|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TRABZON ÜNİVERSİTESİ**  **TONYA MESLEK YÜKSEKOKULU**  **YAŞLI BAKIMI PROGRAMI**  **OROFARENGEAL/NAZOFARENGEAL ASPİRASYON UYGULAMASI DEĞERLENDİRME FORMU**  **2024-2025/ Bahar Dönemi Tarih: / /2025**  **Öğrencinin Adı Soyadı:**  **Numarası: Başarı Notu:** | | |
| **Kapsam:** Oral aspirasyon, hastanın etkili öksürme ile sekresyonları veya yabancı maddeleri çıkaramadığı durumlarda ağızdan sekresyonları temizlemek için yararlıdır. Oral aspirasyonun yapılamadığı ya da etkisiz olduğu durumlarda burun boşluğundan girilerek solunum yollarındaki kan, kusmuk, mukus, tükürük vb. sekresyonların temizlenmesine nazal aspirasyon denir. | | |
| **Amaç:** Oral aspirasyonun amacı, ağız ve boğazdan (orofarinks) mukoza salgılarını ve yabancı maddeleri (kusmuk veya mide salgıları) uzaklaştırarak açık bir hava yolu sağlamak ve oksijenizasyonu iyileştirmektir. Nazofarengeal aspirasyon, burun deliklerinden esnek, yumuşak bir aspirasyon kateteri ile girilerek burun boşluğu, farinks ve boğazdaki salgıları giderir. | | |
| K**ullanılan Araç ve Gereçler:**  ✓ Aspiratör (Sabit veya portatif)  ✓ Uygun boyda aspirasyon sondası (tek kullanımlık)  ✓ Aspirasyon sondası temizliği için su  ✓ Kişisel koruyucu ekipmanlar (eldiven, maske, gözlük)  ✓ Balon Valf Maske  ✓ Oksijen Kaynağı | | |
| **Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar**   * Öncelikle hastanın aspirasyon gereksinimi olup olmadığına karar verilmelidir. * Tüm hastaların 1-2 saatte bir aspire edilmesi gibi rutin bir uygulama yoktur. Sekresyon üretimi var olan patolojiye göre değişiklik gösterir. * Hastada fark edilmemiş aspirasyon gereksinimi havayolu tıkanıklığına ve hatta ölüme yol açabilirken, gereksiz yere sık aspirasyonda komplikasyonlara neden olabilir. * Gözlem ve akciğerlerin dinlenmesi sırasında sekresyon varsa aspirasyon yapılmalıdır. * Gürültülü solunum, azalmış O2 saturasyonu, endişe, huzursuzluk, artan solunum veya nefes alma, cilt renginde değişiklik veya hırıltı veya hırıltı sesleriyle gösterilir. * Bunlar solunum sıkıntısı belirti ve bulgularıdır, hasta hemen aspire edilmelidir. * Aspirasyon işlemi 15 sn’den fazla sürmemeli ve hastanın aspirasyon geçişleri arasında iyileşmesine izin verilmelidir. Aspiratör basıncı 120 mm/Hg’yı aşmamalıdır. * Kalın aspirasyon katateri kullanımından kaçınılmalı. Havayolunu daraltıp hastadan   fazla miktarda oksijenlenmiş hava çektiği, hipoksi ve hipoksemi gibi komplikasyonları artırdığı bilinmektedir.   * Steriliteye dikkat edilmelidir aksi takdirde infeksiyonlara neden olarak hastanede yatış süresi uzamasına neden olunabilir. | | |
| **Uygulama Basamakları** | **Uyguladı** | **Uygulamadı** |
| 1. Hasta başındaki komidine gerekli malzemeleri getirin. |  |  |
| 2. El hijyeni gerçekleştirin ve belirtildiyse kişisel koruyucu donanım (KKD) uygulayın. Yüz koruyucu, gözlük ya da maske takın. |  |  |
| 3. Hastanın kimliğini (örneğin, ad ve doğum tarihi) doğrulayın. |  |  |
| 4. Mümkünse yatak çevresindeki perdeyi çekin ve oda kapısını kapatın. |  |  |
| 5. Aspirasyon gereksinimini belirleyin ve tedavi planındaki aspirasyon istemini doğrulayın. |  |  |
| 6. Hastanın bilinci yerinde olmasa bile işlemi ve niçin yaptığınızı açıklayın. Eğer solunum güçlüğü hissederse işlemi sonlandıracağınız ile ilgili güven verin. |  |  |
| 7. Yatağı rahat çalışabileceğiniz yüksekliğe ayarlayın. Çalışacağınız taraftaki yatak kenarlığını indirin. Eğer hastanın bilinci açıksa yarı-oturur pozisyon, bilinci kapalıysa yüzü size dönük olacak şekilde lateral pozisyon verin. |  |  |
| 8. Hastanın göğsüne su geçirmez örtü ya da havlu yerleştirin |  |  |
| 9. Aspiratörü uygun basınca ayarlayın (Yetişkinler için 100-120 mm/Hg). Bağlantı hortumunun bir ucunu aspirasyon makinesine bağlayın ve diğer ucunu hastanın yakınında uygun bir yere yerleştirin. |  |  |
| 10. Tek kullanımlık temiz eldiven giyin ve aspirasyon tüpünün basıncını kontrol etmek için bağlantı tüpünün ucuna parmağınızı yerleştirin. Eğer kullanılacaksa oksijene bağlı resüsitasyon çantasını ulaşabilecek yere koyun. |  |  |
| 11. Aseptik teknik kullanarak, steril aspirasyon paketini veya kateteri açın. Aspirasyon kateterinin steril olmayan yüzeylere temas etmesine izin vermeyin. Açılan aspirasyon paketini, diğer malzemeleri kateterin yerleştirileceği steril bir yüzey olarak yatak başında tutun. |  |  |
| 12. Steril kabı ambalajından çıkarın veya açın ve komodinin üzerine yerleştirin, içine dokunmamaya dikkat edin. Yaklaşık 100 ml steril normal salin solüsyonu veya su ile doldurun. |  |  |
| 13. Steril eldivenleri giyin.  Baskın el katateri tutacağı için steril olmalıdır baskın olmayan el sterilden ziyade temiz olarak düşünülür katater üzerindeki aspirasyon kapağını (Y port) kontrol edecektir. |  |  |
| 14. Baskın elinizle aspirasyon kateterini steril olmayan yüzeylere dokunmadan alın. Bağlantı hortumunu baskın olmayan elinizle alın ve ikisini birbirine monte edin**.** |  |  |
| 15. Steril kaptan az miktarda steril normal salin veya su aspire ederek ekipmanın düzgün çalışıp çalışmadığını kontrol edin. |  |  |
| **16.Nazofaringeal aspirasyon için:** Katateri yavaşça hastanın burun deliklerine sokun ve burun tabanına paralel olarak trakeaya ilerletin. İlerlemesini kolaylaştırmak için katateri parmaklarınız arasında döndürün. Farenkse ulaşmak için yaklaşık 12-15 cm ilerletin. |  |  |
| **17. Orofaringeal aspirasyon için:** Katateri ağız yoluyla veya ağzın yan tarafından trakeaya doğru ilerletin. Farenkse ulaşmak için katateri 7,5-10 cm ilerletin |  |  |
| 18. Steril kaptan steril normal salin veya su çekerek aspirasyon kateterindeki sekresyonları temizleyin. Aspirasyonun etkinliğini değerlendirin, gerekliyse hastanın toleransına göre tekrarlayın. Girişimler esansında katateri baskın elin çevresine sarın. |  |  |
| 19. Aspirasyon tamamlandığında, kateteri eldivenli elin etrafına sarın, eldiveni kateterin üzerine çekin ve aspirasyondan ayırın. Sarf malzemelerini uygun çöp torbalarına atın. Aspiratörü kapatın. Hastaya rahat pozisyon verip yatak kenarlarını kaldırın. |  |  |
| 20. Yüz korumasını, gözlüğü ya da maskeyi çıkarın. El hijyeni sağlayın. |  |  |
|  | **Toplam Puan** |  |
| **Değerlendirme:** İşlem basamaklarında gözlemcinin belirlediği hasta güvenliğini bozan eylem/ifade olması yada işlem basamaklarının herhangi birinin/……………………………………atlanması halinde toplam puan yarıya indirilir. | | |
| **Gözlemci izlem notu:** | | |
| **Sorumlu öğretim elemanı/elemanları:** | | |
| **Kaynak:** Yaşlı bakımına yönelik temel ilke ve uygulamalar. Yayın Yeri:Ankara Nobel tıp kitabevleri, Editör: Sarı Canan, Okur Elif, Basım sayısı:1, Sayfa sayısı:576, ISBN:978-625-6448-74-2. | | |