



YÜKSEK İHTİSAS ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

KLİNİK BECERİ EĞİTİMİ

ÖĞRENİM REHBERİ

KLİNİK BECERİ EĞİTİMİ LABORATUVARI KULLANIM KURALLARI

- 1.** Klinik Beceri Eğitimi, ders kapsamında yer alan laboratuvar ve klinik çalışmalar ile ilişkili olarak ilgili öğretim elemanının rehberliğinde gerçekleştirilir. Laboratuvara girişler ancak sorumlu öğretim elemanının bilgisi dahilinde yapılır.
- 2.** Laboratuvarda eğitim sırasında kullanılan materyal, eğitim sonrasında düzenli olarak bırakılmalıdır.
- 3.** Laboratuvar ve klinik uygulamalarda cep telefonu gibi bildirim gelen elektronik cihazlar sessiz konumda tutulmalıdır.
- 4.** Laboratuvar ve klinik uygulamalarda izinsiz fotoğraf çekilmemeli, ses ve görüntü kaydı alınmamalıdır.
- 5.** Laboratuvarlardaki araç gereçler dikkatli kullanılmalıdır.
- 6.** Laboratuvarlarda izinsiz olarak uygulama dışındaki dolap, cihaz, malzeme, çekmece, maket ve benzeri ekipmanlara dokunulmamalı; uygulama alanından başka bir alana taşınmamalıdır.
- 7.** Laboratuvara yiyecek ve içecek getirilmemelidir.
- 8.** Beceri eğitimi sırasında kullanılan tabure, sandalye ve masalar düzenli ve temiz bir şekilde bırakılmalıdır.
- 9.** Kullanılan/atılacak malzemeler öğrenim rehberinde belirtilen uygun atık kutularına atılmalıdır.

İÇİNDEKİLER

BECERİNİN ADI	SAYFA
1. El Yıkama Becerisi (Dönem I)	4-5
2. Steril Eldiven Giyme ve Çıkarma Becerisi (Dönem I)	6-9
3. Elastik Bandaj Uygulama Becerisi (Dönem I)	10-11
4. Vücut Sıcaklığı Ölçme Becerisi (Dönem I)	12-13
5. Erişkin Kan Basıncı Ölçme Becerisi (Dönem II)	14-17
6. Erişkin Nabız Ölçme Becerisi (Dönem II)	18-20
7. Erişkin Temel Yaşam Desteği Becerisi (Dönem II)	21-25
8. Yabancı Cisim Çıkarma Becerisi (Dönem II)	26-27
9. İntramuskuler Enjeksiyon Yapma Becerisi (Dönem III)	28-30
10. Subkütan Enjeksiyon Yapma Becerisi (Dönem III)	31-34
11. İntravenöz Enjeksiyon Yapma Becerisi (Dönem III)	35-36
12. Damar Yolu Açma ve İntravenöz Kanül Takma Becerisi (Dönem III)	37-38
13. Nazogastrik Sonda Takma Becerisi (Dönem III)	39-41
14. Kadın Hastaya Üretral Kateter Takma Becerisi (Dönem III)	42-45
15. Erkek hastaya Üretral Kateter Takma Becerisi (Dönem III)	46-49
16. Dikiş Atma Becerisi (Dönem III)	50-53

EL YIKAMA BECERİSİ

AMAÇ: El yıkama becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Su, sabun ya da temizleyici çözelti, kâğıt havlu

Eller dış ortam ile en sık temas eden, en çok bulaşmaya yol açan vücut bölümleridir. Bu nedenle elleri yıkamayı iyi bilmek ve unutmamak gerekir. Eller yıkılırken önce su ile ıslatılır; sabun veya temizleyici çözelti ile köpürtülür. Eller köpüklü iken aşağıda tanımlanan hareketler sırası ile ve en az beşer kez yinelenir. Böylece ellerin her tarafı temizlenmiş olur.

Eller, her yeri temizlendikten sonra su ile durulanır. Su akışı el ile kumanda edilen musluk kullanıldığında, kullanıldıktan sonra kâğıt havlu ile kapatılır. Tıbbi kullanımda sıklıkla kollu musluklar yeğlenir; bunlar kapatılırken dirsekler kullanılır.

Eller yıkandıktan sonra kurulanır.



NO	BASAMAKLAR
1	Giysinin kolları uzunsa el bileklerini ortaya çıkaracak biçimde katlanır.
2	Saat, yüzük, bilezik, vb. takılar varsa çıkartılır.
3	Musluk açılarak eller akan suyun altında ıslatılır.
4	Ellere sabun ya da bir miktar temizleyici çözeltili alınır.
5	Eğer sabun kullanılıyor ise sabun, ellerin köpüğü korunarak durulanıp yerine bırakılır.
6	Eller, aşağıda tanımlanan hareketler ile sırayla çeşitli yönlerde rotasyonlar yaparak, en az beşer kez ovulur:
	<ul style="list-style-type: none"> • Avuç içleri birbiriyle temas ettirilir. • Sağ avuç içi sol el sırtı üzerinde temas ederek parmak araları ovulur. • Sol avuç içi sağ el sırtı üzerinde temas ederek parmak araları ovulur. • Avuç içleri birbiriyle temas ederken parmak araları da birbirinin içine geçirilir. • Sağ elin parmakları kapalı ve fleksiyonda iken, parmakların arka yüzleri sol elin avuç içi ile temas ettirilir. • Sol elin parmakları kapalı ve fleksiyonda iken, parmakların arka yüzleri sağ elin avuç içi ile temas ettirilir. • Sağ başparmak, sol avuç içine alınır. • Sol başparmak, sağ avuç içine alınır. • Sağ elin tüm parmak uçları sol avuç içine alınır. • Sol elin tüm parmak uçları sağ avuç içine alınır.
7	Suyun altında eller ovularak yıkanır ve temizleyici maddenin köpüğü tamamen akıtılarak durulanır.
8	Kâğıt havlu ile eller kurulanır.
9	Su akışı el ile kumanda edilen musluk kullanıldığında, elin kurulduğu kâğıt havlu ile tutularak musluk kapatılır. Kollu musluklarda musluk dirsek aracılığı ile kapatılır.
10	Kullanılmış havlu, evsel atık kutusuna atılır.

STERİL ELDİVEN Gİyme VE ÇIKARMA BECERİSİ

AMAÇ: Steril eldiven giyme ve çıkarma becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Steril eldiven

Eldiven Çeşitleri ve Kullanıldığı Yerler

Lateks eldiven

Vinil eldiven

Nitril eldiven



Cerrahi (steril) eldiven



Lateks eldiven: Sağlık alanında kullanılmak üzere üretilen ilk eldivenlerdendir. Ham maddesi kauçuktur. Bazı insanlar, kauçuk proteinine karşı alerjik reaksiyon gösterebilir. Bu alerjik reaksiyon, deride kaşıntı ve kızarıklık gibi semptomlara yol açabilir.

Vinil Eldiven: Bu eldivenler, lateks alerjisi olan kişiler için polivinilklorür'den (PVC) üretilir. Protein içermez ve alerjik reaksiyonları tetiklemez. Vinil eldiven, lateks ve nitril eldivenlere göre daha az maliyetlidir.

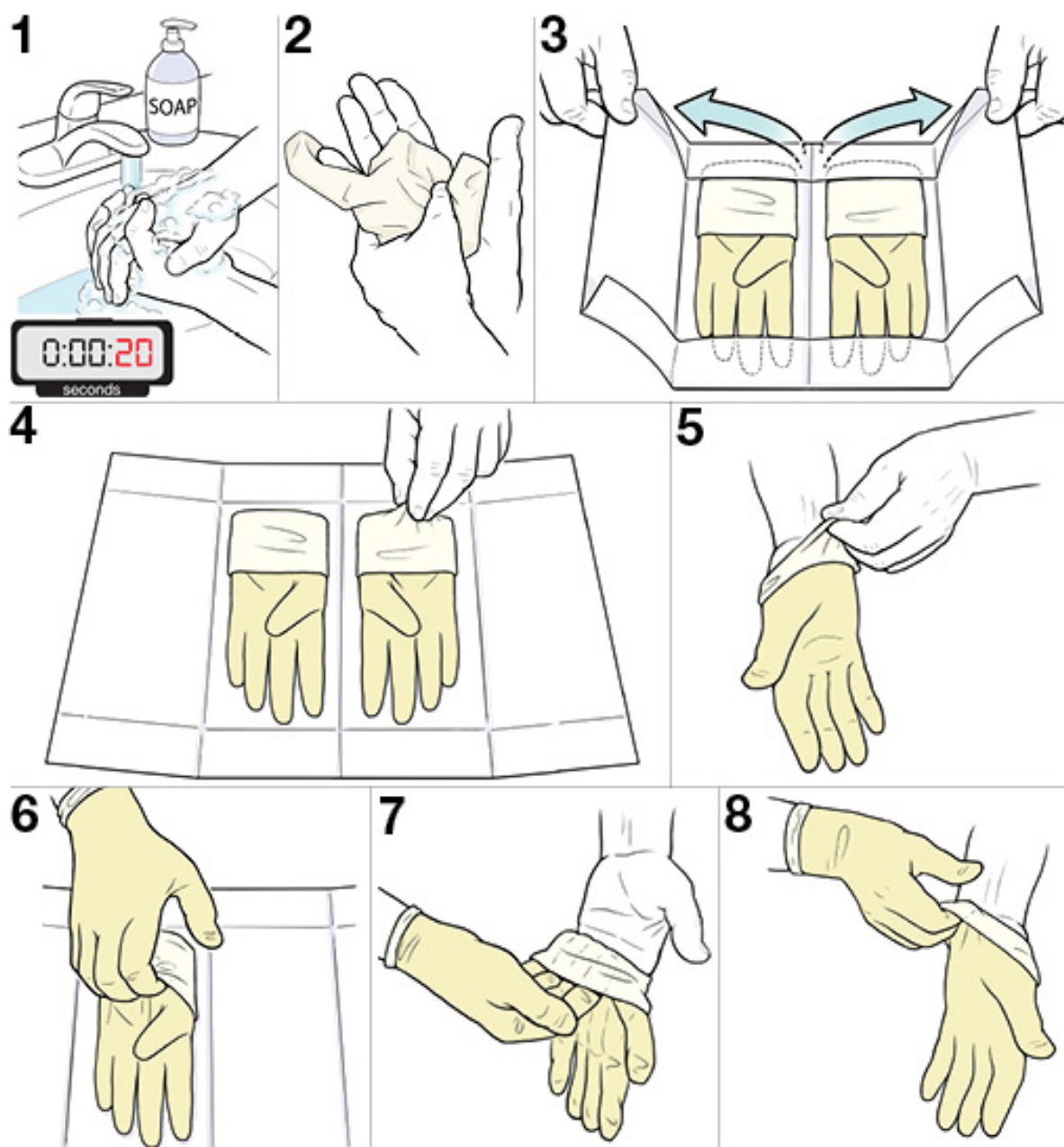
Nitril Eldiven: Suni lateksten üretilir ve pudrasızdır. Pudra alerjisi ve lateks proteinine duyarlı olanlar tarafından tercih edilir. Ham maddesi sentetik bir kopolimer olan akrilonitril butadien'dir. Özellikle kimyasallara karşı daha dayanıklıdır.

Bu tanımlara göre:

- Lateks eldivenlerin pudralı ve pudrasız versiyonları bulunur.
- Lateks eldiven, alerjiye neden olabildiği için nitril eldiven üretilmiştir.
- Kimyasallara en dayanıklı eldiven nitril eldiven, en dayanıksız eldiven vinil eldivendir.
- Nitril eldivenler pudrasızdır.

Muayene Eldiveni: Lateksten üretilir. Farklı boyutlarda (S, M, L) ve steril olmayan çoklu ambalajlarda kullanıma sunulur. Gerekğinde sterilize edilir. Sağlık alanında pek çok amaçla kullanılır.

Cerrahi Eldiven (Steril Eldiven): Muayene eldiveni gibi lateksten üretilir. Ele daha iyi uyması için başparmak biraz içeri doğru kaydırılmıştır. Bu nedenle sağ ve sol tekleri ve ele tam uyumu için çeşitli boyutları vardır (boyutları 5,5'den başlar ve yarım numara artarak 8,5'e dek genişler). Bir çift olarak, içi steril ambalajlarda bulunur.



NO	BASAMAKLAR
1	Eller yıkanır ve kurulanır.
2	Ellerin boyutuna uygun steril eldiven seçilir.
3	Eldiven ambalajının yırtık ya da delik olup olmadığı ve son kullanma tarihi kontrol edilir.
4	Steril eldivenin dış paketi, dikkatle iç pakete zarar vermeden açılır ve iç paket masanın üzerine yerleştirilir.
5	İç paket, eller eldivene ve paketin iç bölümüne değdirilmeden açılır.
6	Aktif el ile pasif ele giydirilecek olan eldiven, eldivenin kıvrılmış olan iç kısmından, dış yüzeyine dokunulmadan tutulur.
7	Eldivenin başparmak kısmı ön tarafa doğru getirilir. Pasif el, eldivenin içine sokulur ve tüm parmakların yerlerine yerleştiğinden emin olunur. Parmaklar yerleşince aktif el ile eldiven dış yüzüne dokunulmadan bileğe doğru çekilir.
8	Steril eldiven giyilen pasif eldeki dört parmak (<i>ikinci, üçüncü, dördüncü ve beşinci parmaklar</i>), aktif ele giydirilecek olan eldivenin katlanmış bilek kısmının dış bölümüne yerleştirilir ve eldiven tutulur.
9	Eldivenin başparmak kısmı ön tarafa doğru getirilir ve aktif el eldivenin içine sokulur. El eldivene sokulurken, eldivenli pasif el ile giyilmekte olan eldiven yukarı doğru çekilir ve parmakların yerlerine yerleştiğinden emin olunur. Parmaklar yerleşince eldiven dış yüzüne dokunulmadan bileğe doğru çekilir.
10	Eldiven çıkarılırken, bir elin tüm parmakları ile diğer eldiven avuç içinden sıkıca kavranarak tutulur ve eldiven çıkarılır.
11	Çıkarılan eldivenin tümü eldivenli elin avuç içinde toplanır.
12	Eldivensiz kalan elin iki parmağı ile diğer eldiven iç kısmından sıkıca tutulur ve eldiven ters (<i>iç yüzü dışa gelecek biçimde</i>) çevirerek çıkarılır.
13	Eldivenler çıkarıldıktan sonra (<i>kırmızı poşetli</i>) tıbbi atık kutusuna atılır.
14	Eller yıkanır ve kurulanır.

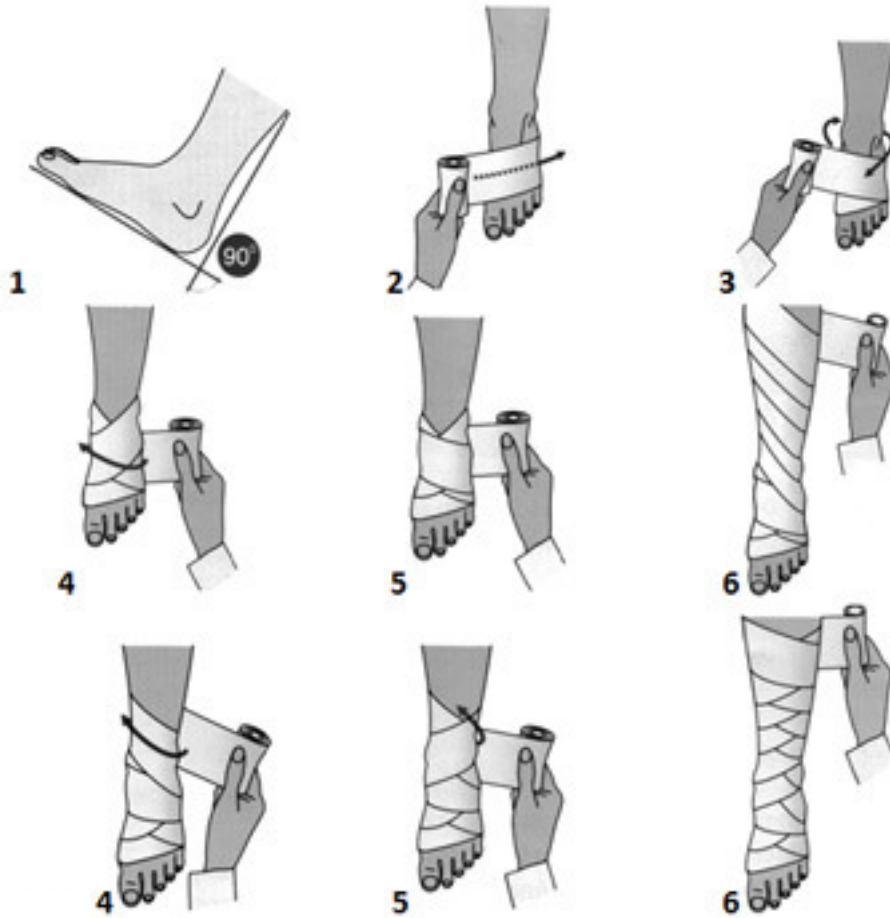
ELASTİK BANDAJ UYGULAMA BECERİSİ

AMAÇ: Elastik bandaj uygulama becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Elastik bandaj, hasta mankeni

Elastik bandaj, insan vücudunda bulunan eklem bölgelerinde meydana gelen rahatsızlıkların tedavisini destekleyici bir üründür. Kazalarda ve spor sakatlanmalarında baskı amaçlı kullanılırken; ortopedik vakalarda sabitleme görevini üstlenmektedir.



NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir ve hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır.
3	Alt ekstremitte için 15-20 cm, üst ekstremitte için 5,8-10 cm'lik elastik bandaj hazırlanır.
4	Hastaya bandaj sarılacak olan ekstremitte üzerindeki giysileri çıkartması söylenir.
5	Serbest uç daha aşağıda olacak şekilde, bandaj bir elde tutulurken, bandajın serbest ucu diğer ele alınır.
6	Ekstremitteye parmaklar açıkta kalacak şekilde bandaj uygulanır. Sargı, çok sıkı yapılmamalı ve bir önceki sargı şeridinin yarısını örtecek biçimde, distalden proksimale doğru yapılmalıdır.
7	Eklem kıvrımını çaprazlayan ve "8" şekli oluşturacak biçimde bandaj uygulaması yapılır.
8	Bandajlama işleminden sonra bandajın serbest ucu sabitleştirilir.
9	Hastaya bandajlama işleminden sonra bir şikâyeti olup olmadığı sorularak bandajın çok sıkı yapılmadığından emin olunur. Bandaj uygulanan bölgeye yeterli kan dolaşımının gelip gelmediği kontrol edilir.
10	Eller yıkanır ve kurulanır.

TİMPANİK VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME BECERİSİ

AMAÇ: Timpanik vücut sıcaklığı ölçme becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Timpanik termometre, tek kullanımlık uç

Bir insanın normal vücut ısı; cinsiyete, aktivite durumuna, yemek ve sıvı alma durumuna, gün içindeki zamana, kadınlarda menstrüel siklusun zamanına göre değişkenlik gösterir. Normalde vücut sıcaklığı derece santigrat ($^{\circ}\text{C}$ veya Celcius) olarak ifade edilir ve yaklaşık $36,5^{\circ}\text{C}$ ile $37,2^{\circ}\text{C}$ (veya Fahrenheit olarak; $97,7^{\circ}$ ile $98,9^{\circ}\text{F}$) arasında değişir.

Termometreler klasik (civalı) veya dijital olarak ayrılır. Dijital olanlar, kullanılması daha kolay olduğu ve hata payı daha az olduğu için tercih edilir.

Vücut Isının Ölçüldüğü Yerler

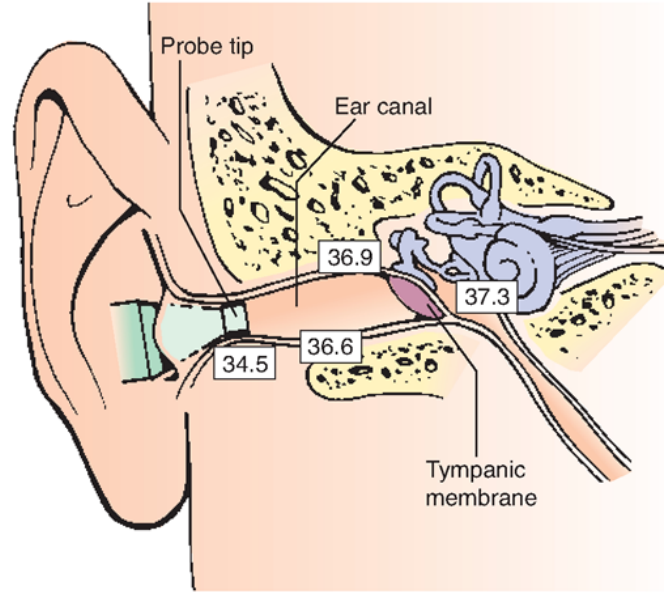
Ağızdan (oral) ölçüm: Klasik civalı cam termometreler veya modern dijital termometreler kullanılarak yapılır.

Alından ölçüm: Kızılötesi ("infrared") ışınlarını kullanan dijital bir termometre kullanılarak yapılır. Avantajı, kişi ile temas etmeden sıcaklığı ölçebilmesidir. Özellikle bebeklerde ve çocuklarda, salgın zamanlarında çok sayıda kişide ölçüm yapılması gerektiğinde yararlı olur.

Koltuk altından (aksiller) ölçüm: Civalı veya dijital termometre kullanılarak yapılabilir. Ağızdan yapılan ölçüme göre $0,3 - 0,4^{\circ}\text{C}$ daha düşük sonuç alınır.

Kulaktan (timpanik) ölçüm: Alından ölçüm yapan termometre gibidir. Ek olarak, dış kulak yoluna girebilecek bir adaptörü vardır. Kulak zarının ısını ölçer.

Makattan (rektal) ölçüm: Ağızdan ölçülen sıcaklıktan yaklaşık $0,5^{\circ}\text{C}$ daha yüksek sonuç alınır.



NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilerek hastanın (hasta çocuk ise çocuktan sorumlu kişinin) onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır.
3	İşlemden önce termometrenin ekranındaki dijital görüntü kontrol edilir. Bu değer yaklaşık 34°C olması beklenir.
4	Tek kullanımlık prob dikkatle sensör ucuna yerleştirilir.
5	<ul style="list-style-type: none"> Hastanın başı yana çevirilir. Prob, dış kulak yolu ağzına yerleştirilir. Probun dış kulak yolunun içine fazla ilerletilmesinden kaçınılmalıdır. Kulak yolunu düz hale getirmek için yetişkinlerde kulak kepçesi yukarı ve geri; çocuklarda ve bebeklerde aşağı ve geri çekilir.
6	Termometre çalıştırılır ve ölçüm yapılır.
7	Termometrenin ekranındaki sayı okunarak kaydedilir.
8	Cihazdan prob çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.
9	Eller yıkanır ve kurulanır.

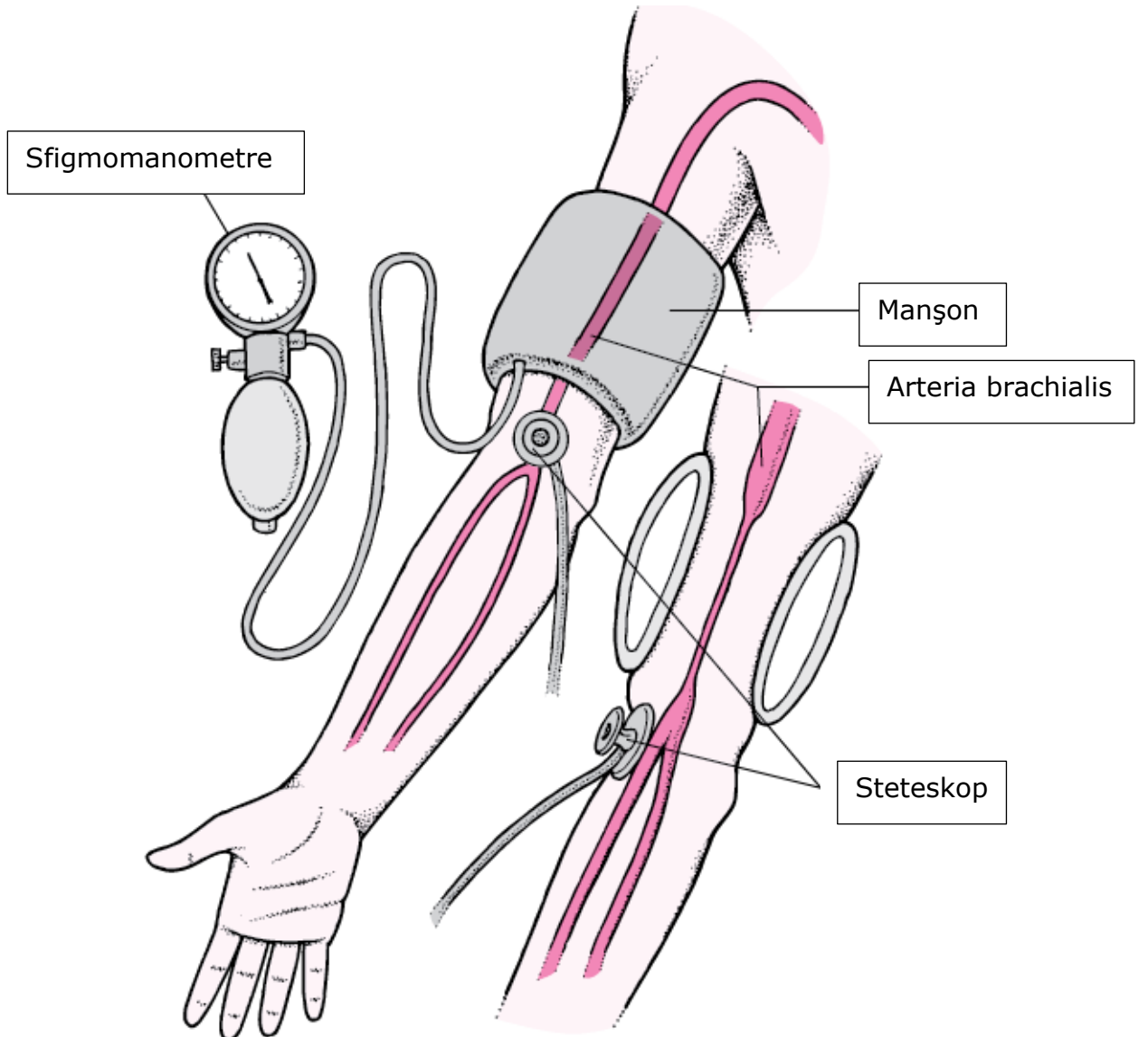
ERİŞKİN KAN BASINCI ÖLÇME BECERİŐİ

AMAÇ: Erişkin kan basıncı ölçme becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Sfigmomanometre, stetoskop

Kan basıncı, sfigmomanometre cihazı ile veya diğer tansiyon ölçme aletleri kullanılarak ölçülebilir. En doğru ölçüm için sfigmomanometre kullanılması önerilir.



NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir; hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır.
3	Hasta ölçüm öncesinde bir fiziksel aktivitede bulunmuşsa 15 dakika bir yerde oturtularak dinlenmesi sağlanır.
4	Hastaya, son yarım saat içinde kan basıncını etkileyecek herhangi bir madde (çay, kahve, sigara, nazal dekonjestan gibi) kullanıp kullanmadığı sorulur. Eğer hasta bu maddeleri kullandıysa 30 dakika sonra ölçüm yapmanın daha doğru sonuç vereceği konusunda bilgilendirilir ve ölçüm için beklenir.
5	Hastanın daha önceye ait tansiyon ölçümleri olup olmadığı ve antihipertansif bir ilaç kullanıp kullanmadığı sorulur.
6	Hastada bir gerginlik (anksiyete) hissediliyorsa yapılacak olan işlem hakkında bilgi verirken bu gerginliğin giderilmesine çalışılır.
7	Ölçümü etkileyebileceği için ortamın sakin ve sessiz olmasına ve ortam sıcaklığının aşırı sıcak veya soğuk olmamasına dikkat edilmelidir.
8	<p>Kullanılacak kan basıncı ölçüm aleti gözden geçirilir ve herhangi bir sorunu olup olmadığı kontrol edilir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tansiyon aleti manşonunun havası tam inmiş mi? • Stetoskop hazır mı? • Manşon hastanın kol çevresine uygun mu?
9	Hastanın, eğer varsa, sıyrıldığında kolu sıkabilecek palto, ceket, kazak gibi giysileri çıkartması istenir. Sıyrıldığında kolu sıkmayacak giysilerin çıkarılmasına gerek yoktur.
10	<p>Hastaya uygun pozisyon verilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hasta, bir sandalyede rahat pozisyonda oturmalıdır. • Hasta, yatar pozisyonda ise ölçüm yapılacak olan kolunu gövdeye paralel uzatmalıdır. • Dirseğin hafif fleksiyonda, avuç içinin öne veya yukarı bakar durumda ve ön dirsek boşluğunun ("fossa cubiti") mümkün olduğunca kalp hizasında olması sağlanmalıdır.
11	Hastanın sağ ya da sol kolunu uzatması söylenir. Hipertansiyonu olan hastanın ilk değerlendirmede kan basıncı her iki ekstremiteden ölçülmeli, sonraki ölçümler de kan basıncının daha yüksek bulunduğu ekstremiteden yapılmalıdır.

12	Arteria brachialis'in trasesi üzerinde (dirsek ekleminin anteromediali) arter nabzı bitişik 4 parmakla palpe edilir.
13	<p>Tansiyon aletinin manşonu ön dirsek boşluğunu açıkta bırakacak şekilde (manşonun alt kenarı fossa cubiti'den en az 2,5 cm yukarıda olmalıdır) kola sarılır.</p> <p>Manşonu sararken dikkat edilmesi gerekenler:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manşon arteria brachialis'i ortalayacak şekilde yerleştirilmelidir. • Manşon katlanmamalıdır. • Manşondan sfigmomanometreye uzanan boru, arteria brachialis'in trasesi üzerinde olmamalıdır. • Manşon kola tam oturacak şekilde, yeterli sıkılıkta olmalı, manşon ile deri arasında bir parmak sığacak kadar açıklık kalmalıdır.
14	Stetoskop dış kulak yolu ile uyumlu bir şekilde kulağa takılır.
15	Stetoskopun tamburu ön dirsek boşluğunda, manşonun altına gelmeyecek şekilde, arteria brachialis'in trasesi üzerine yerleştirilir. Fazla bastırmadan bir el ile stetoskop bu bölgede tutulur.
16	Bir el ile stetoskopun çanı bastırılırken diğer el ile hava pompası tutulup, hava (puar) musluğu sonuna kadar kapatılır. Hava musluğu kapatıldıktan sonra zorlamaya devam edip çok fazla sıkıştırmamak gerekir. Aksi durumda tek el ile musluğun açılması zorlaşabilir. Bu amaçla manşon şişirilmeden önce kapatılan musluğun kolay açılıp açılmadığı kontrol edilir.
17	Ölçüm yapılırken hasta ve çevredekiler, konuşmamaları gerektiği konusunda uyarılır.
18	"Korotkoff" sesleri dinlenerek manşon basıncı, seslerin kesildiği basınç değerinden 30-40 mm Hg daha yüksek olacak şekilde arttırılır. Hipertansiyon öyküsü bulunmayan hastalarda 180 mm Hg basıncına kadar arttırılabilir.
19	"Korotkoff" sesleri kesildiğinde hava musluğunun vidası hafifçe gevşetilerek basıncın yavaş yavaş aşağıya düşmesi sağlanır. Bu düşüş yaklaşık 2-3 saniyede bir 10 mm Hg olarak ayarlanır; basıncın çok hızlı veya çok yavaş düşmesinden kaçınılır.
20	"Korotkoff" seslerinin yeniden ilk kez duyulduğu andaki basınç değeri manometrenin ibresinden okunur. Bu, sistolik kan basıncı değeridir.
21	Sürekli duyulan atım seslerinin kesildiği ve son sesin duyulduğu (sesin tamamen kesildiği) andaki basınç değeri de manometrenin ibresinden okunur. Bu, diyastolik kan basıncı değeridir.

22	Diyastolik kan basıncı belirlendikten sonra hava musluğu gevşetilerek basınç sıfırlanır.
23	Basınç sıfırlanana kadar stetoskopun çan kısmı yerinden oynatılmaz.
24	Aynı ekstremiteden üst üste iki ölçüm yapmak gerekirse iki ölçüm arasında en az 15 saniye zaman olmasına dikkat edilir ve bu arada manşonun havasının tamamen boşaltılması sağlanır.
25	Ölçüm tamamlandıktan sonra stetoskop yerinden kaldırılır ve manşon gevşetilerek çıkarılır.
26	Hastaya giyinebileceği söylenir ve ölçüm sonuçları hakkında bilgilendirilir.
27	Kan basıncı değerleri önce sistolik, sonra diyastolik olarak kaydedilir.
28	Tansiyon aleti toplanır ve yerine yerleştirilir.
29	Eller yıkanır ve kurulanır.

ERİŞKİN NABIZ ÖLÇME BECERİŐİ

AMAÇ: Arteria radialis üzerinden erişkin nabız ölçme becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

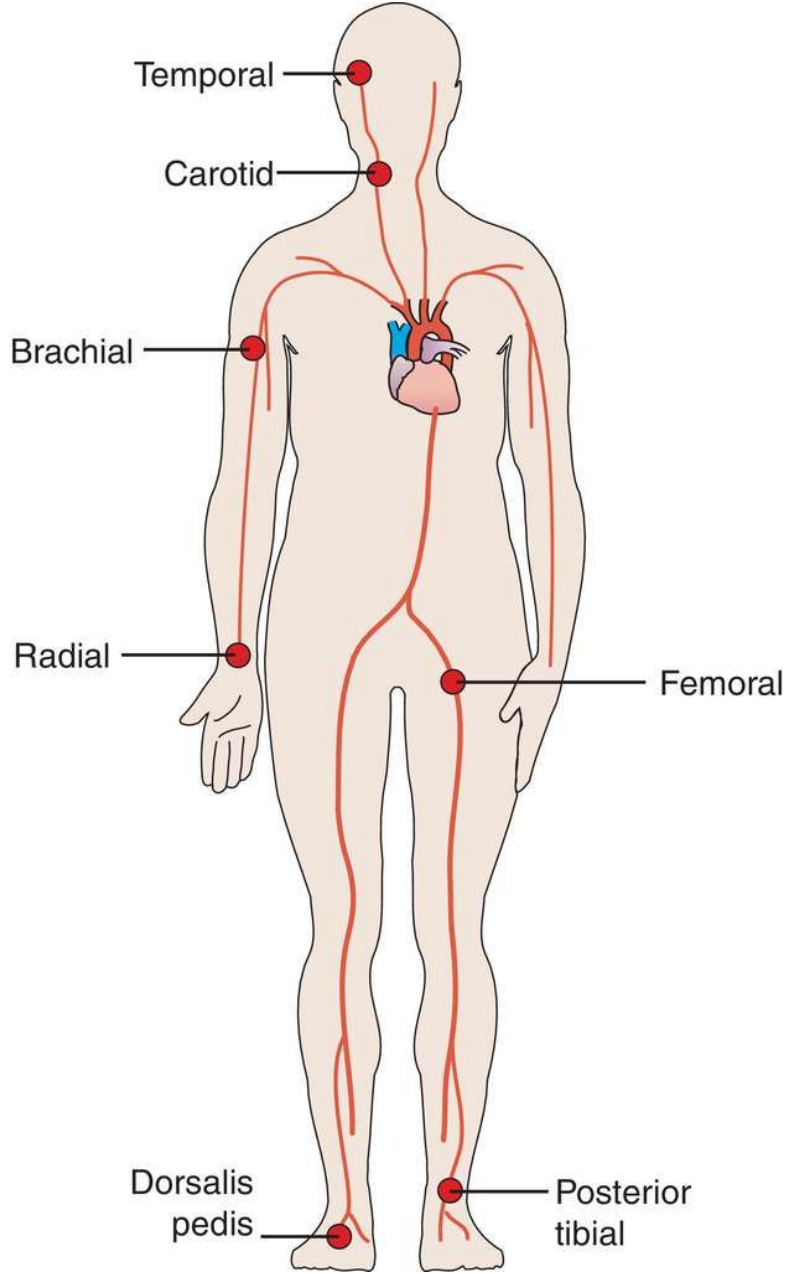
ARAÇLAR: Saniye göstergesi olan saat

Nabız, kalbin bir dakika içinde kaç kere kasıldığını (attığını) yani kalbin hızını yansıtır. Kalp her kasılmasıyla bir miktar kanı arterlere fırlatır ve damarların esneyebilme özelliğinden dolayı arterlerde buna bağılı bir genişleme olur. Damar duvarı bu genişlemenin ardından elastik özelliğı nedeniyle eski durumuna döner; ardından bir sonraki atım ve yeni bir basınç dalgası ile tekrar genişler ve bu böyle devam eder. İşte bu genişleme, damarların yüzeysel seyrettiğı yerlerde nabız olarak hissedilir.

Nabız yalnızca kalp hızı hakkında bilgi vermez, aynı zamanda kalbin düzenli çalışıp çalışmadığı, yani kalbin ritmi hakkında da bilgi verir. Bazı kalp ve kapak hastalıklarında nabızın özellikleri (parmak ucuna nabız dalgasının geliş şekli, kalış süresi, ne kadar belirgin olduğı gibi) tanı koymada etkilidir.

Sağılıklı bireylerde nabız istirahat halindeyken dakikada 60-100, ortalama 70 civarında olmalıdır. Nabız hızı birçok durumdan etkilenir. Çeşitli hastalıklar, egzersiz, stres, yaralanma gibi durumlarda nabız hızı artar. 12 yaş üzerindeki kızlarda ve kadınlarda nabız, erkek çocuklara ve erkek yetişkinlere göre daha hızlıdır. Atletlerde ise nabız daha düşük olabilir.

Vücutta Nabız Alınmasında Kullanılan Arterler



NO	BASAMAKLAR
1	Eller yıkanır ve kurulanır.
2	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilerek hastanın onayı alınır.
3	Hasta ölçüm öncesi fiziksel bir aktivitede bulunmuş ise 15 dakika dinlenmesi sağlanır.
4	Hasta oturur pozisyondayken; nabızın değerlendirildiği ekstremitte bölümü bir desteğin üzerine konur. Arteria radialis'den nabız almak için üst ekstremitede el bileği düz pozisyonda, avuç içi yukarı bakacak biçimde, dirsek 90°'lik açı yapacak biçimde fleksiyona getirilir.
5	2., 3. ve 4. parmaklar birleştirilerek arteria radialis trasesi üzerinde deriye yerleştirilir.
6	Arteria radialis palpe edilir.
7	Nabız atımları hissedilmeye başladıktan itibaren 60 saniye süreyle atımlar sayılır.
8	Nabız sayısı, ritmi ve volümü kaydedilir.
9	Hastaya ölçümler ile ilgili bilgi verilir.
10	Eller yıkanır ve kurulanır.

ERİŞKİN TEMEL YAŞAM DESTEĞİ BECERİSİ

AMAÇ: Erişkin temel yaşam desteği becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Erişkin temel yaşam desteği mankeni

Kardiyopulmoner arrest, spontan dolaşım ve solunumun durmasıdır.

Kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR-yeniden canlandırma); irreverzibil bir patoloji olmaksızın durmuş olan kalp ve solunumun yeniden işler hale getirilmesidir.

Kardiyopulmoner serebral resüsitasyon (**KPSR**) spontan kalp atımı, spontan solunum ve beyin fonksiyonlarının tekrar kazandırılma çabasıdır.

Temel amaç geri döndürülebilir nedenlere bağlı oluşan ani kardiyak arresti geri döndürmektir.

Travma dışı yetişkin arrestlerinin en önemli nedeni **iskemik kalp hastalıklarıdır (ventriküler fibrilasyon).**

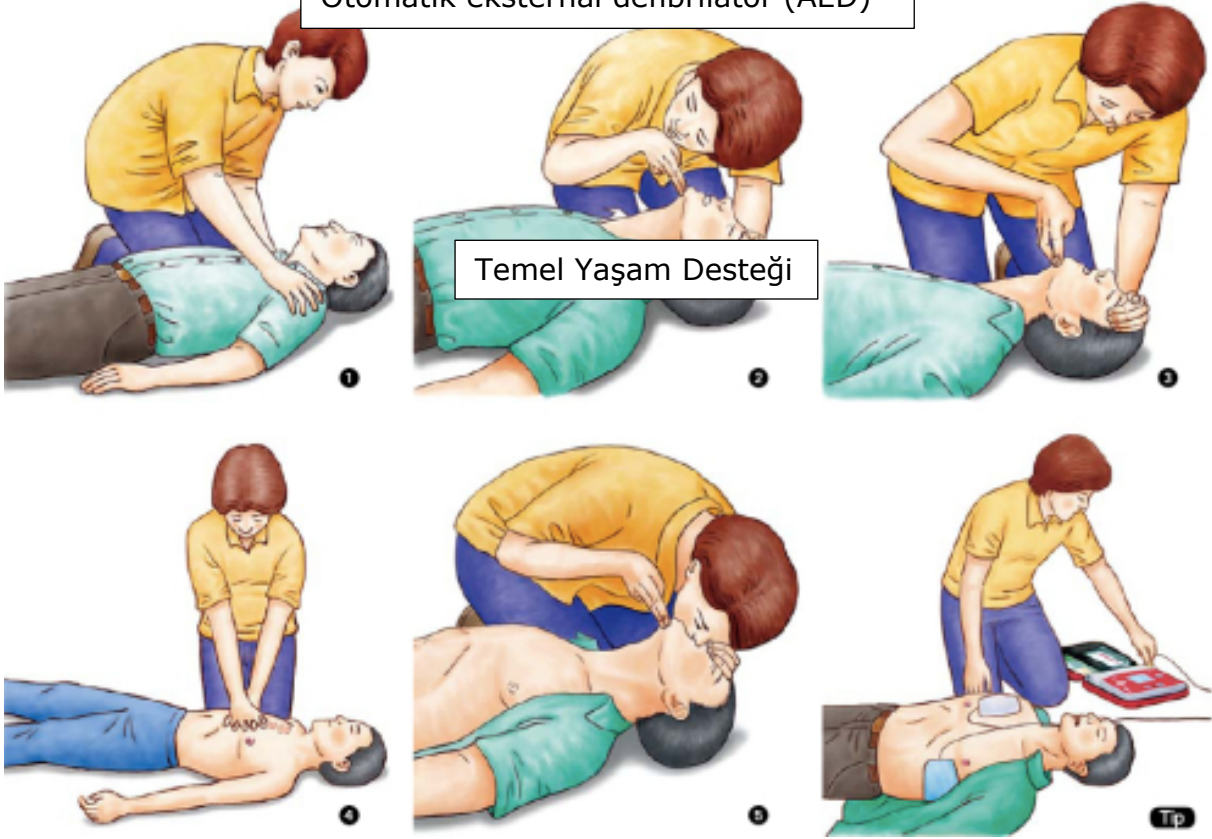
Kardiyopulmoner Serebral Resüsitasyon Aşamaları

- Temel yaşam desteği
- İleri yaşam desteği
- Uzun vadeli yaşam desteği

Temel yaşam desteği, arrest durumundaki hastanın havayolunu açmak, ventilasyonu ve dolaşımı sağlamak çabası olarak tanımlanabilir.



Otomatik eksternal defibrilatör (AED)



Temel Yaşam Desteği

NO	BASAMAKLAR
1	Müdahaleyi yapacak kişi ilk olarak etrafa göz gezdirir; kendi güvenliğini ve hastanın güvenliğini sağlar.
2	Mümkünse eldiven giyilir. Eldiven bulunamıyorsa aramak için zaman harcanmamalıdır.

3	Hastanın servikal bölgesinde bir travma olması ihtimali göz önünde bulundurulmalıdır. Hasta çok sarsılmadan ve omurga travmasından şüphelenilmiyorsa çok dikkatlice sert bir zemine sırtı yere gelecek şekilde yatırılır.
4	Hastanın sağ tarafına geçilir.
5	Hastada "uyaranlara yanıt" ve "solunum varlığı" durumları değerlendirilir. 5a. Hastanın omzu el yardımıyla hafifçe sarsılır. Servikal travma olasılığına karşı hasta çok şiddetli sarsılmamalıdır. Hastaya "nasılsın, iyi misin" gibi sorular yüksek sesle sorulur. 5b. Hastanın hava yolu baş geri-çene ileri ("head tilt- chin lift") manevrasıyla açılır. <i>Bak-dinle- hisset</i> yöntemiyle <u>10 saniye</u> içinde hastanın solunumu olup olmadığı veya anormal soluyup solunmadığı ("gaspıng"- iç çekme) değerlendirilir.
6	Hastadan yanıt alınamazsa ve/veya hastada solunum yoksa ve/veya solunum düzenli değilse ("gaspıng"- iç çekme) hastada ani kardiyak ölüm olasılığı düşünülür. <ul style="list-style-type: none"> • Yardım çağırılır. • Mümkünse telefon ile 112 ACİL SERVİS hemen aranır veya çevrede biri varsa bu numaranın aranması istenir.
7	112 ACİL SERVİS arandığında merkezdeki görevliye olayla ilgili uygun bilgi verilir: <ul style="list-style-type: none"> • Acil durumun adresi (mahalle, sokak, bina, oda numarası, vb.) bildirilir. • Telefon görüşmesinin yapıldığı telefon numarası söylenir. • Olayın niteliği (kalp krizi şüphesi, inme şüphesi, senkop, trafik kazası, vb.) söylenir. • Yardıma ihtiyacı olan insan sayısı belirtilir. • Hastanın durumu ve uygulanan ilk yardım uygulaması hakkında bilgi verilir. 112 ACİL SERVİS merkez görevlisi ile bağlantı kesilmemeli ve telefonun hoparlörü açılarak merkez görevlisinin verdiği komutlar ve resüsitasyon önerileri takip edilmelidir.
8	Otomatik eksternal defibrilatör (AED) varsa kullanılmalı, yoksa defibrilatöre ulaşmaya çalışılmalıdır.
DOLAŞIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ ve SAĞLANMASI (CIRCULATION) (C)	
1	Hastanın sağ tarafında diz çökülür.
2	El ile hastanın boynunun orta hattında soluk borusu ("trachea") hissedilir. Soluk borusundan 3 cm laterale doğru el kaydırılarak <i>a. carotis communis</i> üzerinde nabız hissedilmeye çalışılır.
3	<u>On saniye</u> içinde hastada nabız ve düzenli solunum olup olmadığını kontrol edilir.
4	<ul style="list-style-type: none"> • Nabız ve solunum varsa, hasta bulunduğu pozisyonda izlenir ve müdahale edilmez. • Nabız var, solunum yoksa hastaya 6 saniyede bir soluk verilmeye başlanır. • Nabız ve solunum yoksa kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) başlanır.
5	Göğüs kompresyonuna (kalp masajı) hasta sırt üstü ("supin") pozisyonda sert zeminde yatarken başlanır.
6	Aktif elin el ayası sternum'un alt yarımına temas edecek şekilde yerleştirilir. Parmakların göğüs kafesine temas etmemesi gereklidir.

7	Pasif el, aktif elin üzerine yerleştirilir.
8	Dirsekler fleksiyona getirilmemek suretiyle kilitlenir.
9	Vücut ağırlığı, tüm vücut bir bütün olarak hareket edecek şekilde üst ekstremiteye aktarılır.
10	Sternum'u en az 5 cm çöktürecek kadar baskı uygulanır. Bu baskının 6 cm'yi geçmemesi gerekmektedir.
11	Sternum'un geriye yükselmesi için el göğüs kafesinden ayrılmadan baskı kaldırılır ve ardından 10. basamak tekrar edilir.
12	Bu şekilde 10. ve 11. basamaklar tekrarlanarak, hızı dakikada 100-120 olacak şekilde hızlı ve güçlü 30 adet kompresyon yapılır ("push hard, push fast").

HAVA YOLU AÇIKLIĞININ SAĞLANMASI ("AIRWAY") (A)

1	Hava yolunun açıklığının sağlanması için, travması olmayan hastalarda " baş geri- çene ileri " (" head tilt- chin lift ") manevrası uygulanır. Bu manevrada, hastanın sağ tarafında duran kurtarıcı, sol elini hastanın alnına diğer elini ise alt çene kemiğinin ön kısmına koyarak başa geriye doğru pozisyon verir.
2	Travma veya travma şüphesi olan hastalarda jaw thrust (çene itme) manevrası uygulanır. Bu manevrayı yalnızca bu konuda profesyonel eğitim almış ve sertifikası bulunan sağlık çalışanları yapabilir. Bu manevrada, her iki el hastanın alt çene köşelerine yerleştirilerek çene öne ve yukarı doğru çekilir. Boyun hareket ettirilmez.
3	Hava yolunun açıklığı 1. veya 2. basamak ile sağlandıktan sonra hastaya uygulanan manevra korunarak solunumun sağlanması basamağına geçilir.

SOLUNUMUN SAĞLANMASI ("BREATHING") (B)

1	Hava yolu açma manevralarında verilen pozisyon bozulmadan hastanın burnu el 1. ve 2. parmaklarıyla kapatılır.
2	Derin olmayan normal bir nefes alınıp, alınan hava hastanın göğüs kafesini yükseltecek kadar, ağız boşluğundan 1 saniye süre boyunca yavaşça verilir. Bu şekilde hastaya iki adet etkili kurtarıcı soluk (suni solunum) verilmelidir.
3	Hastanın ağızından suni solunum uygulanamıyorsa, ikinci bir yol olarak hastanın alt çenesi kurtarıcının sağ eli ile alttan desteklenerek kapatılır. Derin olmayan normal bir nefes alınıp, alınan hava hastanın göğüs kafesini yükseltecek kadar, burun boşluğundan 1 saniye süre boyunca yavaşça verilir. Bu şekilde hastaya 2 adet etkili kurtarıcı soluk (suni solunum) verilmelidir.
4	Verilen havanın çıkışı (hastanın göğüs kafesinin inmesi) kontrol edilir.

KONTROL

1	Her defasında 30 kompresyon (sternuma bası) / 2 ventilasyon (soluk) olacak şekilde 5 kez KPR (CPR) yapılır.
---	--

2	Hastaya 5 kez uygulanan KPR yaklaşık 2 dakika sürmelidir. KPR uyguladıktan sonra hastanın yaşam bulguları(uyanma, hareket etme, gözlerini açma, normal soluma) kontrol edilir.
3	KPR yapan kişi her 2 dakikada bir, mümkünse değiştirilir.
4	Hastada yaşam bulgusu yoksa kardiyopulmoner resüsitasyona devam edilir. Otomatik eksternal defibrilatör (AED) gelince hastaya defibrilasyon uygulanır.
5	Hastada yaşam bulguları varsa hasta derlenme pozisyonuna alınır.
OTOMATİK EKSTERNAL DEFİBRİLATÖR (AED)	
1	Arrest olan hastada AED gelinceye kadar KPR'ye devam edilir.
2	AED gelince, AED'nin düğmesi açılır ve elektrod pedleri hastanın göğüs bölgesine AED'nin üzerinde tarif edildiği gibi yapıştırılır; bu sırada mümkünse ikinci bir kişi tarafından KPR'ye devam edilir.
3	AED, ritmi analiz ederken hastaya kimsenin dokunmadığından emin olunur.
4	Eğer hastaya elektroşok verilmesi gerekiyorsa, cihazın uyarısıyla kimsenin hastaya dokunmadığını kontrol ettikten sonra şok düğmesine basılır.
5	Elektroşok sonrası nabız varlığı ve nabız ritmi kontrolü <u>yapmadan</u> hemen 30 kompresyon / 2 soluk olacak şekilde KPR'ye başlanır. Cihazın komutları takip edilir.
6	Elektroşok verme endikasyonu yoksa KPR'ye devam edilir.
DERLENME POZİSYONU	
1	Dolaşımı ve solunumu olan, ancak Glasgow/AVPU koma skalasına göre bilinç durumu açık ve/veya yarı-stabil olan hasta sırtı yerde olacak şekilde yatırılır. Boyun travması açısından dikkatli olunur.
2	Hastanın sağ tarafına geçilir.
3	Hastanın sağ dirseği, baş hizasına gelecek ve el ayası yukarı bakacak şekilde 90 derece fleksiyona getirilir.
4	Hastanın sol kolu boynunun önünden geçecek şekilde, sol eli sağ yanağının altına yerleştirilir.
5	Hastanın sol dizi 90 derece fleksiyona getirilir.
6	Kurtarıcı sol eli ile hastanın omzundan, sağ eli ile kalçasından tutarak hastayı kendisine doğru çevirir.
7	Hastanın sol dirseği ve sol dizi yere temas ettirilir.
8	Hastanın hava yolunun açıklığı, solunumu ve dolaşımı kontrol edilir.

9	Hasta derlenme pozisyonunda 30 dakikadan fazla kalacaksa, 2-8. basamaklar hastayı karşı tarafa döndürmek için karşı yönde tekrarlanır. Her 30 dakikada bir hasta karşı tarafa döndürülmelidir.
10	Ambulans gelinceye kadar bu pozisyonda hasta bekletilir.
11	Hastada solunum ve dolaşım bulguları kaybolursa, hasta tekrar sırtı yere gelecek şekilde yatırılarak KPR'ye başlanır.

YABANCI CİSİM ÇIKARMA BECERİSİ

AMAÇ: Yabancı cisim çıkarma becerisini kazanmak

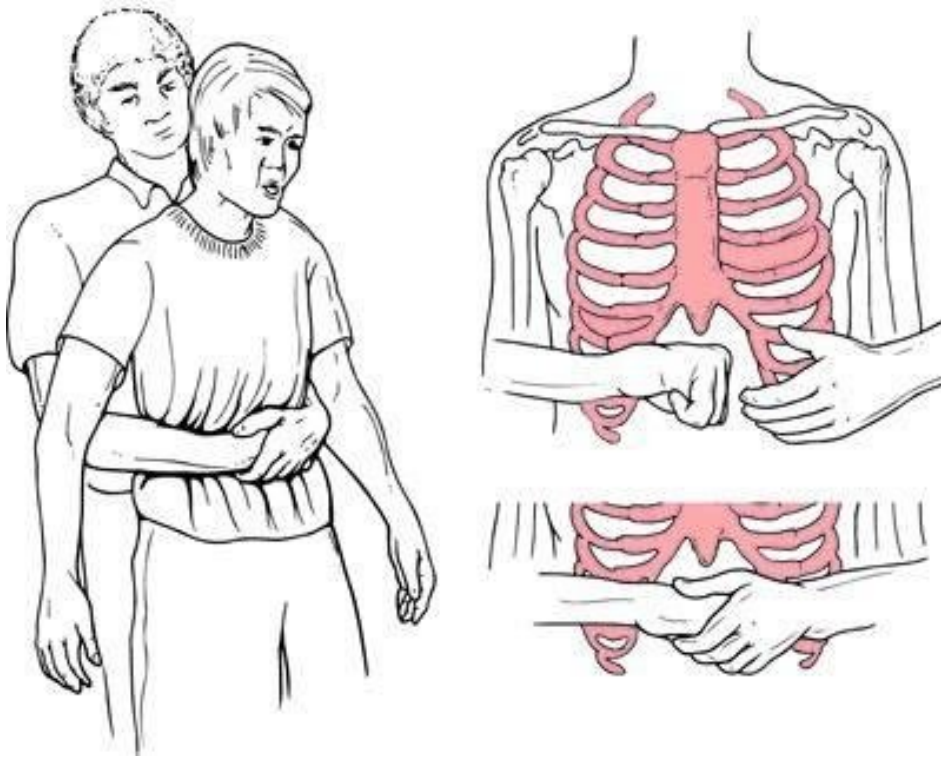
HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Havayolu obstrüksiyon maketi

Yabancı cisimlerle boğulmalar sıklıkla *yemek yeme sırasında* olur; o sırada ağızda olan yiyecek veya kemik gibi maddeler inspirasyon ile solunum sistemine kaçar. Cisim, trakea veya bronş sistemini kısmi veya tam olarak tıkar. Tam tıkanmalarda müdahale ile yabancı cisim çıkarılmazsa ölüm kaçınılmazdır. Tam tıkanmada yaklaşık 3-4 dakika içinde cisim çıkarılmazsa ölüm meydana gelir.

Solunum Sistemine Yabancı Cisim Kaçmasını Düşündürebilecek Belirtiler

- Hastanın konuşamaması, bağırarak, şiddetli öksürmesi
- Hastanın yüzünün oksijensizlikten morarması
- Hastanın boğazını tutarak stresli davranışlar göstermesi
- Hastanın yukarıdaki tablolar ile beraber bilincini kaybetmesi



NO	BASAMAKLAR
1	Hastanın yanında ve hafifçe arkasında durulur.
2	Bir el ile hasta göğüs kafesinden desteklenerek, hastanın baş ve gövdesinin öne eğik durması sağlanır.
3	Eğer hasta hafif hava yolu obstrüksiyonu belirtileri gösteriyor ise, öksürmeye devam etmesi için uyarılır ve müdahale edilmez.
4	Eğer hasta ağır hava yolu obstrüksiyonu belirtileri gösteriyor ve bilinci yerinde ise, bir elin avuç içi ile hastanın iki scapula'sı arasına bir kez hızla ve kuvvetlice vurulur.
5	Yabancı cismin çıkmaması halinde, 4. basamak toplam beş kez olacak şekilde tekrar edilir.
6	Yabancı cismin çıkmaması halinde, ayakta duran hastanın arkasına (kurtarıcının yüzü hastanın sırtına dönük olacak şekilde) geçilir.
7	Her iki el ile hasta karın bölgesinden desteklenerek sarılır.
8	Bir el, başparmağı hastanın karnına bakacak şekilde yumruk yapılır.
9	Yumruk yapılmış el, hastanın karın bölgesi ile processus xiphoideus'u arasına yerleştirilir.
10	Diğer el ile yumruk yapılmış olan el kavranır.

11	Ellerin aldığı pozisyon ile hastaya önden arkaya ve aşağıdan yukarıya doğru olacak şekilde kuvvetlice bir kez bası uygulanır.
12	Yabancı cismin çıkmaması halinde, 11. basamak toplam beş kez olacak şekilde tekrar edilir.
13	Eğer hasta herhangi bir zamanda bilincini yitirse, hasta dikkatlice yere yatırılır.
14	Bilinci kapalı olan hasta için 112 ACİL SERVİS aranır.
15	Kardiyopulmoner resüsitasyona (KPR) başlanır.

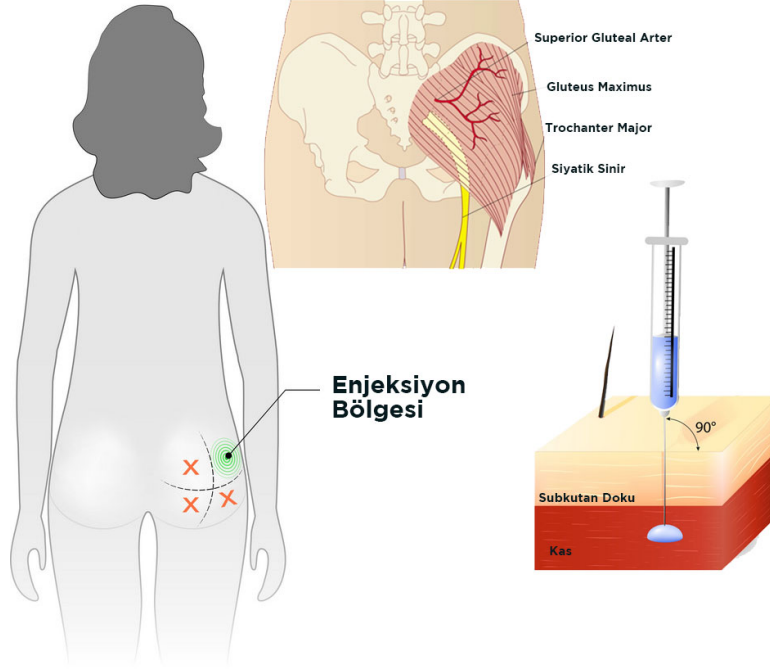
İNTRAMUSKULER ENJEKSİYON YAPMA BECERİSİ

AMAÇ: İntramuskuler enjeksiyon yapma becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: İlaç, enjektör, antiseptik madde, tampon, eldiven

İntramuskuler enjeksiyon, bir maddenin kas içine enjekte edilmesidir. Tıpta ilaçların uygulanması için kullanılan çeşitli yöntemlerden biridir. Kaslar, deri altı dokusundan daha büyük olup daha çok kan damarı içerirler; dolayısıyla subkütan enjeksiyona göre enjekte edilen maddenin daha hızlı absorpsiyonuna yol açar. Kas içi enjeksiyon yoluyla uygulanan ilaçlar, oral ilaçları etkileyen "ilk geçiş etkisine"* maruz kalmazlar.



***İlk geçiş etkisi:** İlacın yutulduktan sonra çözünmesi, absorpsiyonu ve vücuda dağılması zaman aldığından kan düzeyi yavaş yavaş yükselir ve düşer. Absorbe edilen ilaç önce karaciğere gelir; burada bir kısmı metabolize edilebilir ve/veya safraya atılabilir.

NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir ve hastanın onayı alınır.
2	Enjeksiyon sırasında odada gerekli mahremiyet sağlanır.
3	Enjeksiyon için kullanılacak malzemeler bir tepsi üzerinde hazırlanır, uygun enjektör seçilir.
4	Malzemelerin son kullanma tarihleri kontrol edilir.
5	Uygulanacak ilacın doğru ilaç olduğundan, uygun ısı ve renkte olduğundan emin olunur.
6	Eller yıkanır ve kurulanır.
7	Tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenleri giyilir.

8	İlaç flakonunun metal kapağı steril olarak açılır.
9	Ampulün boynu gazlı bez ile tutularak kırılır.
10	Enjekte edilecek ilacın miktarına uygun olarak seçilen enjektör steril olarak açılır.
11	Ampuldeki çözelti enjektöre çekilir.
12	Enjektöre çekilen sıvı flakonun içine lastik tıpasından girilerek verilir, enjektör çıkarılır. Flakonun içindeki ilaç uygun şekilde karıştırılarak homojen hale getirilir. İlaç homojen hale gelince yeniden enjektöre çekilir. İlaç flakon şeklinde değilse bu basamağa gerek yoktur.
13	Enjektörde hava varsa, iğne yukarı doğru tutulup, enjektör gövdesine parmakla hafifçe vurularak hava kabarcıklarının yukarı çıkması sağlanır.
14	Enjektör pistonu hafifçe itilerek kalan hava çıkarılır.
15	Enjektör iğnesinin kılıfı yerine takılır.
16	Uygun enjeksiyon bölgesi belirlenir: Gluteal bölge: Crista iliaca anterior ile coccyx arasında çizilen çizginin 1/3 üst kısmı veya 1/4 üst dış gluteal bölge. Vastus lateralis (Uyluğun dış yüzü): Dizin 10 cm yukarısında vastus lateralis kasının 1/3 orta bölümü. Rectus femoris (Uyluğun ön yüzü): Dizin 10 cm yukarısında rectus femoris'e uyan uyluk ön yüzü Deltoid bölge: Omuzun dış tarafında acromion'un 3 parmak altı.
17	Enjeksiyon yapılacak bölgeye göre hastanın pozisyonu ayarlanır ve hastanın mahremiyetine dikkat ederek hastadan enjeksiyon yapılacak bölgedeki giysilerini sıyırması veya çıkarması söylenir. Gluteal bölge için hasta yüzüstü yatırılır. Uyluğun ön veya dış yüzü için hasta sırtüstü yatırılır. Deltoid bölge için hasta sırtüstü veya oturur pozisyona getirilir.
18	Enjeksiyon yapılması için belirlenen bölge antiseptik çözelti ile ıslatılmış bir pamuk veya gazlı bez ile içten dışa dairesel tarzda 5 cm çapında silinir.
19	Hastaya enjeksiyon uygulanacak bölgeyi gevşetmesi gerektiği söylenir (hasta gerekirse rahatlatılmaya çalışılır).
20	Kuru pamuk, pasif elin 4. ve 5. parmakları arasında sıkıştırılır.
21	Enjektör iğnesinin koruyucu bölümü çıkarılır; aktif elde kalem tutar gibi tutulur.
22	Pasif elin baş ve orta parmaklarıyla belirlenen bölgenin derisi gergin olacak şekilde tutulur.

23	İğne çabuk ve kuvvetlice deriye dik açı yapacak şekilde uzunluğunun 3/4 oranında batırılarak kas içine ilerletilir.
24	Piston hafifçe geri çekilir, kan gelirse iğne hızla çıkartılır. Mümkünse enjektöre yeni bir iğne takılır ve 17. basamaktan itibaren basamaklar tekrarlanır.
25	Pistonun hafifçe geri çekilmesiyle birlikte kan gelmezse enjeksiyon yavaşça uygulanır.
26	Enjeksiyon tamamlandıktan sonra, iğne hızla geri çekilir.
27	Kuru pamuk ile enjeksiyon bölgesinin üzerine hafifçe bastırılır.
28	İğne ucunun koruyucu kapağı kapatılmadan enjektör "delici- kesici" tıbbi atık kutusuna atılır.
29	Antiseptik çözelti ile birlikte kullanılan pamuk/gazlı bez de tıbbi atık kutusuna atılır.
30	Hastaya giyinmesi söylenir, isterse bir süre uzanıp dinlenebileceği belirtilir.
31	Hastanın enjeksiyon sonrasında bir şikâyeti olup olmadığı sorgulanır; hasta kendini iyi hissediyorsa kalkabileceği söylenir.
32	Eldivenler çıkarılarak tıbbi atık kutusuna atılır.
33	Eller yıkanır ve kurulanır.
34	Yapılan işlem kaydedilir.

SUBKÜTAN ENJEKSİYON YAPMA BECERİSİ

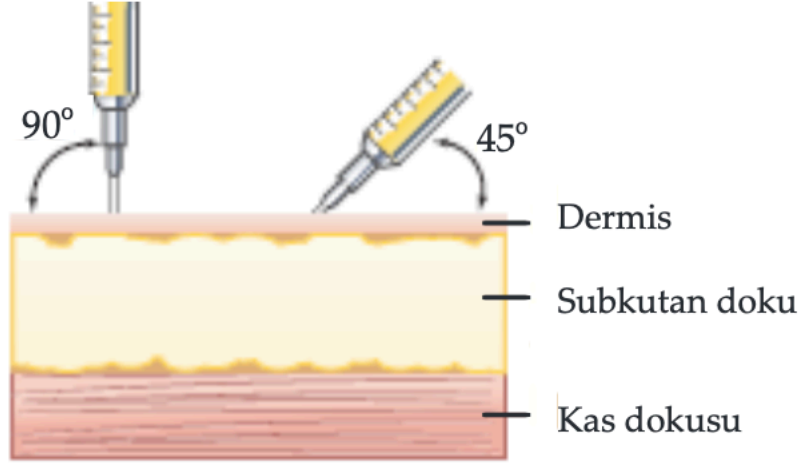
AMAÇ: Subkütan enjeksiyon yapma becerisi kazanmak

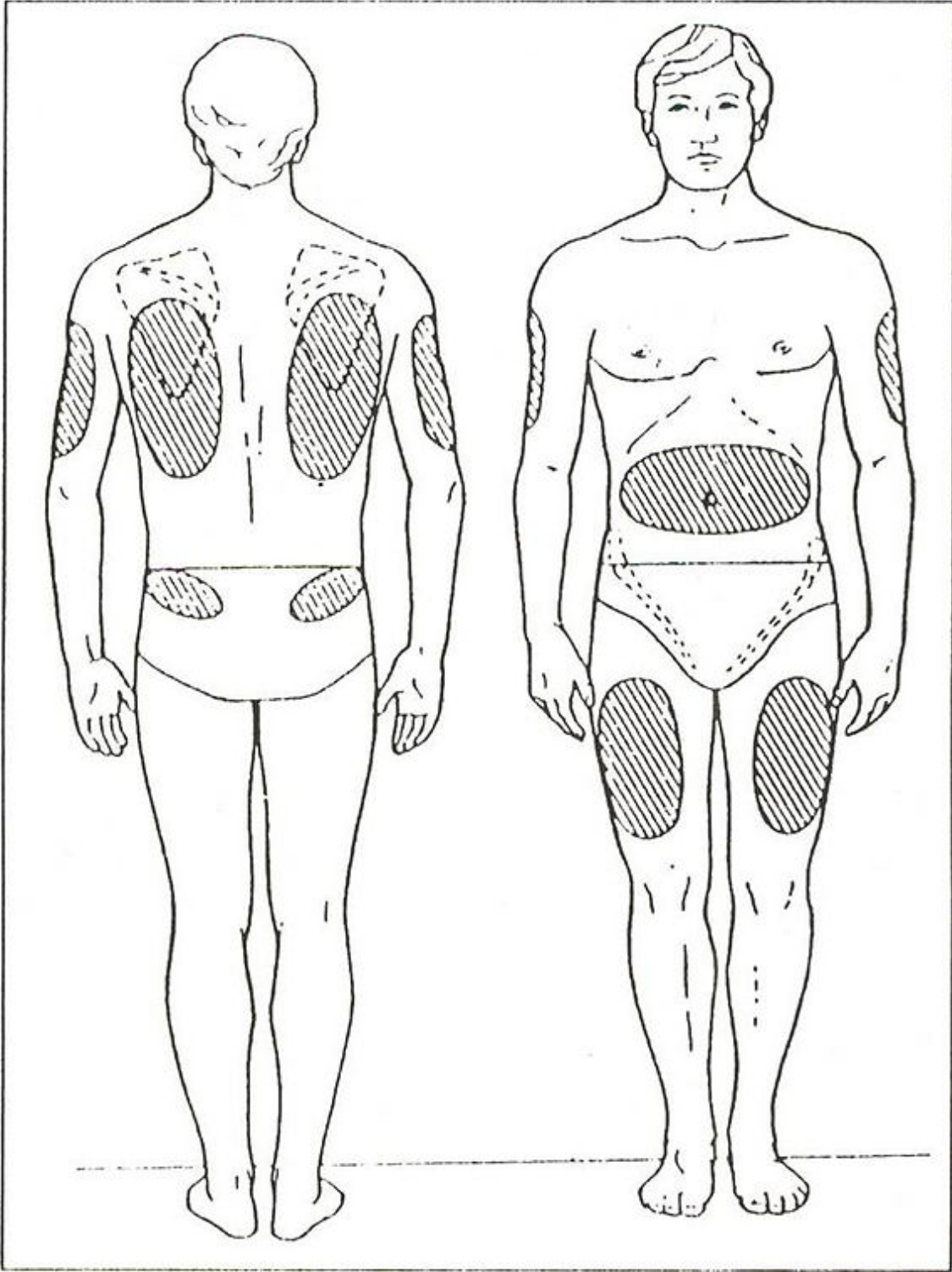
HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: İlaç, enjektör, antiseptik madde, tampon, eldiven

Subkütan enjeksiyon (SC), deri altına enjeksiyon yapılmasıdır. Parenteral yol ile ilaç uygulama yöntemlerinden biridir. Dermis tabakası altındaki gevşek bağ dokusu (adipoz doku) içerisine ilaç verme yöntemidir. Deri altı dokusu kan damarları açısından zengin olmadığından ilaç Emilimi intramuskuler enjeksiyonlara göre daha yavaş, intradermal ve oral yola göre daha hızlıdır. İlaç Emilimi kapiller

ađ ile olmaktadır. Yavaş ve düzenli emilimi istenilen birđok ilaç (bazı aşılar, narkotik analjezikler, insülin, heparin, vb.) bu yol ile uygulanır.





Subkütan enjeksiyon bölgeleri

NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilerek hastanın onayı alınır.
2	Enjeksiyon sırasında odada gerekli mahremiyet sağlanır.
3	Enjeksiyon için kullanılacak malzemeler bir tepsi içinde hazırlanır; uygun enjektör seçilir.
4	Malzemelerin son kullanma tarihleri kontrol edilir.
5	Uygulanacak ilacın doğru ilaç olduğundan, uygun ısı ve renkte olduğundan emin olunur.
6	Eller yıkanır ve kurulanır.
7	Tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenleri giyilir.
8	İlaç flakonunun metal kapağı steril olarak açılır.
9	Ampulün boynu gazlı bez ile tutularak kırılır.
10	Enjekte edilecek ilacın miktarına uygun enjektör seçilir ve steril olarak açılır.
11	Ampuldeki çözelti enjektöre çekilir.
12	Enjektöre çekilen sıvı flakonun içine lastik tıpasından girilerek verilir, enjektör çıkarılır. Flakonun içindeki ilaç uygun şekilde karıştırılarak homojen hale getirilir. İlaç homojen hale gelince yeniden enjektöre çekilir. İlaç flakon şeklinde değilse bu basamağa gerek yoktur.
13	Enjektörde hava varsa, iğne yukarı doğru tutulup, enjektör gövdesine parmakla hafifçe vurularak hava kabarcıklarının yukarı çıkması sağlanır.
14	Enjektör pistonu hafifçe itilerek kalan hava çıkarılır.
15	Enjektör iğnesinin kılıfı yerine takılır.
16	Uygun enjeksiyon bölgesi belirlenir.
17	Enjeksiyon bölgesi tespit edilir.
18	Enjeksiyon yapılması için belirlenen bölge antiseptik çözelti ile ıslatılan bir pamuk veya gazlı bez ile içten dışa dairesel tarzda 2,5 cm çapında silinir.
19	Kuru pamuk pasif elin 4. ve 5. parmakları arasında sıkıştırılır.

20	Enjektör kapağı sterilitesi bozulmadan açılır.
22	Enjeksiyon yapılacak deri ve deri altı dokusu pasif elin parmakları arasında yağ dokusu az ise sıkıştırılır, fazla ise gerilir.
23	Enjektör kalem tutar gibi ya da el ayası ve parmakların altında kalacak şekilde tutulur.
24	İğne eğimi yukarı bakar duruma getirilir.
25	Deri sıkıştırıldıysa 45° lik açıyla, gerildiyse 90° lik açıyla iğne deriye batırılır.
26	İğne tam olarak girdikten sonra pasif el ile tutulan veya gerilen doku serbest bırakılır.
27	Pasif el ile enjektör pistonu geriye çekilir ve derialtı yağ dokusu içine girildiğinden emin olunur. Enjektöre kan gelmemesi gerekir.
28	Kan gelirse iğne çıkarılır ve ilk bölgeden 1-1,5 cm uzaktaki bölgeye tekrar batırılır.
29	Enjektöre kan gelmemiş ise; ilaç yavaş bir şekilde derialtı yağ dokusu içine verilir.
30	Pasif el ile iğnenin giriş noktasına tamponla hafifçe bastırılır. Aktif el ile enjektör giriş açısı korunarak iğne hızla geri çekilir. İşlemden sonra enjeksiyon bölgesine basınç uygulanmamalıdır.
31	Kullanılan enjektör, iğnesinin koruyucu kapağı kapatılmadan "delici- kesici" tıbbi atık kutusuna atılır.
32	Eldivenler çıkarılır.
33	Kullanılan malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.
34	Eller yıkanır ve kurulanır.
35	Hastanın rahatlaması sağlanır.
36	İlacın adı, biçimi, veriliş zamanı, dozu ve veriliş yolu kaydedilir.

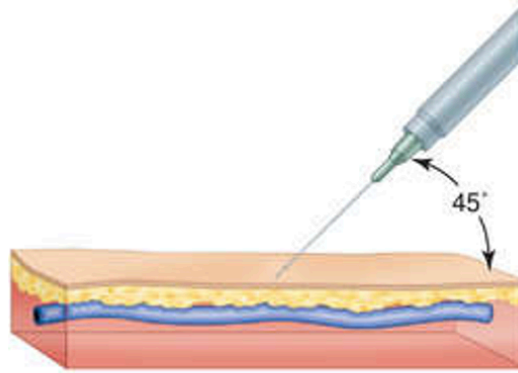
İNTRAVENÖZ ENJEKSİYON YAPMA BECERİSİ

AMAÇ: İntrevenöz enjeksiyon yapma becerisini kazanmak

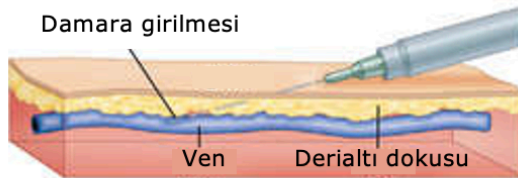
HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: İlaç, enjektör, antiseptik madde, tampon, eldiven, turnike, sabun, kâğıt havlu, delici kesici tıbbi atık kutusu

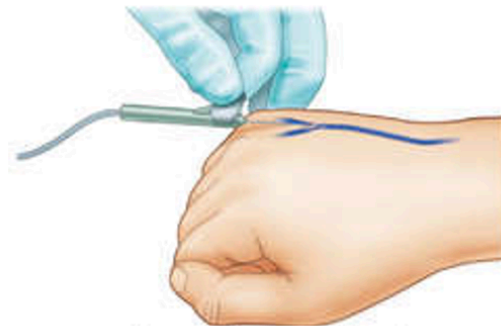
İntrevenöz enjeksiyon, sıvı maddenin damar yoluyla hastaya verilmesidir. Diğer ilaç verme yolları ile karşılaştırıldığında intravenöz enjeksiyon, sıvıların ve ilaçların vücut boyunca iletiminin en hızlı yoludur.



45 derece açıyla deriye girilmesi



Deriye girdikten sonra açının 15 dereceye düşürülmesi



NO	BASAMAKLAR
1	Kullanılacak malzemeler bir tepsi üzerinde hazırlanır ve işleme başlamadan önce kontrol edilir.
2	İşlemi uygulayacak kişi kendini hastaya tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir; hastanın onayı alınır.
3	Kolların 1/3 alt kısmı ve önkollar açık kalacak şekilde, hastadan giysilerini çıkarması istenir.
4	Eller yıkanır ve kurulanır.
5	Tek kullanımlık steril olmayan muayene eldivenleri giyilir.
6	Fossa cubiti (dirsek ön çukuru) veya el sırtı bölgesi incelenerek yeterince belirgin bir ven uygulama için seçilir.
7	Enjektör hazırlanır.
8	Venöz girişim yapılacak ekstremitte, gövde ile 30 derecelik açı yapacak şekilde, ön kol ekstansiyonda ve dışa rotasyonda olacak şekilde konumlandırılır. Sonra ekstremitte desteklenir.
9	Dirseğin 8-10 cm yukarisından elastik turnike bağlanır.
10	Girişim yapılacak ven üzerindeki deri, antiseptik çözelti ile ıslatılan bir miktar pamuk kullanılarak merkezden çevreye doğru dairesel bir hareketle silinir.
11	Enjektör, aktif olarak kullanılan ele alınır ve iğnenin koruyucu bölümü çıkarılır.
12	Enjektörün iğnesi, keskin uç deriye yakın olacak biçimde, deriye 45 derecelik bir eğimle batırılır.
13	Deriyi geçince, iğneye 15 derecelik olacak şekilde açı verilir ve enjektörün iğnesi 3-5 mm ilerletip, vene girilir.
14	İğnenin ucu ven içinde 2-3 mm ilerletilir.
15	Enjektör ve iğne hiç oynatmadan tutulur.
16	Enjektörün piston bölümü geriye doğru yavaş yavaş çekilerek, venin içinde olup olmadığı kontrol edilir. Ven içine girilmişse kan gelecektir. Eğer kan gelmezse, 9. basamaktan itibaren işlemler tekrarlanır.
17	Enjektöre kan gelmişse pasif el ile elastik turnike çözülür.
18	Venin içine ilaç yavaşça verilir.

19	İlaç verildikten sonra iğnenin girdiği noktanın üstü kuru tamponla bastırılır. Enjektör aynı açı ve hızla geri çekilir.
20	Enjeksiyon bölgesine, kanamayı durdurmak için tamponla basınç uygulanır.
21	Tamponun üzerine bant yapıştırılarak tampon tespit edilir.
22	Enjektör delici- kesici tıbbi atık kutusuna, kullanılan malzemeler ve eldivenler tıbbi atık kutusuna atılır. Eller yıkanır ve kurulanır.

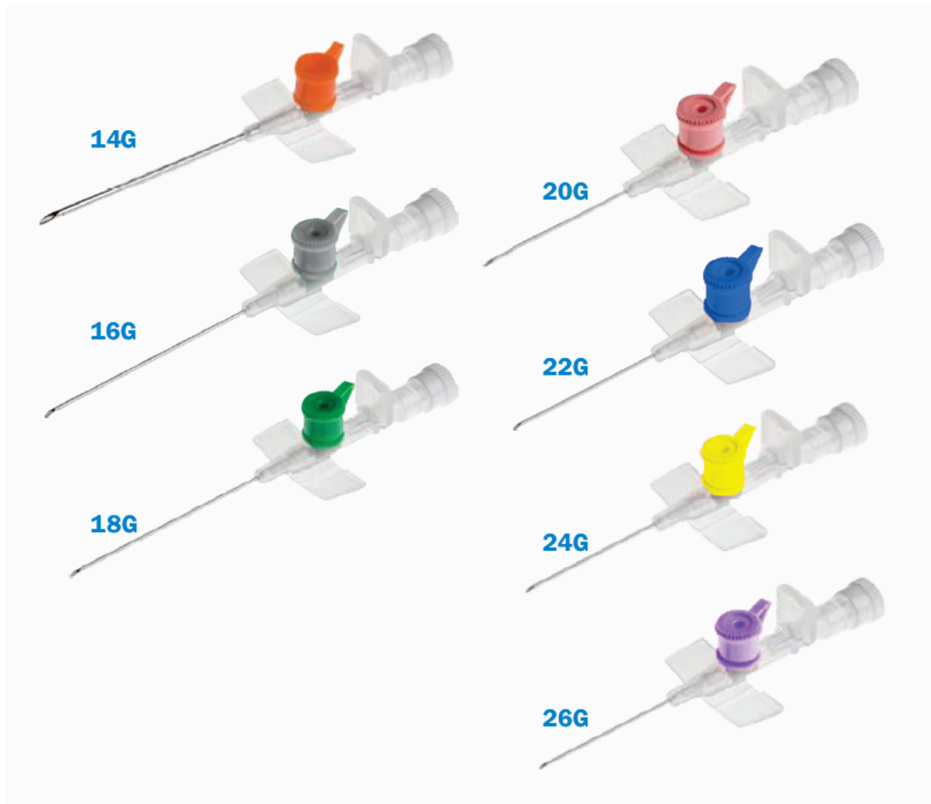
DAMAR YOLU AÇMA ve İNTRAVENÖZ KANÜL TAKMA BECERİSİ

AMAÇ: Damar yolu açma ve intravenöz kanül takma becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Eldiven, turnike, intravenöz kanül, dezenfektan çözelti, pamuk, yapışkan bant

Damar yolu açma işlemi bir kanül ile yapılır. Kanüller yetişkinlerde damar yolunun açılması, kan alınması, serum uygulanması ve sıvı alımı gibi çeşitli işlemlerde kullanılmaktadır. İntravenöz (i.v.) kanüller steril olmalıdır. Bu nedenle piyasada i.v. kanüller tekli paketler halinde bulunmakta ve saklanmaktadır. İntravenöz kanüllerin tasarımı "açma kapama" sistemi şeklinde yapılır. Hastaların dokusuna ve damarlarına zarar vermeyecek yapıda ve çeşitli boyutlarda imal edilen bu kanüller hastanelerde, kan alma merkezlerinde, ameliyathanelerde ve muayene yapılan kurumlarda sağlık çalışanları tarafından kullanılır.



NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve gerekçesi hakkında bilgi verilir; hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır.
3	Kullanılacak tek kullanımlık malzemelerin sterilitesi ve son kullanma tarihleri kontrol edilir.
4	Steril olmayan eldivenler giyilir.
5	Girişim yapılacak venin 10- 15 cm proksimalinden turnike uygulanır.
6	Girişim yapılacak ven üzerindeki deri, antiseptik çözelti ile ıslatılan bir miktar pamuk kullanılarak merkezden çevreye doğru dairesel bir hareketle silinir.
7	Pasif elin başparmağı ile damara girilecek alanın biraz altından deri aşağı doğru çekilerek deri gerdirilir.
8	İntravenöz kanül iğnesinin açık ağzı yukarıya bakacak (sivri ucu deriye bakacak) şekilde, girilecek venin 0,5 -1 cm altından, 30 - 45 derecelik açı ile deriye girilir.
9	Deriye girdikten sonra, intravenöz kanül deriye paralel olarak 3-5 mm ilerletilir ve 15 derecelik açı ile belirlenen vene girilir.
10	İntravenöz kanül, ven içinde 2-3 mm ilerletildikten sonra kan gelip gelmediğini kontrol etmek için "mandren" hafifçe geri çekilir.
11	Vene girilmişse kanüle kan gelecektir. Eğer kanül içine kan gelmediyse ven içine girilmediği anlaşılır ve işlemler 5. basamaktan itibaren tekrarlanır.
12	İntravenöz kanülün mandreni kanül içerisinde geriye doğru kısmen çekilirken, poliüretan kanülün ven içinde ilerlemesi sağlanır.
13	Elastik turnike çözülür.
14	İntravenöz kanül yerleştirildikten sonra yapışkan bant ile tespit edilir.
15	Sıvı uygulaması yapılacaksa serum seti ile bağlantı yapılır, yapılmayacaksa "mandren" çıkarılır ve intravenöz kanülün kapağı kan akımının önlenmesi amacıyla girilen venin üzerindeki deriye başparmak ile bastırılarak kapatılır.
16	Kanülü tespit etmek amacıyla kullanılan yapışkan bantın üzerine işlem tarihi not edilir.
17	Atıklar tıbbi atık kutusuna atılır.
18	Eldivenler çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.
19	Eller yıkanır ve kurulanır.

NAZOGASTRİK SONDA TAKMA VE ÇIKARMA BECERİSİ

AMAÇ: Nazogastrik sonda takma ve çıkarma becerisini kazanmak

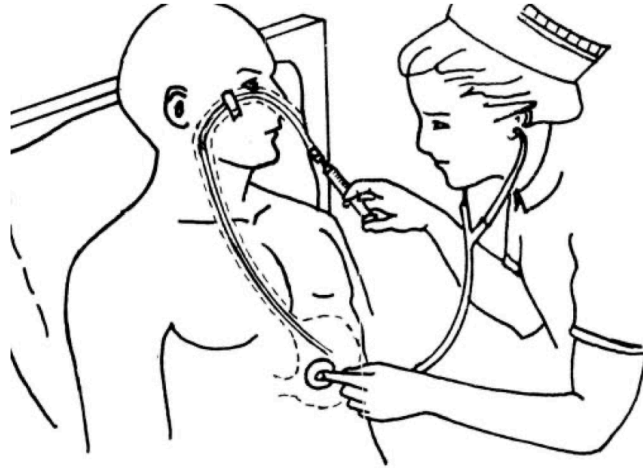
HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Nazogastrik sonda, enjektör (20-50 ml), kâğıt peçete, su ve pipet, ışık kaynağı, flaster, stetoskop, havlu, böbrek küvet, dil basacağı, tek kullanımlık eldiven

Çiğneme ve yutma zorluğu yaşayan hastaların beslenmesini sağlamak ve solunum yollarına aspirasyon riskini önlemek amacıyla burundan mideye kadar ilerletilen katatere **nazogastrik sonda** adı verilir.

Evde tedavilerine devam edilen ve uzun süre ağız yoluyla beslenemeyecek hastalara nazogastrik sonda takma işlemi yapılabilir. Nazogastrik sonda uygulaması, muhakkak bir hekim veya deneyimli bir hemşire tarafından gerçekleştirilmelidir.

Nazogastrik sondanın hastanın üzerinde kalış süresi, takılan sondanın türüne göre değişiklik gösterir. Genellikle silikon sonda kullanılır ve hastada ortalama kalış süresi 30 gündür. Bu 30 günlük süre içerisinde aralıklarla hastanın bulunduğu yere gelen bir hemşire, hastanın bakımını ve beslenme takviyelerini yapar. Nazogastrik sondanın normal koşullarda 30 güne kadar hastada takılı kalması planlansa da yaşlı, bilinç durumu bozuk veya uyum sorunu olan hastalarda sonda kaza ile çıkabilir. Bu durumda nazogastrik sondanın değiştirilmesi veya tekrar takılması



gerekebilir.

NO	BASAMAKLAR
Nazogastrik Sonda Takma	
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir; hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır.
3	Malzemeler sterillik ve bütünlük açısından kontrol edilir.
4	Hasta uygun pozisyona getirilir. Bilinci açık ise hasta "Fowler pozisyonuna" (45-60 derecelik oturur pozisyonda), bilinci kapalı ise "semi- Fowler pozisyonuna" (30 derecelik yarı oturur pozisyonda) getirilmelidir.
5	Nazogastrik sondanın uzunluğu ölçülür. Sondanın yeterli uzunlukta olduğunun anlaşılmasında "burun ucu – kulak memesi – sternum alt ucu" arası mesafe yaklaşık olarak fikir verir.
6	Flasterler hazırlanır, stetoskop takılır ve steril olmayan eldivenler giyilir.
7	Hastanın burun delikleri gözden geçirilir, rahat nefes alıp verdiği kontrol edilir.
8	Sonda burun deliğinden, önce burun sırtına paralel, daha sonra aşağıya ve arkaya olacak şekilde itilir. Sondanın "burun ucu – kulak memesi arası" mesafe kadar ittirilmesi genellikle yeterli olur.
9	Işık kaynağı kullanılarak dil basacağı ("abeslang") yardımıyla sonda ucu küçük dilin (uvula) arkasında görülmelidir.
10	Hastanın başı fleksiyona getirilir; sonda bir miktar daha ilerletildikten sonra eski konumuna getirilir. Bu fleksiyon hareketi, sondanın daha kolay ilerlemesini sağlar.
11	Hastaya yutkunması söylenir ve sonda sternum ucunda ölçülen noktaya kadar ilerletilir. Direnç ile karşılaşırsa sonda kendi ekseninde döndürülür.
12	Hastanın solunum durumunda değişiklik olursa sonda hemen geri çekilmelidir.
13	Sonda ucunun midede olduğu kontrol edilir. Bunun için sondanın dışta kalan serbest ucuna enjektör takılır ve gastrik içerik aspire edilir. Gastrik içerik gelmezse enjektör ile sondaya 15-20 ml hava verilir ve bu sırada epigastrik bölgeden stetoskop ile mide sesleri dinlenir. Mide seslerinin duyulması, sondanın uygun yerde olduğunun anlaşılmasında önemlidir.
14	Eldivenler çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.

15	Flaster ile sonda buruna tespit edilir.
16	Sondanın dışarıda kalan kısmının sarkmasını önlemek için, bu uç hastanın görüş alanını engellemeyecek şekilde omuzuna flaster ile sabitlenir.
17	Kullanılan malzemeler kaldırılır.
18	Eller yıkanır ve kurulanır.
19	Yapılan işlem, nazogastrik sondanın uygulanma sebebi ve sondanın tipi belirtilerek kaydedilir.
Nazogastrik Sonda Çıkarma	
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir; hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır.
3	Hasta uygun pozisyona getirilir. Bilinci açık ise "Fowler pozisyonuna" (45-60 derecelik oturur pozisyonda), bilinci kapalı ise "semi- Fowler pozisyonuna" (30 derecelik yarı oturur pozisyonda) getirilmelidir.
4	Steril olmayan eldivenler giyilir.
5	Hastanın göğsüne kâğıt havlu yerleştirilir.
6	Flasterler açılarak sonda serbestleştirilir.
7	Sonda sabit hızda ve seri hareketlerle dışarı doğru çekilir ve hastanın göğsündeki kâğıt havluya sarılarak tıbbi atık kutusuna atılır.
8	Eldivenler çıkarılır ve tıbbi atık kutusuna atılır.
9	Eller yıkanır ve kurulanır.
10	Sondanın çıkarıldığı saat kaydedilir.

KADIN HASTAYA ÜRETRAL KATETER TAKMA BECERİSİ

AMAÇ: Kadın hastaya üretral kateter takma becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Steril ve steril olmayan eldiven, antiseptik çözelti, steril tampon, steril sıvı vazelin, foley kateter, enjektör, 10 ml'lik serum fizyolojik ampul, aydınlatma aracı, steril delikli örtü, idrar torbası, böbrek küvet

Bir sonda yardımıyla mesaneye girilerek idrarın dışarıya sonda ile çıkarılması işlemine **üretral kateterizasyon** denir.

Uygulanan Gruplar

- Çocuk (6-14 Fr)
- Kadın (14-20 Fr)
- Erkek (16-22 Fr)

Üretral Kateterizasyonun Kullanıldığı Yerler

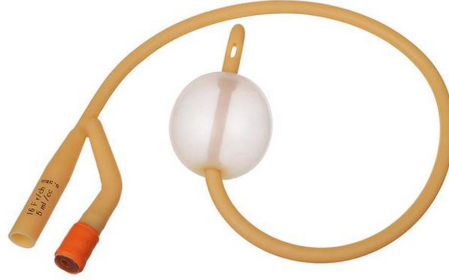
- Çoklu travmalar
- Hastanın bilinçsiz olması
- Ameliyat öncesi
- Üretral tıkanıklıklar
- İdrar yapamama durumu
- Mesane yıkanması
- Tanı amaçlı

Üretral Kateterizasyon İşleminde Gelişebilecek Komplikasyonlar

- Bakteriüri
- Yalancı pasaj gelişimi
- Hematüri
- Kateterin mesanede kalması

Üriner kateter "geçici" ya da "kalıcı" olarak takılabilir. Foley sonda veya Nelaton sonda kullanılabilir. Sondalar 2 veya 3 lümenli olabilir. Üç lümenli kateterler mesane irrigasyonunda kullanılır.

Üretral yırtık veya travma düşünülen hastalarda üretral kateterizasyon uygulanması kontrendikedir.



Foley Sondalar

Özel silikondan yapılmış kateterlerdir. Yumuşak ve düzgün şişen bir balona sahiptirler. Düzgün yüzey, travma riskini en alt düzeye indirir. Alerjik reaksiyonlara sebep olmazlar; bu nedenle lateksten yapılmış sondalara tercih edilirler. Kateterler piyasada iki ayrı soyulabilir pakette iç içe paketlenmiş ve sterilize edilmiş olarak bulunur. İç paket katetere yapışmayan polietilen materyalden, dış paketin bir tarafı medikal folyodan, diğer tarafı medikal kâğıttan yapılmıştır.



Nelaton Sondalar

Kısa süreli kullanım için uygundur. Distal ucu travmayı önleyecek şekilde konik hale getirilmiştir; proksimal ucu ise huni şeklindedir. Tahriş etmemesi için yumuşak medikal PVC'den üretilirler. Steril olup, toksik- pirojenik değildirler. Standart uzunlukları 40 cm'dir. FG 6,8,10,12,14,16,18,20,22,24 şeklinde numaralandırılırlar.



Kondom Sondalar

Yalnızca erkeklerde uygulanabilir. Bir kondom kılıf (prezervatif) takılarak idrarın boşaltılmasıdır. İdrar kaçağı olan hastalarda çok faydalı bir yöntemdir. Kondom bandının fazla sıkılması, yara açılmasına neden olabilir.

NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir; hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır. Steril olmayan eldiven giyilir.
3	Malzemeler sterillik ve bütünlük açısından kontrol edilir.
4	Hastaya sırtüstü yatar (supin) pozisyon verilir.
5	Böbrek küveti hastanın alt ekstremiteleri arasına yerleştirilir.
6	Antiseptik çözelti, şişenin ucu tampona değdirilmeden steril tampon üzerine dökülür.
7	Vulva üzeri önden arkaya doğru tek bir hareketle en az üç kez silinir.
8	Steril vazelin şişesinin kapağı şişedeki materyalin sterilitesi bozulmayacak şekilde açılır.
9	Steril örtü hazırlanır.
10	Enjektöre 10 ml serum fizyolojik çekilir.

11	Kateter açılarak uç kısmı steril kalacak şekilde hazırlanır.
12	Steril olmayan eldivenler çıkarılır ve steril eldivenler giyilir.
13	Vulva açıkta kalacak şekilde steril delikli örtü örtülür.
14	Kateter, steriliteye dikkat edilerek daha önce açılmış olan ucundan tutularak paketin içinden çıkarılır.
15	Kateter steril vazelin sürülerek kayganlaştırılır.
16	Pasif elin baş ve işaret parmaklarıyla labia majoralar iki yana doğru açılır ve kateter aktif el ile eksternal üretral meatustan içeri doğru ilerletilir.
17	İdrar akışı görüldükten sonra kateter yaklaşık 4-5 cm daha ilerletilir.
18	Serum fizyolojik çekilmiş enjektör, kateterin balonla bağlantılı ucuna takılır ve 10 ml serum fizyolojik verilerek balon şişirilir.
19	Kateter hafifçe çekilir ve bu sayede balon mesane boynuna oturtulur.
20	Kateterin açık ucu idrar torbasına takılır.
21	Hastanın pozisyonu, rahat edebileceği şekilde düzeltilir.
22	Malzemeler toplanır ve eldivenler çıkarılır.
23	Kullanılan malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.
24	Eller yıkanır ve kurulanır.
25	İşlem kaydedilir.

ERKEK HASTAYA ÜRETRAL KATETER TAKMA BECERİSİ

AMAÇ: Erkek hastaya üretral kateter takma becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Steril ve nonsteril eldiven, antiseptik çözelti, steril tampon, steril sıvı vazelin, foley kateter, enjektör, 10 ml'lik serum fizyolojik ampul, aydınlatma aracı, steril delikli örtü, idrar torbası, böbrek küvet

Bir sonda yardımıyla mesaneye girilerek idrarın dışarı sonda yoluyla çıkarılması işlemine üretral kateterizasyon denir.

Uygulanan Gruplar

- Çocuk (6-14 Fr)
- Kadın (14-20 Fr)
- Erkek (16-22 Fr)

Üretral Kateterizasyonun Kullanıldığı Yerler

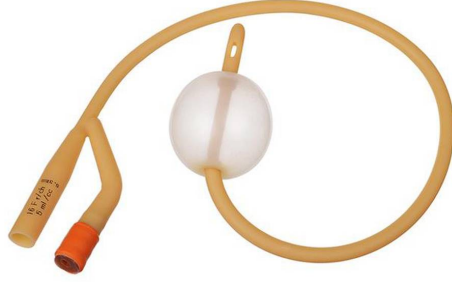
- Çoklu travmalar
- Hastanın bilinçsiz olması
- Ameliyat öncesi
- Üretral tıkanıklıklar
- İdrar yapamama durumu
- Mesane yıkanması
- Tanı amaçlı

Üretral Kateterizasyon İşleminde Gelişebilecek Komplikasyonlar

- Bakteriüri
- Yalancı pasaj gelişimi
- Hematüri
- Kateterin mesanede kalması

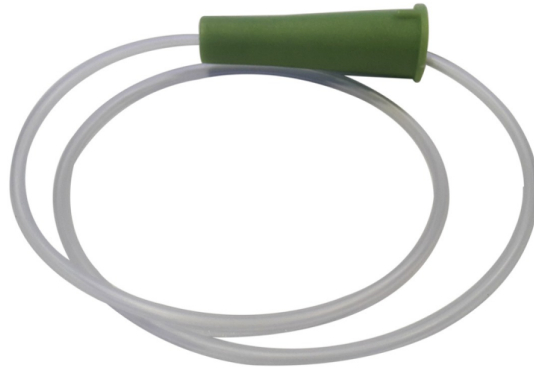
Üriner kateter geçici ya da kalıcı takılabilir. Foley sonda veya Nelaton sonda kullanılabilir. Sondalar 2 lümenli ya da 3 lümenli olabilir. Üç lümenli kateterler mesane irrigasyonunda kullanılır.

Üretral yırtık veya travma düşünülen hastalarda uygulanması kontrendikedir.



Foley Sondalar

Özel silikondan yapılmış kateterlerdir. Yumuşak ve düzgün şişen bir balona sahiptirler. Düzgün yüzey, travma riskini en alt düzeye indirir. Alerjik reaksiyonlara sebep olmazlar; bu nedenle lateksten yapılmış sondalara tercih edilirler. Kateterler piyasada iki ayrı soyulabilir pakette iç içe paketlenmiş ve sterilize edilmiş olarak bulunur. İç paket katetere yapışmayan polietilen materyalden, dış paketin bir tarafı medikal folyodan, diğer tarafı medikal kâğıttan yapılmıştır.



Nelaton Sondalar

Kısa süreli kullanım için uygundur. Distal ucu travmayı önleyecek şekilde konik hale getirilmiştir; proksimal ucu ise huni şeklindedir. Tahriş etmemesi için yumuşak medikal PVC'den üretilirler. Steril olup, toksik- pirojenik değildirler. Standart uzunlukları 40 cm'dir. FG 6,8,10,12,14,16,18,20,22,24 şeklinde numaralandırılırlar.



Kondom sondalar

Yalnızca erkeklerde uygulanabilir. Bir kondom kılıf (prezervatif) takılarak idrarın boşaltılmasıdır. İdrar kaçağı olan hastalarda çok faydalı bir yöntemdir. Kondom bandının fazla sıkılması yara açılmasına neden olabilir.

NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilerek hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır. Steril olmayan eldiven giyilir.
3	Malzemeler sterillik ve bütünlük açısından kontrol edilir.
4	Hastaya sırtüstü yatar (supin) pozisyon verilir.
5	Böbrek küveti hastanın alt ekstremiteleri arasına yerleştirilir.
6	Antiseptik çözelti, şişenin ucu tampona değdirilmeden steril tampon üzerine dökülür.
7	Penisin üzeri önden arkaya doğru tek bir hareketle en az üç kez silinir.
8	Steril vazelin şişesinin kapağı şişedeki materyalin sterilitesi bozulmayacak şekilde açılır.
9	Steril örtü hazırlanır.
10	Enjektöre 10 ml serum fizyolojik çekilir.

11	Kateter açılarak uç kısmı steril kalacak şekilde hazırlanır.
12	Steril olmayan eldivenler çıkarılır ve steril eldivenler giyilir.
13	Penis açıkta kalacak şekilde steril delikli örtü örtülür.
14	Kateter, steriliteye dikkat edilerek daha önce açılmış olan ucundan tutularak paketin içinden çıkarılır.
15	Kateter, steril vazelin sürülerek kayganlaştırılır.
16	Pasif el ile penis dik olarak tutulur ve kateter aktif el ile eksternal üretral meatustan içeri doğru ilerletilir.
17	İdrar akışı görüldükten sonra kateter yaklaşık 4-5 cm daha ilerletilir.
18	Serum fizyolojik çekilmiş enjektör, kateterin balonla bağlantılı ucuna takılır ve 10 ml serum fizyolojik verilerek balon şişirilir.
19	Kateter hafifçe çekilir ve bu sayede balon mesane boynuna oturtulur.
20	Kateterin açık ucu idrar torbasına takılır.
21	Hastanın pozisyonu, rahat edebileceği şekilde düzeltilir.
22	Malzemeler toplanır ve eldivenler çıkarılır.
23	Kullanılan malzemeler tıbbi atık kutusuna atılır.
24	Eller yıkanır ve kurulanır.
25	İşlem kaydedilir.

DİKİŞ ATMA BECERİSİ

AMAÇ: Dikiş atma becerisini kazanmak

HEDEF: Beceri basamaklarının kavranması ve başarıyla uygulanması

ARAÇLAR: Dikiş seti, steril eldiven, antiseptik çözelti, portegü, penset, makas, flaster

Acil durum gerektirebilen dikiş ("sütür") atma işlemi, en hijyenik koşullarda gerçekleştirilmelidir. Kesilerde, tendonda bir sıkıntı yoksa ve yara çok parçalı değilse, steril ortamda ve steril dikiş seti kullanılarak dikiş atma işlemi gerçekleştirilir.

Dikiş alma işlemi ise, atılan dikişin bistüri veya pens yardımıyla sökülmesidir. Bu işlem için de ortamın ve malzemelerin steril olması önemlidir.

Dikiş atma ve dikiş alma işlemleri arasında belli aralıklarla dikiş uygulanan yere pansuman yapılabilir.

Dokunun iyileşme veya yara yerinin kapanma süresi boyunca yaranın kapalı kalması, bu bölgede enfeksiyon gelişimini önler sağlar.

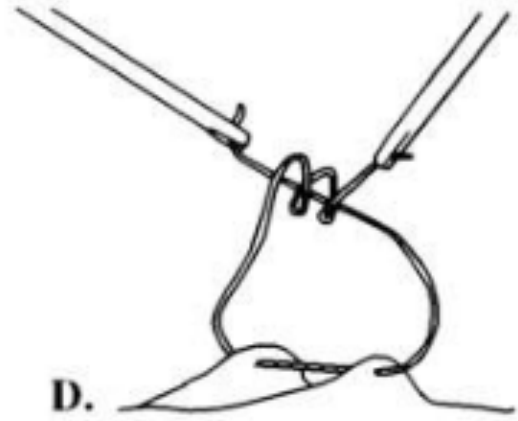
Dikiş atarken iki çeşit dikiş malzemesi kullanılır. Birincisi, kendiliğinden eriyen malzemedir. Katgüt iplik kullanılır. Katgüt, koyunların bağırsak mukozasından elde edilen bir ameliyat ipliğidir.

Diğeri ise, yaşam boyunca uygulandığı bölgede çıkarılmadıkları takdirde varlığını sürdüren ipek, tel ve naylon, v.b. malzemelerden yapılan ameliyat ipliğidir.

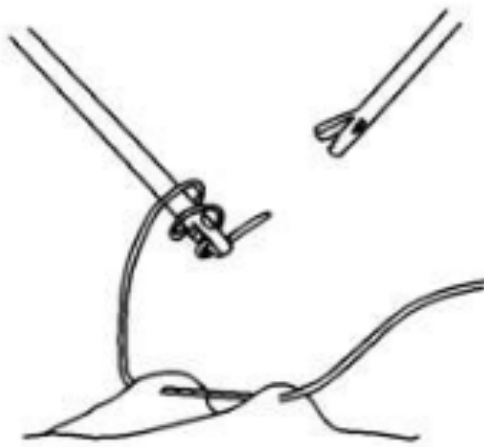
Standart sütür atma becerisinin yanında, özellikle cerrahi branşlarda birçok tip sütür atma tekniği vardır.



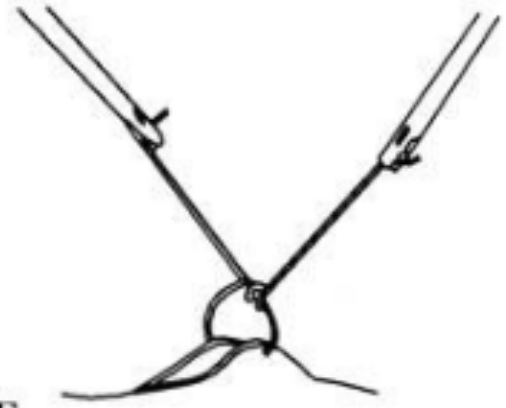
A.



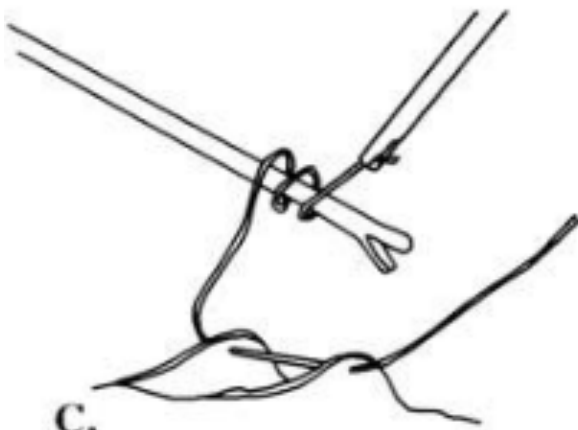
D.



B.



E.



C.



F.

NO	BASAMAKLAR
1	İşlemi uygulayacak kişi kendini tanıtır. Hastaya ismi ile hitap edilerek yapılacak işlem ve işlemin gerekçesi hakkında bilgi verilir; hastanın onayı alınır.
2	Eller yıkanır ve kurulanır.
3	Steril dikiş seti açılır.
4	Steril eldiven giyilir.
5	Steril dikiş materyali açılır.
6	Kesi bölgesi antiseptik çözelti ile temizlenir.
7	Kesi bölgesi delikli cerrahi örtü ile örtülür.
8	<p>Lokal anestezi uygulanır.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lokal anestezi madde enjektöre çekilir. • Yara dudaklarına enjektör yardımıyla anestezi madde verilir. • Enjektör iğnesinin koruyucu başlığı geri takılmadan enjektör tıbbi atık kutusuna atılır.
9	Aktif elin başparmağı ve 4. parmağı ile "portegü" açılır.
10	İğne, portegü ağızına 2/3'ü dışarıda kalacak şekilde yerleştirilir.
11	Portegü kapatılır.
12	İşaret parmağı portegünün sapına yerleştirilir ve portegü avuç içi ile kavranır.
13	İğne, kesinin birinci dudağına 90 derece dik açı ile, bir penset yardımı ile batırılır. İlk olarak iğneyi yavaşça batırıp hastaya herhangi bir ağrı veya acı hissedip hissetmediği ve bu sayede lokal anestezi maddenin etki edip etmediği sorulur.
14	Portegü baş ve orta parmak yardımıyla açılır.
15	Kesi içinde iğne aktif eldeki portegü ile yakalanır ve portegünün ağızı yeniden kapatılır.
16	45 derecelik bir açı ile iğne döndürülerek kesi içinden çıkarılır.
17	İğne portegünün ağızına tekrar yerleştirilir.
18	Kesinin ikinci dudağı için, dikiş atma kesi içinden dışına olacak şekilde, 90 derece dik açı ile bir penset yardımıyla tekrarlanır.

19	Her iki dudaktan iğne geçirildikten sonra ip pasif el ile çekilir ve ilk kesi atılan dudakta 6-8 cm ip kalacak şekilde ayarlanır.
20	İkinci dudağa yakın olan ip bölümü, portegü etrafında 2 kez çevrilir.
21	Birinci dudağa yakın 6-8 cm bırakılan ip bölümü, portegü ucu açılarak yakalanır.
22	İp ve portegü ters yönlere doğru çekilerek düğüm atılır.
23	İkinci dudağa yakın olan ip bölümü, portegü etrafında 1 kez çevrilmek suretiyle 21. ve 22. basamaklar tekrarlanır.
24	İpin uçları 0,5-1 cm olacak şekilde kesilir.
25	Dikiş atma işlemi bittikten sonra yara yeri gazlı bez ile kapatılır ve flaster ile sağlam deri yüzeyine sabitlenir.
26	Malzemeler toplanır, eldivenler çıkarılır ve atılması gerekenler tıbbi atık kutusuna atılır.
27	Eller yıkanır ve kurulanır.