

AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ

Ameliyathane;

Yüksek teknolojik araç ve gereçlerin kullanıldığı, yeni bilgilerin ışığında çeşitli ameliyat tekniklerinin uygulandığı, ekip çalışması ve doğru kararların hızla alınmasının önemli olduğu bir ortamdır

Ameliyathane Hemşiresi

Ameliyathane için belirlenmiş protokol ve standartlar doğrultusunda hasta bakımını bir temele dayandırarak yürüten, steril çalışan (skrab) ve dolaşan (sirküle) hemşiredir.

Sorumlulukları, steril olan ve steril olmayan uygulamaları içerir.

AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ

Tarihçe;

Hemşireliğin ilk prensip ve uygulamalarının MÖ 800'de Hindistan'da olduğu ve erkek hemşirelerin hastanelerde çalıştığı belirtilmektedir.

Hemşirelik derslerinde cerrahi aletler ve ameliyata hazırlık, bandajlama ve hemostaz konularına ilk kez 1875'lerde yer verilmiştir.

1901 yılında Marta Luce, ameliyathane hemşiresinin görevlerini tanımlamıştır

Woodbury (1903). ameliyathane hemşiresinin hasta psikolojisi ve ameliyathane ekonomisi üzerindeki önemini vurgulamıştır

Smith ameliyathane hemşiresi olarak ilk defa 1916'da maske ve kep giymiştir.

20. yy başlarında, scrub ve sirküle hemşirenin rolleri ortaya çıkmış ve . M.Crawford 1945'te scrub ve sirküle hemşire kavramlarını kullanmıştır.

1949'da Association of Operating Room Nurses (AORN): Ameliyathane Hemşireleri Birliği kurulmuştur.

Ülkemizde 1997 yılında kurulan 'Ameliyathane Hemşireliği Derneği' ameliyathane hemşireliğinin, hemşirelerin özelleştiği bir alan olmasına yönelik çalışmalarını halen **Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği** olarak sürdürmektedir.

Sağlık Bakanlığı tarafından "**Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı**" sürdürülmektedir

Koç Üniversitesi Semahat Arsel Hemşirelik Eğitim ve Araştırma Merkezi (**SANERC**) tarafından "**Perioperatif Bakım / Ameliyathane Hemşireliği Kursu** " sürdürülmektedir

Ameliyathane Hemşireliği Yüksek lisans programları yürütülmektedir

Türk Cerrahi ve Ameliyathane Hemşireleri Derneği'nin 2. Uluslararası & 10. Ulusal Kongresi, Kasım 2017'de yapılmıştır.

AMELİYATHANE HEMŞİRELİĞİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

8 Mart 2010 Hemşirelik Yönetmeliği

8 Mart 2010 Resmî Gazete Sayı : 27515

D) CERRAHİ HEMŞİRELİĞİ

1) Ameliyathane Hemşiresi

1.1. Steril (Scrub) Hemşire

Görev, yetki ve sorumlulukları

Hemşirenin görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Ameliyat sırasında steril alan içinde çalışır.

b) Steril alanın korunmasına yönelik aseptik teknikleri uygular. Bulaşmayı (kontaminasyon) önlemek için gerekli önlemleri alır.

c) Ameliyathanede hasta güvenliğine yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlar ve uygular.

ç) Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile ilgili hazırlık yapar.

d) Cerrahi işlem süresince ekipte yer alır.

e) Cerrahi el antisepsisini uygular. Steril gömlek ve eldiven giyer. Cerrahi ekibin steril gömlek ve eldiven giymesine yardımcı olur.

1.2. Dolaşan (sirküle) Hemşire

Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

a) Ameliyathanedeki hastanın hemşirelik bakımından sorumludur.

b) Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasında cerrahi ekibin malzeme ihtiyaçlarını sağlar.

c) Hastanın endişesini azaltmak için psikolojik destek sağlar.

ç) Hasta için güvenli ve konforlu çevre sağlamada ekibi gözleyerek yardımcı olur.

d) Uygun hasta bakımı ve hasta güvenliği için gereken tüm uygulamalarını yapar.

e) Hastayı işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü şekilde teslim eder.

f) Hastanın kimliğini doğrular, hasta bilgilerini gözden geçirir.

g) Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, güvenliğinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur.

ğ) Cerrahi işlem süresince odada kalarak ihtiyaca yönelik destek verir. İhtiyaç duyulan tıbbi malzemeyi temin eder. Paket açma standartlarını uygular.

h) Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder ya da kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuara gönderilmesini sağlar.

Ameliyathane ekibinin amacı;

Uyumlu, eşgüdümlü bir çalışma ile hastayı ve hastaya yapılacak girişimleri güvence altına almak ve hasta konforunu en üst düzeyde tutmaktır.

Steril ekip,

Cerrah, asistanları ve scrub hemşire

Steril olmayan ekip,

Anestezist, sirküle hemşire, anestezi hemşiresi, biyomedikal teknisyen, radyoloji teknisyeni, patolog, tıbbi sekreter

İlkeler:

Cerrahi ekip hastaya yapılan invaziv işlemlerden sorumludur.

Maliyet-etkinlik analizi yapılmalıdır.

Hasta haklarına saygı göstermelidir.,

Hastaya bakım planı yapılmalıdır

Cerrahi girişim sadece hastanın fizyolojik dengesinde değişme oluşturmaz, aynı zamanda stres, anksiyete, rahatsızlık da oluşturur.

Diğer sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği gerekir

Çalışanlara yönelik eğitimler gerekir.

Bakımı Planlama

Hasta, ameliyathaneye kabul edildiği andan itibaren, sağlık ekibi tarafından, fiziksel ve ruhsal olarak korunmalıdır.

Ameliyat ekibinin hastaya ismi ile hitap etmesini sağlamak

Yapılacak işlemler hakkında hastaya bilgi verilmesini sağlamak

Hastanın korku ve endişelerinin azaltılmasını sağlamak

Bekleme süresinde rahat edebileceği bir ortam yaratmak

Hastayı korkutacak ve endişelendirecek gürültüleri engellenmek

Hastanın gereksinim duyduğu anda ulaşabileceği bir sağlık personelinin olduğunu hissettirmek

AMELİYATHANENİN FİZİKİ ÖZELLİKLERİ

Oda havasının saatte 22 kez sirküle edilmesi

Oda sıcaklığı 18 ila 22 derece arası ayarlanabilir olması

Nem oranı %30 ila % 60 arası olması

Ameliyat salonunun pozitif basınçlı olması

Ortamda bulunan materyallerin üzeri kir ve toz tutmayacak nitelikte olup, duvar ve taban kaplama malzemesi de kolay temizlenebilir ve germisid ajanlara dayanabilir olması

Döşeme yangına dayanıklı, yüzeyler, duvarlar ve tavan sert, düz ve pürüzsüz olması

Duvarlar ve tavan ışığı yansıtmayan yapıda olması

Çalışanların konu ile ilgili bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Ameliyathane odasında ;

- Birime uygun ameliyat masası,
- Ayarlanabilen tavan lambası,
- Anestezi cihazı ve masası,
- Özel hasta izleme monitörleri,

- Enstrumantasyon masaları
- Cerrahi alet tezgahları
- Anestezi gazları ve merkezi oksijen sistemi
- Aspiratör sistemi
- İyi bir elektrik ve intercom sistemi
- Çelik ve derin lavabolar
- Ayak veya elektrikle (fotoselli) çalışan musluklar ve antiseptik solüsyon kapları olmalıdır

Ameliyathanede bakterilerin bulaşmasını en aza indirebilmek için üç ana bölge olmalıdır;

Dış bölge : Serbest (yeşil) alan

- Giriş ve çıkış
- Preoperatif alan
- Postoperatif alan/postop. yoğun bakım ünitesi
- Giyinme odaları
- Bekleme odaları
- Dinlenme odaları
- Depolar

Orta bölge: Temiz (sarı) alan

- Ameliyathane kıyafetinin giyilmesinin zorunlu olduğu bölgedir.
- Temiz ve steril malzeme odası, sterilizasyon ünitesi, Araç- gereçlerin dağıtım ve kullanım alanları, fırçalama üniteleri, yer alır.
- Galoş, başlık, maske giymeyi gerektirdiğinden yarı sınırlı bölge de denir.

İç bölge : Steril (kırmızı) alan

- Steril ameliyat bölgesidir.
- Ameliyat odaları
- Ameliyat sırasında gereksinim duyulabilecek steril araçların bulunduğu alanları içerir.

Ameliyata yönelik cilt hazırlığı-Tıraş bölgeleri:

Ameliyat pozisyonları:

GÜNÜBİRLİK CERRAHİ ve HEMŞİRELİK BAKIMI

- Cerrahi tedavinin uygulandığı gün evine gönderilmesi planlanan hastalara uygulanan cerrahiye, günübirlük cerrahi denir.

- Bu tür cerrahide uygulanan anesteziye de günübirlik anestezi denir.
- Ayaktan, hastane dışından elektif ameliyat için gelen, hastanede yatak işgal etmeyen hastaya anestezi uygulamasıdır.
- Acil girişimler değildir.
- Hastanın operasyonu (veya diyagnostik işlemi) ayaktan yapılır ve hasta aynı gün hastanede yatmaksızın evine gider.
- Cerrahi ve dahili tüm branşlarda anestezi altında her türlü muayene, biyopsi, girişim yapılabilir

Günübirlik Cerrahi bir takım çalışmasıdır

Bu takımda;

- Cerrah
- Hemşire
- Anestezi doktoru
- Ameliyathane personeli
- Sekreter yer alır

Günübirlik anestezinin avantajları

- Ekonomik kazanç
- Hastanın erken ayağa kalkması
- Daha az cerrahi ve anestezi komplikasyonu
- Daha az mental ve fizik bozukluk
- Organ fonksiyonlarının daha hızlı düzelmesi ile erken rehabilitasyon
- Hastanın normal günlük aktiviteye daha çabuk dönmesi
- Hasta rahatlığı
- Kognitif fonksiyonların hızla geri dönmesi
- Minimal invaziv cerrahi yaklaşım
- Hasta memnuniyetinin daha yüksek olması
- Azalmış nozokomiyal enfeksiyon riski
- Çocuklarda psikolojik travmanın az olması

Dezavantajları

- Komplikasyon riski
- Üriner retansiyon
- Geçici nörolojik semptomlar
- Aktif işbirliğine ihtiyaç duyulması

Hasta Seçimi

- Hastanın kendisine günübirlik cerrahi uygulanmasını kabul etmesi (bilgilendirilmiş yazılı onam),
- Aynı şehirde oturması (Gerektiğinde bir saat içinde hastaneye ulaşabilmelidir),
- Hastanın operasyondan sonra bir refakatçi eşliğinde evine gidebilmesi
- Girişim sonrasında hastayı evde en az 24 saat takip edebilecek ve sorumluluk alabilecek bir erişkinin bulunması,
- Hastanın ev durumunun postoperatif ilk geceyi geçirebilmeye uygun olması. (Isınma, aydınlanma, banyo, tuvalet ve mutfak gibi unsurların asgari standartlarda olması),
- Girişimin özel bir hemşirelik bakımını gerektirmemesi
- Ameliyat sonrası kanama ve dren olasılığı olmaması
- İşlemin taburculuk sonrası parenteral analjezik uygulamasını gerektirecek kadar ağrı oluşumuna neden olmaması
- Kısa operasyonlar (30-60 dk)
- 6 ay -70 yaş hastalar uygundur

Günübirlik cerrahi kontrendikasyonları

- ASA I ve II'ye girmeyen hastalar
- Obez hastalar (vücut indeksi 35'den fazla)
- Hipertansiyon, ailesinde malignant hipertansiyon olanlar (60 yaş altında 160/100, 60 yaş üstü 180/100)
- Anginal ağrı, kalp yetmezliği, kalp pili olanlar
- Geçirilmiş MI (2 yıl önce)
- Anemi
- Antikuagülan tedavi alan ve kuagülasyon bozukluğu olan
- Jinekolog ve anesteziistin onay vermemesi (gebelik)
- Bulaşıcı hastalığı olan (HCV, HBS, HIV)
- Mental bozukluğu olan
- Son yıllarda ya da öncesi anestezi sonrası epilepsi atağı olanlar
- Bir saatten fazla operasyon süresi olanlar
- 24-48 saat yanlarında refakatçi bulunmayanlar

Günübirlik Cerrahinin Aşamaları

- Ameliyat öncesi değerlendirme
- Cerrahi girişim
- Taburculuk
- Ameliyat sonrası izlem

I. Fizyolojik Değerlendirme

- Tıbbi durumun deęerlendirilmesi
- Yaş
- Beden ağırlığı
- Fizik muayene (solunum,kardiyovasküler, nörolojik, kas/iskelet, gastrointestinal, genitoüriner sistemler)
- Laboratuvar testleri

II. Psikolojik Değerlendirme

- Bilgilendirme

III. Sosyal Parametrelerin Deęerlendirmesi

- **ASA Klasifikasyonu (American Society of Anesthesia)**

Amerikan Anesteziolojistler Birliği (ASA), anestezi ve günübirlik cerrahi için uygunluğu ve ameliyat öncesi sağlık durumunu değerlendirmek amacıyla sınıflandırma sistemi kullanmaktadır.

Bu sınıflamaya göre hastalar;

- **Class I:** Sağlıklı hasta (cerrahi girişim gerektiren durum dıőında hastalığı olmayan bireyler),
- **Class II:** Ameliyat olmasına neden olan duruma yada herhangi bir hastalığa bağlı olarak orta dereceli sistemik hastalığı olan hastalar,
- **Class III:** Ciddi sistemik rahatsızlığı olan hastalar,
- **Class IV:** Yaşamı tehdit edici, sistemik rahatsızlığı olan hastalar,
- **Class V:** 24 saatten daha fazla yaşaması mümkün olmayan, ölmek üzere olan hastalar olarak sıralanmaktadır.

Bu sınıflandırmaya göre, **Class I** ve **Class II** olan hastalar, günübirlik cerrahi için uygun olan hastalardır.

Günübirlik Cerrahinin iyileşme dönemi

- Erken dönem
- Ara dönem
- Geç dönem (evde)

Taburculuk kriterleri

- Ameliyat sonrasında yaşamsal bulgularının normal seyrediyor olması (en az 1.5-2 saat)
- Ayağa kalkabilmesi
- Uyanık ve oryante olması
- Ekstremitelerinde duyuvarın geri dönmesi ve dolaşımın yeterli olması
- Oral sıvı alımını tolere edebilmesi
- İdrarını yapabilmesi

- Son bir saat içinde ağrı kesici almamış olması
- Ağrısının kontrol altına alınmış olması
- Bulantı,kusma ve baş dönmesinin en az düzeyde olması
- Aşırı miktarda kanamasının ve yara yerinden akıntısının olmaması
- Taburcu olduktan sonra, evde ilk 24-48 saat süre içinde bakabilecek bir yakınının olması
- Evine taburculuktan önce hastaya sözlü ve yazılı talimatlar verilmelidir
- Bu talimatlar cerrahiye takip eden uygun ağrı yönetimi, postoperatif bulantı, kusma ve diğer minör komplikasyonları kapsamalıdır.
- Hastanın telefonu alınmalı ayrıca telefon ile hastaneye ulaşabilmesi sağlanmalıdır.
- Başarının ölçütü hastanın ikinci veya üçüncü günde evde rahat olmasıdır.

Günübirlik cerrahi sonrası hastaneye tekrar kabul nedenleri

- Evde bakıcı olmaması
- Kanama
- Ağrının kontrol edilememesi
- Bulantı ve kusma
- Oral sıvıları tolere edememe
- Yürüme yeteneğinde azalma
- Pansuman değiştirememe

Günübirlik Cerrahide Hastanın Hazırlanması ve Hemşirelik Bakımı

- Günübirlik cerrahi hastası ile yatan hasta arasındaki en önemli farklılıklardan birisi hasta-hemşire ilişkisinin çok kısa bir süre içinde gerçekleşmesi gerektiğidir
- Günübirlik cerrahi hastalarının hastanede kalış süreleri, ameliyat sonrası 1-6 saat gibi kısa bir süreyi kapsadığından, bakımı en iyi koşullarda ve nitelikli bir biçimde gerçekleştirecek planlamaların yapılması gerekir.

Günübirlik cerrahi ekibi içinde hemşirenin rolü

- Sürecin her aşamasında hastanın bakımı ve izlemi
- Ünitenin gereksinimlerinin belirlenip çözüm geliştirilmesi
- Ekibin diğer üyeleriyle işbirliği
- Günübirlik cerrahi süreci boyunca hastanın bilgilendirilmesi

Yazılı kayıtlar tam olmalıdır

- Preoperatif değerlendirme formu
- Hasta onam belgesi
- Anestezi takip formu

- Postoperatif takip ve tedavi formu

Bireye ait kayıtlar

- Acil durumlarda iletişim kurulacak bireyler ve telefon numaraları
- En son yiyecek ve içecek alınan saat
- Değerli eşyaların kaydı, güvenliği
- Makyaj, oje kontrolü
- Protezlerin çıkarılması kontrolü
- Alerjik durum kontrolü
- Gerekli ise cilt hazırlığı, ameliyat giysisi, bone takılması
- Bilgilendirilmiş onam, gerekirse premedikasyon ve saati yer alır

Hasta eğitimi

- Yazılı broşür verilmeli
- İşlem öncesi yapılacaklar
- Üniteye kabul ve girişim günü hazırlığı
- Girişimin yeri ve büyüklüğü
- Aktivite, kısıtlama, destek araçlar
- İyileşme için gerekli zaman
- Olası ağrı
- İşlem öncesi beslenmenin kesilmesi
- İşlem öncesi banyo
- Rutin hazırlıkta yapılması gerekenler
- Hasta eğitiminin, girişim kararından hemen sonra multidisipliner bir yaklaşımla başlatılması ve taburculuk sonrasında da sürdürülmesi gereklidir
- Taburcu olan hastanın eğitimi bazı GCM'lerinde hemşire tarafından telefon ya da bilgisayar bağlantısı ile sürdürülmektedir. Bu durumun hastalarda güven duygusu oluşumu ve öz bakım girişimlerini de desteklediği bildirilmektedir.

Girişim öncesi eğitimin;

- hastanın anksiyete düzeyini düşürdüğü

Girişim sonrası ise;

- kısa sürede bilincin kazanılmasını sağladığı
- ağrı kontrolünü kolaylaştırdığı ve
- erken taburculuğa ortam hazırladığı belirtilmektedir
- Hemşirelerin gününbirlik cerrahide önemli rollerinden birisi iletişimi, sözlü ve yazılı olarak sağlamaktır