



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
AMELİYAT GÜNÜ HASTA HAZIRLIĞI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastaya kimliğini belirten bileklik takar.			
2	Hastanın yaşam bulgularını takip eder ve kaydeder.			
3	Hastanın alerji durumu kaydını kontrol eder, var ise alerji bilekliği takar.			
4	Bilgilendirilmiş onam formunu kontrol eder.			
5	Banyo yapıp yapmadığını sorgular.			
6	Cerrahi taraf işaretleme gerekli ise yapıldığını kontrol eder.			
7	Hastanın belirli süre içerisinde ağızdan yiyecek-içecek almadığından emin olur.			
8	Takı ve ojelerin çıkarıldığını kontrol eder.			
9	Takma diş, gözlük, kontakt lens, kulaklık vb. teslim etmesini sağlar.			
10	Ameliyat öncesi özel hazırlığı olup olmadığını (ilaç uygulama, lavman uygulama vb.) kontrol eder, var ise yapıldığından emin olur.			
11	Grafipler/filmler, laboratuvar sonuçları vb. tetkik raporlarının dosyada bulunma durumunu kontrol eder.			
12	Ameliyata gitmeden önce mesanesini boşaltmasını sağlar.			
13	Hastanın tüm kıyafetlerini çıkarmasını sağlar.			
14	Ameliyata uygun gömlek, bone giymesini sağlar (hekim istemi varsa, antiembolik çorap giydirir).			
15	Sedyeye alınmasına yardımcı olur.			
16	Ameliyat için gerekli olan malzemeler ile hastayı ameliyathane hemşiresine sözlü ve yazılı olarak teslim eder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
AMELİYATHANEDE GİYİNME VE SOYUNMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
	<u>Giyinme</u>			
1	Bonenin takılması -Saçlar uzun ise arkaya toplar. -Boneyi, saçın tümünü içine alacak şekilde önden arkaya doğru takar.			
2	Maskenin takılması -Maskenin üst kenarını burnun üzerine gelecek şekilde üst bağlardan tutar. -Üst bağları uygun bir şekilde başın üst arka tarafında bağlar. -Maskenin alt kenarını çeneyi içine alacak şekilde alt bağlarından tutar. -Maskenin alt kenarındaki iki bağı boyun etrafına bağlar. -Maskenin üst kenarındaki metal kenarını, burnun köprüsünü saracak şekilde yerleştirir.			
3	Steril bohça açar.			
4	Steril eldiven paketini hazırlar.			
5	Cerrahi el yıkama yapar.			
6	Elleri ve kolları dirseklerden 10 cm yukarıya kadar steril havlu ile kurular.			
7	Cerrahi gömleği omuzlarından tutarak açar.			
8	Gömleği steriliteyi bozmadan eller ve parmaklar gömlekten dışarı çıkmadan giyer.			
9	Sirküle hemşire gömleğin arka bağcıklarını bağlar.			
10	<i>Scrub hemşirenin kendi başına steril gömlek giymesi gerektiğinde:</i> - Scrub hemşire tarafından gömleğin önündeki bağların düğümü çözülür, uzun olan bağın ucu bohça içinde bulunan steril malzemelerin arasına sıkıştırılır. Scrub hemşire etrafında dolanarak gömleğin ucundaki diğer bağ ile steril malzemelerin arasına yerleştirdiği bağı birbirine bağlar.			
11	Steril eldivenleri giyer.			
	<u>Soyunma</u>			
12	Cerrahi gömleğin iplerini çözer ve arkadan öne cilde temas etmeden tek hareketle eldivenlerle birlikte çıkarır.			
13	Çıkarılan gömleği eldivenle birlikte tıbbi atık kutusuna atar.			
14	Bone ve maskenin çıkarılması			
15	-Maskenin üst ve alt bağlarını çözer ve yüzden çıkarır.			
16	-Boneyi dış yüzünden kavrayarak saçlardan çıkarır.			
17	-Bone ve maskeyi tıbbi atık kutusuna atar.			
18	-Ellerini yıkar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
CERRAHİ EL YIKAMA
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
	<u>Hazırlık</u>			
1	Ameliyathane ortamına uygun giyinir (bone, maske ve ameliyathane giysileri).			
2	Yüzük, saat, bilezik, küpe gibi takıları çıkarır.			
3	Yıkama işlemi sırasında cerrahi maske takar.			
4	El tırnaklarının, temiz, kısa, sağlıklı, ojesiz ve cilasız olmasına özen gösterir.			
5	Eller ve önkolda, kesik, sıyrık, eksüdatif lezyon vs. olmamasına dikkat eder.			
6	El yıkama işlemi, ameliyat odalarının hemen yanında, kolay temizlenebilir lavabo, musluk, antiseptik solüsyonu, sünger, ayna, saat gibi araç-gerecin bulunduğu el yıkama ünitelerinde yapar.			
7	Günün ilk cerrahi el yıkamasını 5 dakika süre ile yapar, sonraki yıkamaları 3 dakika yapar.			
	<u>Uygulama (mümkün ise ılık su ile)</u>			
8	Musluğu açar, suyun akışını, hızını, sıcaklığını (otomatik değilse) ayarlar.			
9	Görünür bir kirlenme varsa elleri ve kolları aşağıdan yukarıya doğru dairesel hareketlerle sabunla yıkar.			
10	Akan suyun altında tırnak altlarını tırnak temizleyici ile temizler.			
11	Elleri ve kolları akan suda durular.			
12	Üretici firma talimatına göre uygun miktarda (genellikle 3-5 ml) antimikrobiyal üründen (klorheksidin, iyodofor gibi) avuç içine döker.			
13	Antimikrobiyal solüsyonu ıslak kollara ve ellere yumuşak, aşındırıcı özelliği olmayan bir süngerle dirseğin dört parmak üstüne kadar uygular.			
14	Sünger bulunmuyor ise, antimikrobiyal solüsyonu elle ovarak dirseğin dört parmak üstüne kadar uygular.			
15	Eller yukarı tutularak üretici firma talimatlarına göre süngerle veya el ile tüm cilt yüzeylerini 3-5 dakika boyunca yıkar.			
16	Kıyafetlere su sıçratmaktan kaçınır.			
17	Kullanılan süngerleri kolları aşağıya indirmeden lavabo içine atar.			
18	Eller yukarıda tutularak, akan suyun altında parmak uçlarından dirseklere doğru elleri ve kolları durular.			
19	Eller ve kollar dirsekten kıvrılarak ve göğüs hizasından yukarıda tutularak hiçbir yere dokunmadan ameliyat odasına geçer.			
	<u>Kurulama</u>			
20	Kurulama havlusunu, sirküler hemşirenin açtığı bohçadan, steril alana su damlatmadan alır.			
21	Havlunun steril olmayan giysilere değmesine izin vermez.			
22	Elleri, birbirinden bağımsız olarak, parmak uçlarından dirseğe doğru, sirküler hareketlerle geri dönüş yapmadan kurular.			

23	Diğer elin kurulanması için, ayrı bir havlu yoksa havlunun diğer ucunu kontamine etmeden çevirerek elleri kurular.			
24	Havluyu kirliye atar.			
25	Kolları dirseklerden bükülmüş, eller yukarıda olacak şekilde giyinmek üzere hazırlık masasına geçer.			
	<u>Alkol Bazlı El Antiseptiği İle Ovalama Tekniği</u>			
26	Yüzük, saat, bilezik ve diğer takıları çıkarır.			
27	Yıkama işlemi öncesinde cerrahi maske takar.			
28	Görünür bir kirlenme varsa elleri ve kolları aşağıdan yukarıya doğru dairesel hareketlerle sabunla yıkar.			
29	Akan suyun altında tırnak altlarını, tırnak temizleyici ile temizler.			
30	Elleri ve kolları akan suda durular.			
31	Elleri ve kolları tek kullanımlık kağıt havlu ile kurular.			
32	Üretici firma talimatlarına göre uygun miktarda (genellikle 15-25 ml) alkol bazlı antiseptik solüsyonu ellere ve kollara uygular.			
33	Önerildiği şekilde tekrar uygular.			
34	Eller ve kollar dirsekten kıvrılarak ve göğüs hizasından yukarıda tutularak hiçbir yere dokunmadan ameliyat odasına geçer.			
35	Eller ve kollar tamamen kuruduktan sonra cerrahi önlük ve steril eldiveni giyer.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
MAYO MASASI HAZIRLIĞI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Mayo masa örtüsünü büyük bohça içerisinden alır.			
2	Mayo masa örtüsünün katlanmış kısmının içinden tutarak örtüyü mayo masasına geçirir.			
3	Mayo masasını steril bir şekilde giydirir.			
4	Mayo masa örtüsünün üzerine suyu geçirmeyen örtü örter.			
5	Suyu geçirmeyen örtü üzerine tekrar yeni bir steril yeşil örtü örter.			
6	Tüm malzemeleri sayarak masaya alır.			
7	Uygulanacak cerrahiye göre set açar.			
8	Kullanılacak aletleri kullanım sıklığına göre mayo masası üzerine düzgün ve sıralı bir şekilde yerleştirir.			
9	Mayo masası düzeni ameliyat türüne göre değişim gösterse de ilk kullanılacak olan bistüri, penset ve makasları ön tarafa, klempleri yan tarafa, ekartör ve diğer aletleri arka sıraya gelecek şekilde yerleştirir.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
AMELİYAT ÖNCESİ İNSIZYON BÖLGESİ HAZIRLIĞI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Ellerini yıkar.			
2	İnsizyon bölgesi temizliği için gerekli malzemeleri hazırlar (antiseptik solüsyon, scrup fırça, steril kompres, eldiven).			
3	Hastanın mahremiyeti açısından gerekli önlemleri alır.			
4	Hastayı güvenli bir şekilde ameliyat masasına alır.			
5	Hastanın cildini bütünlük açısından kontrol eder.			
6	Hastaya ameliyat edilecek alana uygun şekilde pozisyon verir.			
7	İnsizyon bölgesini, boş küvete hazırlanmış antiseptik solüsyon ile siler ve kurummasını bekler.			
8	Bölgeyi antiseptik solüsyonla ameliyat edilecek sahadan başlamak üzere dairesel hareketlerle merkezden dış alana doğru hafif basınç uygulayarak temizler.			
9	Bölgeyi insizyon kesisinin 15-20 cm çevresine kadar hafif basınç uygulayarak temizler.			
10	Temizlemek için kullanılan gazlı bezi (steril kompres) kesinlikle başka hiçbir yere sürmeden atar.			
11	Temizleme işlemi tamamlandıktan ve cilt kurduktan sonra insizyon bölgesini uygun tipte steril örtü ile örter.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
AMELİYAT SONRASI ERKEN DÖNEM HASTA TAKİBİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Havayolu açıklığını sağlar ve sürdürür (pozisyon verir, oksijen saturasyonunu takip eder ve kaydeder, gerekli ise oksijen uygulama, derin solunum ve öksürük egzersizleri için hastayı teşvik eder... vb.).			
2	Yaşam bulgularını ilk 1 saat 15 dakikada bir, sonraki 1 saatte yarım saatte bir, 3. ve 4. saatlerde saat başı, hastanın durumu stabil ise 4 saatte bir takip eder ve kaydeder.			
3	Hastanın damar yolu açıklığını kontrol eder.			
4	Nazogastrik sonda veya drenaj gelen drenaj miktarını ve niteliğini takip eder, kaydeder.			
5	Foley kateter varlığını ve işlerliğini takip eder.			
6	İlk 24 saat hastanın bilinç düzeyi, uyumu ve sözlü uyarana yanıtlarını takip eder.			
7	Hastanın cilt rengini ve görünümünü izler.			
8	Hastanın vücut sıcaklığını korur.			
9	İnsizyon bölgesini kızarıklık, şişlik, hassasiyet, ağrı ve akıntı yönünden kontrol eder ve kaydeder.			
10	Hastanın yatak içerisine sızan kanaması ya da drenajı olup olmadığını kontrol eder.			
11	Ağrı değerlendirme yapar (şiddeti, yeri, şekli... vb.).			
12	Ağrı yönetimi için farmakolojik ve farmakolojik olmayan hemşirelik girişimlerini uygular.			
13	Ağrı kontrolünde uygulanan ilaçların yan etkilerini gözlemler.			
14	Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı miktarını izler, kaydeder ve değişiklikleri bildirir.			
15	Hastanın mental durumunu ameliyat öncesi ile karşılaştırır.			
16	Hekim istemine göre elastik bandaj/varis çorabı uygular.			
17	Basınç yarası gelişimi açısından riskli hastaları (yaşlı, dolaşım sorunu olan hastalar...) belirler ve gerekli önlemleri alır.			
18	Bağırsak seslerini 4 ayrı kadrandan dinler ve kaydeder.			
19	Hastaya gaz çıkışı olup olmadığını sorar ve kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
İNSİZYON YARA BAKIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Hastada yara iyileşmesini geciktirebilecek faktörleri tanımlar.			
2	Yara ile ilişkili belirti ve bulguları (yara ve cildin durumu, vücut sıcaklığında yükselme, yara drenajının miktarı, kokusu, rengi, yoğunluğu, yaranın boyutlarını) değerlendirir.			
3	Göğüs ve karında insizyonu olan hastalarda yara yerindeki gerilimi azaltmak için, hasta sırt üstü yattığında dizlerini karnına doğru çekmesini sağlar.			
4	Cerrahi insizyon bölgesinde hareket kısıtlaması yapar.			
5	Ameliyat sonrası, yara bölgesinden çıkarılan pansuman materyali ve dren/drenleri kaydeder.			
6	Ek pansuman materyali kullanıldığında, materyalle birlikte drenajın tipi, miktarı, kokusu ve gözlem saatini kaydeder.			
7	Pansuman değişimi ya da dren çıkarılması gerektiğinde, hastanın ağrısını değerlendirir ve yara bakımına başlamadan 30-45 dakika önce hekimin önerdiği analjezik tedaviyi ve farmakolojik olmayan yöntemleri uygular.			
8	Yara bakımı öncesinde işlemi hastaya açıklar.			
9	Malzemeleri işlemden önce hazırlar, maske, bone giyer ve gerekli ise steril eldiven kullanır.			
10	Yara bakımı sırasında hastanın mahremiyetini korur.			
11	Yaranın çevresindeki cildi, "kontamine-kirli" olarak kabul eder.			
12	Cerrahi insizyon yaralarında, dikiş hattını "en az kontamine" bölge olarak kabul eder.			
13	Yarayı en az kontamine olan alandan en fazla kontamine olan alana doğru temizler.			
14	Dren var ise, dren bölgelerini drene en yakın alandan başlayarak dairesel hareketlerle temizler.			
15	Pansuman değişimi sırasında, pansuman ıslak ise drenajın tipini, miktarını, kokusunu ve gözlem saatini kaydeder.			
16	Geniş yaralarda gaz ve yapışkan özelliği olmayan malzemeleri, bant ya da bandaj ile sabitler.			
17	Yara bölgesinde infeksiyon belirti ve bulgularını gözlemler, varlığında kaydeder ve hekimi bilgilendirir.			
18	Yara bölgesi açık bırakıldığında 8 saatte bir insizyon bölgesini, kızarıklık, şişlik, hassasiyet, ağrı ve akıntı yönünden kontrol eder.			
19	İnsizyon bölgesine/yakınına yerleştirilen drenden gelen drenajı, renk, miktar ve yoğunluk açısından izler ve kaydeder.			
20	Hastanın yatak içerisine sızan kanaması ya da drenajı olup olmadığını kontrol eder.			

21	Dikişlerin alınması gerekiyor ise öncesinde iyileşme durumunu kontrol eder.			
22	Yara bölgesinin idrar, dışkı ve diğer atıklarla bulaşmasını önler.			
23	İnfekte ve açık yaralarda, hekim istemi doğrultusunda, yara irigasyonu yapar.			
24	Yarada ayrılma/eviserasyon ile ilgili belirti ve bulguları izler.			
25	Yarada ayrılma/eviserasyon olduğunda, yapışkan özelliği olmayan ya da serum fizyolojik ile ıslatılmış pansuman materyalini yara üzerine koyar ve hekimi bilgilendirir.			
26	İnfeksiyon riski olan ya da şüpheli durumlarda önerilen lokal (topikal) antimikrobisidler kullanır.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
DREN TAKİBİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Derin solunum ve öksürme egzersizleri sırasında drenaj yerini destekler.			
2	Cerrahi insizyon ve dren bölgesini hareket sırasında destekler.			
3	İnsizyon bölgesine/ yakınına yerleştirilen drenden gelen drenajı, renk, miktar ve yoğunluk açısından saatlik veya en geç 8 saatte bir izler ve kaydeder.			
4	Yara ve dren bölgesinden sızan kanama ya da drenaj olup olmadığını kontrol eder.			
5	Dren bölgesinde infeksiyon belirti ve bulgularını gözlemler, varlığında hekimi bilgilendirir.			
6	Beklenmeyen fazla miktarda serosanginöz tipteki drenajın iç kanama belirtisi olabileceği düşünülerek, hekimi bilgilendirir ve kaydeder.			
7	Dren içeriğini, aseptik kurallara uygun bir şekilde en geç 24 saatte bir ya da 2/3 ü doldukça boşaltır.			
8	Drenin boşaltılmasının ardından, dren çalışma sisteminin devamlılığını sağlar.			
9	Dren bölgesinin idrar, dışkı ve diğer atıklarla bulaşmasını önler.			
10	Dren çevresi idrar, dışkı vb. atıklarla kirlendi ise serum fizyolojik ile proksimalden distale doğru temizler.			
11	Pansuman değişimi ya da dren çıkarılması gerektiğinde, hastanın ağrısını değerlendirir ve yara bakımına başlamadan 30-45 dakika önce hekimin önerdiği analjezik tedaviyi ve farmakolojik olmayan yöntemleri uygular.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KENDİ KENDİNE MEME MUAYENESİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Kendi kendine meme muayenesi (KKMM) uygulama zamanı hakkında bilgi verir (Adet kanaması gören kadınlar için adetinin başladığı gün 1. gün sayılıp sonraki 7-10 gün içerisinde muayene yapılabilir. Adet görmeyen kadınlarda ve erkeklerde ise KKMM her ayın belli bir gününde yapılmalıdır).			
2	Göğüs bölgesi açık olacak şekilde ayna karşısına geçer.			
3	Ayakta düz durarak, kolları iki yana sarkıtarak ve gevşek tutarak meme başı, meme dokusu ve koltuk altlarını şekilsel bozukluk ve asimetri açısından gözlemler.			
4	Kollar bele konularak gözlem yapar.			
5	Kollar her iki yanda başın üzerine kaldırılmış şekilde gözlem yapar.			
6	Kollar her iki yanda sarkıtılarak gövde hafif öne eğilerek gözlem yapar.			
7	Anormal belirtileri gözlemler (Memede kitle görünümü, memelerden birinde anormal büyüme, memelerden birinin diğerinden anormal sarkık olması, meme cildinde buruşma ve damarlanmalarda artış, meme ucunda çukurlaşma, meme ucundan kan ve sıvı sızıntısı, meme ucu renginde değişiklik, memeye komşu lenf nodlarında büyüme ve üst kolda anormal şişlik fark etme durumunda hekim muayenesine gideceği bilgisini verir).			
8	Sırtüstü yatarak, ayakta veya duşta dokunarak muayene yapar.			
9	Memenin kendisi ve meme başlarını anormal bulgu açısından kontrol eder.			
10	Koltuk altı ve meme altı bölgelerindeki muayene alanını belirler. <ul style="list-style-type: none">Alt sınır: Meme dokusunun alt hizasıÜst sınır: Köprücük kemiğiDış sınır: Koltuk altı ortasından aşağıya inen sınırİç sınır: Göğüs orta hattı			
11	Memenin çaprazında kalan elin orta üç parmağının (işaret, orta ve yüzük parmağı) iç yüzeylerini kullanır.			
12	Parmakları birbirine yapışık ve göğüs duvarına paralel tutar.			
13	Memedeki kitleler farklı derinliklerde olabileceğinden parmaklarla aynı noktada daire çizerken üç farklı basınçta (hafif, orta, şiddetli) parmakları bastırarak hareket ettirir. <ul style="list-style-type: none">Elle sirküler teknikte meme başından başlanarak koltuk altı da dahil olacak şekilde dairesel hareket ettirir.Elle vertikal teknikte koltuk altı dış hattan başlanarak iç sınıra kadar paralel doğrusal hareket ettirir.Elle ışın tekniğinde dış sınırdan başlanarak tüm sınırlar boyunca meme başına doğru doğrusal yön izler.			
14	Meme başını hafifçe sıkarak akıntı gelip gelmediğini kontrol eder.			
15	Son olarak koltuk altını da parmakla kontrol eder (rahat olmalı, gergin olmamalıdır).			
16	KKKM uygulamasını ayda bir kez, aynı zamanlarda ve aynı muayene tekniğiyle yapar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
ÇİFT PARÇALI STOMA TORBA ADAPTÖR DEĞİŞİMİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Çift parçalı stoma adaptör değişimini etkileyen faktörleri değerlendirir (yaş, bağırsak boşaltım alışkanlığı, stromanın türü, stromanın yerleşimi, hastanın anlama ve öğrenme gibi bilişsel fonksiyonları, iletişim, hareket kısıtlılığı vb.).			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar: malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven (2 adet), su geçirmez örtü, stoma çapı ölçüm cetveli, uygun ölçülerde adaptör ve stoma torbası, ıslak gazlı bez\alkolsüz ıslak mendil, pasta \ macun, stoma pudrası, kağıt havlu\kuru gazlı bez, kıvrık uçlu makas, böbrek küvet, cilt koruyucu malzemeler (gerekli ise), stoma torbası klemp (gerekli ise), yapışkan çıkarıcı (gerekli ise), stoma kemeri (gerekli ise) el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu.			
4	Malzemeleri tepsi içinde kolay ulaşılabilir bir yere yerleştirir.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hastanın yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldivenleri giyer.			
13	Hastaya supine ya da semifowler pozisyon verir.			
14	Stoma torbasının altına su geçirmez örtü serer.			
15	Stoma torbasının yakınına böbrek küvet yerleştirir.			
16	Stoma adaptörünün çevresini, gaita sızıntısı olup olmadığı yönünde değerlendirir.			
17	Adaptörün cilde yapışan kısmı ılık su ile ıslatılmış gazlı bez\alkolsüz ıslak mendil ile nemlendirilerek gevşemesini sağlar.			
18	Pasif eldeki kuru gazlı bez ile cildi destekler; aktif el ile adaptörü yukarıdan aşağıya doğru ciltten nazikçe çıkarır.			
19	Stoma torbasını böbrek küvete atar.			
20	Stoma üzerinde dışkı varsa siler.			
21	Stomanın rengini, nemlilik durumunu, çapını, yüksekliğini, şeklini, peristomal alanı, iyileşme durumunu vb. değerlendirir.			
22	Tek kullanımlık eldiveni değiştirir.			
23	Stomanın üzerine gazlı bezi örter.			
24	Peristomal cildi, ıslak gazlı bez\alkolsüz ıslak mendil ile merkezden çevreye doğru temizleninceye kadar siler.			
25	Peristomal cildi kurular.			

26	Stomanın üzerindeki gazlı bezi kaldırır.			
27	Stoma ölçüm cetveli ile stomanın çapını ölçer.			
28	Stomanın üzerine gazlı bezi tekrar örter.			
29	Peristomal cilde stomaya özel pudra uygulamalar (cildin tahriş olduğu durumlarda cilt bariyeri uygulama).			
30	Adaptörü stomanın çapından 1,6-3 mm. daha geniş olacak şekilde keser (stoma çapına uygun hazır kesilmiş adaptör de kullanılabilir).			
31	Adaptörün yapışkan kısmındaki kâğıdı çıkarır.			
32	Adaptörün iç kısmına ince tabaka halinde pasta (macun) sürer.			
33	Pastanın (macunun) 1-2 dk. kurumasını bekler.			
34	Stomanın üzerindeki gazlı bezi kaldırır.			
35	Adaptörün ortasındaki açıklık stomayı içine alacak şekilde cilt üzerine düzgünce yerleştirir.			
36	Hastadan karnını şişirmesini ister ve stoma torbasını alttan başlayarak adaptöre takar (klik sesi duyulmalıdır) (stoma torbası; yatan hastada abdomenin yan kısmına doğru, ayaktaki hastada torba bacağa paralel, yatan ve ayağa kalkan bir hastada ise torba çapraz olarak takılabilir).			
37	Stoma torbasını geriye doğru hafifçe çekerek adaptöre sıkıca yerleşip yerleşmediğini kontrol eder.			
38	Stoma torbasının klempini kapatır (alttan boşaltması olmayan kapalı torba da kullanılabilir).			
39	Adaptörün çevresine parmaklarla nazikçe basınç uygular.			
40	Gerekli ise stoma kemeri kullanır.			
41	Malzemeleri toplar.			
42	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
43	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verir.			
44	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
45	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
46	El hijyenini sağlar.			
47	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
TEK PARÇALI STOMA TORBA ADAPTÖR SİSTEMİ DEĞİŞİMİ
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Tek parçalı stoma torba adaptör sisteminin değişimini etkileyen faktörleri değerlendirir (yaş, bağırsak boşaltım alışkanlığı, stomanın türü, stomanın yerleşimi, hastanın anlama ve öğrenme gibi bilişsel fonksiyonları, iletişim, hareket kısıtlılığı vb.).			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar: malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven (2 adet), su geçirmez örtü, stoma çapı ölçüm cetveli, tek parçalı torba adaptör sistemi, gazlı bez\alkolsüz ıslak mendil, stoma pudrası, kağıt havlu\kuru gazlı bez, kıvrık uçlu makas, cilt koruyucu malzemeler (gerekli ise), stoma torbası klempsi (gerekli ise), yapışkan çıkarıcı, stoma kemeri (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu.			
4	Malzemeleri tepsi içinde kolay ulaşılabilir bir yere yerleştirir.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiveni giyer.			
13	Hastaya supine ya da semifowler pozisyon verir.			
14	Stoma torbasının yakınına böbrek küveti yerleştirir.			
15	Stoma adaptörünün çevresini gaita sızıntısı olup olmadığı yönünde değerlendirir.			
16	Adaptörün cilde yapışan kısmını ıslatılmış ılık su ile ıslatılmış gazlı bez \alkolsüz mendil ile nemlendirerek gevşemesini sağlar.			
17	Pasif eldeki kuru gazlı bez ile cildi destekler; aktif el ile adaptörlü torbayı yukarıdan aşağıya doğru ciltten nazikçe çıkarır.			
18	Tek parçalı torba adaptör sistemini böbrek küvete atar.			
19	Stoma üzerinde dışkı varsa siler.			
20	Stomanın rengini, nemlilik durumunu, çapını, yüksekliğini, şeklini, peristomal alanı, iyileşme durumu vb. değerlendirir.			
21	Tek kullanımlık eldiveni değiştirir.			
22	Stomanın üzerine gazlı bezi örter.			
23	Peristomal cildi, ıslak gazlı bez\alkolsüz ıslak mendil ile merkezden çevreye doğru temizleninceye kadar siler.			
24	Peristomal cildi kurular.			
25	Stomanın üzerindeki gazlı bezi tekrar örter.			

26	Peristomal cilde stomaya özel pudra uygular (cilt tahrişi olduğu durumlarda cilt bariyeri uygulama).			
27	Tek parçalı torba adaptör sisteminin adaptörünü, stomanın çapından 1,6-3mm. daha geniş şekilde keser (stoma çapına uygun hazır kesilmiş adaptör de kullanılabilir).			
28	Adaptörün yapışkan kısmındaki kâğıdı çıkarır.			
29	Adaptörün iç kısmına ince tabaka halinde pasta (macun) sürer (kolostomilerde pasta (macun) her zaman kullanılmayabilir).			
30	Pastanın (macunun) 1-2 dakika kurumasını bekler.			
31	Stomanın üzerindeki gazlı bezi kaldırır.			
32	Tek parçalı torba adaptör sistemini, adaptörün ortasındaki açıklık stomayı içine alacak şekilde aşağıdan yukarıya doğru cilt üzerine yerleştirir (stoma torba adaptör sistemini; yatan hastada abdomenin yan kısmına doğru, ayaktaki hastada torba bacağına paralel, yatan ve ayağa kalkan bir hastada ise torbayı çapraz yerleştirir).			
33	Tek parçalı torba adaptör sisteminin cilde sıkıca yerleşip yerleşmediğini kontrol eder.			
34	Stoma torbasını kapatır (alttan boşaltması olmayan kapalı torbada kullanılabilir).			
35	Adaptörün çevresine parmaklarla nazikçe basınç uygular.			
36	Gerekli ise stoma kemeri kullanır.			
37	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
38	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verir.			
39	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
42	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
43	Malzemeleri toplar.			
44	El hijyenini sağlar.			
45	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:				
Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :				



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KOLOSTOMİ TORBASİ BOŞALTIMI
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	Stoma torbasının boşaltılmasını etkileyen faktörleri değerlendirir (yaş, torbanın 1\2-1\3 oranında gaita ile dolu olması, bağırsak boşaltımı alışkanlığı, stomanın türü, stomanın yerleşimi, hastanın anlama ve öğrenme gibi bilişsel fonksiyonları, iletişim hareket kısıtlılığı vb.).			
2	Ellerini yıkar.			
3	Malzemeleri hazırlar: malzeme tepsisi, tek kullanımlık eldiven, su geçirmez örtü, tuvalet kâğıdı, böbrek küvet, sürgü (gerekli ise), el antiseptiği, kirli kabı, hemşire gözlem formu.			
4	Malzemeleri tepsi içinde kolay ulaşılabilir bir yere yerleştirir.			
5	Hastanın kimliğini doğrular.			
6	Hastaya işlem hakkında bilgi verir.			
7	Hastanın mahremiyetini sağlar.			
8	Yatak frenlerini kontrol eder.			
9	Hasta yatağını bel seviyesine getirir.			
10	Çalışılacak taraftaki yatak kenarlıklarını indirir.			
11	El hijyenini sağlar.			
12	Tek kullanımlık eldiven giyer.			
13	Hasta tuvalete gidebilecek durumda ise; klozete eğilmiş şekilde ayakta durma ya da oturma pozisyonu verir. Hasta yatağa bağımlı ise; stoma torbasının altına su geçirmez örtü serer.			
14	Stomanın çevresine gaita sızıntısı olup olmadığını kontrol eder.			
15	Stoma torbasının boşaltım yapılacak ucunun altına böbrek küveti yerleştirir.			
16	Stoma torbasının alt ucunu açar.			
17	Stoma torbasının uçlarını dışarı doğru kıvrır.			
18	Gaitayı, sürgüye\klozete boşaltır.			
19	Stoma torbasının alt 5cm'lik kısmını tuvalet kâğıdı ile siler.			
20	Stoma torbasının alt ucunu kapatır.			
21	Tek kullanımlık eldiveni çıkarır.			
22	Hastaya rahat edebileceği pozisyonu verir.			
23	Yatak kenarlıklarını kaldırır.			
24	Yatağı en düşük seviyeye getirir.			
25	Malzemeleri toplar.			
26	El hijyenini sağlar.			
27	Uygulamaya ilişkin bilgileri hemşire gözlem formuna kaydeder.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :



**BARTIN
ÜNİVERSİTESİ**

**BARTIN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
CERRAHİ HASTALIKLAR HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
KOLOSTOMİ İRİGASYONU
BECERİ KONTROL FORMU**

1-Yetersiz: Basamağın hiç uygulanmaması ya da sırasında, doğru uygulanmaması.

2-Geliştirilmesi Gerekir: Basamağın doğru ve sırasında uygulanması, fakat eksikliklerin olması, eğiticinin hatırlatmasına gerek duyulması.

3-Yeterli: Basamağın duraklamadan ve yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması.

Öğrenci Adı-Soyadı:

Öğrenci No:

Uygulama Tarihleri:

İşlem Sırası	İşlem basamakları	Uygulama Sayısı		
		1	2	3
1	İrigasyon işlemini her gün aynı saatte (sabahleyin kahvaltıdan sonra) yapar (kolostomi açılmasının ardından bağırsak alışkanlığının normale dönmesiyle irigasyon uygulamasına başlanabilir. Konstipasyon gibi bağırsak boşaltımının zorlaştığı durumlarda 24 saatte bir, bu durumların dışında 48-72 saatte bir yapılması önerilir).			
2	İrigasyon yapmak için irigasyon seti ile birlikte tuvalet ya da banyoya gider.			
3	İrigasyon setini hazırlayıp, konik ucu sete takar.			
4	Su torbasını, yaklaşık olarak 750-1000 ml musluk suyu ile, suyun ısısı 37 °C civarında olacak şekilde ve bu ısıyı çok fazla aşmayacak şekilde doldurur.			
5	Su torbasını tuvalet ya da banyoda görülebilen bir yere asar.			
6	İrigasyon setinin havasını çıkarır.			
7	Setin konik ucunu suda çözünebilen kayganlaştırıcı ile yağlar.			
8	Bireyi alafranga tuvalete veya sandalyeye oturtup gerekli pozisyon almasını sağlar.			
9	Kolostomi torbasını çıkararak işleme başlar.			
10	İrigasyon setini stoma üzerine yerleşecek şekilde üstüne takar.			
11	Torbanın ucunu tuvalete/çöp kovasına bireyin bacağının arasından sarkıtarak işleme devam eder.			
12	Konik ucu yavaşça stomanın içine sokar, ucu stoma içine verilen sıvının dışarı kaçmasını önleyecek derecede sıkı tutar.			
13	İrigasyon setinin manifoldunu açarak kalın barsak içine suyu yavaş yavaş verir (suyu verme işlemi yaklaşık 5 dakika).			
14	Kramp tarzında karın ağrısı, baş dönmesi olursa sıvı vermeyi durdurur, suyun ısısını kontrol eder ve rahatladıktan sonra işleme devam eder.			
15	Su tamamen içeri verildikten sonra birkaç dakika konik ucu yerinde tutup daha sonra çıkartır.			
16	Yaklaşık 15 dakika kadar dışkının boşalmasını bekler (bu işlemden sonra irigasyon torbasının alt ve üst uçları klemlenerek birey banyo ya da tuvaletten ayrılabilir).			
17	Yaklaşık 45 dakika sonra irigasyon torbasını çıkarır, kep, bant ya da tıkaçı takar.			

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı Adı-Soyadı:

Uygulamayı Yapan Öğretim Elemanı İmza :

Kaynaklar:

1. Akyolcu, N., Aksoy, G., Kanan, N. (2011). *Cerrahi Hemşireliği Uygulama Rehberi*. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi.
2. Aygin, D., Yaman, Ö. (2020). Cerrahi Alan Enfeksiyonlarını Önlemede El Yıkama Tekniklerinin Yeri Ve Önemi. *Sakarya Tıp Dergisi*, 10(3): 520-527
3. Çelik, S. (2021). *Cerrahi Hemşireliğinde Güncel Uygulamalar*. Ankara: Çukurova Nobel Tıp Kitabevi.
4. Göçmen Baykara, Z., Çalışkan, N., Öztürk, D., Karadağ, A. (2021). *Temel Hemşirelik Becerileri*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
5. Gustafsson, U.O., Scott, M.J., Hubner, M., Nygren, J., Demartines, N., Francis, N. et al. (2019). Guidelines For Perioperative Care İn Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: 2018. *World Journal of Surgery*, 43 (3), 659-95.
6. NICE. (2020). Perioperative Care İn Adults. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng180>