).			
21. Puvarın ayar düğmesi kendimizden uzak tarafa doğru çevrilerek açılır ve manşonun havası yavaş ve düzenli bir şekilde boşaltılır (havanın boşalma hızı 2- 3 mmHg/sn olmalı).			
22. Manşonun havası boşaltılırken ilk ses duyulduğu anda manometredeki ibrenin en yakın olduğu değer okunur. Aynı anda manşonun havası boşaltılmaya devam edilir. Seslerin kaybolduğu anda manometredeki ibrenin en yakın olduğu değer belirlenir. Bundan sonra manşonun havası hızla ve tamamen boşaltılır.			
23. Manşet ve steteskop çıkarılır. Sesler tam olarak duyulmadıysa, ölçülen değer çok yüksek / düşük ise ya da yeniden ölçüm yapılacaksa, manşet tamamen çıkarıldıktan sonra 1-2 dakika beklenir. Böylece kan dolaşımı normale döner ve gerçek değer doğru olarak ölçülebilir.			

5.7. BRAKIAL ARTERDEN KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

24. Bireyin ilk ölçümü ise ölçüm diğer koldan da tekrarlanır. Her iki koldan ölçüm tamamlandıktan sonra yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edilir.			
25. Hastanın giysilerini giymesine yardım edilir ve rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
26. Bulunan değer hakkında hastaya bilgi verilir ve hemşire gözlem formuna kaydedilir (Örn: 120/70 mmHg). Eğer varsa önceki değerle karşılaştırılır.			
27. Anormal bulgular değerlendirilir ve gerekli uygulamalar için planlama yapılır.			
28. Steteskobun kulaklıkları ve diyafram kısmı alkollü pamukla silinir ve eller yıkanır.			



5.7. BRAKIAL ARTERDEN KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

5.8. SOLUNUM SAYISININ ÖLÇÜMÜ

Gerekli Malzemeler:

- Saniyeli saat
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Hastanın egzersiz, yorgunluk, yemek yeme durumu değerlendirilir. Hasta herhangi bir aktivitede bulunmuş ise 5-10 dakika dinlendirilir.			
3. Hastaya rahat bir pozisyon verilir (Sakıncası yok ise yatak başı 45-60 derece yükseltilir).			
4. Göğüs kafesi hareketlerinin görülebilir olmasına dikkat edilir.			
5. Solunum sayısı, nabız sayma işleminin hemen arkasından hastaya hissettirilmeden sayılır. Bu nedenle, nabız saymak için hastanın koluna pozisyon verilir, nabızı sayılır ve elimiz hastanın bileğinde iken solunum hızı sayılır.			
6. Göğüs iniş çıkışları rahatça görüldükten sonra; saatin saniye göstergesi kontrol edilir.			
7. Göğüs kafesinin her yükselip (inspirasyon) alçalması (ekspirasyon) bir solunum olarak kabul edilir.			
8. Eğer solunum düzenli ise 30 saniye sayılıp 2 ile çarpılarak 1 dakikadaki solunum sayısı hesaplanır. Eğer solunum düzensiz ise ya da yenidoğan veya çocuksa solunum bir dakika (60 sn) sayılır.			
9. Solunum hızı sayılırken aynı zamanda derinliği de değerlendirilir.			
10. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
11. Ölçülen solunum sayısı hakkında hastaya bilgi verilir ve hemşire gözlem formuna kaydedilir (Örn: 20/dk). Eğer varsa önceki değerle karşılaştırılır.			
12. Anormal bulgular değerlendirilir ve gerekli uygulamalar için planlama yapılır.			
13. Malzemeler ortamdaki uzaklaştırılır ve eller yıkanır.			

6.1. KURU SICAK UYGULAMA (TERMOFOR - TERMOJEL - SICAK PAKET)

Gerekli Malzemeler:

- Termofor ve kılıfı, sıcak paket
- Sıcak su (Yetişkinlerde ve 2 yaş üstü çocuklarda 46-52 °C; bilinci kapalı, zayıf kişilerde ve 2 yaş altı çocuklarda 40,5-46 °C)
- Havlu, su termometresi

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Termofor hazırlanması:			
• Suyun sıcaklığı termometre ile kontrol edilir.			
• Termoforun kapağı açıldıktan sonra gövdesi yatay olarak düz bir zemine yerleştirilir.			
• Ağız kısmında bulunan küçük kulakçıktan tutularak yalnızca ağız kısmı hafif şekilde yukarı kaldırılır. Sıcak su termoforun 2/3'ne kadar doldurulur.			
• Termoforun içindeki hava çıkarılır, kapağı sıkıca kapatılır.			
• Termofor ters çevrilerek kapakta sızıntı olup olmadığı kontrol edilir.			
• Termoforun dışı kurulanır, kılıfına geçirilir.			
2. Sıcak paket hazırlanması:			
• Torba 30-45 dk. sıcak suyun içerisinde bekletilir ya da kullanma talimatına göre sıcak paket hazırlanır.			
• Torba suyun içinden çıkarılır ve kurulanır.			
• Pakette sızıntı olup olmadığı kontrol edilir.			
3. Bireyin kimlik doğrulaması yapılır ve işlem açıklanarak izin alınır.			
4. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
5. Yaşamsal bulguları, fiziksel ve mental durumu değerlendirilir ve kaydedilir.			
6. İşlem uygulanacak bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir ve mahremiyet sağlanır.			
7. Termoforun üzeri temiz ince bir örtü ya da havlu ile sarılır ve ağız hastadan uzak tarafa gelecek şekilde uygulama yapılacak bölgeye yerleştirilir.			
8. Bireye herhangi bir rahatsızlığının olup olmadığı her 5 dk. da bir sorulur ve uygulama bölgesi kontrol edilir (olası komplikasyonlar açısından).			
9. Uygulama 20-30 dk. da sonlandırılmalıdır.			
10. Uygulama sonrası hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
11. Malzemeler kaldırılır ve eller yıkanır.			
12. Yaşamsal bulgular tekrar değerlendirilir, değer ve gözlemler kaydedilir.			

6.2. KURU SOĞUK UYGULAMA (BUZ KESESİ - SOĞUK PAKET)

Gerekli Malzemeler:

- Buz kesesi ve kılıfı, soğuk paket
- Küçük buz parçaları (ceviz büyüklüğünde)
- Havlu
- Su geçirmez örtü

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Hekim istemi; uygulama yapılacak bölge, uygulama süresi ve sıklığı yönünden kontrol edilir. Hastanın fiziksel ve mental durumu değerlendirilir. Hastaya işlem açıklanarak izin alınır.			
2. Eller yıkanır, yaşamsal bulgular kontrol edilir ve kaydedilir.			
3. Malzemeler hazırlanır. Buz kesesi: -Buz kesesinin delik olup olmadığı değerlendirilir. -Buz kesesinin ağız kısmı yüksekte tutularak masa üzerine yatırılır. -Buz kesesinin 3/4'üne buz parçaları yerleştirilir. -Buz kesesinin içindeki hava çıkarılır, kapağı sıkıca kapatılır ve ters çevrilerek kontrol edilir. -Buz kesesinin dışı kurulanır. -Buz kesesinin kılıfı geçirilir. Soğuk paket: -Soğuk paket üretici firmanın önerisine göre buzdolabının buzluğunda en az 1,5 saat bekletilir. -Pakette sızıntı olup olmadığı kontrol edilir. -Paket havlu ile sarılarak uygulama yapılacak bölgeye yerleştirilir.			
4. Buz kesesi / soğuk paket uygulama bölgesine yerleştirildikten 30 sn. sonra deri kırmızılık yönünden değerlendirilir. Yanma hissi olup olmadığı sorulur.			
5. Herhangi bir sorun yoksa uygulamaya devam edilir. Buz kesesinin / soğuk paketin düşmemesi için gerekli önlemler alınır.			
6. Her 5 dk. da bir rahatsızlık olup olmadığı sorulur ve bölge beklenmeyen sorunlar yönünden kontrol edilir.			
7. Uygulama 20 dk. da sonlandırılır ve uygulama yapılan bölge kurulanır.			
8. Uygulama sonrasında hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
9. Malzemeler kaldırılır ve eller yıkanır.			
10. Hastanın yaşamsal bulguları tekrar alınır, işlem ve gözlemler kaydedilir.			

6.3. YAŞ SICAK - YAŞ SOĞUK UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Sıcak su / istem edilmiş solüsyon
- Kapaklı küvet, kompresler
- Havlu, su geçirmez örtü
- Su termometresi
- Eldiven

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.			
2. Hekim istemi; uygulama yapılacak bölge, uygulama süresi ve sıklığı, kullanılacak solüsyon cinsi yönünden kontrol edilir.			
3. Sıcak / soğuk uygulamanın amacı belirlenir, hastanın fiziksel ve mental durumu değerlendirilir.			
4. Sıcak / soğuk uygulama yapılacak bölge; deri rengi, ödem, dolaşım ve duyu açısından değerlendirilir.			
5. Yaşamsal bulgular kontrol edilir.			
6. Kullanılacak malzemeler sızıntı yönünden kontrol edilir.			
7. Uygulama zamanı belirlenir.			
8. Malzemeler hazırlanır.			
9. Hastaya uygulama ve güvenlik önlemleri hakkında bilgilendirme yapılır.			
10. Eller yıkanır ve perde / paravan çekilir.			
11. Hastaya uygun ve rahat bir pozisyon verilir.			
12. Su / istem edilmiş solüsyon sıcaklığı su termometresi ile ölçülür. Su / solüsyon kapaklı küvete dökülür ve kompresler içine atılır. -Sıcak uygulama için su sıcaklığı: 40 - 46 °C -Soğuk uygulama için su sıcaklığı: 15 - 18 °C olmalıdır.			
13. Eldivenler giyilir.			

6.3. YAŞ SICAK - YAŞ SOĞUK UYGULAMA

14. Kompresler sıcak / soğuk su dolu küvette ıslatılıp fazla suyu sıkdıktan sonra uygulanacak bölgeye nazik ve dikkatli bir şekilde yerleştirilir.			
15. Kompreslerin üzeri su geçirmez örtü ile örtülür.			
16. Sıcak / soğuk kompresler 5 dk. da bir değiştirilir.			
17. Her 5 dk. da bir uygulama bölgesi kontrol edilir ve hastaya herhangi bir rahatsızlık yaşayıp yaşamadığı sorulur.			
18. Sıcak nemli kompresyon en fazla 30 dk. yapılmalıdır. Uygulama bittikten sonra kompresler dikkatli bir şekilde ciltten uzaklaştırılır. Soğuk nemli kompres uygulaması en fazla 20 dk. (ateşi düşürmek amacıyla yapılıyorsa en fazla 10 dk) yapılmalıdır.			
19. Hastanın rahat bir pozisyon alması sağlanır.			
20. Malzemeler toplanır, eller yıkanır. İşlem ve gözlemler kaydedilir.			

7.1. ORAL (PO) İLAÇ UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartları (Elektronik ilaç dağıtım sistemi var ise bilgisayar çıktısı)
- İlaç kadehleri, oral uygulama için enjektör, ölçülü kaşık (sıvı ilaçlar için)
- Verilecek ilaçlar, ilaç tepsisi, gerekli ise ilaç kırıcı / ezici
- Su bardağı ve su, kağıt havlu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Hastanın kimlik kontrolü yapılır.			
3. Hastanın adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve zamanı ilaç uygulama istemi ile karşılaştırılarak kontrol edilir.			
4. Hastanın alerjisi olup olmadığı kontrol edilir.			
5. İlaç kartları ilaç dolabının önüne hastaların isimlerine göre ayrılarak yerleştirilir.			
6. Uygun ilaç raftan alınır ve ilaç kartı ile karşılaştırılır (Birinci güvenlik önlemi).			
7. İlaç istek formunda belirlenen doz ile ilaç kutusu üzerinde belirlenen doz aynı değil ise doz hesaplaması yapılır.			
8. İlaçlar ele dokundurulmadan temiz bir kadeh içine bırakılır.			
9. İlaç damla şeklinde uygulanacak ise damlalık ve ilaç birlikte hasta yatağının yakınına yerleştirilir.			
10. PO ilaç; şurup, süspansiyon vb. formda ise; İlaç şişesi nazikçe sallanır ve şişenin kapağı açılır. İlaç kadehi göz hizasında tutulur ve ilaç miktarını ayarlamak için başparmak ile ilacın doldurulmak istendiği nokta işaretlenir. Şişe ilaç etiketi avuç içine bakacak şekilde tutularak ilaç kadehe dökülür. Daha sonra ilaç şişesinin ağzı kağıt havlu ile silinir ve kapağı kapatılır.			

7.1. ORAL (PO) İLAÇ UYGULAMA

11. İlaç kadehe yerleştirildikten sonra ilaç şişesi, ilaç kartı ve hazırlanan ilaç tekrar kontrol edilir (İkinci güvenlik önlemi).			
12. Bir hastanın tüm ilaçları hazırlandığında, ilaç şişeleri tekrar kontrol edilerek yerine kaldırılır.			
13. Bir hastanın ilaçlarının hazırlığı bitmeden diğer hastaya geçilmez.			
14. Tüm malzemeler tepsi içine yerleştirilir.			
15. İlaç tepsi hastanın yatağının başına dikkatlice taşınır ve tepsi daima göz önünde bulundurulur.			
16. İlaç, doğru zaman dilimi içinde verilir. Hastane politikasına göre bu süre ilaç saatinden 30 dakika önce başlayabilir ya da ilaç saatinde başlayarak bu saati 30 dakika geçebilir.			
17. Kimlik bilgileri hasta bilekliğinden, hasta dosyasından veya hastaya sorularak tekrar kontrol edilir (Üçüncü güvenlik önlemi).			
18. Herhangi bir alerjisi olup olmadığı hastaya sorulur.			
19. İlacın özelliği (digoxin tb vb.) ya da hastanın durumu, yaşamsal bulguların değerlendirilmesini gerektiriyor ise yaşamsal bulgular ölçülür.			
20. Hastaya her bir ilacın veriliş amacı ve etkisi açıklanır.			
21. Hastaya uygun pozisyon verilir (fowler's, semi-fowler's, lateral).			
22. Hasta ellerini hareket ettirebiliyorsa; <ul style="list-style-type: none">• Yutulacak ilaçlar için: Bir ele içi su dolu bardak, diğer ele ilaç verilir ve ilacı içmesi söylenir.• Çiğnenmesi gereken ilaçlar için: İlaç hastaya verilir, verilen ilacı yutmaması gerektiği, çiğnemesi söylenir.• Sublingual (dil altı) uygulama için: İlaç dil altına konulup, emilmesini sağlaması istenir.• İlaç sıvı formda ise: Hastanın önce ilacı içmesi, sonrasında ise suyu içmesi sağlanır.			
23. Hasta tüm ilaçları içene kadar yanında beklenir.			
24. Uygulama kayıt edilir. Hasta ilacı içmediyse, gerekçesiyle birlikte ilaç reddi kayda geçilir.			
25. İlaç kartları yeniden bir sonraki ilaç uygulama saatinin olduğu kart kutusu gözüne yerleştirilir.			
26. Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde kaldırılır / imha edilir.			
27. Eller yıkanır.			
28. İlaç verildikten sonraki 30 dk. içinde hasta kontrol edilir.			



7.2. DERİYE İLAÇ UYGULAMA

Gerekli Malzemeler: Tepsi içinde;

- İlaç kartı, istem yapılan ilaç
- İstem yapılan pansuman materyali
- Temiz eldiven (duruma göre steril eldiven)
- Aplikatör / abeslang / spatül
- Temiz gazlı bez (duruma göre steril)
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. İstem ile bireyin adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
2. İlaç uygulanacak bölge gözlemlenir.			
3. Bireyin ilaç uygulaması ile ilgili bilgi düzeyi belirlenir.			
4. Bireyin ilacı kendi kendine uygulama düzeyi tanılanır.			
5. İşlem ile ilgili gerekli açıklama yapılır.			
6. Malzemeler hazırlanır.			
7. Eller yıkanır, malzemeler yatağa yakın bir yere getirilir ve eldiven giyilir.			
8. İlaç uygulanacak cilt temizlenir, kurumaması beklenir.			
9. Eldivenler değiştirilir.			
10. İlacın uygulama prosedürüne göre hareket edilerek ilaç deriye uygulanır.			
11. Gerekliyse cilt uygun pansuman ile kapatılır.			
12. Eldivenler çıkartılır ve atık maddeler uygun şekilde atılır.			
13. Uygulama sırasında ve sonrasında ciltte meydana gelen değişiklikler değerlendirilir.			
14. Uygulama öncesinde cilt özellikleri kayıt edilir.			
15. İlaç uygulaması kayıt edilir.			
16. Ciltte meydana gelen reaksiyonel durumlar (varsa) kayıt edilir.			



7.3. GÖZE İLAÇ DAMLATMA - GÖZ İNSTİLASYONU - GÖZ POMADI UYGULAMA

Gerekli Malzemeler: Tepsi içinde;

- İlaç kartı (Elektronik ilaç dağıtım sistemi var ise bilgisayar çıktısı)
- Steril göz damlası / göz pomadı
- Pamuk tampon / spanç / göz pedi
- Serum fizyolojik
- Eldiven
- Gerekli ise ışık kaynağı
- Gerekli ise flaster
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

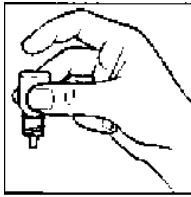
İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. İstem ile hemşirelik kayıtlarının doğruluğu kontrol edilir. Hastanın adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
2. Gözün dış yapısı değerlendirilir.			
3. Bireyin göz alerjisi ve latekse karşı allerjisi olup olmadığı sorgulanır.			
4. Bireyin görmesi ile ilgili herhangi bir değişiklik olup olmadığı değerlendirilir.			
5. Bireyin bilinç durumu kontrol edilir.			
6. Bireyin ilaç uygulamasına yönelik bilgi düzeyi tanımlanır.			
7. Bireyin ilacı kendi kendine uygulayabilme becerisi gözlemlenir.			
8. İşlemlerle ilgili gerekli açıklama yapılır.			
9. Malzemeler hazırlanır.			
10. İlacın son kullanma tarihi kontrol edilir.			
11. Göz damlası buzdolabında muhafaza edildi ise bir süre oda ısısında bekletilir.			
12. Eller yıkanır.			
13. Bireyin adı-soyadı bilekliğinden kontrol edilir.			
14. Eldiven giyilir.			

15. Uygulama öncesinde gözde akıntı, çapaklanma gibi oluşumlar var ise serum fizyolojik ile ıslatılmış spanç ile göz iç kantüsten dış kantüse doğru temizlenir.

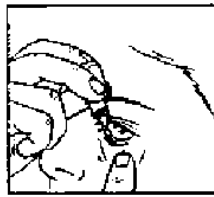
--	--	--

7.3. GÖZE İLAÇ DAMLATMA - GÖZ İNSTİLASYONU - GÖZ POMADI UYGULAMA

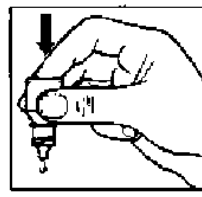
16. Supine pozisyonu verilir, başı arkaya doğru getirilir veya uygun ise sandalyede başı hafif arkaya doğru getirilir.			
17. Alt göz kapağının altına pamuk tampon yerleştirilir ve aşağıya çekilerek, konjektiva ortaya çıkarılır.			
18. Bireye yukarı doğru bakması söylenir.			
19. GÖZE DAMLA UYGULAMA <ul style="list-style-type: none">• Aktif el bireyin alınına yerleştirilerek damla konjektival kesenin 1-2cm yukarisından belirlenen miktar kadar damlatılır.• Eğer birey yanma hissi nedeni ile gözünü kırpar / kapatırsa işlem tekrar edilir.• İlaç uygulandıktan sonra sistemik etki başlar.• Uygulamadan sonra gazlı bez / pamuk tampon ile 30- 60 saniye hafifçe göz kapağına bastırılır.			
20. GÖZ POMADI UYGULAMA <ul style="list-style-type: none">• Pasif elin işaret parmağı alt göz altına yerleştirilir (spanç kullanılmalı), göz kapağı aşağıya doğru çekilir.• Aktif olan el ile pomad gözün iç kantüsünden-dış kantüsüne doğru şerit şeklinde sıkılır. Pomadın ucu göze değdirilmemelidir.• Hasta gözünü kırpar / kapatır ya da pomad göz dışına sürülür ise işlem tekrarlanır.• İlaç sürüldükten sonra hastaya gözlerini açıp-kapaması söylenir.			
21. Fazla ilaç / pomad iç kantüsten dış kantüse doğru pamuk tamponla silinir. Gerekli ise göz pedi ile göz kapatılır.			
22. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır. Kullanılan malzemeler atık kutusuna atılır.			
23. Uygulama sonrası bireyin ilaca / pomada karşı yanıtı izlenir.			
24. Birey; acı, ağrı, yanma, görme duyusuna ilişkin değerlendirilir.			
25. Allerjik reaksiyon (Örn: laserasyon, sklerada kızarma) ya da sistemik reaksiyon (Örn: bradikardi) gelişirse işlem sonlandırılır ve hekime haber verilir. Allerjik reaksiyon kayıt edilir.			
26. Uygulama kayıt edilir (İlaç dozu, uygulama zamanı, hangi göze uygulama yapıldığı).			
27. Gözün görünümü ve durumu kayıt edilir.			



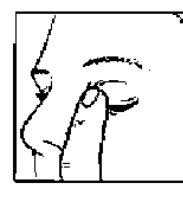
1



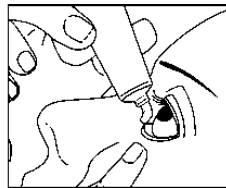
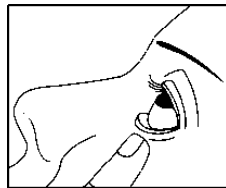
2



3



4



7.4. KULAĞA İLAÇ UYGULAMA

Gerekli Malzemeler: Tepsi içinde;

- İlaç kartı (Elektronik ilaç dağıtım sistemi var ise bilgisayar çıktısı)
- Damlalık ilaç
- Temiz eldiven
- Pamuk tampon / spanç / kağıt havlu
- Kulak kepçesi ve kanal girişi kirli ise % 0.9'luk NaCl solüsyonu (SF) ile ıslatılmış pamuk tampon ve aplikatör
- Gerekli ise ışık kaynağı
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. İstem ile bireyin adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
2. Bireyin dış kulak yapısı, kulak rahatsızlığı ya da duyma sorununa ilişkin belirtiler tanımlanır.			
3. Bireyin bilinç ve iletişim düzeyi tanımlanır.			
4. İşlemlerle ilgili gerekli açıklama yapılır.			
5. Uygulama sırasında ıslaklık hissedebileceği ve kabarcık sesi duyulabileceği açıklanır.			
6. Malzemeler hazırlanır.			
7. Eller yıkanır.			
8. Eldiven giyilir.			
9. İlaç uygulanacak kulak kontrol edilir.			
10. Hastaya uygun pozisyon verilir.			
11. KULAĞA İLAÇ DAMLATMA <ul style="list-style-type: none">• İlaç uygulanacak kulak üstte kalacak şekilde bireye yan yatış pozisyonu verilir (kontrendikasyon yok ise yatak kenarına veya sandalyeye oturtulur).• Erişkin bireyde kulak kepçesi yukarı ve arkaya, çocuklarda ise aşağı ve arkaya doğru çekilir.• İlaç şişesi ılıtılır.• Damlalık kulak kanalından 1 cm kadar yukarıda tutulur ve ilaç önerilen dozda kulak kepçesinin kenarına doğru damlatılır.• Bireye 2-3 dakika yan yatış pozisyonunda kalması söylenir.			

7.4. KULAĞA İLAÇ UYGULAMA

<ul style="list-style-type: none">• Dış kulak yolunda ağrıdan dolayı kontrendike değilse, kulak kanalının dışı açıldığı bölgedeki kıkırdak (tragus) üzerine birkaç kez hafifçe basınç / masaj uygulanır.• İlacın kulak dışına akmaması için dış kulağa pamuk tampon yerleştirilir.• Pamuk tampon kulak kanalı içine itilmez, 15 dakika sonra çıkarılır.			
12. KULAK YIKAMA <ul style="list-style-type: none">• Timpanik membran değerlendirilir.• Kulak yıkama için kontrendikasyon oluşturabilecek kulak zarı perforasyonu varlığı açısından tıbbi anamnez değerlendirilir.• Bireye fowler pozisyonunda başı yana eğik olacak şekilde ya da lateral pozisyonda uygulama yapılacak kulak üstte kalacak şekilde pozisyon verilir.• Bireyin omuzlarına havlu yerleştirilir ve böbrek küvet kulağın alt kısmında tutulur.• İrrigasyon (yıkama) enjektörüne yaklaşık 50 ml. solüsyon çekilir.• Erişkin bireyde kulak kepçesi yukarı ve arkaya, çocuklarda ise aşağı ve arkaya doğru çekilir.• Enjektör kulak kanalından yaklaşık 1 cm kadar yukarıda tutulur ve yıkama solüsyonu yavaş şekilde uygulanır. Solüsyonun verilmesi sırasında dışarıya akmasına izin verilir. Kanal temizleninceye ya da tüm solüsyon kullanılıncaya kadar uygulamaya devam edilir.			
13. Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde kaldırılır / imha edilir.			
14. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
15. Bireyin uygulama sırasındaki durumuna yönelik değişiklikler değerlendirilir.			
16. Bireyin duyma yeteneği değerlendirilir.			
17. Bireyin uygulamaya yönelik yanıtı değerlendirilir.			
18. Uygulama kayıt edilir.			
19. Birey; işitme kaybı, kulak çınlaması, ağrı gibi istenmeyen reaksiyonlar açısından gözlemlenir.			
20. Anormal bulgular var ise kayıt / rapor edilir.			



7.5. BURUNA İLAÇ UYGULAMA

Gerekli Malzemeler: Tepsi içinde;

- İlaç kartı (Elektronik ilaç dağıtım sistemi var ise bilgisayar çıktısı)
- Nazal sprey / damlalık
- Temiz eldiven
- Pamuk tampon / spanç / kağıt havlu
- Böbrek küvet / kirli kabı
- Işık kalemi (gerekli ise)

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

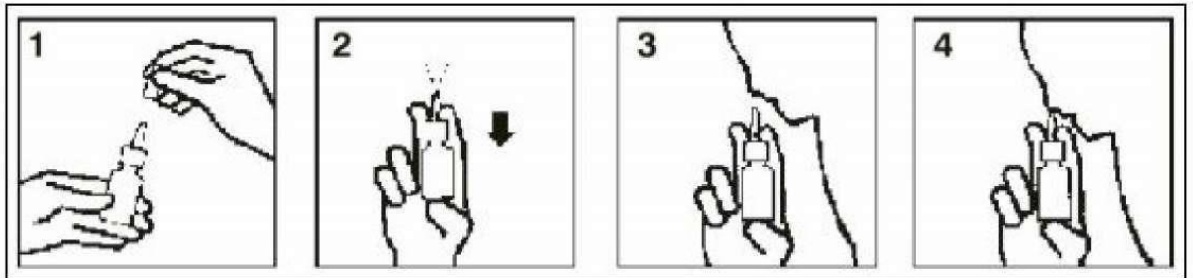
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. İstem ile bireyin adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı karşılaştırılır.			
2. Nazal spreyn uygulanacağı sinüs değerlendirilir.			
3. Birey, instilasyon uygulaması için kontrendikasyona neden olabilecek (hipertansiyon, kalp hastalığı, diyabetes mellitus, hipertiroidizm, ilaç allerjisi vb.) durumlar açısından değerlendirilir.			
4. Bireyin uygulamaya yönelik bilgi düzeyi değerlendirilir.			
5. İşlemlle ilgili gerekli açıklama yapılır.			
6. Malzemeler hazırlanır.			
7. Eller yıkanır.			
8. Bireye ait bilgiler kontrol edilir (Doğru doz, doğru zaman, doğru yol vb).			
9. Bireye uygulama sırasında verilecek pozisyon hakkında bilgi verilir.			
10. İlaç damlatılmasını izleyen süreçte yanma, sızlama, kaşıntı yaşayabileceği belirtilir.			
11. Herhangi bir kontrendikasyon yok ise (burun kanaması, intrakraniyal basınçta artma riski vb.) sümkürerek burnunu temizlemesi söylenir.			
12. Birey supine pozisyonuna getirilir.			

7.5. BURUNA İLAÇ UYGULAMA

13. Uygun baş pozisyonu; <ul style="list-style-type: none">• Etmoid ve sfenoid sinüse ulaşmak için; baş geriye doğru yatırılır, boynun altından küçük bir yastıkla desteklenir.• Maxillar ve frontal sinüse ulaşmak için; baş geriye doğru yatırılır, ulaşılmak istenilen sinüsün bulunduğu tarafa doğru çevrilir.			
14. Bireyin uygulama sırasında ağızdan solunum yapması sağlanır.			
15. Nazal sprey / damlalık, burun deliğinden 1 cm kadar içeride olacak şekilde tutularak, ucu burun mukozasına değdirilmeden etmoidal kemiğin orta hattına önerilen doz kadar damlatılır.			
16. Bireye uygulama sonrasında 5 dakika süre ile aynı pozisyonda kalması ve burundan nefes alıp-vermemesi söylenir.			
17. İlacın absorpsiyonu sonrasında bireye rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
18. Eller yıkanır.			
19. Kullanılan malzemeler uygun şekilde atık kutularına atılır.			
20. Uygulama sonrasındaki 15-30 dakika süresince bireyde oluşabilecek değişiklikler gözlemlenir.			
21. Solunumu izlenir.			
22. Nazal pasaj kontrol edilir.			
23. İlacın adı, hangi burun deliğinden kaç damla uygulandığı, uygulama zamanı kayıt edilir.			
24. Bireyin uygulama sonrası yanıtları, istenmeyen etkiler kayıt edilir.			



7.6. ÖLÇÜLÜ DOZ İNHALER (ÖDİ) İLE İLAÇ UYGULAMA

Gerekli Malzemeler: Tepsi içinde;

- İlaç kartı (Elektronik ilaç dağıtım sistemi var ise bilgisayar çıktısı)
- İnhaler ilaç (puff / doz ayarlı tüp)
- Ölçülü doz inhaler
- Steteskop
- Eldiven
- Kağıt havlu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. İstem ile bireyin adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
2. Hastanın solunum sesleri değerlendirilir.			
3. Hastanın kendi kendine ilaç uygulayabilme durumu değerlendirilir.			
4. Hastanın soru sorması desteklenir.			
5. Hastanın ilaç kullanım amacı ve etkileri ile ilgili bilgi düzeyi değerlendirilir.			
6. İstemde belirtilen her bir uygulamadaki inhalasyon miktarı ve sıklığı belirlenir.			
7. İstemde belirtilen doz miktarını en az iki hemşire kontrol etmelidir.			
8. Hastanın alerjisi olup olmadığı kontrol edilir.			
9. Hastanın kimlik bilgileri, kimlik bilekliğinden kontrol edilir. Bilgileri bireye sorularak doğrulanır.			
10. Malzemeler hazırlanır.			
11. Eller yıkanır.			
12. İşlem hakkında hasta bilgilendirilir.			
13. Eldiven giyilir.			
14. Hastaya fowler pozisyonu verilir.			
15. ÖDİ cihazı ilaç tüpüne monte edilir.			
16. Ağzılığın koruyucu kapağı çıkarılır, ÖDİ çalkalanır.			

7.6. ÖLÇÜLÜ DOZ İNHALER (ÖDİ) İLE İLAÇ UYGULAMA

17. Dik olarak, işaret parmağı ilaç üzerinde olacak şekilde tüp ağız hizasında tutulur.			
18. Hastaya derin bir nefes vermesi söylenir.			
19. ÖDİ ağızlığı hastanın ağızına yerleştirilir, hastadan ağızlığı dudakları ile sıkıca kavraması istenir.			
20. Hasta, ÖDİ ağızlığını dili ile kapatmaması konusunda uyarılır.			
21. Hastaya yavaş ve derin nefes alması söylenir.			
22. Hasta nefes alırken eş zamanlı olarak işaret parmağı ile ilaç tüpünün üzerine bir kez bastırılarak, ilaç püskürtülür. Hastaya 3-5 sn süresince ağızdan derin ve yavaş nefes alması söylenir.			
23. Yaklaşık 10 sn nefesini tutması sağlanır. Sonrasında inhaler ağızdan yavaşça çıkarılır ve büzülmüş dudaklardan yavaşça nefes vermesi söylenir. <ul style="list-style-type: none">• Eğer iki doz / daha fazla doz ilaç uygulanacak ise, ilk uygulamadan sonra 30 sn - 1 dk geçmesi beklenir.• İki farklı ilaç aynı anda uygulanacak ise, birinci ilaç uygulandıktan 5-10 dk sonra diğer ilaç uygulanmalıdır.			
24. Hasta, ilacın farenksi uyarması nedeni ile öğürme hissi yaşayabileceği konusunda bilgilendirilir.			
25. Hastanın inhaler kullanımına bağlı yanıtı değerlendirilir.			
26. Uygulama sonrası solunum ve akciğer sesleri değerlendirilir.			
27. İlaç kabı ÖDİ cihazından çıkarılır, cihaz ılık su ile yıkanır.			
28. Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde kaldırılır / imha edilir.			
29. Eldiven çıkarılır.			
30. Eller yıkanır.			
31. İşlem ve gözlemler kayıt edilir.			
32. İlacın istenmeyen yan etkileri kayıt edilir.			



Ağız açılır

Yerleştirilir

Kapatılır

7.7. NEBULİZATÖR İLE İLAÇ UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartı (Elektronik ilaç dağıtım sistemi var ise bilgisayar çıktısı)
- Nebul ilaç
- Nebulizatör cihazı
- Tek kullanımlık bağlantı hortumu, ağızlık / maske
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi ile hemşirelik kayıtlarının doğruluğu kontrol edilir.			
2. Hastanın adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
3. Hastanın alerjisi olup olmadığı kontrol edilir.			
4. Malzemeler hazırlanır.			
5. Eller yıkanır.			
6. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bunun için bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki diğer bir kimlik belirleyici (örneğin; hastane kimlik numarası) ilaç kartı / hemşirelik kayıtları ile karşılaştırılır. Üçüncü bir kimlik belirleyici olarak mümkünse bireyden ismini söylemesi istenir.			
7. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
8. İşlem hakkında hasta bilgilendirilir.			
9. Eldiven giyilir.			
10. Nebulizatör cihazı ekleri (bağlantı hortumu, hazne) kullanım önerileri doğrultusunda monte edilir (Eğer nebulizatör cihazı yok ise aynı uygulama oksijen tüpü ile yapılabilir. Nebulizatör bağlantı hortumu oksijen tüpü bağlantı yerine monte edilir ve oksijen açılır).			

7.7. NEBULİZATÖR İLE İLAÇ UYGULAMA

11. Hastaya fowler pozisyonu verilir.			
12. İlaç nebulizatör haznesine boşaltılır, ağızlık ya da maske hazneye monte edilir.			
13. Nebulizatör cihazı açılır ve yeterli buhar çıkıp - çıkmadığı kontrol edilir.			
14. Yeterli buhar çıkıyor ise ağızlık hastanın ağzına yerleştirilir ve hastadan ağızlığı dudakları ile kavraması istenir; eğer maske kullanılıyor ise ağız ve burnu içine alacak şekilde maske yerleştirilir.			
15. Hastaya derin nefes alması, kısa bir süre nefesini tutması ve vermesi istenir. Bu işlemi hazne içindeki ilaç bitene kadar sürdürmesi söylenir.			
16. İlaç bittiğinde ya da ilaç verilmesi gereken süre dolduğunda nebulizatör cihazı kapatılır.			
17. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
18. Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde kaldırılır / imha edilir.			
19. Eldiven çıkarılır, eller yıkanır.			
20. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



7.8. VAJİNAYA İLAÇ UYGULAMA (VAJİNAL APLİKASYON)

Gerekli Malzemeler: Tepsi içinde;

- İlaç kartı, ilaç (vajinal krem / supozituar / jel / ovül / köpük)
- Aplikatör, Kayganlaştırıcı jel
- Eldiven
- Ped / spanç / tampon ya da kağıt havlu
- Hasta alt bezi / tedavi muşambası / su geçirmez örtü
- Gerekli ise; perine bakım malzemeleri
- Gerekli ise; ışık kaynağı
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

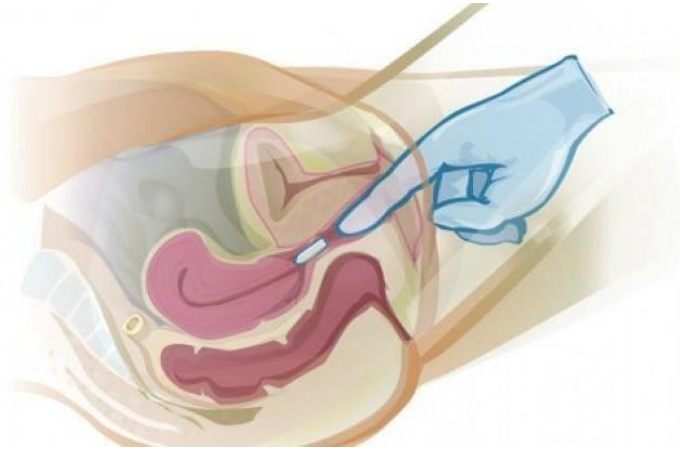
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi ile hemşirelik kayıtlarının doğruluğu kontrol edilir.			
2. Hastanın adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
3. Hastanın alerjisi olup olmadığı kontrol edilir.			
4. Malzemeler hazırlanır.			
5. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bunun için bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki diğer bir kimlik belirleyici (örneğin; hastane kimlik numarası) ilaç kartı / hemşirelik kayıtları ile karşılaştırılır. Üçüncü bir kimlik belirleyici olarak mümkünse bireyden ismini söylemesi istenir.			
6. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
7. Eller yıkanır.			
8. İşlem hakkında hasta bilgilendirilir.			
9. Gerekli ise uygulama öncesinde hastadan mesanesini boşaltması istenir.			
10. Dış genital organlar ve vaginal kanama durumu değerlendirilir.			
11. Bireyin ilacı kendi kendine uygulayabilme durumu değerlendirilir.			
12. Eldiven giyilir.			
13. Hastanın mahremiyeti korunur, perde / paravan çekilir.			
14. Hastaya uygun bir pozisyon verilir. Dorsal rekümbent ya da litotomi pozisyonu verilebilir.			
15. Bölge açıkta kalacak şekilde hastanın giysileri çıkarılır / çıkarması istenir.			

7.8. VAJİNAYA İLAÇ UYGULAMA (VAJİNAL APLİKASYON)

16. Alt ekstremitte ve abdominal bölge örtülür.			
17. Eldiven giyilir.			
18. Gerekli ise ışık kaynağı yerleştirilir.			
19. Kalça altına hasta alt bezi yerleştirilir.			
20. Gerekli ise perine bakımı uygulanır.			
21. Aplikatör kullanılacak ise: <ul style="list-style-type: none">• Aplikatör ucuna hidrofilik yağlayıcı sürülür.• Supozitivar aplikatörün ucuna yerleştirilir ya da krem uygulanacak ise aplikatöre önerilen doz kadar krem doldurulur.			
22. Aplikatör kullanılmayacak ise: <ul style="list-style-type: none">• İşaret parmağına hidrofilik yağlayıcı sürülür.• Supozitivar baş ve işaret parmağı ile tutulur.			
23. Aktif olmayan el ile labia majörler ayrılır, aktif olan el ile supozitivar önce yukarıya, sonra aşağıya doğru vajina içine yavaşça 7,5 cm. kadar itilir.			
24. Aplikatör / işaret parmağı geri çekilir.			
25. Bölgeye ped / spanç yerleştirilir.			
26. Vajina ağzı ve labialar spanç ile silinir.			
27. Hastaya supine pozisyonu verilir ve en az 10 dk bu pozisyonda yatması gerektiği söylenir.			
28. İlaç renginde hafif bir vajinal akıntı olabileceği belirtilir.			
29. Hasta, vajina etrafındaki olası renk değişikliği konusunda bilgilendirilir.			
30. Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde kaldırılır / imha edilir.			
31. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
32. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



7.9. REKTUMA İLAÇ UYGULAMA (REKTUM APLİKASYONU)

Gerekli Malzemeler: Tepsi içinde;

- İlaç kartı, ilaç (supozitivar)
- Eldiven
- Gerekli ise; perine bakım malzemeleri
- Suda eriyebilen yağlayıcı
- Ped / spanç / kağıt havlu
- Hasta alt bezi / tedavi muşambası / su geçirmez örtü
- Gerekli ise; boşaltım ihtiyacı için malzemeler (sürgü vb.)
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

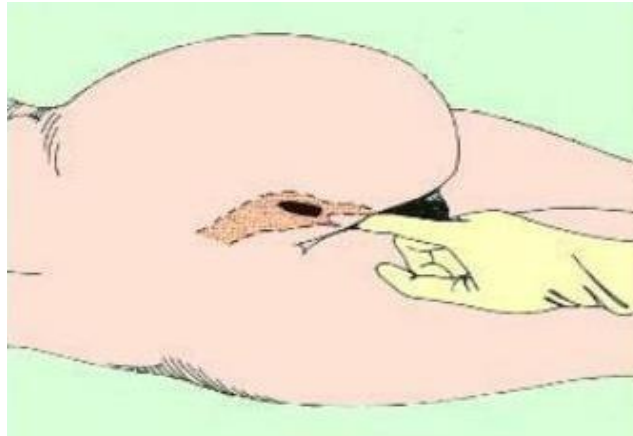
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi ile hemşirelik kayıtlarının doğruluğu kontrol edilir.			
2. Hastanın adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
3. Hastanın alerjisi olup olmadığı kontrol edilir.			
4. Birey, rektal bölge kanama hikayesi ve cerrahi operasyon açısından tanınır.			
5. Gastrointestinal sisteme yönelik değişiklikler tanınır.			
6. Malzemeler hazırlanır.			
7. Eller yıkanır.			
8. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bunun için bireyin ismi ve bireyin kol bandındaki diğer bir kimlik belirleyici (örneğin; hastane kimlik numarası) ilaç kartı / hemşirelik kayıtları ile karşılaştırılır. Üçüncü bir kimlik belirleyici olarak mümkünse bireyden ismini söylemesi istenir.			
9. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
10. İşlem hakkında hasta bilgilendirilir.			
11. Gerekli ise uygulama öncesi hastadan bağırsaklarını boşaltması istenir.			
12. Eldiven giyilir.			
13. Hastanın mahremiyeti korunur; oda kapısı kapatılır, perde / paravan çekilir.			

7.9. REKTUMA İLAÇ UYGULAMA (REKTUM APLİKASYONU)

14. Hastaya uygun bir pozisyon verilir. Çocuklarda dorsal rekümbent, yetişkinlerde sol lateral ya da sim's pozisyonu verilebilir.			
15. Sadece anüs bölgesi açıkta kalacak şekilde hasta giysileri çıkarılır / çıkarılması istenir.			
16. Hastanın kalçalarının altına hasta alt bezi / tedavi muşambası yerleştirilir.			
17. Anüs bölgesi değerlendirilir, gerekli ise temizliği yapılır.			
18. Aktif elin işaret parmağı ucuna hidrofilik yağlayıcı sürülür. Supozitivar jelatininden çıkarılır ve kayganlaştırıcı jel ile yağlanır.			
19. Supozitivar baş ve işaret parmağı ile tutulur.			
20. Hastaya gevşemesi için burundan nefes alıp, ağızdan vermesi söylenir.			
21. Supozitivar; aktif el ile rektuma, yetişkinlerde 10 cm, çocuklarda ise 5 cm olacak şekilde itilir.			
22. İşaret parmağı seri bir şekilde hastanın anüsünden çekilir ve hastanın anüsüne spanç / ped yerleştirilir. Hasta bebek ise kısa bir süre kalçalara basınç uygulanır.			
23. Anüs çevresinde herhangi bir dışkı, ilaç sızıntısı varsa spanç ile silinir.			
24. Hastaya supine pozisyonu verilir ve 5-10 dk yatması gerektiği söylenir.			
25. Eğer hastaya laksatif bir supozitivar uygulanmış ise acil boşaltım ihtiyacı duyana kadar (yaklaşık 30 dk) beklemesi söylenir.			
26. Kullanılan malzemeler uygun bir şekilde kaldırılır / imha edilir.			
27. Eldivenler çıkarılır.			
28. Eller yıkanır.			
29. İlacın etkisi değerlendirilir.			
30. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



7.10. PARENTERAL YOL İLE UYGULANACAK İLACI HAZIRLAMA

Gerekli Malzemeler:

- Hekim istemi ve hemşire kayıtları
- Ampul veya flakonda ilaç
- Enjektör
- Spanç / gazlı bez / pamuk
- Seyreltici (%0.9 NaCl solüsyonu / steril distile su)
- Eldiven
- %70'lik alkol
- Atık kutusu
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekimin istemi ile ilaç bilgileri kontrol edilir. Bireyin adı-soyadı, ilacın adı, dozu, uygulama yolu ve uygulama zamanı kontrol edilir.			
2. İlacın etkisi, amacı, yan etkileri ve hemşirelik uygulamaları gibi ilaçlar ile ilişkili bilgiler gözden geçirilir.			
3. Bireyin vücut yapısı, kas büyüklüğü, vücut ağırlığı ve boyu tanınır.			
4. Eller yıkanır ve malzemeler hazırlanır.			
5. Flakon veya ampulün son kullanma tarihi kontrol edilir.			
6. İlaç hazırlanır. İlaç hazırlanırken; <ul style="list-style-type: none">• Eller yıkanır.• Her bir ilaç için ilaç kartı hazırlanır ve sadece bir hasta için ilaç hazırlanır.• İlacın dozu hesaplanır. Yapılan hesap iki kez kontrol edilir. Gerekliyorsa hesaplamaları başka bir hemşirenin doğrulaması sağlanır.			

7.10. PARENTERAL YOL İLE UYGULANACAK İLACI HAZIRLAMA

7. AMPULDEN İLAÇ HAZIRLAMA			
• Sıvı, ampulün boynundan aşağıya doğru hareket edinceye kadar parmağımızla ampulün üst kısmına hafifçe ve hızlı bir şekilde vurulur.			
• Ampulün boyun kısmına küçük gazlı bez veya kuru pamuk yerleştirilir.			
• Ellerden uzak tarafa doğru ampulün boynu hızlı ve düz bir şekilde kırılır.			
• Ampulün alt ucuna ulaşabilecek uygun uzunlukta bir iğne kullanılır.			
• Ampul düz bir zemine yerleştirilir ve daha sonra işaret ve orta parmak arasında tutulur. İğne açık olan ampulün içine, kenarlara değdirilmeden yerleştirilir. İğne ucunun veya iğne gövdesinin ampulün giriş kısmına ve dışına dokunmasına izin verilmez.			
• Piston nazik bir şekilde geriye doğru çekilerek ilaç, enjektör içine seri bir şekilde aspire edilir.			
• İğne ucu daima sıvı seviyesinin altında tutulur.			
• Hava kabarcıkları çekilirse, hava kabarcıkları ampulün içine doğru çıkarılmaya çalışılmaz.			
• Hava kabarcıklarını çıkarmak için, iğne ampulden çıkarılır. Enjektör, iğnenin ucu yukarı bakacak ve iğne ucunun açık yüzeyi yüzümüze dönük olacak şekilde ve göz hizasında tutulur. Hava kabarcıklarının yukarı çıkması için enjektörün yan tarafına parmak ile hafifçe vurulur. Piston hafifçe geri çekilir ve daha sonra havayı çıkarmak için piston yukarı doğru itilir. Sıvı dışarı çıkarılmaz ve iğnenin ucunda bir damla ilaç görüldüğünde pistonu itme işlemi durdurulur.			
• Enjektör içinde fazla miktarda sıvı varsa, sıvıyı boşaltmak için lavabo / bôbrek küvet kullanılır. Fazla ilaç asla ampule boşaltılmaz. Enjektör dik tutularak enjektör içindeki sıvı seviyesi yeniden kontrol edilir.			
• İğne güvenli koruyucu kılıfı ile kapatılır. Enjeksiyonu uygulamak için iğne ucu yeni iğne ucuyla değiştirilir.			
8. TOZ İLAÇ İÇEREN FLAKONDAN İLAÇ HAZIRLAMA			
• Flakonu örten kapak açılır. Alkollü pamuk ile kauçuk tıpa silinir ve kuruması beklenir.			
• Seyreltici ampulden enjektöre çekilir (ampulden ilaç çekme basamaklarına göre).			
• Toz içeren flakonun kauçuk tıpasına iğne batırılır. Seyreltici, flakon içine enjekte edilir. İğne çıkarılır.			
• İlaç iyice karıştırılır. Avuç içinde yuvarlanır. Flakon sallanmaz.			
• Flakon içinde sulandırılan ilacın tamamen eriyip erimeği kontrol edilir.			

7.10. PARENTERAL YOL İLE UYGULANACAK İLACI HAZIRLAMA

<ul style="list-style-type: none">• Flakon içinde sulandırılan ilaç yeni bir enjektöre alınır.			
<ul style="list-style-type: none">• Enjektör alınır ve iğnenin kılıfı çıkarılır. Flakondan aspire edilecek ilaç miktarı kadar hava çekmek için piston geri çekilir.			
<ul style="list-style-type: none">• Flakon düz bir zeminde iken veya aktif olmayan elin işaret ve orta parmağı arasında, iğnenin sivri ucu öncelikle kauçuk tıpayla doğru girecek şekilde iğne ucu flakon içine yerleştirilir. İğne flakon içine yerleştirilirken basınç uygulanır.			
<ul style="list-style-type: none">• Enjektör pistonu tutularak, enjektör içinde bulunan hava flakona enjekte edilir. Basınç uygulanarak piston tutulur; flakon içindeki hava basıncı bazen pistonu geriye itebilir.			
<ul style="list-style-type: none">• Enjektör sıkı bir şekilde tutularak flakon ters çevrilir. Flakon pasif elin baş ve orta parmakları ile tutulur. Flakon içindeki basıncı kontrol altında tutmak için enjektörün gövdesi ve pistonu dikkatli bir şekilde tutulur.			
<ul style="list-style-type: none">• İğne ucu sıvı seviyesinin altında tutulur.			
<ul style="list-style-type: none">• Flakon içindeki hava basıncı enjektöre yavaş yavaş ilaç dolmasını sağlar. Doğru miktarda ilaç elde etmek için piston yavaşça geri çekilir.			
<ul style="list-style-type: none">• İstenilen hacim elde edildiğinde, iğne flakonun hava boşluğuna çekilir, enjektör içindeki ilaçta bulunan hava kabarcıkları flakon içine boşaltılır.			
<ul style="list-style-type: none">• Enjektörün gövdesinden tutularak ve iğnenin ajutajdan çıkması engellenerek iğne flakondan çıkarılır.			
<ul style="list-style-type: none">• Doğru dozu elde etmek ve enjektör içinde hava kabarcıklarının olmamasını sağlamak için enjektör göz hizasında, 90 derece açı ile dik tutulur. Hava kabarcıklarını çıkarmak için enjektöre yavaşça vurulur. Piston yavaşça geri çekilir; daha sonra havayı dışarı atmak için piston yukarı doğru itilir. Sıvı asla dışarı fışkırtılmaz. İlaç hacmi yeniden kontrol edilir.			
9. İlaç bireyin dokusu içine enjekte edilecekse; iğne uygulanacak yöntem, bölgeye ve bireyin özelliklerine göre uygun çapta ve uzunlukta iğne ile değiştirilir.			
10. Çoklu doz flakonlar için ilacın karıştırılma tarihi ve saati, mililitredeki ilaç konsantrasyonu ve parafımızı içeren bir etiket hazırlanır.			
11. Kirli malzemeler uzaklaştırılır. Kırılmış ampuller, kullanılmış flakonlar ve kullanılmış iğneler delinmeye dayanıklı ve sızdırmayan atık kutularına atılır. Çalışma alanı temizlenir ve eller yıkanır.			

7.10. PARENTERAL YOL İLE UYGULANACAK İLACI HAZIRLAMA



7.11. İNTRADERMAL (ID) ENJEKSİYON UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartı
- 25 veya 27 numaralı iğnesiyle birlikte 1 ml'lik tüberkülin enjektörü (İşlem tanı amaçlı yapılıyorsa iki enjektör kullanılır: 1. enjektöre ilaç, 2. enjektöre serum fizyolojikçekilir)
- Flakon veya ampulde ilaç
- ID enjeksiyon kol maketi
- Pamuk tampon / spanç
- Tıbbi atık kutusu / Kesici - delici alet atık kutusu
- % 70'lik alkol
- Eldiven
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Dermograf (deri kalemi)

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hasta kimlik bilgileri (adı-soyadı, kol bandı) ve hekim istemi (ilacın adı, ilacın dozu, ilacın uygulama yolu ve ilacın uygulanma zamanı) kontrol edilir.			
4. İlaç kartı ile hekim ilaç istemi kontrol edilir. Hastaya ismi ile hitap edilerek doğru hasta olduğundan emin olunur.			
5. İlacın son kullanma tarihi kontrol edilir.			
6. Cerrahi aseptik teknik kullanılarak ampul veya flakondan doğru dozda ilaç hazırlanır.			
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve işlem için hastadan izin alınır.			
8. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılabilecek bir biçimde yerleştirilir.			
9. Deri yüzeyi; ekimoz, skar, enflamasyon, ödem ve renk değişikliği açısından gözlemlenir.			

7.11. İNTRADERMAL (ID) ENJEKSİYON UYGULAMA

10. Uygun bir enjeksiyon alanı seçilir (Genellikle antekübital bölgenin 3-4 parmak altındaki ve bileğin bir el genişliği üzerindeki ön kol bölgesi tercih edilir).			
11. Seçilen bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir (çoğunlukla fowler pozisyonu). Kol kullanılacak ise hastanın dirseğini bükmemesi ve uzatması sağlanır, kolunun altı desteklenir.			
12. Eldiven giyilir.			
13. Enjeksiyon alanı %70'lik alkollü pamuk tampon ile dairesel (merkezden dışa doğru 5 cm çapında) tek bir hareketle temizlenir ve kuruması için beklenir.			
14. Düz bir şekilde iğnenin kapağı çekerek çıkarılır.			
15. İğnenin keskin ucu yukarı bakacak şekilde aktif elin başparmağı ve işaret parmağı ile enjektör tutulur.			
16. Aktif olmayan el ile enjeksiyon alanı alttan tutulur, deri parmaklar arasında iyice gerilir.			
17. İğnenin keskin ucu yukarı bakacak şekilde iğne 5-15° lik açı ile deri yüzeyinin altına dermis boyunca yaklaşık 2-3mm ilerletilir.			
18. Aktif olmayan el serbest bırakılır.			
19. İlaç deride birkaç mm'lik kabarcık (yaklaşık olarak mercimek büyüklüğünde - yaklaşık 6 mm) oluşturuncaya kadar yavaşça verilir. İlacın enjekte edilmesi sırasında hafif bir basınç hissedilir.			
20. İlaç verildiğinde kabarcık oluşmuyor ise iğne aynı açıyla geri çekilir ve uygulama yapılan alanın en az 5 cm uzağından tekrar uygulanır.			
21. Kabarcık oluşmuş ise iğne aynı açıyla yavaşça geri çekilir. Hastaya kabarcığın normal bir bulgu olduğu açıklanır.			
22. Dışarı ilaç sızmış ise kuru bir pamukla, tek bir hareketle bastırmadan hafifçe silinir.			
23. Bölgeye asla masaj uygulanmaz.			
24. Enjeksiyon bölgesi dermograf ile daire içerisine alınır.			
25. Hastanın enjeksiyon bölgesi reaksiyon açısından bir süre gözlem altında tutulur.			
26. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
27. Malzemeler ortamdaki uzaklaştırılır. Enjektör kapağı kapatılmadan kesici ve delici alet atık kutusuna atılır.			
28. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
29. Yapılan işlem ve bulgular kayıt edilir.			
30. Önerilen süre geçtikten sonra (15-60 dk / 24-48-72 saat) enjeksiyon bölgesi kontrol edilir ve kayıt edilir.			



7.12. SUBKUTAN (SC) ENJEKSİYON UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartı
- İnsülin enjektörü, 25 ya da 27 numara iğne
- Flakon veya ampülde ilaç
- Pamuk tampon
- Tıbbi atık kutusu / Kesici - delici alet atık kutusu
- %70'lik alkol
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Eldiven

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

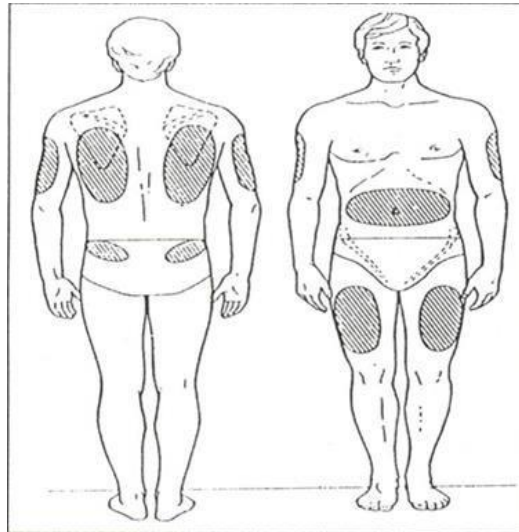
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hasta kimlik bilgileri (adı-soyadı, kol bandı) ve hekim istemi (ilacın adı, ilacın dozu, ilacın uygulama yolu ve uygulama zamanı) kontrol edilir.			
4. İlaç kartı ile hekim ilaç istemi kontrol edilir. Hastaya ismi ile hitap edilerek doğru hasta olduğundan emin olunur.			
5. İlacın son kullanma tarihi kontrol edilir.			
6. Cerrahi aseptik teknik kullanılarak ampül veya flakondan doğru dozda ilaç hazırlanır. İlaç hazırlandıktan sonra 0.2-0.3 ml hava çekilir.			
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve işlem için hastadan izin alınır.			
8. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılabilecek bir biçimde yerleştirilir.			
9. Deri yüzeyi; ekimoz, skar, enflamasyon, ödem ve renk değişikliği açısından gözlemlenir. Bölge kitle veya hassasiyet açısından palpe edilir.			
10. Enjeksiyon uygulanacak alan tespit edilir (abdomen, kollar, bacaklar, kalça). Enjeksiyon uygulanacak bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.			

7.12. SUBKUTAN (SC) ENJEKSİYON UYGULAMA

11. Eldivenler giyilir.			
12. Enjeksiyon alanı alkollü pamuk tampon ile dairesel (merkezden dışa doğru 5 cm çapında) tek bir hareketle hafifçe bastırarak temizlenir ve kuruması için beklenir.			
13. İşlem sonunda kullanılmak üzere hazırlanmış kuru pamuk pasif elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştirilir.			
14. Enjektör ele alınarak düz bir şekilde iğnenin kapağı çıkarılır.			
15. Aktif elin baş ve işaret parmağı ile enjektör tutulur (kalem tutar gibi avuç içi aşağıya bakacak şekilde).			
16. Aktif olmayan elin baş ve işaret parmağı ile hafifçe sıkıştırılarak deri yaklaşık 2.5cm yükseltilir. Abdomen bölgesinde baş ve işaret parmakla deri gerdirilir, hasta kaşektik ise kavranır).			
17. Kalem tutar gibi tutulan enjektörle deriye 90 derecelik açıyla girilir (deri altı tabakası ince ya da kaşektik hastalarda açı 45-90° arasında olmalı).			
18. İğne deri altına girdikten sonra enjektör sarsılmadan deri serbest bırakılır.			
19. Serbest kalan pasif el ile piston itilerek ilaç yavaşça enjekte edilir.			
20. İlaç enjekte edildikten sonra kuru pamuk enjeksiyon bölgesinin üzerine hafifçe bastırılır. Giriş açısını bozmadan iğne yavaşça geri çekilir.			
21. Bölgeye kısa süre basınç uygulanır (kanama problemi yoksa 2-3 dakika, kanama problemi varsa 3-5 dakika). Asla masaj uygulanmaz.			
22. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
23. Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır. Enjektör kapağı kapatılmadan kesici ve delici alet atık kutusuna atılır.			
24. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
25. Yapılan işlem ve bulgular kayıt edilir.			
26. İlacın etki / yan etkileri değerlendirilir.			



Subkutan enjeksiyon Bölgeleri

7.13. İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartı
- Flakon veya ampulde ilaç
- Enjektör
- İM enjeksiyon maketi
- Pamuk tampon
- Tıbbi atık kutusu / kesici - delici alet atık kutusu
- %70'lik alkol
- Eldiven
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

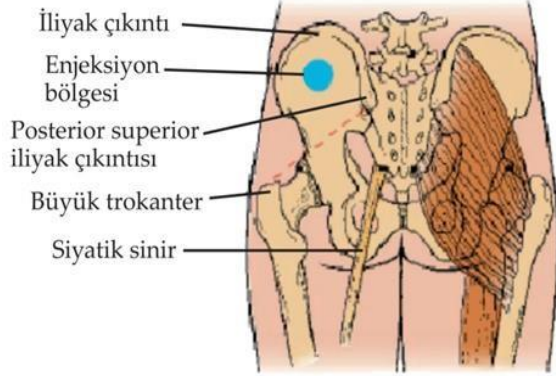
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hasta kimlik bilgileri (adı-soyadı, kol bandı) ve hekim istemi (ilacın adı, ilacın dozu, ilacın uygulama yolu ve uygulama zamanı) kontrol edilir.			
4. İlaç kartı ile hekim ilaç istemi kontrol edilir. Hastaya ismi ile hitap edilerek doğru hasta olduğundan emin olunur.			
5. İlacın son kullanma tarihi kontrol edilir.			
6. Cerrahi aseptik tekniği kullanarak ampul veya flakondan doğru dozda ilaç hazırlanır. Daha sonra 0.2-0.3 ml hava çekilir (hava kilidi sağlamak için). İğne ucu değiştirilir.			
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve işlem için hastadan izin alınır.			
8. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılacak bir biçimde yerleştirilir.			
9. Hastanın mahremiyeti sağlanır (odanın kapısı, pencereler kapatılır, paravan / perde çekilir).			

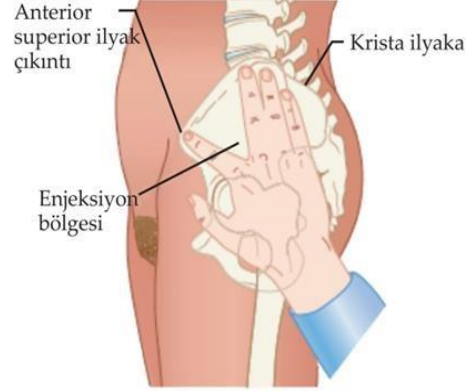
7.13. İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA

10. Deri yüzeyi; ekimoz, skar, enflamasyon, ödem ve renk değişikliği açısından gözlenir. Kas bütünlüğü ve büyüklüğüne dikkat edilir.			
11. Uygun İM enjeksiyon bölgesi seçilir (ventrogluteal, dorsagluteal, vastus lateralis, rektus femoris, deltoid kası).			
12. Seçilen bölgeye göre hastaya uygun pozisyon (supine, fowler, prone, lateral vb.) verilir.			
13. Hastanın giysileri, enjeksiyon bölgesi iyice görülecek biçimde açılır.			
14. Uygulanacak bölgeye göre ölçüm yapılarak enjeksiyon alanı belirlenir. Alanda nodül ya da kitle olup olmadığı palpe edilerek kontrol edilir.			
15. Eldivenler giyilir.			
16. Enjeksiyon alanı alkollü pamuk tampon ile dairesel (merkezden dışa doğru 5 cm çapında) tek bir hareketle hafifçe bastırılarak temizlenir ve kuruması beklenir.			
17. İşlem sonunda kullanılmak üzere hazırlanmış kuru pamuk pasif elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştirilir.			
18. İğnenin kapağı iğne ucunun sterilliği bozulmadan çıkarılır.			
19. Alkol ile silinen bölgeye dokunulmadan, pasif el ile belirlenen bölge üzerindeki deri, başparmak ve işaret parmağı arasında gerdirilir ve hafifçe bastırılır.			
20. Enjektör, iğnenin keskin ucu öncelikli olarak deriye girecek şekilde aktif elin baş ve işaret parmağı ile tutulur (kalem tutar gibi avuç içi aşağıya bakacak şekilde).			
21. Hastaya derin nefes alıp vermesi söylenir.			
22. Enjektör 90° tutularak tek bir harekette hızlı bir biçimde doku içine batırılır. İğnenin tamamının doku içine girmesi gerekmez. Hastanın kas durumuna göre karar verilir.			
23. İğne doku içine girdikten sonra, aktif olmayan el deriden yavaşça çekilir ve piston tutulur.			
24. Piston aktif olmayan el ile yavaşça geri çekilir (5-10 saniye beklenir). Enjektörün ajutajına kan gelip gelmediği gözlemlenir.			
25. Eğer kan aspire edilirse; iğne hemen geri çekilir ve değiştirilir. İlacın içine kan girmiş ise ilaç yeniden hazırlanır.			
26. Eğer kan aspire edilmez ise; ilaç yavaşça verilir (Her 10 saniyede 1 ml ilaç verilecek şekilde).			
27. İlaç verildikten sonra 10 saniye beklenir.			
28. Kuru pamuk iğnenin dokuya girdiği yere yerleştirilerek tek bir hareketle iğne dokudan dışarı çekilir. Kısa bir süre pamuk ile basınç uygulanır.			
29. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
30. Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır. Enjektör kapağı kapatılmadan kesici - delici alet atık kutusuna atılır.			
31. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
32. Yapılan işlem ve bulgular kayıt edilir.			
33. İlaç uygulandıktan sonra ilacın etki / yan etkileri değerlendirilir.			

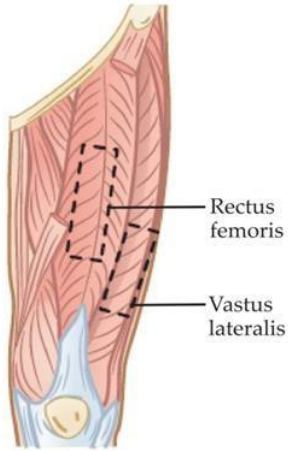
7.13. İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA



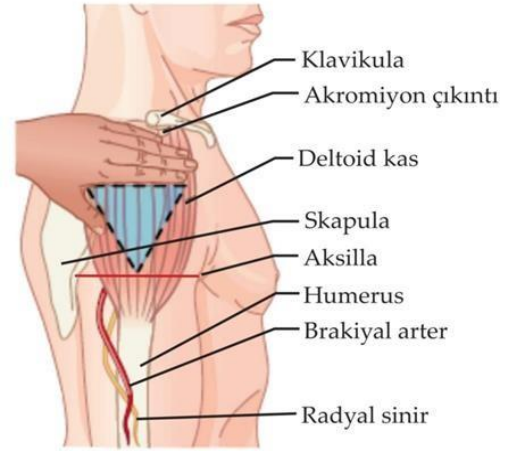
Şekil 1. Dorsagluteal Bölge



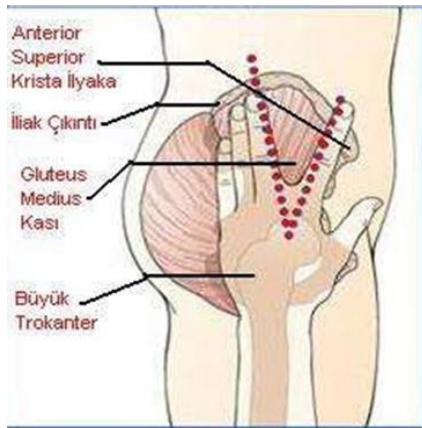
Şekil 2. Ventrogluteal Bölge



Şekil 3. Vastus Lateralis ve Rektus Femoris Tespiti



Şekil 4. Deltoid Kas



Laterofemoral Bölge



7.14. Z TEKNİĞİ İLE İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartı
- Enjektör, flakon veya ampulde ilaç
- İM enjeksiyon maketi
- Pamuk tampon / spanç / gazlı bez
- Tıbbi atık kutusu / kesici - delici alet atık kutusu
- %70'lik alkol
- Böbrek küvet, kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hasta kimlik bilgileri (adı-soyadı, kol bandı) ve hekim istemi (ilacın adı, ilacın dozu, ilacın uygulama yolu ve uygulama zamanı) kontrol edilir.			
4. İlaç kartı ile hekim ilaç istemi kontrol edilir. Hastaya ismi ile hitap edilerek doğru hasta olduğundan emin olunur.			
5. İlacın son kullanma tarihi kontrol edilir.			
6. Cerrahi aseptik teknik kullanılarak ampul veya flakondan doğru dozda ilaç hazırlanır. Daha sonra 0.2-0.3 ml hava çekilir (hava kilidi sağlamak için). İğne ucu değiştirilir.			
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve işlem için hastadan izin alınır.			
8. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılabilecek bir biçimde yerleştirilir.			
9. Hastanın mahremiyeti sağlanır (odanın kapısı, pencereler kapatılır, paravan / perde çekilir).			

7.14. Z TEKNİĞİ İLE İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA

10. Deri yüzeyi; ekimoz, skar, enflamasyon, ödem ve renk değişikliği açısından gözlenir. Kas bütünlüğü ve büyüklüğüne dikkat edilir.			
11. Uygun İM enjeksiyon bölgesi seçilir (ventrogluteal, dorsagluteal, vastus lateralis, rektus femoris, deltoid kası).			
12. Seçilen bölgeye göre hastaya uygun pozisyon (supine, fowler, prone, lateral vb.) verilir.			
13. Hastanın giysileri, enjeksiyon bölgesi iyice görülecek biçimde açılır.			
14. Uygulanacak bölgeye göre ölçüm yapılarak enjeksiyon alanı belirlenir. Alanda nodül ya da kitle olup olmadığı palpe edilerek kontrol edilir.			
15. Eldivenler giyilir.			
16. Enjeksiyon alanı alkollü pamuk tampon ile dairesel (merkezden dışa doğru 5 cm çapında) tek bir hareketle hafifçe bastırılarak temizlenir ve kuruması beklenir.			
17. İşlem sonunda kullanılmak üzere hazırlanmış kuru pamuk pasif elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştirilir.			
18. İğnenin kapağı iğne ucunun sterilliği bozulmadan çıkarılır.			
19. Pasif elin ulnar (yan) tarafı ile saptanan enjeksiyon alanı üzerindeki deri kenara doğru 2.5-3 cm gerdirilir.			
20. İğnenin keskin ucu öncelikli olarak deriye girecek şekilde aktif elin baş ve işaret parmağı ile enjektör tutulur (kalem tutar gibi avuç içi aşağıya bakacak şekilde).			
21. Hastaya derin nefes alıp vermesi söylenir.			
22. Enjektör 90° tutularak tek bir hareketle hızlı bir biçimde doku içine batırılır.			
23. Pasif elin ulnar tarafı ile cilt gerdirilirken baş ve işaret parmağı ile enjektör kavranır (el değiştirilir).			
24. Aktif el ile piston 5-10 saniye süre ile geri çekilir. Enjektörün ajutajına kan gelip gelmediği gözlemlenir.			
25. Kan aspire edilirse; iğne hemen geri çekilir ve değiştirilir. İlacın içine kan girmiş ise ilaç yeniden hazırlanır.			
26. Kan aspire edilmez ise; ilaç yavaşça verilir (Her 10 saniyede 1 ml ilaç verilecek şekilde).			
27. İlaç verildikten sonra 10 saniye beklenir.			
28. Kuru pamuk iğnenin dokuya girdiği yere yerleştirilerek, hızlı ve tek bir hareketle iğne geri çekilirken aynı anda deri serbest bırakılır. Kısa bir süre pamuk ile basınç uygulanır.			
29. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
30. Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır. Enjektör kapağı kapatılmadan kesici - delici alet atık kutusuna atılır.			
31. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
32. Yapılan işlem ve bulgular kayıt edilir.			

7.14. Z TEKNİĞİ İLE İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA

33. İlaç uygulandıktan sonra ilacın etki / yan etkileri değerlendirilir.

7.15. İNTRAVENÖZ (IV) ENJEKSİYON UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartı
- Enjektör, flakon veya ampulde ilaç
- IV enjeksiyon kol maketi
- Pamuk tampon / spanç
- Tıbbi atık kutusu / kesici - delici alet atık kutusu
- %70'lik alkol
- Tedavi bezi / muşambası, su geçirmez örtü
- Turnike
- Eldiven
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Böbrek küvet, kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hasta kimlik bilgileri (adı-soyadı, kol bandı) ve hekim istemi (ilacın adı, ilacın dozu, ilacın uygulama yolu ve uygulama zamanı) kontrol edilir.			
4. İlaç kartı ile hekim ilaç istemi kontrol edilir. Hastaya ismi ile hitap edilerek doğru hasta olduğundan emin olunur.			
5. İlacın son kullanma tarihi kontrol edilir.			
6. Cerrahi aseptik teknik kullanılarak ampül veya flakondan doğru dozda ilaç hazırlanır.			
7. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve işlem için hastadan izin alınır.			
8. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılacak bir biçimde yerleştirilir.			
9. Hastaya yatakta uzanır ya da koltukta oturur pozisyon verilir.			
10. Hastanın geçirdiği cerrahi operasyon, arterio-venöz şant, dolaşım yetersizliği vb. değerlendirilir.			

7.15. İNTRAVENÖZ (IV) ENJEKSİYON UYGULAMA

11. Her iki koldaki venler gözlemlenir ve palpe edilir. Gözlemlenerek ve dokunarak şişlik, hematoma olmayan ve zedelenmemiş bir ven seçilir.			
12. Kolun altına tedavi bezi / muşambası yerleştirilir.			
13. Eldivenler giyilir.			
14. Turnike seçilen damarın 10-15 cm üzerinden bağlanır. Uygulama kolda yapılacak ise seçilen kol kalp seviyesinin altında tutulur. Turnike 1 dakikadan uzun süre bağlı tutulmaz. Gerekirse turnike açılıp 2 dakika sonra tekrar bağlanır.			
15. Hastadan elini açıp kapatması ve yumruk yapması istenir.			
16. Damar parmak uçları ile palpe edilir ve doku içindeki pozisyonu hissedilir.			
17. Bölge alkollü pamuk tampon ile arter kan dolaşımı yönü izlenerek (yukarıdan aşağıya) tek bir hareketle silinir ve kuruması beklenir (5-10 sn).			
18. Damara girilecek noktanın altından ya da kolun altından deri gerdirilir.			
19. İğnenin kapağı çıkarılır. İğnenin keskin yüzü yukarı doğru tutularak, aktif el enjektörün üstünde kalacak biçimde baş ve diğer parmaklar ile enjektör tutulur.			
20. İğne damara girilmek istenilen bölgenin yaklaşık 1 cm altından deriye 10-30 derecelik açı oluşturacak biçimde tutulur ve 15 derecelik açıyla venin içine doğru yavaşça ilerletilir.			
21. İğne damara girdiğinde, ajutaja kan dolduğunda iğne yavaşça ven içinde ilerletilir (iğnenin 1/3'ü ven içinde olacak şekilde).			
22. Dokuyu gerdiğimiz el serbest bırakılır ve pasif el ile enjektör sarsılmadan piston yavaşça geri çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir.			
23. Kan geliyor ise; iğne damar içinde hareket ettirilmeden pasif el ile turnike çözülür.			
24. Pasif el ile piston itilerek ilaç yavaşça damar içine verilir.			
25. İlaç uygulanırken bölgede şişlik, kızarıklık, acı hissi olup olmadığı kontrol edilir.			
26. İlacın tamamı verildikten sonra kuru pamuk basınç uygulanmadan damara giriş yerinin üzerine konular ve iğne aynı açı ile geri çekilir.			
27. İğne çıkarıldıktan sonra bölgeye 2-3 dakika hafif bir basınç uygulanır (kanama problemi var ise 3-5 dakika). Uygunsa bu uygulama hastaya yaptırılır. Hastaya kolunu asla kıvrımaması söylenir. Çünkü iğnenin girdiği yer genişleyerek daha çok kanamaya neden olabilir.			
28. Hematom ve kanama yönünden iğne giriş yeri gözlemlenir. Flaster yapıştırılır.			
29. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
30. Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır. Enjektör kesici - delici alet atık kutusuna atılır.			
31. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
32. Uygulama, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			

7.16. KAN ÖRNEĞİ ALMA

Gerekli Malzemeler:

- Pamuk tampon
- Tıbbi atık kutusu / kesici - delici alet atık kutusu
- %70'lik alkol
- IV enjeksiyon kol maketi
- Turnike, flaster, enjeksiyon bandı
- Tedavi bezi / muşambası / su geçirmez örtü
- Enjektör / vacutainer iğnesi ve adaptörü
- Hekim istem kağıdı, isteme uygun kan tüpleri
- Eldiven
- Böbrek küvet, kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
- 1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
- 2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır.			
3. Hasta kimlik bilgileri (adı-soyadı, kol bandı) ve laboratuvar istek formu kontrol edilir.			
4. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve işlem için hastadan izin alınır.			
5. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılabilecek bir biçimde yerleştirilir.			
6. Kan istemine göre hastaya kahvaltı yapıp yapmadığı ya da sonuçları etkileyecek ilaç kullanıyorsa alıp almadığı sorulur.			
7. Steril enjektör kılıfından çıkarılır ve iğnesi takılır. Vacutainer kullanılacak ise iğnesi adaptöre yerleştirilir. Steril uçlar kontamine etmemeye özen gösterilir.			
8. Hastaya supine ya da fowler pozisyonu verilir.			
9. Hastanın geçirdiği cerrahi operasyon, arterio-venöz şant, dolaşım yetersizliği vb. değerlendirilir.			

7.16. KAN ÖRNEĞİ ALMA

10. Her iki koldaki venler gözlenir ve palpe edilir. Gözlemlenerek ve dokunularak şişlik, hematom olmayan ve zedelenmemiş bir ven seçilir.			
11. Kan alınacak kolun altına küçük bir yastık veya havlu yerleştirilerek kol desteklenir. Kan alınacak bölgenin altına tedavi bezi / muşambası serilir.			
12. Eldiven giyilir.			
13. Turnike seçilen damarın 10-15 cm üzerinden bağlanır. Uygulama kolda yapılacak ise seçilen kol kalp seviyesinin altında tutulur. Turnike 1 dakikadan uzun süre bağlı tutulmaz. Gerekirse turnike açılıp 2 dakika sonra tekrar bağlanır.			
14. Hastadan elini açıp kapatması ve yumruk yapması istenir.			
15. Damar parmak uçları ile palpe edilir ve doku içindeki pozisyonu hissedilir.			
16. Bölge alkollü pamuk tampon ile arter kan dolaşımı yönü izlenerek (yukarıdan aşağıya) tek bir hareketle temizlenir ve kuruması beklenir.			
ENJEKTÖR İLE KAN ÖRNEĞİ ALINACAKSA			
• İğnenin kapağı çıkarılır. İğnenin keskin yüzü yukarı doğru tutularak, aktif el enjektörün üstünde kalacak biçimde baş ve diğer parmaklar ile enjektör tutulur.			
• Damara girilecek noktanın 2.5 cm altından pasif el ile aşağıya doğru bastırılarak ya da kol alttan kavranarak deri gerdirilir.			
• İğne damara girilmek istenilen bölgenin yaklaşık 1 cm altından deriye 30-45 derecelik açı oluşturacak biçimde tutulur ve 15 derecelik açıyla venin içine doğru yavaşça ilerletilir.			
• İğne damara girdiğinde, ajutaja kan dolduğunda iğne yavaşça ven içinde ilerletilir (iğnenin 1/3'ü ven içinde olacak şekilde).			
• Dokuyu gerdiğimiz el serbest bırakılır ve pasif el ile enjektör sarsılmadan piston yavaşça geri çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilir.			
• Kan geliyor ise enjektör gerekli miktarda kan ile doldurulur.			
VACUTAINER İLE KAN ÖRNEĞİ ALINACAKSA			
• Damara girilecek noktanın 2.5 cm altından pasif el ile aşağıya doğru bastırılarak ya da kol alttan kavranarak deri gerdirilir.			
• İğnenin kapağı çıkarılır. İğnenin keskin yüzü yukarı doğru gelecek şekilde vene 15-30 derecelik açıyla yerleştirilir. İğne yavaşça damara batırılır. Damara girildiğinde kan görülmez. İğne ven içine girdiğinde ilerleyişe karşı direnç kaybolur, iğne daha rahat ilerler.			
• Vacutainer adaptörü sıkı bir şekilde kavranır. Örnek tüpü vacutainer adaptörünün içindeki iğneye doğru itilir (ven içinde iğne oynatılmamalı).			
• Tüpün içine kanın yavaşça dolması beklenir. Tüp dolduktan sonra vacutainer adaptörü yerinde tutulurken, örnek tüpü çıkarılır. Gerekiyorsa diğer örnek tüpleri için de aynı işlem tekrarlanır.			
17. Enjektör / vacutainer ile örnekler alındıktan sonra turnike çözülür.			
18. Kuru pamuk basınç uygulanmadan damara giriş yerinin üzerine konulur ve iğne aynı açı ile geri çekilir.			

7.16. KAN ÖRNEĞİ ALMA

19. İğne çıkarıldıktan sonra bölgeye 2-3 dakika hafif bir basınç uygulanır (kanama problemi var ise 3-5 dakika). Uygunsa bu uygulama hastaya yaptırılır. Hastaya kolunu asla kıvrımaması söylenir. Çünkü iğnenin girdiği yer genişleyerek daha çok kanamaya neden olabilir.			
20. Kan alındıktan sonra mümkün olduğu kadar çabuk, pıhtılaşmadan tüplere boşaltılır. Vacutainer ile kan direkt tüple alındığı için bu basamak uygulanmaz.			
21. Kan tüpleri belirtilen seviyeye kadar kan ile doldurulur.			
22. Tüpler yavaşça 8-10 kez alt-üst olacak şekilde çevrilir.			
23. Tüplerin üzerine hastanın adı-soyadı, protokol numarası veya oda numarası yazılır ya da barkot yapıştırılır.			
24. Örnekler kutuya yerleştirilir ve laboratuvara gönderilir.			
25. İğne giriş yeri hematom ve kanama yönünden gözlemlenir. Enjeksiyon bandı / flaster yapıştırılır.			
26. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
27. Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır. Enjektör kesici - delici alet atık kutusuna atılır.			
28. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
29. Uygulama, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



8.1. İNTRAVENÖZ KATETER İLE DAMAR YOLU AÇILMASI - IV SIVI TEDAVİSİ

Gerekli Malzemeler:

- IV kateter / branül (Hastanın damar yolu yapısına ve sıvı tedavisine uygun olmalı)
- Enjektöre çekilmiş şekilde 4-5 ml serum fizyolojik, IV solüsyon
- Uygun antiseptik solüsyon, eldiven, flaster, turnike
- Tedavi bezi / muşambası / su geçirmez örtü, iğne atık kutusu
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

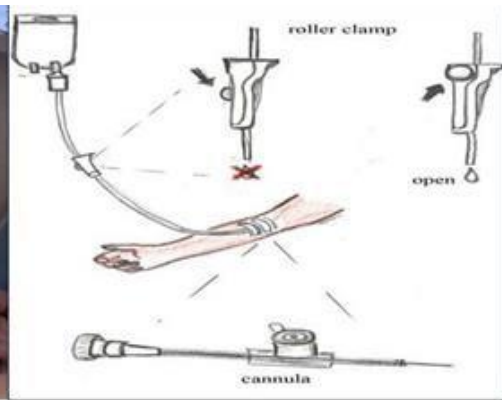
İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi ile hemşirelik kayıtlarının doğruluğu kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır, malzemeler hazırlanarak tepsiye yerleştirilir. Hastanın kimliği belirlenir. Hastaya işlem açıklanır ve izin alınır.			
3. Hastanın yatak başında ilaç etiketi ilaç kartı / hemşirelik kayıtları bir kez daha karşılaştırılır.			
4. Hastanın alerji öyküsü varsa alerjen tipi ve alerjik reaksiyonu değerlendirilir.			
5. Eller yıkanır ve işlem hazırlığı yapılır. <ul style="list-style-type: none">IV sıvı tedavisi için order edilmiş solüsyonun doğruluğu kontrol edilir.Solüsyondaki renk değişikliği, içinde partikül olup olmadığı, son kullanma tarihi, torbada sızıntı olup olmadığı değerlendirilir.Solüsyon sıvı askısına asılır.Orderda solüsyon içine verilmesi belirtilen ilaç solüsyon içine eklenir ve eklenen ilacın adı ile dozu belirtilir.			
6. IV sıvı solüsyonu aseptik kurallara uygun olarak hazırlanır.			
7. Bireyin daha önceki IV tedavi deneyimi, tedaviyi algılaması ve kolun pozisyonu ile ilgili tercihleri belirlenir.			
8. Tek kullanımlık eldiven giyilir. Damaryolu açılacak kolun altına örtü serilir.			
9. Turnike, vene giriş bölgesinin 10-15 cm üzerinden bağlanır. Ancak turnike venöz dolaşımı engelleyerek dokuların oksijensiz kalmasına neden olduğu için 2 dk. dan daha uzun süre bağlı bırakılmamalıdır.			
10. Damar yolu açılacak bölge antiseptikli solüsyon ile yukarıdan aşağıya doğru tek bir hamle ile silinir ve alanın kuruması için 5-10 sn beklenir.			
11. Vene uygun büyüklükte seçilen IV kateter steril paketinden çıkarılır.			
12. IV kateter kılıfı çıkarılır, iğnenin keskin yüzü yukarı gelecek şekilde tutulur.			
13. Vene girilecek noktanın yaklaşık 3-5 cm alt tarafına pasif elin başparmağı ile bastırılarak deri aşağı doğru gerdirilir.			

8.1. İNTRAVENÖZ KATETER İLE DAMAR YOLU AÇILMASI - IV SIVI TEDAVİSİ

14. IV kateter damara girilecek bölgenin yaklaşık 1 cm altında deriye 10-30 derece açı ile vene girilir. Vene girildikten sonra açı küçültülerek kateter ven içinde ilerletilir.			
15. Ven içine girildiğinde kanül içine kan dolar.			
16. IV kateterin içindeki kılavuz iğne, 1cm geriye çekilerek, plastik kanülün içine kan gelip gelmediği gözlemlenir. Kan geliyorsa plastik kanül damar içinde ilerletilirken, kılavuz iğne yavaşça geriye doğru çekilir. Ancak kılavuz iğne tamamen çıkarılmaz.			
17. Pasif elin baş parmağı ile IV kateter yerleştirilen bölgenin 1 cm kadar üst kısmından ven üzerine baskı uygulanır, aktif el ile önce turnike çözülür sonra kılavuz iğne tamamen çıkarılır.			
18. İçerisinde serum fizyolojik bulunan enjektörün ajutajı, IV kateter sıvı seti girişine takılır. 1-2 ml sıvı enjekte edilerek bölgede şişlik, kızarıklık ve ağrı hissinin olup olmadığı kontrol edilir.			
19. Steril şeffaf kanül sabitleyici flaster ile IV kateter, cilt üzerine sabitlenir.			
20. Eğer hastaya ilaç ya da sıvı verilmeyecekse; IV kateterin sıvı seti girişine koruyucu kapak kapatılır.			
21. IV sıvı tedavisi uygulanacak ise: <ul style="list-style-type: none">• Sıvı setinin IV katetere takılacak ucunda bulunan koruyucu kapak çıkarılarak, ucu IV kateter girişine yerleştirilir.• Klemp ile hekim istemine uygun solüsyon akış hızı ayarlanır.• Eğer sıvı setine doz ayarlayıcı takılı ise bu set IV katetere takılarak üzerindeki göstergeden solüsyonun akış hızı ayarlanır.• Aynı damar yolundan birden fazla ilaç gidecekse üçlü musluk kullanılmalıdır. Üçlü musluk sıvı setine takılıp havası çıkarıldıktan sonra IV katetere takılmalıdır.			
22. IV kateterin sabitlendiği flaster üzerine tarih ve saat yazılır.			
23. Hastaya rahat bir pozisyon verilir. Kullanılan malzemeler uygun şekilde kaldırılır / imha edilir.			
24. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır.			
25. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kaydedilir.			



Intravenöz kateter



Sıvı tedavisi

8.2. PUŞE YA DA BOLUS ENJEKSİYON

Gerekli Malzemeler:

- İlaç kartı, enjektöre çekilmiş ilaç, %70'lik alkol
- Pamuk / gazlı bez, tedavi bezi / muşambası / su geçirmez örtü
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır ve hastanın yanına uygun bir alana yerleştirilir.			
2. Hekim istemi ile ilaç kartı ve hastanın kimliği tekrar kontrol edilir.			
3. Hastaya işlem hakkında bilgi verilir.			
4. Hastaya rahat çalışılabilecek bir pozisyon verilir. Genellikle hastanın yatar pozisyonunda olması rahat çalışma imkanı verir.			
5. IV kateter giriş yeri inflamasyon ve infiltrasyon yönünden değerlendirilir.			
6. Hastaya IV sıvı veriliyor ise; serumun damlayıp damlamadığı kontrol edilir. Damlıyor ise, klemp sıkıca kapatılır.			
7. Serum setinin plastik kısmı alkol ile damardan sete doğru tek bir hareketle silinir.			
8. Enjektörün iğne kılıfı açılır.			
9. Pasif el ile serum setinin plastik kısmı parmaklar altta olacak şekilde, silinen bölgeye dokunulmadan tutulur.			
10. Aktif el ile iğne, keskin ucu yukarı bakacak biçimde tutulur. İğne ucu silinmiş bölgeden içeriye doğru batırılır.			
11. İğne ucu, set içindeki boşluğa girdiğinde 1-2 cm kadar ilerletilir.			
12. Piston ileri doğru itilerek, önerilen hızda ilaç damar içine verilir.			
13. İğne setten çıkarılır.			
14. Serum klempini açılarak damla sayısı tekrar ayarlanır.			
15. Hastaya rahat ettiği bir pozisyon verilir.			
16. Kontamine malzemeler ortamdaki uzaklaştırılır.			
17. Eller yıkanır ya da antibakteriyel solüsyonla temizlenir.			
18. Uygulama, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			

8.3. İNTRAVENÖZ (IV) SIVI TEDAVİSİNİN SONLANDIRILMASI

Gerekli Malzemeler:

- %70'lik alkol, eldiven
- Gazlı bez / spanç / pamuk tampon
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır. Malzemeler hazırlanır.			
2. Hastaya uygulama hakkında bilgi verilir.			
3. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir ve kolay ulaşılabilecek biçimde yerleştirilir.			
4. Sıvı setinin metal kıskaçı kapatılır.			
5. Flasterler alkol ile ıslatılır ve hepsi çıkartılır.			
6. Pamuk tampon kateterin deriyi deldiği alan üzerine hafif basınç oluşturacak şekilde yerleştirilir.			
7. Kateter diğer el ile deriye paralel şekilde dışarı çekilir.			
8. Bölgeye steril gazlı bez ile 2-3 dk (kanama problemi varsa 3-5 dk) basınç uygulanır.			
9. Kanama durduktan sonra gazlı bezle bölge kapatılır ve flasterlenir.			
10. Kontamine malzemeler ortamdaki uzaklaştırılır.			
11. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
12. Sıvı izlem formuna işlemin sonlandırıldığı saat ve nedeni kayıt edilir.			

8.4. KAN TRANSFÜZYONU

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

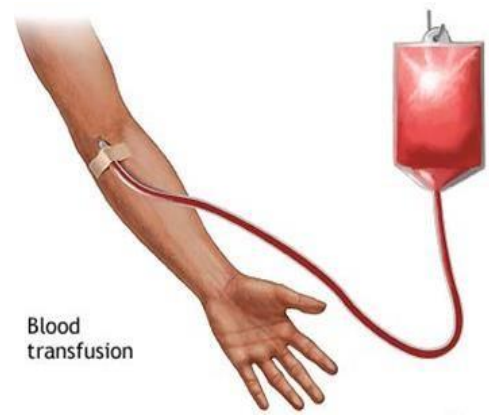
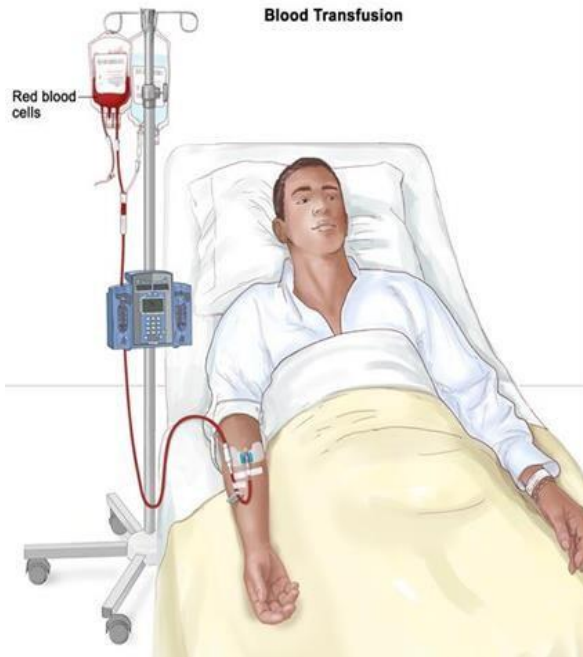
Gerekli Malzemeler:

- Kan / kan ürünü, kan transfüzyon seti
- Disposable eldiven, IV kateter takılması için gerekli malzemeler
- %0,9 NaCl solüsyonu, serum seti, enjektör
- Serum askısı, kan transfüzyon maketi
- Böbrek küvet / kirli kabı

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Bireyin kimlik bilgileri ve kan grubu kontrol edilir.			
2. Kan torbası üzerindeki bilgiler; donörün kan grubu, donörün Rh faktörü, kanın alındığı tarih, alıcının adı-soyadı, alıcının kan grubu, alıcını Rh faktörü, cross match uygunluğu, serolojik testlerin sonuçları, son kullanma tarihi kontrol edilir. Ayrıca kanın uygun şartlarda saklanıp saklanmadığı ve görünümü kontrol edilir.			
3. Hekim istemi kontrol edilir.			
4. Transfüzyon onay formu kontrol edilir.			
5. Transfüzyonun endikasyonları gözden geçirilir.			
6. Transfüzyon öyküsü alınır. Daha önce kan transfüzyonu yapıp yapılmadığı, yapılmış ise herhangi bir reaksiyon gelişip gelişmediği araştırılır.			
7. Hastanın yaşamsal bulguları ölçülür ve kayıt edilir.			
8. Anormal bulgular hemen hekime bildirilir.			
9. Malzemeler hazırlanır.			
10. Hastaya, uygulama ve amacı açıklanır ve onayı alınır.			
11. Malzemeler hastanın yanına, kolayca ulaşabilecek temiz bir alana yerleştirilir.			
12. Hastaya rahat edebileceği uygun bir pozisyon verilir.			
13. Eller yıkanır, eldiven giyilir.			
14. Kan seti, kan torbasına serum hazırlama yönteminde olduğu gibi takılır ve havası çıkarılır.			
15. %0,9 NaCl solüsyonu serum hazırlama yöntemine uygun olarak hazırlanır.			
16. Kan torbası ve %0,9 NaCl solüsyonu serum askısına takılır.			

8.4. KAN TRANSFÜZYONU

17. Kan seti ile IV kataterin bağlantısı yapılır.			
18. Transfüzyon başlatılır. İlk 5-15 dk süresince 20 damla/dk gidecek şekilde damla hızı ayarlanır (hekim tarafından farklı bir istem yapılmamış ise).			
19. Bireyin yaşamsal bulguları transfüzyon başladıktan 5 dk. sonra kontrol edilir. Hasta ilk 15 dk yakından gözlemlenir. Sonrasında kurum politikasına uygun aralarla takip edilir.			
20. Herhangi bir reaksiyon gelişmemişse akış hızı 30-45 damla/dk olacak şekilde ya da istem edilmişse hekim istemine göre ayarlanır. Herhangi bir allerjik reaksiyonu gösteren titreme, nefes darlığı, sıkıntı hissi vb gelişirse transfüzyon sonlandırılır ve aynı yoldan %0,9 NaCl infüzyonuna başlanır. Hekime hemen haber verilir. Her 15 dk.da bir hastanın yaşamsal bulguları izlenir.			
21. Malzemeler kaldırılır ve kontamine malzemeler ortamdan uzaklaştırılır / imha edilir. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
22. Uygulama, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



9.1. OKSİJEN MASKESİ / NAZAL KANÜL İLE OKSİJEN UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Oksijen maskesi / nazal kanül
- Kulaklarda tüpün altına yerleştirmek için / maskenin elastik bantları için gazlı bezler
- Oksijen kaynağına bağlı akım ölçer
- Steril distile su

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

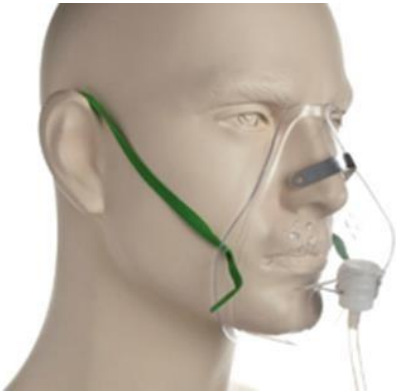
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır.			
3. Malzemeler hazırlanır, tepsiye yerleştirilir.			
4. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bunun için bireyin adı-soyadı ve bireyin kol bandındaki diğer bir kimlik belirleyici (örneğin; hastane kimlik numarası) ilaç kartı / hemşirelik kayıtları ile karşılaştırılır. Üçüncü bir kimlik belirleyici olarak mümkünse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
6. Hastaya işlem açıklanır.			
7. Odada elektrik kaçağı olup olmadığı kontrol edilir.			
8. Oksijen kaynağının nemlendiricisi bağlanır.			
9. Humidifer haznesinin 2/3'ü veya 1/2'si steril distile su ile doldurularak oksijenin nemlendirilmesi sağlanır.			
10. Hastaya semi-fowler ya da fowler pozisyonu verilir.			
11. Nazal kanül ya da maske kılıfından çıkarılır. Bağlantı tüpü ile oksijen kaynağı bağlantısı sağlanır.			
12. Oksijen akışı kontrol edilir.			

9.1. OKSİJEN MASKESİ / NAZAL KANÜL İLE OKSİJEN UYGULAMA

13. Nazal kanül kullanılacak ise: <ul style="list-style-type: none">• Nazal kanül hastanın burun deliklerine yerleştirilir.• Nazal kanül kulağın üst kısmından geçirilerek başın arkasında sabitlenir.			
14. Maske kullanılacak ise: <ul style="list-style-type: none">• Maske, hastanın ağızını ve burnunu içine alacak şekilde hastanın yüzüne yerleştirilir.• Maskenin metal kısmı üste gelmelidir.• Maskenin sabitleyici uçları, baş arkasında ensede sabitlenir.			
15. Oksijen vanası açılır ve flowmetreden istenilen oksijen akış hızı ayarlanır.			
16. Oksijen kullanımı sırasında oksijen miktarı manometreden sık sık kontrol edilir.			
17. Hastaya ağız bakımı yapılır.			
18. Eller yıkanır.			
19. Oksijen tedavisinin uygulandığı tarih, başlandığı saat, kullanılan yöntem, hastanın solunum hızı, nabız hızı ve uygulamaya tepkileri kaydedilir.			



9.2. NAZOFARENGEAL KATETER İLE OKSİJEN UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Nazofarengeal kateter (Çocuklar için; 8-10 Fr. / kadınlar için; 10-12 Fr. / erkekler için; 12-14 Fr. no'lu)
- Abeslang, flaster
- Işık kaynağı, tepsi
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır.			
3. Malzemeler hazırlanır, tepsiye yerleştirilir.			
4. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bunun için bireyin adı-soyadı ve bireyin kol bandındaki diğer bir kimlik belirleyici (örneğin; hastane kimlik numarası) ilaç kartı / hemşirelik kayıtları ile karşılaştırılır. Üçüncü bir kimlik belirleyici olarak mümkünse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
6. Hastanın solunum yollarının açık olup olmadığı kontrol edilir.			
7. Eldiven giyilir.			
8. Sekresyon varsa aspire edilir.			
9. Hastanın burun ucundan kulak memesine kadar olan mesafe ölçülerek kateter üzerinde flasterle işaretlenir.			
10. Kateteri kayganlaştırmak için suda erimeyen yağlı maddeler kullanılmamalıdır.			
11. Burun deliklerinde kabuklanma, deviasyon, mukoza ödemi bulunup bulunmadığı ışık yardımı ile kontrol edilir.			

9.2. NAZOFARENGEAL KATETER İLE OKSİJEN UYGULAMA

12. Kateter uygun burun deliğinden tabana paralel olarak orofarenkse doğru ilerletilir.			
13. Işık kaynağı ile kateterin ucunun, uvulanın arkasında görülüp görülmediği kontrol edilir. Kateterin ucu uvula arkasında görüldükten sonra ucu görünmeyinceye kadar geri çekilir.			
14. Kateter burun kemerine flasterle tespit edilir.			
15. Hastanın yanında bir süre beklenir. Kateterin doğru yerde olduğundan emin olunmalıdır.			
16. Her saat başı ışık kaynağı yardımı ile kateterin pozisyonunda bir değişme olup olmadığı, farenkste iritasyon olup olmadığı gözlenmelidir.			
• Oksijen uygulaması; 8 saatte bir, bir burun deliğinden diğerine geçirilir.			
17. Oksijen vanası açılır ve flowmetreden istenen oksijen akış hızı ayarlanır. Nazofarengeal kateterle 4-8 lt/dk hızla verildiğinde %35-50 yoğunlukta oksijen sağlanır.			
18. Oksijen uygulaması sırasında sık sık oksijen miktarı manometreden kontrol edilir.			
19. Hastaya ağız bakımı yapılır.			
20. Eldiven çıkarılır.			
21. Eller yıkanır.			
22. Oksijen tedavisinin uygulandığı tarih, başladığı saat, kullanılan yöntem, hastanın solunum hızı, nabız hızı ve uygulamaya tepkileri kaydedilir.			

9.3. OROFARENGEAL / NAZOFARENGEAL ASPİRASYON UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Taşınabilir / duvar aspirasyon ünitesi
- Steril distile su / % 0,9 NaCl, steril küvet / kap
- Steril kateter, steril eldiven
- Havlu / koruyucu örtü, kağıt havlu
- Maske, gözlük
- Tepsi
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır.			
3. Malzemeler hazırlanır, tepsiye yerleştirilir.			
4. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bunun için bireyin adı-soyadı ve bireyin kol bandındaki diğer bir kimlik belirleyici (örneğin; hastane kimlik numarası) ilaç kartı / hemşirelik kayıtları ile karşılaştırılır. Üçüncü bir kimlik belirleyici olarak mümkünse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
6. Hastaya işlem açıklanır.			
7. Üst hava yolunda sekresyon varlığını gösteren belirti ve bulgular tanımlanır (hipoksi, hiperkapne, endişe, korku, nabız, solunum sayısında artma, bilinçte azalma, ağız içi sekresyon salgısı, kan basıncında yükselme, dispne, akciğer sesleri ile fokurtulu sesler, siyanoz, solgunluk, hırıltılı solunum, özellikle yoğun bakımlarda monitör alarmı vb).			
8. Hastaya takılı olan pulse oksimetre gözlemlenir.			
9. Hasta bilinçli ise işlem sürecinde öksürmesi istenir.			
10. Hastaya uygun pozisyon verilir. <ul style="list-style-type: none">• Öğürme refleksi olan bilinci açık hastada; orofarengeal aspirasyon için, başı bir tarafa yan olacak şekilde semi-fowler pozisyonu verilir.• Nazofarengeal aspirasyon için; boyun hiperekstansiyonda olacak şekilde semi-fowler pozisyonu verilir.• Bilinci kapalı olan hastada; baş lateral pozisyona getirilir.			
11. Hastanın çenesinin altına veya yastık üzerine koruyucu örtü serilir.			
12. Steril küvete 100 ml steril distile su / %0,9'luk NaCl doldurulur.			

9.3. OROFARENGEAL / NAZOFARENGEAL ASPİRASYON UYGULAMA

13. Varsa hastanın oksijen maskesi çıkarılır.			
14. Steril eldiven giyilir ve kateter kılıfından çekilerek dikkatli şekilde dominant ele dolanır. İşlem uygulanırken dominant elin sterilliği korunur.			
15. Dominant el ile aspirasyon kateteri, pasif el ile aspiratör tutularak, kateter ile aspiratörün bağlantı tüpü birleştirilir.			
16. Aspiratör çalıştırılır.			
17. Aspirasyon makinesi pasif el ile açılıp, kateter içinden steril distile su geçirilir.			
18. Aspiratör kapatılır.			
19. Kateter, kulak memesinden burun ucuna kadar olan mesafede ölçülür (yaklaşık 10-15 cm). Bu mesafe baş ve işaret parmakları arasında sıkıştırılır.			
20. Orofarengeal aspirasyon için; aspirasyon kateteri ağız kenarından dişeti hizasından orofarenkse doğru ilerletilir (erişkinler için 15 cm).			
21. Nazofarengeal aspirasyon için; kateter, hasta nefes alırken burun içinde aşağı doğru yumuşak hareketlerle nazofarenkse kadar ilerletilir.			
22. Kateter işaretlenen bölüme kadar ilerletildikten sonra aspiratör çalıştırılır.			
23. Kateter, yavaşça kendi eksenini etrafında döndürülerek geri çekilirken, kateter valfi üzerine yerleştirilen pasif elin başparmağı açılıp kapatılır. Aspirasyon işlemi 10-15 sn boyunca uygulanır.			
24. Hasta bilinçli ise aspirasyon aralarında öksürmeye teşvik edilir.			
25. Hastaya yeniden aspirasyon uygulaması yapılacak ise, işlemler arasında 30-60 sn beklenir.			
26. Hastaya bir defada en fazla 3 kez aspirasyon işlemi uygulanır.			
27. Aspirasyon süreçleri arasında hastanın kardiyopulmoner durumu tanımlanır.			
28. Hastanın oksijen maskesi takılır.			
29. Bağlantı tüpündeki sekresyonlar temizlenene kadar küvet içinde kalan su aspire edilir.			
30. Aspirasyon cihazı kapatılır.			
31. Uygulama sonrasında hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
32. Malzemeler uygun şekilde kaldırılır / imha edilir.			
33. Eldiven çıkarılır.			
34. Eller yıkanır.			
35. İşlem sonunda hastanın solunum sesleri, solunum ve nabız hızı kontrol edilir, sekresyon miktarı ile niteliği değerlendirilir ve kayıt edilir.			

9.4. NAZOTRAKEAL / OROTRAKEAL ASPIRASYON (DERİN ASPIRASYON) UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Taşınabilir / duvar aspirasyon ünitesi
- Steril kateter, steril küvet
- Steril distile su / % 0,9 NaCl
- Steril eldiven, airway
- Havlu / koruyucu örtü / kağıt havlu
- Maske, koruyucu gözlük, tepsi
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır.			
3. Malzemeler hazırlanır, tepsiye yerleştirilir.			
4. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Bunun için bireyin adı-soyadı ve bireyin kol bandındaki diğer bir kimlik belirleyici (örneğin; hastane kimlik numarası) ilaç kartı / hemşirelik kayıtları ile karşılaştırılır. Üçüncü bir kimlik belirleyici olarak mümkünse bireyden ismini söylemesi istenir.			
5. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
6. Hastaya işlem açıklanır.			
7. Üst hava yolunda sekresyon varlığını gösteren belirti ve bulgular tanımlanır (hipoksi, hiperkapne, endişe, korku, nabız, solunum sayısında artma, bilinçte azalma, ağız içi sekresyon salgısı, kan basıncında yükselme, dispne, akciğer sesleri ile fokurtulu sesler, siyanoz, solgunluk, hırıltılı solunum, özellikle yoğun bakımlarda monitör alarmı vb).			
8. Sakıncalı bir durum yoksa hastanın başı 20-30° olacak şekilde uygun pozisyon verilir. <ul style="list-style-type: none">• Öğürme refleksi olan bilinci açık hastaya; semi-fowler pozisyonu verilir.• Bilinci kapalı olan hasta; yüzü hemşireye dönük olacak şekilde lateral pozisyona getirilir.			
9. Hastanın parmağına pulse-oksimetre aparatı takılır.			
10. Hastanın göğsüne havlu / koruyucu örtü serilir.			
11. Steril küvete 100 ml steril distile su / %0,9 NaCl doldurulur.			

**9.4. NAZOTRAKEAL / OROTRAKEAL ASPİRASYON (DERİN ASPİRASYON)
UYGULAMA**

12. Eğer endikeyse, hekimin istemiyle bir dakika süre ile %100 oksijen verilir.			
13. Maske ve koruyucu gözlük takılır.			
14. Steril eldiven giyilir ve katater kılıfından çekilerek dikkatli bir şekilde dominant ele dolandır. İşlemi uygularken dominant elin sterilliği korunur.			
15. Dominant el ile aspirasyon kateteri, pasif el ile aspiratör tutularak, kateter ile aspiratörün bağlantı tüpü birleştirilir.			
16. Aspiratör açılır.			
17. Aspirasyon makinesi dominant olmayan elle açılıp, kateter içinden steril distile su geçirilir.			
18. Pakete dokunmaksızın, açık steril kateterin 6-8 cm'lik bölümüne kayganlaştırıcı sürülür.			
19. Aspirasyon uygulamaksızın, yumuşak ancak hızlı bir şekilde kateter aktif başparmak ve işaret parmağı ile burun içine hafifçe aşağıya doğru eğilerek veya hasta nefes alırken ağız içinden geçirilerek ilerletilir.			
20. Orotrakeal ve nazotrakeal aspirasyonda kateterin ucu trakea-bronşial ağacın içine itilir ve aspiratör çalıştırılır. Bu mesafe; erişkinler için; 20-24 cm, büyük çocuklar için; 14-20 cm, bebekler için; 8-14 cm'dir.			
21. Kateter, yavaşça kendi eksenini etrafında döndürülerek geri çekilirken, kateter valfi üzerine yerleştirilen pasif elin başparmağı açılıp kapatılır. Aspirasyon işlemi 10-15 sn boyunca uygulanır.			
22. Hastanın oksijen maskesi takılır.			
23. Bağlantı tüpündeki sekresyonlar temizlenene kadar küvet içinde kalan su aspire edilir.			
24. Hastaya yeniden aspirasyon uygulaması yapılacak ise; işlemler arasında 30-60 sn beklenir.			
25. Hastaya bir defada en fazla 3 kez aspirasyon işlemi uygulanır.			
26. Aspirasyon süreçleri arasında hastanın kardiyo-pulmoner durumu tanılanır.			
27. Nazofarenks ve orofarenks aspire edilir.			
28. Kateter bağlantı tüpünden çıkarılır ve aktif elin parmakları etrafına yuvarlanır.			
29. Kateter eldiven içinde kalacak şekilde eldiven çekip çıkarılır. Diğer eldiven de aynı yolla çıkarılır.			
30. Aspirasyon cihazı kapatılır.			
31. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
32. Malzemeler uygun şekilde kaldırılır / imha edilir.			
33. Eldivenler, maske ve koruyucu gözlük çıkarılır.			
34. Eller yıkanır.			
35. İşlem sonunda hastanın solunum sesleri, solunum ve nabız hızı kontrol edilir, sekresyon miktarı ile niteliği değerlendirilir ve kayıt edilir.			

9.5. OROFARENGEAL AIRWAY UYGULAMA

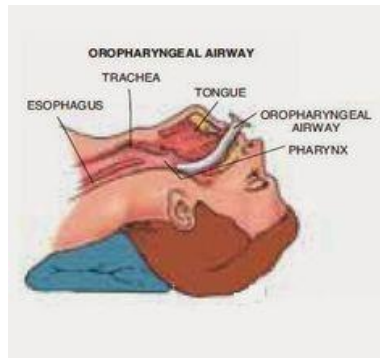
Gerekli Malzemeler:

- Airway (bebek ve çocuklar için 1-2 numara; yetişkinler için 4-6 numara)
- Disposable eldiven, tepsi, kağıt havlu
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

- 0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması
1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması
2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Hastanın bilinci kapalı olsa bile, uygulama hakkında bilgi verilir.			
3. Hastaya supine pozisyonu verilir ve başı hiperekstansiyona getirilir.			
4. Dişler takma ise mutlaka çıkarılır.			
5. Eldiven giyilir.			
6. Airway kılıfından çıkarılır.			
7. Hastanın dili farenksi tıkıyor ise kağıt havlu ile dili dışarı doğru çekilir.			
8. Airway'in eğimli kısmı alına doğru olacak biçimde ağız içine yerleştirilir.			
9. Farenks duvarına gelir gelmez, airway ağız içinde ters döndürülür ve kenarlarının hastanın dudaklarının dışına tam yerleşmesi sağlanır.			
10. Airway yerleştirildikten sonra kusma ihtimaline karşı hastaya lateral pozisyon verilir ya da başı yana çevrilir.			
11. Hastada öğürme refleksi oluşursa airway hemen çıkarılır, çünkü bu durum yaşamı tehdit eden bir komplikasyondur.			
12. Malzemeler ortamdan uzaklaştırılır.			
13. Eldiven çıkarılır, eller yıkanır.			
14. Uygulama, uygulama zamanı, airway numarası, müköz membranların durumu, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



10.1. NAZOGASTRİK TÜP YERLEŞTİRİLMESİ

Gerekli Malzemeler:

- Nazogastrik sonda (yetişkinler için; 12-18 Fr Levine sonda)
- Suda eriyebilen kayganlaştırıcı / %0.9 NaCl
- Steteskop
- Abeslang
- 20-50 ml'lik enjektör
- pH indikatörü
- Eldiven
- Bir bardak su ve pipet
- Işık kaynağı
- Kağıt havlu
- Havlu
- Flaster
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Hekim istemindeki enteral tüp çeşidi ve beslenme planı kontrol edilir.			
3. Hastaya uygulama hakkında bilgi verilir. Nazal operasyon veya travma geçirip geçirmediği sorulur. Burun deliklerinin açıklığı kontrol edilir.			
4. Hastanın ağız açılıp abeslang uvulaya değiştirilerek öğürme refleksinin olup olmadığı kontrol edilir.			
5. Bağırsak seslerinin varlığı değerlendirilir.			
6. Hastaya işlem sırasında herhangi bir rahatsızlık hissettiğinde veya öğürme durumunda nasıl iletişim kurabileceği açıklanır.			
7. Hastaya semi fowler / fowler pozisyonu verilir. Tüpün sokulacağı burun deliğinin olduğu tarafa geçilir.			

10.1. NAZOGASTRİK TÜP YERLEŞTİRİLMESİ

8. Göğsünün üzerine havlu yerleştirilir.			
9. Yerleştirilecek tüpün uzunluğuna karar verilir ve işaretlenir (ne kadar yerleştirileceğine ölçülerek karar verilir).			
10. Nazogastrik sondanın ölçümü: a) Yetişkin İçin: Sondanın midede kalacak ucu, sondanın takılacağı burun deliğinin önüne yerleştirilir. Sonra sonda aynı taraftaki kulak memesine ve oradan sternumun ksifoid çıkıntısına kadar uzatılır. Bu nokta sonda üzerinde kalemle veya flasterle işaretlenir. Yetişkin için bu uzunluk 55-65 cm'dir. b) Çocuk İçin: Sondanın midede kalacak ucu, sondanın takılacağı burun deliğinin önüne yerleştirilir. Sonra sonda aynı taraftaki kulak memesine ve oradan sternumun ksifoid çıkıntısına, sonra umblikusa kadar uzatılır. Aradaki mesafe ölçülür. Bu nokta sonda üzerinde kalemle veya flasterle işaretlenir (Pediatrik uygulamalar için kullanılan sonda genişliği ve uzunluğu yetişkinlere uygulanan sondadan daha küçüktür).			
11. Sondanın midede kalacak kısmından başlanarak 10-15 cm'lik bölümü suda eriyebilen kayganlaştırıcı / %0.9 NaCl solüsyonu ile ıslatılır.			
12. Hastanın çenesinin altına böbrek kuvet yerleştirilir ve hastanın bir eliyle tutması istenir. Diğer eline kağıt havlu verilir.			
13. Eldivenler giyilir.			
14. Sonda rahatça tutulabilecek bir biçimde ele alınır.			
15. Hastanın başı geriye doğru itilerek ekstansiyon pozisyonu verilir.			
16. Sonda belirlenen burun deliğinden, önce burun tabanına paralel daha sonra aşağıya ve ileriye doğru itilir. Dirençle karşılaşırsa işlem hemen durdurulur.			
17. Hastadan ağzını açması istenir. Işık kaynağı ve abeslang yardımı ile sonda ucunun uvula arkasında görülüp görülmediğine bakılır. Tüp uvula arkasında görülünce hastaya başını göğsüne doğru eğmesi (fleksiyon) söylenir.			
18. Hastanın bilinci açık ve yutma refleksi var ise; pipet yardımı ile yudum yudum su içmesi söylenir. Her yutkunma sırasında sonda 4-5 cm ilerletilir. İşlem sırasında ağızdan nefes alması söylenir.			
19. Hasta öğürüyor ise; işleme kısa bir süre ara verilir. Sonda çıkarılmadan hastanın ağızı açtırılır ve sondanın pozisyonu ışık kaynağı ile kontrol edilir.			
20. Önceden belirlenen işaretli noktaya kadar sonda ilerletilir. Dirençle karşılaşırsa, zorlanma hissedilirse veya hastada öksürme, boğulma hissi ya da siyanoz görülürse tüpü ilerletme işlemi durdurulur ve geri çekilir.			
21. Sonda ucunun mide içerisinde olup olmadığı kontrol edilir.			
Kontrol için üç yöntem vardır: 1. Sondanın dışarıda kalan ucuna enjektör yerleştirilir. Enjektörün pistonu 10-20 ml kadar geri çekilir. Enjektör içine mide sıvısı doluyorsa sonda ucu mide içine girmiştir. Ancak emin olmak için ph indikatörü ile mide sıvısı olup olmadığı kontrol edilir. Mide sıvısı gelmiyor ise hastaya sol lateral pozisyon verilir. Piston tekrar geri çekilir. Mide içeriği hala gelmiyor ise sonda ucu mide içinde değildir.			

10.1. NAZOGASTRİK TÜP YERLEŞTİRİLMESİ

2. Enjektör içine 10-20 ml hava çekilir. Enjektör sondanın dışarıda kalan ucuna yerleştirilir. Steteskop kulağa yerleştirilir. Steteskobun diyaframı epigastrik bölge üzerine (ksifoid çıkıntıya) yerleştirilir. Enjektördeki hava yavaş yavaş mide içerisine verilir. Bu sırada mide sesleri dinlenir. Mideye giren hava gurultuya benzer tok bir ses (lop diye) çıkarır. Havanın mide içerisine girişi net bir şekilde duyuluyorsa sondanın ucu mide içerisindedir. Eğer bu ses alnamıyor ve hasta geçiriyorsa tüpün özefagusta olduğu düşünülür.
3. Batın röntgeni çekilerek sondanın midede olup olmadığı belirlenir.

22. Sonda ucunun mide içinde olduğundan emin olunduktan sonra, sonda flaster ile tespit edilir.

Tespit etme işlemi: Yaklaşık 2,5x4 cm flaster kesilir. Bu flaster yaklaşık yarısına kadar uzunlamasına ortadan kesilir. Böylece flasterin bir ucu iki parça bir ucu tek parça yapılmış olur. Flasterin tek parça olan bölümü hastanın burnunun üzerine yapıştırılır. Ayrık uçları ise birbirine ters yönde sonda etrafına dolanarak yapıştırılır.

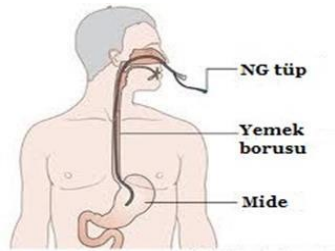
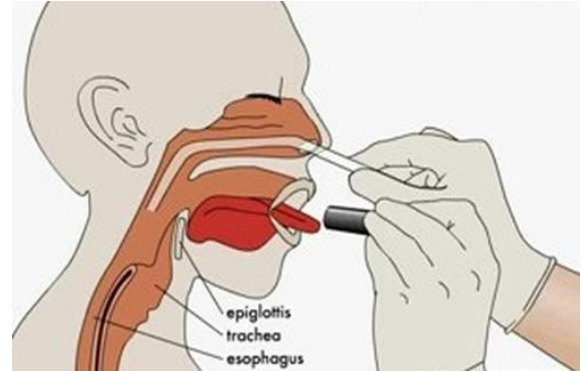
23. Sonda dışarıda kalan gövde kısmından gevşek bir biçimde hasta giysisine tespit edilir.

24. Takılış amacına göre sonda ucunun bağlantısı yapılır. Örneğin; dekompresyon (mideyi boşaltma) amacıyla uygulanmış ise emici aygıtla bağlanır. Gavaj amacı ile uygulanmış ise distal ucu klemple kapatılır.

25. Gerekirse hastaya ağız bakımı verilir.

26. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.

27. Uygulama, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir. Kayıt edilirken; kullanılan sondanın tipi, numarası, mide içeriğinin miktarı ve niteliği, hastanın tepkileri not edilir.



10.2. GAVAJ (TÜP İLE BESLENME – ENTERAL BESLENME)

Gerekli Malzemeler:

- Hekim istemine göre beslenme solüsyonu (oda sıcaklığında)
- Beslenme az miktarda uzun süreli yapılacak ise; enteral beslenme pompası, serum askısı, beslenme torbası ve seti
- 50 ml'lik beslenme enjektörü
- Bir bardak su (oda sıcaklığında)
- pH indikatörü
- Eldiven
- Kağıt havlu, su geçirmez örtü
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Beslenme solüsyonunun miktarı, içeriği, sıklığı için hekim istemi kontrol edilir. Laboratuar testleri ve kan şekeri ölçümü için hekim istemi kontrol edilir.			
2. Hastaya uygulama hakkında bilgi verilir ve izin alınır.			
3. Eller yıkanır.			
4. Bağırsak sesleri dinlenir.			
5. Devamlı yöntemle beslenme için beslenme solüsyonu ve beslenme torbası hazırlanır. a) Beslenme solüsyonunun son kullanma tarihi ve kabın sağlamlığı kontrol edilir. b) Beslenme solüsyonunun ısısının oda sıcaklığında olması sağlanır. c) Beslenme solüsyonu iyice çalkalanarak beslenme torbasına doldurulur. Beslenme torba setinin havası çıkarılır ve serum askısına asılır.			
6. Aralıklı beslenme için enjektör hazırlanır.			

10.2. GAVAJ (TÜP İLE BESLENME – ENTERAL BESLENME)

7. Hasta Fowler pozisyonuna getirilir veya yatağın başı 30° yükseltilir ve hafifçe sağ lateral pozisyon verilir.			
8. Eldivenler giyilir.			
9. Tüpün yerleşiminin doğruluğundan emin olunur. a) Nazoenterik: Enjektör nazoenterik tüpün ucuna bağlanır, içeriği aspire edilir ve pH değeri kontrol edilir. b) Gastrostomi tüpü: Enjektör gastrostomi tüpüne bağlanır ve 5-10 ml gastrik sekresyon aspire edilir. Görünümleri gözlemlenir ve pH değeri kontrol edilir. c) Jejunostomi tüpü: İntestinal sekresyonlar aspire edilir. Görünümleri gözlemlenir ve pH değeri kontrol edilir.			
10. Gastrik rezidüel volüm her 4-6 saatte bir kontrol edilir. a) Enjektöre 30 ml hava çekilir. Beslenme tüpünün sonuna bağlanır. Tüp havayla doldurulur. b) Gastrik içeriği aspire etmek için piston yavaşça çekilir. c) Aspire edilen miktar 200 ml'yi geçerse; aspire edilmiş içerik mideye geri verilir. Hasta beslenmez.			
11. Tüp 30 ml suyla doldurulur.			
12. Beslenmeye başlanır.			
13. <u>Enjektörle bolus veya aralıklı besleme:</u> a) Enjektörün pistonu çıkarılır ve beslenme tüpünün uç kısmına enjektör yerleştirilir. b) Enjektör belirlenen miktarda beslenme solüsyonu ile doldurulur (Enjektörün içindeki beslenme solüsyonunun yerçekimi etkisiyle kademeli olarak boşalması sağlanır ve verilmesi planlanan miktar bitinceye kadar işlem tekrar edilir). c) Beslenme torbası kullanılıyorsa; torba serum askısına asılır. Beslenme setindeki klemp ayarlanarak torbanın 30-60 dakikada kademeli olarak boşalması sağlanır. d) Uygulama sonrası su verilir (30-35 ml/kg/gün).			
14. <u>Devamlı yöntem:</u> a) Enteral tüpün ucu beslenme setinin ucuyla birleştirilir. b) Beslenme seti beslenme pompasına yerleştirilir (Beslenme solüsyonu 4 saatten fazla torbanın içinde kalmamalı ve torba 24 saatte bir değiştirilmeli). c) Enteral beslenme kademeli olarak artırılır. d) Aralıklı olarak su verilir (30-35 ml/kg/gün).			
15. Aralıklı / devamlı beslenmede beslenme tüpü 30 ml su ile doldurulur. Bu işlem her 4-6 saatte bir tekrarlanır.			
16. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
17. Beslenme işlemi yapılmadığı zaman beslenme tüpünün uç kısmı kapatılır veya klempenir.			
18. Hastanın yanıtı değerlendirilir.			
19. Uygulama, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			

10.3. ENTERAL BESLENME TÜPLERİ YOLUYLA İLAÇ VERİLMESİ

Gerekli Malzemeler:

- İlaç ve ilaç istem kartı
- 50 ml'lik beslenme enjektörü
- Ölçekli kap
- 50-100 ml su
- Tablet ezici / havan
- Eldiven
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hasta bireyin ilaç alma durumu tanımlanır. <ul style="list-style-type: none">• Bireyin ilacı ağızdan alıp alamadığı• İlaç tedavisinin gerekli olup olmadığı• Geçici bir süre ertelenip ertelenemeyeceği			
2. Farklı bir kullanım yolunun kullanılıp kullanılmayacağı gözden geçirilir.			
3. İlacın verilme alanından emilme durumu kontrol edilir (bazı ilaçlar doğrudan jejunumdan emilemeyebilir).			
4. Eldiven giyilir.			
5. Enteral beslenme durdurulur ve tüp katater uçlu bir enjektör kullanılarak en az 30 ml suyla yıkanır.			
6. İlacın beslenme solüsyonuyla birlikte alınma yönelik kontraendikasyon varsa; a) Beslenme ilaç verilmeden 1-2 saat önce durdurulur, verildikten sonra da 2 saat beklenir. b) İlaç ile etkileşime girmeyecek beslenme solüsyonunun verilmesi için hekimle görüşülür.			
7. Ezilmemesi gereken ilaçlar hazırlamadan önce kontrol edilir.			
8. Ayrı verilmesi gereken her ilaç hazırlanır. 10 ml'den fazla miktarlar 50 ml'lik bir enjektöre çekilip tüp yoluyla verilebilir. a) Çözünür tabletler: 10-15 ml su içerisinde eritilir. b) Sıvılar: İyice çalkalanır. Yoğun sıvılar aynı miktarda su ile karıştırılır. c) Tabletler: Tablet ezici kullanılarak ezilir ve 10-15 ml su ile karıştırılır.			

10.3. ENTERAL BESLENME TÜPLERİ YOLUYLA İLAÇ VERİLMESİ

9. İlaç asla enteral beslenmeye doğrudan eklenmez.			
10. İlaç tüp yoluyla 50 ml'lik bir enjektörle verilir. Tablet ezici 10 ml su ile yıkanır. Bu su 50 ml'lik enjektör içine çekilir ve tüpün içine verilir.			
11. 10 ml'den az dozlar gerektiğinde, 10 ml'lik enjektörle ölçülür. 50 ml'lik enjektörün pistonu çıkarılır, enteral tüpe bağlanır. Doz 50 ml'lik enjektörün içine verilir ve ilacın ölçümü yapılan 10 ml'lik enjektör suyla yıkanarak bu su da 50 ml'lik enjektörün içine verilir.			
12. Birden fazla ilaç verilecekse ilaçlar arasında en az 10 ml su verilir ve ilacın tüpten temizlendiğine emin olunur.			
13. Son ilacın verilmesinden sonra tüp 30 ml suyla yıkanır.			
14. Bireyde sıvı kısıtlaması varsa veya pediatrik hastalarda ilaç uygulanmadan önce ve sonra verilecek su miktarı konusunda hekime danışılır.			
15. İlaç uygulandıktan sonra istenilen etkiyi yapıp yapmadığı, uygulama sonrası ilacın enteral tüpü tıkayıp tıkamadığı yönünden değerlendirilir.			
16. İlaç uygulaması hemşire gözlem formuna kaydedilir, ilacın etkisi / yan etkisi gözlemlenir ve rapor edilir.			

10.4. NAZOGASTRİK TÜPÜN ÇIKARILMASI

Gerekli Malzemeler:

- Eldiven
- Havlu
- Kağıt havlu
- Tıbbi atık kutusu
- Böbrek küvet / kirli kabı
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

10.4. NAZOGASTRİK TÜPÜN ÇIKARILMASI

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Eller yıkanır.			
2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Hastaya işlem açıklanır.			
3. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılabilecek bir biçimde yerleştirilir.			
4. Hastaya fowler pozisyonu verilir.			
5. Göğüs üzerine havlu yerleştirilir.			
6. Eldiven giyilir.			
7. Nazogastrik sonda ucunda bağlantılar varsa bağlantılar çıkarılır. Sonda ucu klemlenir.			
8. Hastanın çenesinin altına böbrek küvet yerleştirilir ve hastanın bir eli ile tutması söylenir. Diğer eline kağıt havlu verilir.			
9. Kateter buruna en yakın noktadan tutulur.			
10. Hastaya derin bir nefes alması ve nefesini tutması söylenir.			
11. Seri bir biçimde ve sabit bir hızla, burun tabanına paralel bir şekilde sonda geri çekilir.			
12. Gerekirse ağız bakımı verilir / hastanın ağız bakımını yapmasına yardım edilir.			
13. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
14. Kontamine malzemeler ortamdan uzaklaştırılır / imha edilir.			
15. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.			
16. Uygulama, kateterin çıkarılma tarihi-saati, hastanın tepkileri, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			

10.5. LAVMAN UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Eldiven
- Suda eriyebilen kayganlaştırıcı
- Su geçirmez koruyucu örtü
- Tuvalet kağıdı
- Sürgü
- Tıbbi atık kutusu
- Hazır lavman

Torba ile uygulamada;

- Lavman torbası
- Uygun boyutta rektal tüp (yetişkinde 22-30 no, çocuklarda 12-18 no)
- Lavman solüsyonu (**Sıcaklık:** Yetişkinler için 40.5-43°, çocuklar için 37-37.7 ; **Miktar:** Bebekler için 150-250 ml, çocuklar için 200-300 ml, adölesan için 500-750 ml, yetişkinler için 750- 1000ml)
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

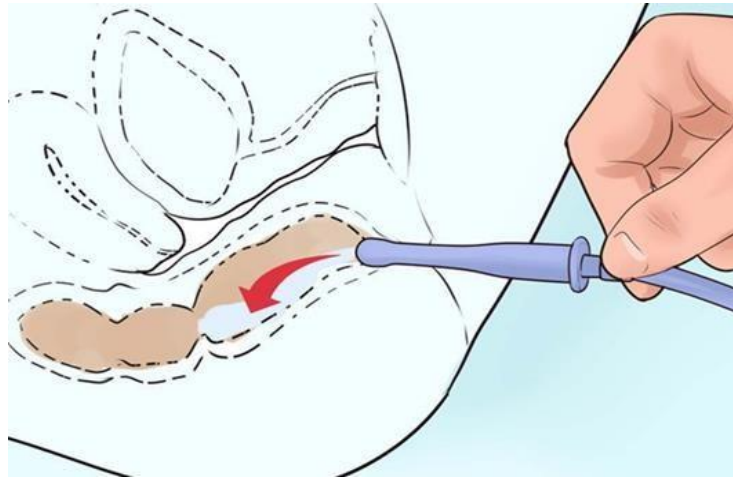
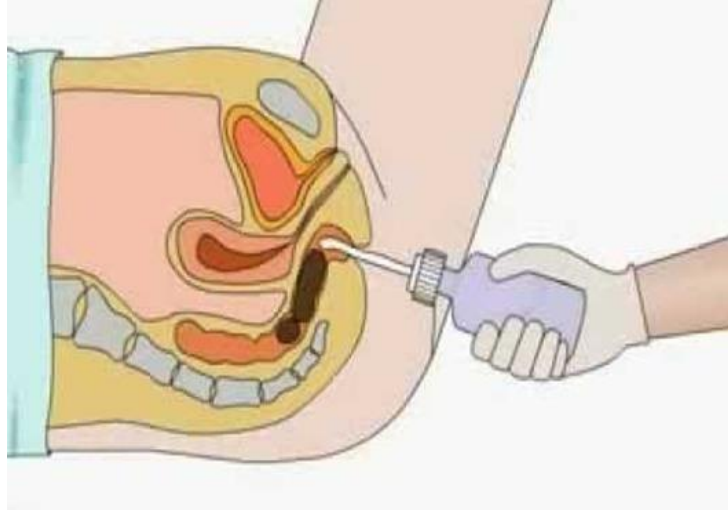
İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hastanın durumu tanımlanır (en son bağırsak hareketi, son günlerdeki bağırsak alışkanlıkları, hemoroid, hareket durumu, bağırsak sesleri, abdominal distansiyon, ağrı vb).			
2. Kafa içi basıncında artış, glokom, son zamanlarda geçirilmiş rektal ya da prostat ameliyatı açısından tıbbi kayıtlar kontrol edilir.			
3. İşlem ve uygulama amacı hastaya açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hekim istemi kontrol edilir.			
5. Malzemeler hazırlanır.			

10.5. LAVMAN UYGULAMA

6. Eller yıkanır, eldiven giyilir.			
7. Gizliliği sağlamak için yatak etrafına perde ya da paravan çekilir ve kapı kapatılır.			
8. Yatak rahat çalışılabilecek yüksekliğe getirilir. Hastanın sol tarafındaki yatak kenarlığı kaldırılır.			
9. Hastaya sol lateral / sim's pozisyonu verilir. Hastanın sfinkter kontrolünde zayıflık şüphesi varsa, sürgü üzerinde dorsal rekümbent pozisyonu verilir. Çocuklarda dorsal rekümbent pozisyonu verilir.			
10. Hastanın kalçalarının altına su geçirmez koruyucu örtü yerleştirilir.			
11. Hastanın yalnızca anal bölgesi açıkta kalacak şekilde giysileri açılır.			
12. Gluteal bölge perianal bölgenin incelenmesi için açılır ve hemoroid, anal fissür, rektal prolapsus açısından incelenir.			
13. Sürgü kolay ulaşılabilecek bir yere yerleştirilir.			
14. Lavman uygulanır.			
15. Hazır Lavman kullanılıyor ise: <ul style="list-style-type: none">• Tüpün dışındaki plastik, koruyucu kapak çıkarılır. Rektal uca suda eriyebilen kayganlaştırıcı sürülür.• Nazıkçe kalçalar aralanır, anüs ortaya çıkarılır. Hastaya ağızdan nefes vererek rahatlaması söylenir.• Tüpteki hava çıkarılır.• Rektal uç anal kanala nazıkçe yerleştirilir ve ilerletilir (Yetişkinde ve adölesanda 7.5-10 cm, çocukta 5-7.5 cm, bebekte 2.5-3.75 cm).• Tüm solüsyon boşalana kadar tüp sıkılır. Hastaya dışkılama hissi gelene kadar yaklaşık 2-5 dakika solüsyonu tutması söylenir.• İşlem sırasında ağrı ya da direnç olursa işleme son verilir ve hekime haber verilir.			
16. Lavman Torbası kullanılıyor ise: <ul style="list-style-type: none">• Setin klembi kapatılır.• Torba içerisine özel olarak belirtilmemiş ise yaklaşık 1 lt uygun ısıda su ya da özel olarak belirtilmiş sıvı doldurulur.• Torba serum askısına asılır (Yüksek lavman 30-45 cm, normal lavman 30 cm, düşük lavman 7.5 cm). Klemp açılarak serum seti gibi havası çıkarıldıktan sonra klemp kapatılır.• Tüpün ucuna 6-8 cm boyunca suda eriyebilen kayganlaştırıcı sürülür.• Nazıkçe kalçalar aralanır, anüs ortaya çıkarılır. Hastaya ağızdan nefes vererek rahatlaması söylenir.• Rektal uç rektuma nazıkçe yerleştirilir ve ilerletilir (Yetişkinde ve adölesanda 7.5-10 cm, çocukta 5-7.5 cm, bebekte 2.5-3.75 cm).• Lavman solüsyonu bitene kadar tüp rektumda tutulur (yaklaşık 10-15 dk). Birey kramptan şikayet ederse ya da sıvı rektal tüp dışından sızmaya başlarsa lavman torbasının yüksekliği azaltılır, klemp kapatılır.• Tuvalet kağıdı tüpün etrafına bastırılarak tüp çıkarılır.• Hastaya distansiyonun normal olduğu, abdominal kramplar olabileceği söylenir. Yatar pozisyonda solüsyonu mümkün olduğunca içinde tutması söylenir (bebek ve çocuklarda birkaç dakika kalçalar birbirine doğru bastırılır).			

10.5. LAVMAN UYGULAMA

17. Lavman seti ya da hazır lavman kutusu tıbbi atık kutusuna atılır.			
18. Hastanın tuvalete gitmesine ya da sürgünün üzerine yerleşmesine yardım edilir.			
19. Eldivenler içi dışarıya gelecek şekilde çıkarılır. Eller yıkanır.			
20. Gelen solüsyonun ve dışkının özellikleri incelenir (hasta gözlem yapılmadan sifonu çekmemesi konusunda uyarılır).			
21. Uygulama, gözlemler, gözlenen etki / yan etki ve var ise anormal bulgular kayıt edilir. Hastanın defekasyona çıkıp çıkmadığı, miktarı, rengi, hastanın rahatlayıp rahatlamadığı mutlaka kayıt edilir.			



10.6. REKTAL TÜP UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Rektal tüp (yetişkinler için 24-34 Fr, çocuklar için 14-18 Fr)
- Eldiven
- Suda eriyebilen kayganlaştırıcı
- Su geçirmez örtü
- Tuvalet kağıdı, kağıt havlu
- Tıbbi atık kutusu
- Böbrek küvet / kirli kabı
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Hastaya işlem açıklanır. İşlem için izin alınır.			
3. İşlemin tüm aşamalarında hasta rahatsızlık ya da stres belirtileri yönünden gözlemlenir.			
4. Malzemeler uygun ve temiz bir alana kolay ulaşılabilecek bir biçimde yerleştirilir. Özellikle sürgü hastaya yakın konulur.			
5. Gizliliği sağlamak için odanın kapısı kapatılır, yatak etrafına perde / paravan çekilir.			
6. Eldiven giyilir.			
7. Hastaya sol lateral / sim's pozisyonu verilir.			
8. Hastanın kalçalarının altına su geçirmez örtü yerleştirilir.			

10.6. REKTAL TÜP UYGULAMA

9. Hastanın yalnızca anal bölgesi açıkta kalacak şekilde giysileri açılır.			
10. Rektal tüp kılıfından çıkarılır ve 5 cm'lik bölümüne suda eriyebilen kayganlaştırıcı sürülür.			
11. Pasif elin baş ve işaret parmağı kullanılarak kalça yukarı kaldırılır ve anüs bölgesi gözlemlenir. Hemoroid varlığı işlemin uygulanmasını zorlaştırabilir.			
12. Hastaya gevşemesi için burnundan nefes alması ve ağzından vermesi söylenir.			
13. Sim's pozisyonunda pasif el ile üstte kalan kalça bölümü yukarı doğru kaldırılır.			
14. Aktif el ile tüp rektum içine yerleştirilir ve içeri itilir. Tüp yetişkinlerde 7,5-10 cm, çocuklarda 5 cm ilerletilir. Herhangi bir zorlanma / direnç ile karşılaşırsa işleme devam edilmez.			
15. Tüm solüsyon bitene kadar tüp sıkılır.			
16. Hastadan dışkılama hissi gelene kadar (5-10 dk) solüsyonu rektum içinde tutması istenir. Bu sırada hastanın üzeri nevresim ile örtülür.			
17. Hastanın anüs bölgesine kağıt havlu yerleştirilir ve rektal tüp yavaşça geri çekilir.			
18. Herhangi bir sızıntı varsa anal bölge kağıt havlu ile silinir.			
19. Rektal tüp tıbbi atık kutusuna atılır.			
20. Eldivenler içi dışarıya gelecek şekilde çıkarılır.			
21. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
22. Eller yıkanır.			
23. Uygulama, gözlemler, gözlenen etki / yan etki ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			



10.7. STOMAYA TORBA-ADAPTÖR UYGULAMA

Gerekli Malzemeler:

- Uygun çapta torba-adaptör sistemi
- Stoma çapı ölçüm cetveli
- Eldiven
- Su geçirmez koruyucu örtü
- Ilık musluk suyu ile ıslatılmış gazlı bez
- Kuru gazlı bez / kağıt havlu
- Cilt bariyerleri
- Macun
- Gazete kağıdı
- Kıvrık uçlu makas
- Steteskop
- Filtre
- Çöp poşeti
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. Eller yıkanır, eldiven giyilir.			
3. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. İşlem hastaya açıklanır. İşlem için izin alınır.			
4. Hasta için en uygun torba-daptör sistemini belirlemek için; yaş, görme, sakatlık, hareket sınırlılığı, el becerisi gibi fiziksel durumu ve anlama, öğrenebilme gibi bilişsel fonksiyonları değerlendirilir.			
5. Torba-adaptörün altında sızıntı olup olmadığı gözlemlenir. Hastaya adaptörün altındaki bölgede herhangi bir rahatsızlık (ağrı, yanma, batma, kaşınma vb) hissedip hissetmediği sorulur.			

10.7. STOMAYA TORBA-ADAPTÖR UYGULAMA

6. Torba-adaptörün ciltte kalma süresi değerlendirilir. Cilt tahriş olduğunda torba-adaptör değiştirilir (Torba-adaptör tek parçalı sistemde 1-2 günde bir, çift parçalı sistemde 3-7 günde bir değiştirilmelidir).			
7. Bağırsak sesleri dinlenir.			
8. Hastaya işlemi kolay uygulayabileceğimiz bir pozisyon verilir (Supine, fowler gibi). Hastaya verilecek pozisyon hastanın işlemi rahatça izlemesini sağlayacak şekilde olmalıdır.			
9. Koruyucu örtü uygulama yapılacak bölgenin altına serilir.			
10. Torba-adaptör değiştirilmeden önce içinde gaita varsa tuvalete ya da sürgüye boşaltılır.			
11. Pasif ele bir parça kuru gazlı bez alınarak cilt desteklenir. Aktif el ile nazikçe adaptör yukarıdan aşağıya doğru ciltten çıkarılır. Adaptörü kolayca çıkarılabilmek için ıslak bir gazlı bez ile adaptörün üst ucundan başlanarak ıslatılır ya da yapışkan çıkarıcı hazır mendil ve spreyleyler kullanılır.			
12. İki parçalı sistemde torba-adaptör birlikte değiştirilecekse; torbayı adaptörden ayırmadan adaptör ciltten çıkarılır.			
13. Kirli torba-adaptör gazete kağıdına sarılır ve uygun şekilde atık kutusuna atılır.			
14. Stomanın rengi, nemlilik durumu, çapı, yüksekliği, şekli, peristomal alanı, iyileşme durumu vb değerlendirilir. Normalde stoma nemli ve kırmızımsı pembe renkte olmalıdır.			
15. En uygun torba-adaptör sistemini belirlemek için stoma çevresindeki doku ve abdomen değerlendirilir. Özellikle peristomal alan, skar dokusu ve insizyonlar, stoma türü ve yerleşimi değerlendirilir.			
16. Stoma ve peristomal cilt ılık su ile ıslatılmış gazlı bez ile ya da içermeyen bir ıslak mendil ile iyice temizlenir. Peristomal cilt temizlenirken önce stomanın üzerindeki çıktı silinir. Daha sonra stomanın tabanından başlanarak dışarı doğru temizlenir. Her seferinde temiz bir gazlı bez kullanılır (Sabun kullanılacaksa cilt Ph'na uygun sabun kullanılır. Bölge sabunlu su ile temizlendikten sonra iyice durulanır).			
17. Peristomal alan kuru gazlı bez ya da kağıt havlu ile tamponlama şeklinde kurulanır.			
18. Stoma ölçüm cetveli kullanılarak stomanın çapı ölçülür.			
19. Stomanın çapına göre uygulanacak adaptör seçilir. Adaptör stoma çapından 1.6-3 mm daha büyük çapta olacak şekilde kesilir.			
20. Eğer torba kendinden filtreli değilse torba takılmadan önce sağ ve sol üst köşesine filtre yapıştırılır ve toplu iğne ile birkaç kez delinir.			
21. Kesilen adaptörün yapışkan arka yüzündeki kağıt çıkarılır.			
22. Adaptör cilde yapıştırılmadan önce bariyer macunu adaptörün açıklığının kenarına daire şeklinde uygulanır ve 1-2 dakika kuruması beklenir.			
23. Adaptörün ortadaki açıklığı stomayı içine alacak şekilde cilde yapıştırılır. Adaptörün cilde iyice yapışması için bir el ile adaptörün orta kısmından başlanarak, dairesel hareketlerle 1-2 dakika hafifçe bastırılır.			

10.7. STOMAYA TORBA-ADAPTÖR UYGULAMA

24. Torba adaptör ile birleştirilir ve üzerine parmakla basınç uygulanır. Bazı torba-adaptör sistemlerinde torbanın adaptör ile birleştirilmesi sırasında “klik” sesi duyulur. Bazı torba-adaptör sistemlerinde ise ek bir kilit sistemi mevcuttur veya adaptör ve torba akordeon şeklinde birbirine geçer.			
25. Eğer torba kendinden klempli değilse alt ucundaki klembi sıkıca kapatılır.			
26. Torba nazikçe aşağıya doğru çekilir.			
27. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
28. Kontamine malzemeler ortamdan uzaklaştırılır / imha edilir.			
29. Eldivenler çıkarılır ve eller yıkanır.			
30. İşlem kaydedilir. Kayıtta; <ul style="list-style-type: none">• Torba-adaptör sistemi• Torbaya gelen çıktının miktarı, kıvamı ve görünümü (ameliyat sonrası 24-36 st içinde gaz çıkışı / 3 gün gaita çıkışının olmaması kayıt edilir ve hekime bildirilir)• Stomanın rengi, yüksekliği, çapı, şekli• Peristomal cildin durumu ve süturlar• Abdominal distansiyon ve hassasiyet• Bağırsak seslerinin özelliği• Hastanın bakımına katılım düzeyi ve öğrenme gereksinimi belirtilir.			



10.10. KOLOSTOMİ İRRİGASYONU

Gerekli Malzemeler:

- Uygun çapta tek parçalı ostomi torbası
- İrrigasyon seti (irrigasyon solüsyonu torbası ve seti, konik uç, boşaltım torbası, suda eriyebilen kayganlaştırıcı, ostomi kemeri)
- Stoma çapı ölçüm cetveli
- Filtre
- Tansiyon aleti
- Steteskop
- Eldiven
- Su geçirmez koruyucu örtü
- 37 °C ısıda 1000 ml musluk suyu
- Yedek çamaşır
- Ilık musluk suyu ile ıslatılmış gazlı bez
- Kağıt havlu / kuru gazlı bez
- Kıvrık uçlu makas
- Çöp poşeti / kovası, tıbbi atık kutusu
- Tükenmez kalem ve hemşire gözlem formu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Malzemeler hazırlanır.			
2. İşlem hastaya açıklanır. İşlem için izin alınır.			
3. Eller yıkanır.			
4. Yaşamsal bulgular ölçülür.			
5. İrrigasyon setinin bağlantıları yapılır. Konik uç irrigasyon seti ile birleştirilir.			
6. İrrigasyon setinin içine 37 °C ısıda 1000 ml musluk suyu koyulur.			

10.10. KOLOSTOMİ İRRİGASYONU

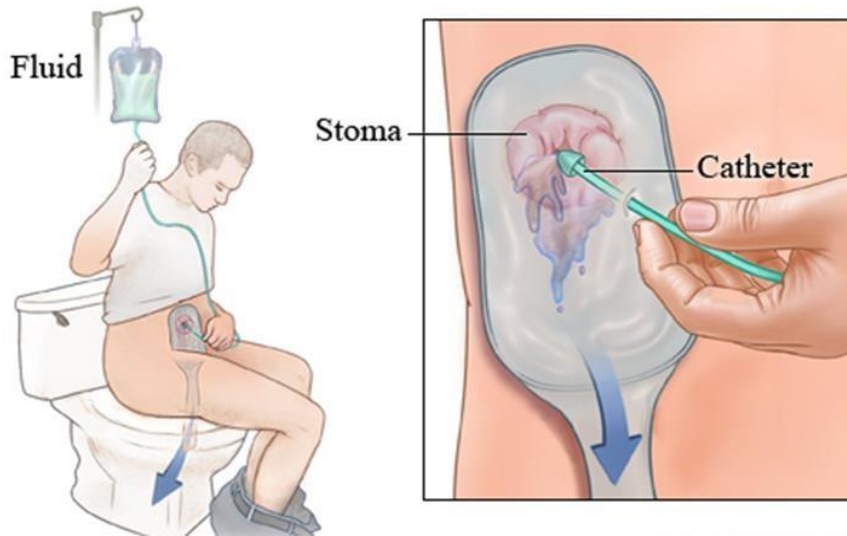
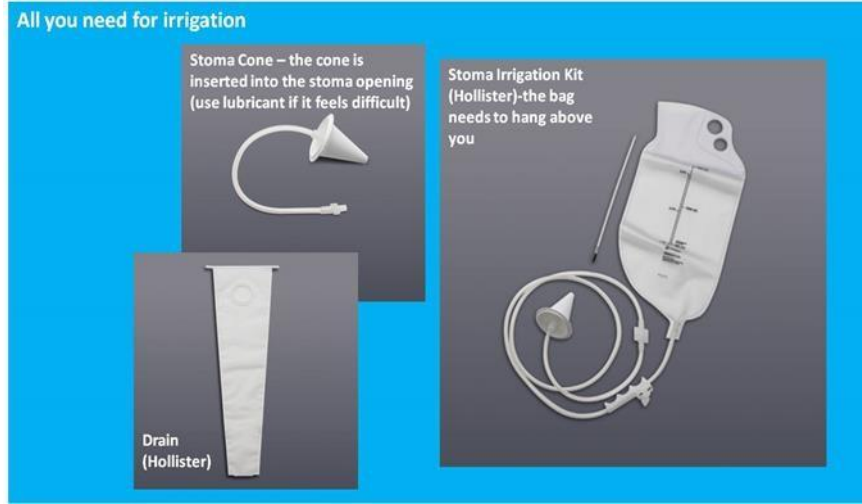
7. İrrigasyon torbası hasta oturur pozisyondayken omuz yüksekliğinde bir askıya asılır (stomadan yaklaşık 45 cm yükseklikte olmalı).			
8. İrrigasyon setinin havası çıkarılır.			
9. Eldiven giyilir.			
10. Setin konik ucuna suda eriyebilen kayganlaştırıcı sürülür.			
11. Hastaya pozisyon verilir. İdeal olan hastanın alafranga bir tuvalete veya tuvaletin yanına konulan bir sandalyeye oturtulmasıdır.			
12. Kolostomi torbası çıkarılır ve bir gazete kağıdına sarılıp tıbbi atık kutusuna atılır.			
13. Stomanın rengi, nemlilik durumu, çapı, yüksekliği, şekli, peristomal alanı, iyileşme durumu değerlendirilir. Normalde stoma nemli ve kırmızımsı pembe renkte olmalıdır.			
14. Koruyucu örtü uygulama yapılacak bölgenin altına serilir.			
15. İrrigasyon setinin boşaltım torbası stomanın üzerine yerleştirilir. Torbanın alt ucu hastanın bacaklarının arasından tuvalet / çöp kovasına sarkıtılır.			
16. Sağ elin işaret veya küçük parmağı suda eriyebilen kayganlaştırıcı ile yağlandıktan sonra stomadan içeri ilerletilir ve stomanın yönü belirlenir.			
17. İrrigasyon setinin konik ucu nazıkçe stomadan içeriye yerleştirilir.			
18. Kullanılmayan el ile konik uç, stoma içine verilen sıvının sızmasını önleyecek şekilde sıkıca tutulur.			
19. Aktif el ile irrigasyon setinin klembi açılarak solüsyon verilir.			
20. Su tamamen bağırsak içine verildikten sonra konik uç 1 dakika kadar bağırsak içerisinde tutulup daha sonra çıkarılır ve yaklaşık 15 dakika süresince dışkının boşalması beklenir.			
21. İrrigasyon işlemi süresince hasta değerlendirilir. <ul style="list-style-type: none">• İşlem sırasında hastanın sözel ve bedensel tepkileri• Hastanın işleme katılma düzeyi• Hastanın işleme ilişkin anksiyetesi ve işlemi yapmaya istekli olma durumu• Abdominal distansiyon, kramp vb yakınmalarının olup olmadığı değerlendirilir.			
22. Yaklaşık 45 dakika sonra irrigasyon torbası çıkarılır. Bağırsak içine verilen sıvının boşalmasında bir sorun yaşanırsa hasta hareket ettirilir. Karnına hafif masaj uygulanır.			
23. Hastanın kıyafetleri kirlenmişse yedek kıyafetlerini giymesine yardımcı olunur.			
24. Tek parçalı kapalı ostomi torbası takılır.			
25. Kontamine malzemeler ortamdaki uzaklaştırılır / imha edilir.			

10.10. KOLOSTOMİ İRRİGASYONU

26. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır.

27. İşlem ve sonuçları kaydedilir.

- Stomanın rengi, yüksekliği, çapı, şekli, nem durumu
- Peristomal cildin durumu
- Stomal veya peristomal alanda herhangi bir komplikasyon olup olmadığı
- İrrigasyon solüsyonunu verme, ilk boşalma ve toplam boşalma süresi ile toplam irrigasyon süresi
- İrrigasyon sürecinde yaşanan güçlükler
- Hastanın işleme katılma durumu



11.1. MESANE KATETERİ TAKILMASI

Gerekli Malzemeler:

- Steril eldiven, disposable eldiven, flaster, 10-20 ml enjektör, steril kateter
- Steril spanç, antiseptik solüsyon, steril forseps, suda eriyebilen steril yağlayıcı
- İdrar torbası, idrar örneği alınacaksa steril idrar kabı, steril küvet, steril örtü
- Serum fizyolojik / steril distile su, su geçirmez örtü, kıvrık uçlu lamba
- Böbrek küvet / kirli kabı

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

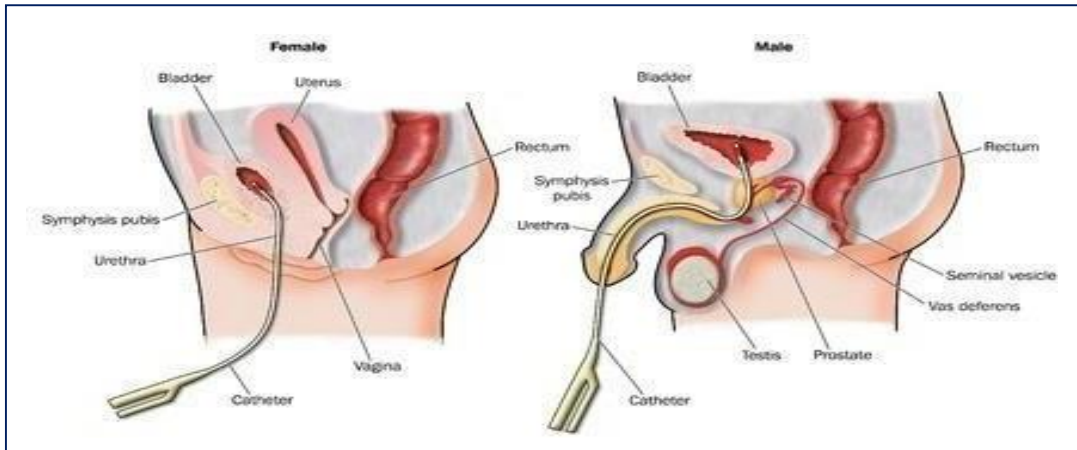
İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır, malzemeler hazırlanır.			
3. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. Mental durumu değerlendirilir.			
4. Hastaya uygulama hakkında bilgi verilir. İşlem için izin alınır.			
5. Malzemeler uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
6. Odanın kapısı kapatılır, perde / paravan çekilir.			
7. Tek kullanımlık eldiven giyilir, hastanın alt takımları çıkarılarak genital bölge açıkta bırakılır.			
8. Hastanın üzerinde sadece çarşaf kalacak şekilde üst takımları ayak ucuna toplanır.			
9. Hastaya işleme uygun pozisyon verilir. Kadın hastada; • Üretral meatusun iyice görünmesini sağlamak için dorsal recumbent pozisyonu Erkek hastada; • Supine pozisyonu			
10. Hastanın perianal bölgesi kontrol edilir. Gerekirse ışık kaynağı kullanılır.			
11. Hastanın kalçasının altına su geçirmez örtü serilir.			
12. Gerekli ise perine bakımı yapılır ya da hastanın yapmasına izin verilir. İşlem sonrası eldivenler değiştirilir.			

11.1. MESANE KATETERİ TAKILMASI

13. İdrar torbası yatağın kenarına asılır. İdrar torbasının kateterle birleşecek ucu perine yakınına su geçirmez örtünün üzerine yerleştirilir. Steril ucu açılmaz.			
14. Kirli kabı çalışma alanına yakın bir yere yerleştirilir.			
15. Steril örtü kadın hastalarda yatağın ayak ucuna bacaklar arasına, erkek hastalarda ise bacakların üzerine skrotumun altına gelecek şekilde yerleştirilir.			
16. Steril olan tüm malzemelerin paketleri açılır ve steril alana bırakılır. Steril eldiven giyilir.			
17. Steril alandaki kullanılacak malzemeler düzenlenir ve kullanıma hazır hale getirilir. <ul style="list-style-type: none">• Kateterin ucuna kadınlarda 2,5-5 cm, erkeklerde 12,5-17,5 cm kadar kayganlaştırıcı sürülür.• Biri dışında tüm spançlar antiseptikli solüsyon ile ıslatılır.• Steril böbrek küvet hastanın bacaklarının arasına yerleştirilir. Erkek hastada ise steril böbrek küvet, işlemi yapan kişinin yakınındaki yatak kenarına kullanıma uygun olacak şekilde yerleştirilir.• Örnek alınacaksa örnek kabının kapağı açılır.			
18. Steril tepsi hastanın bacakları arasına yerleştirilerek, meatus temizlenir. Kadın hastalarda meatus temizliği; <ul style="list-style-type: none">• Pasif elin baş ve işaret parmağı ile labia majörler ayrılır. İşlem sürecinde elin bu pozisyonu korunur.• Aktif el ile pens tutulur ve solüsyon kabında bulunan spanç alınır. Önce uzak labia majör, yukarıdan aşağıya doğru ve tek bir hareketle silinir, kirli kabına atılır. Aynı işlem ikinci bir spanç ile yakın taraftaki labia major için uygulanır.• Labia minörler de aynı şekilde ayrı ayrı temizlendikten sonra, son olarak temizleme işlemi ayrı bir spançla klitoristen aşağıya doğru yapılır. Erkek hastalarda meatus temizliği; <ul style="list-style-type: none">• Pasif el ile sünnet derisi geriye doğru çekilerek, penis vücuda dik açı yapacak şekilde gövdesinden tutulur.• Aktif el ile pens tutulur ve solüsyon kabında bulunan spanç alınır. Meatus dışı ve aşağıya doğru sirküler hareketle temizleme işlemi yapılır.			
19. Pasif el aynı pozisyonda korunurken aktif el ile hastanın bacaklarının arasına böbrek küvet yerleştirilir.			
20. Aktif el ile kateter alınır ve kateterin alt ucu böbrek küvete yerleştirilir. Kateterin üst ucu meatus içine itilir (Bu sırada hastaya derin nefes alması söylenir).			
21. Kadınlarda; aktif el ile tutulan kateter idrar akmaya başlayıncaya kadar üretraya doğru ilerletilir (5-7,5 cm olacak şekilde). Erkeklerde; aktif el ile tutulan kateter idrar akmaya başlayıncaya kadar üretraya doğru ilerletilir (17,5-20 cm olacak şekilde).			
22. İdrar geldikten sonra kateter 2,5-5 cm kadar daha ilerletilir. Pasif el serbest bırakılır. Kateter pens kullanılarak klemlenir.			

11.1. MESANE KATETERİ TAKILMASI

<p>23. İdrar örneği alınacaksa;</p> <ul style="list-style-type: none">• Pasif el ile kateter tutulur, aktif el ile idrar örneği kabı kateterin alt ucuna doğru tutularak istenilen miktarda idrar (20-30 ml) örnek kabına alınır. Kateter tekrar klemlenir.• İdrar kabının kapağı kapatılarak uygun bir yere yerleştirilir.			
<p>24. Geçici mesane boşaltımı yapılacaksa;</p> <ul style="list-style-type: none">• Kateterin alt ucu sürgü içine yerleştirilir (İdrar miktarının ölçümü tam yapılamayacağından tavsiye edilmez).• Kateter ucu idrar torbası ucu ile birleştirilir. İdrar torbası mesane düzeyinin altında olacak şekilde yatak kenarına asılır.• Hastanın mesanesinin boşalması sağlanır (Bir seferde 800-1000 ml kadar idrar boşaltılması sağlanır).• Kateter geri çekilir.• Perine bölgesi spanç ile aseptik tekniklere göre temizlenir ve kurulanır.			
<p>25. Kalıcı kaateterizasyonda ise;</p> <ul style="list-style-type: none">• Aktif el ile kateter üretral meatusta tutularak kateterin balonunu şişirme kanalına enjektörün iğnesi yerleştirilir ve 10 ml serum fizyolojik verilerek kateterin balonu şişirilir. Bu sırada kateterin çıkmamasına dikkat edilir. Hastada ani ağrı olursa işlem durdurulur ve verilen sıvı geri çekilir. Kateter biraz daha ilerletilir (2-3 cm) ve sıvı tekrar verilir.• Kateter hafifçe geriye çekilerek güvenli yerleşip yerleşmediği kontrol edilir.• Kateterin ucu ile idrar torbasının ucu sterilite bozulmadan birleştirilir.			
<p>26. Eldivenler çıkarılır.</p>			
<p>27. Kateter uyluğun iç yüzüne olacak şekilde tespit edilir.</p>			
<p>28. Hastaya işlemin sonuçları hakkında bilgi verilir.</p>			
<p>29. Kontamine malzemeler ortamdan uzaklaştırılır / imha edilir. Eller yıkanır.</p>			
<p>30. İşlem, kateter takılma tarihi ve saati, gözlemler, hastanın tepkileri ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.</p>			



kadın

erkek

11.4. MESANE İRRİGASYONU

Gerekli Malzemeler:

- Steril eldiven
- Steril irrigasyon sıvısı, irrigasyon seti
- İnfüzyon askısı, Y bağlantı tüpü
- Hasta alt bezi / su geçirmez örtü

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir, eller yıkanır, malzemeler hazırlanır.			
2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. İşlem açıklanarak izin alınır.			
3. Malzemeler hastanın yanına uygun bir yere yerleştirilir.			
4. Odanın kapısı kapatılır, perde / paravan çekilir.			
5. Hastaya supine pozisyonu (kadın / erkek hasta) verilir.			
6. Eldiven giyilir. Su geçirmez örtü, kateter ve idrar torbası bağlantı yerinin altına yerleştirilir.			
7. İrrigasyon sıvısı torbada ise dış ambalajı açılır. İrrigasyon setinin ucu sıvı torbasına yerleştirilir ve setin havası çıkarılır.			
8. Kateterin alt ucuna Y bağlantı tüpü takılır. Y bağlantı tüpünün bir ucuna idrar torbası, diğer ucuna irrigasyon seti bağlanır.			
9. İrrigasyon seti üzerindeki kısıkaç açılır ve mesane içine istenilen miktarda ve hızda sıvı akması sağlanır. Hekim tarafından bir miktar belirtilmemişse 100 ml sıvı verilir.			
10. İrrigasyon seti üzerindeki kısıkaç kapatılır.			
11. İdrar torbasının tüpü üzerindeki kısıkaç açılır.			
12. Geri gelen sıvı berraklaşmıyca veya irrigasyon sıvısı bitinceye kadar aynı işlemler tekrarlanır.			
13. Hastanın ağrısı olup olmadığı göalemlenir. Geri gelen sıvının rengi, bulanık olup olmadığı kontrol edilir ve miktarı ölçülür.			
14. Kullanılan malzemeler uzaklaştırılır, eldivenler çıkarılır, hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir. Eller yıkanır.			
15. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kaydedilir.			

11.5. MESANE KATETERİNİN ÇIKARILMASI

Gerekli Malzemeler:

- Disposable eldiven
- Enjektör
- Spanç, tuvalet kağıdı
- Hasta alt bezi / su geçirmez örtü
- Çöp kovası, tıbbi atık kutusu

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır.			
3. Malzemeler hazırlanır.			
4. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır. İşlem açıklanır ve izin alınır.			
5. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
6. Odanın kapısı kapatılır, perde / paravan çekilir.			
7. Hastaya işleme uygun pozisyon verilir. <ul style="list-style-type: none">• Kadın hastada; dorsal rekümbent pozisyonu• Erkek hastada; supine pozisyonu			
8. Eldiven giyilir.			
9. Genital bölge açıkta kalacak şekilde hastanın giysileri çıkarılır.			
10. Hastanın kalçasının altına su geçirmez örtü yerleştirilir.			
11. Kateterin tespit edildiği flaster uygun şekilde çıkarılır.			
12. Enjektörün iğnesi “balon şişirme” girişine yerleştirilir ve enjektör pistonu geri çekilerek kateter içindeki sıvının tamamı enjektöre geri çekilir.			
13. Pasif el ile spanç, meatus üzerine yerleştirilir, hastaya derin bir nefes alıp vermesi söylenir ve bu sırada kateter yavaşça geri çekilir.			
14. Kateter ve idrar torbası çöp kovasına atılır. Perine bölgesi aseptik tekniklere uygun şekilde temizlenir.			
15. Eldivenler çıkarılır, eller yıkanır. Hastaya rahat bir pozisyon verilir.			
16. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kayıt edilir.			

11.6. KONDOM KATETER UYGULAMASI

Gerekli Malzemeler:

- Kondom kateter / prezervatif sonda, elastik yapıştırıcı bant, eldiven
- Spanç, sabun, havlu, ılık su dolu küvet, cilt nemlendirici
- Su geçirmez örtü, idrar torbası ve drenaj bağlantısı
- Gerekli ise; tıraş malzemeleri (genital bölge)

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Hekim istemi kontrol edilir.			
2. Eller yıkanır, malzemeler hazırlanır.			
3. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır, işlem açıklanarak izin alınır.			
4. Malzemeler hastanın yanına uygun ve temiz bir alana yerleştirilir.			
5. Odanın kapısı kapatılır, perde / paravan çekilir.			
6. Hastaya supine pozisyonu verilir.			
7. Eldiven giyilir. Hastanın genital bölgesi açık kalacak şekilde hasta giysileri çıkarılır.			
8. Hastanın kalçasının altına su geçirmez örtü serilir.			
9. Hastanın perianal bölgesi kontrol edilir. Perine temizliği su ve sabunla yapılır, kurulur.			
10. Penise yağlı olmayan bir cilt koruyucu sürülür ve 30-60 sn kuruması beklenir.			
11. Pasif el ile penis tutulur. Aktif el ile kondom yavaşça glans penisten başlayarak penise geçirilir. Kondomun ucu ile glans penis arasında 2,5-5 cm boşluk olmalıdır.			
12. Kondomu tespit etmek için, elastik yapışkan bant spiral olarak penis gövdesine sarılır. Bantlar baskı yapmamalıdır.			

11.6. KONDOM KATETER UYGULAMASI

13. Penis gövdesine 10-15 sn el ile hafif basınç (elastik yapıştırıcı bantın yapışkanlığını sağlayabilmek için) uygulanır.			
14. Kondom kateterin ucu ile idrar torbasının ucu birleştirilir. İdrar torbası, hastanın mesane seviyesinin altında olacak şekilde yatak kenarına asılır.			
15. Kontamine malzemeler ortamdaki uzaklaştırılır / imha edilir. Eldivenler çıkarılır. Eller yıkanır. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.			
16. Uygulamadan 30 dk sonra penis; dolaşım bozukluğu, şişlik, kızarıklık yönünden değerlendirilir. İdrar akışı olup olmadığı kontrol edilir. İşlem, gözlemler ve var ise anormal bulgular kaydedilir. Kondom kateterin 24 saatte bir değiştirilmesi sağlanmalıdır. Her değişimde cilt mutlaka gözlemlenir ve cilt bakımı yapılır.			



12.6. ÖLÜM SONRASI BAKIM

Gerekli Malzemeler:

- Eldiven, gerekli ise box gömleği vb koruyucu giysiler
- Tepsi içinde ılık su, sabun ve sabunlama bezi / sünger
- Havlu, yatak çarşafı, nevresim, su geçirmez koruyucu örtü
- Tarak, temiz çamaşırlar (gerekli ise)
- Flaster
- Bireyin özel eşyaları için gerekli paketlenme torbaları ve etiketler
- Ceset torbası, kefen, uygun atık torbaları

Değerlendirme Kriterleri:

0 (Yetersiz): Basamağın hiç uygulanmaması ya da yanlış uygulanması

1 (Geliştirilmesi gerekir): Basamağın eksik ya da sırasında uygulanmaması

2 (Yeterli): Basamağın doğru, sırasında ve eksiksiz olarak uygulanması

İŞLEM BASAMAKLARI	Değerlendirme		
	0	1	2
1. Ölen bireyin ailesinin / yakınlarının olup olmadığı, bilgilendirilip bilgilendirilmedikleri ve görmek isteyip istemedikleri belirlenir.			
2. Ailenin / yakınların soru sormalarına izin verilir.			
3. Bireyin dini ve kültürel alışkanlıkları tanımlanır.			
4. Ölen bireyin durumu kontrol edilir ve izolasyon önlemleri gerekip gerekmediği belirlenir.			
5. Ölüm sonrası bakım konusunda kurum politikası uygulanır.			
6. Otopsi planlanıp planlanmadığı saptanır.			
7. Veriler toplanıp gruplandırılarak uygun hemşirelik tanısı konulur. Birey ve ailesi için beklenen sonuçlar ve hemşirelik tanısına yönelik hedefler belirlenir.			
8. Ölen bireyi hazırlamak için gereken zaman konusunda aile bilgilendirilir.			
9. Odada başka hasta varsa neler olduğu açıklanır ve odadan ayrılması sağlanır.			
10. Gerekli malzemeler hazırlanır.			
11. Ölen birey, insan onuruna yakışır bir biçimde hazırlanır / bakım verilir.			
12. Eller yıkanır. Eldiven ve gerekli ise koruyucu giysiler giyilir.			
13. Mahremiyet sağlanır.			
14. Bireye doğru pozisyon verilir.			

15. Başının altına küçük bir yastık yerleştirilir.			
16. Var ise ağız içindeki protezleri çıkarılır.			
17. Otopsi gerekmiyor / adli bir durum yok ise, tüm drenler ve tüpler çıkarılır.			
18. Kirlenen pansumanlar değiştirilir.			
19. Kirlenen vücut bölümlerine uygun şekilde bakım verilir.			
20. Gluteal bölge altına absorbe edici / emici bir örtü yerleştirilir.			
21. Saçı fırçalanır / taranır.			
22. Aileden başka bir öneri gelmedikçe tüm takı vb çıkarılır.			
23. Temiz giysi giydirilir.			
24. Bireyin odasında kalan tüm değerli şeyler tespit edilir.			
25. Bireyin giysi ve ayakkabıları etiketlenmiş bir torbaya konulur.			
26. Aile görmek isterse, bireyin başı dışarıda kalacak ve omuzlarına kadar örtecek şekilde bir çarşaf veya battaniye yerleştirilir.			
27. Aile ile birlikte yatak başında kalınır ve özel olarak bireyi görmeleri için izin verilir.			
28. Aile ayrıldıktan sonra ölen bireyin tüm yatak takımları, giysileri çıkarılır ve ceset torbasına / kefene sarılır.			
29. Ceset torbasının / kefenin dışı etiketlenir.			
30. Bireyin bulaşıcı bir hastalığı varsa belirtildiği şekilde özel etiket uygulanır.			
31. Ölen bireyin sedye vb ile uygun şekilde taşınması sağlanır.			
32. Diğer hasta odalarının kapıları kapatılır. Ölen bireyin mümkün olduğunca göze çarpmayacak şekilde taşınması / morga götürülmesi sağlanır.			
33. Bireyin odasındaki yatak takımları ve diğer malzemeler kaldırılır.			
34. Eller yıkanır.			
35. Ölüm tarihi, zamanı ve gerekli diğer veriler kayıt / rapor edilir.			
36. Bireyde herhangi bir yara, incinme vb var ise kayıt / rapor edilir.			
37. Otopsi / adli soruşturma vb durumlar var ise kayıt / rapor edilir.			

KAYNAKLAR

1. Aslan EF. (Ed). Sağlıkın Değerlendirilmesi ve Klinik Karar Verme. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2017.
2. Atabek Aştı T, Karadağ A. (Ed). Hemşirelik Esasları: Hemşirelik Bilimi ve Sanatı. Akademi Basın ve Yayıncılık, İstanbul, 2014.
3. Babadağ K, Atabek Aştı T. (Ed). Hemşirelik Esasları Uygulama Rehberi, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul, 2008.
4. Berman A, Snyder S, Kozier B et al. Kozier & Erb s Fundamentals of Nursing. Concepts, Process and Practice, 8th ed., St. Louis, 2008.
5. Bickly, LS (2004). Bates' Fizik Muayene Rehberi. (Çev. Ed. Özsüt, H, Tetikkurt C, Vatanserver S) Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.
6. Birol. L. Hemşirelik Süreci Kitabı, 6.Baskı, Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd. Şti., İzmir, 2009.
7. Dikmen Y, Korhan AE. (Ed.) Hemşirelik Esasları Klinik Uygulama Rehberleri - Video Sunumu Destekli. Akademisyen Kitabevi, Ankara, 2016.
8. Görgülü RS. Hemşireler İçin Fiziksel Muayene Yöntemleri. 1. Baskı, İstanbul Medikal Yayıncılık Ltd. Şti. s:113-136, İstanbul,2014.
9. Lynn P. Taylor Klinik Hemşirelik Becerileri - Bir Hemşirelik Süreci Yaklaşımı. . (Çev Ed: Bektaş H). Nobel Akademik Yayıncılık, 2015.
10. Perry, AG., Potter, PA. Klinik Uygulama Becerileri ve Yöntemleri. (Çev Ed: Atabek Aştı T, Karadağ A). Adana Nobel Kitabevi, 2011.
11. Potter, P., Perry, A. Fundamentals of Nursing (7. bs.). Canada: Mosby Elsevier. 2009.
12. Sabuncu N, Ay F (Ed). Klinik Beceriler, Sağlık Değerlendirilmesi, Hasta Bakım ve Takibi. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2010.
13. Taylor, C., Lillis, C., LeMone, P. Fundamentals of Nursing The Art and Science of Nursing Care (4. bs.). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2001.
14. Ulusoy, MF., Görgülü, RS. Hemşirelik Esasları - Temel Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler, Cilt:I, 5. bs., Ankara: 72 TDFO Ltd. Şti. 2001.