



ÖZEL
BALIKLI RUM HASTANESİ VAKFI

HASTA BAKIMI HİZMETLERİ
EĞİTİM REHBERİ

2022

HASTA BAKIMI HİZMETLERİ EĞİTİM REHBERİ

Dok No: REH.13

Yayın tarihi: 01/02/2018

Rev No: 01

Rev Tarihi:07/05/2022

Rehberi Hazırlayan

Kalite Yönetim Sorumlusu

Tıbbi Biyo. Panayot Sarı

Katkıda Bulunanlar

Başhemşire.

Hmş. Nuray Caymaz

Eğitim Hemşiresi

Hmş. Derya Açar

Onaylayanlar

Başhekim

Uzm. Dr. Stati Leana

Yön. Kur. Bşk.

Konstantin Yuvanidis

İçindekiler

1. HASTA İŞLEMLERİ TALİMATI	4
2. HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI	8
3. İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ	11
4. AĞRI TANILAMASI	13
5. DEKÜBİT YARA TANILAMA, ÖNLENMESİ VE BAKIMI.....	15
6. NUTRİSYONEL BESLENME TANILAMA VE UYGULAMASI	20
7. GLASGOW KOMA SKALASININ DEĞERLENDİRMESİ.....	24
8. AĞIZ BAKIMI DEĞERLENDİRME VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ.....	26
9. ÖDEM TANILAMASI VE HEMŞİRELİK GİRİŞLERİ.....	28
10. İLAÇ GÜVENLİĞİ	31
İLAÇLARIN KARIŞMASININ ÖNLENMESİ.....	35
11. SÖZEL ORDER ALINMASI	36
12. HASTA BAKIMI TALİMATI	37
13. HEMŞİRELİK BAKIM PLANI UYGULAMASI.....	42
14. ÖZEL HASTA GRUBU BAKIMI	44
Terminal Dönem Hasta Bakımı	44
Onkoloji Hasta Bakım Süreci:.....	45
Geriatri Hasta Bakım Süreci:.....	51
Bağışıklık Sistemi Baskılanmış Hasta Bakım Süreci:.....	52
15. Palyatif Bakım.....	54
16. YATAN HASTA ÖZ BAKIMI	57
17. HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI	58
18. HASTA KISITLAMA UYGULAMASI	59
19. YAKIN GÖZLEM UYGULAMASI.....	61
20. HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİMİ.....	62
21. HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI.....	65
22. HASTA ZİYARET VE REFAKATÇI KURALLARI.....	68
23. GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ	70
24. SAĞLIK KURUMLARI ARASI HASTA NAKİL PROSEDÜRÜ	73
25. EX HASTA İŞLEMLERİ	74
26. SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI.....	77

1. HASTA İŞLEMLERİ TALİMATI

1. AMAÇ:

BALIKLI RUM HASTANESİ'nde ayaktan muayene olan hastalar, acil servise müracaat eden hastalar ve kliniklerde uygulama yapılmak üzere başvuran hastaların hastane ortamına en kısa sürede uyumunun sağlanıp, tanı, tedavi ve bakım işlemleri ile ilgili esasların belirlenerek yapılacak hizmetler için yöntem belirlenmesidir.

2. KAPSAM:

Hastaya hizmet veren tüm çalışanları kapsar

3. TANIMLAR:

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

Hasta Bakımı: Hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır. Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.

4. SORUMLULAR:

- Tüm Doktorlar
- Servis Hemşireleri
- Sağlık Personeli
- Sekreter
- Hasta bakıcı

5. FAALİYET AKIŞI:

5.1. Ayaktan Hizmet Alan Hastalar İçin Hasta Bakım Süreci

5.1.1. Hasta Kabulü:

• Polikliniklere hastalar randevulu veya randevusuz olarak başvurabilir. Randevulu çalışan polikliniklerde hastalara sekreter tarafından, doktorun programı ve müsait saatlere göre randevu verilir.

• Gelen hastalar hasta kabul bankosunda kayıtlarını yaparak poliklinik bekleme alanına yönlendirilir Hasta 65 Yaş üzerinde veya engelli ise muayenede öncelik verilir.

• Hasta kabul bankosu işlemleri "*Hasta Kabul Oryantasyon Eğitim Rehberi (REH.06)*"na göre yapmaktadır.

- Hastalar poliklinikteki ekranlardan kendi sıralarını takip ederler.
- Sırası gelen hastanın hekim tarafından muayenesi gerçekleştirilir.
- Hekim muayene bulgularını HBYS Programında ilgili formlara işler.
- Hekim, tetkik istemi söz konusu olduğunda HBYS Programında ilgili formlara işler.
- İstem söz konusu değil ise işlem sonlandırılır.

5.1.2. Analiz Değerlendirme:

• Tahakkuk işlemleri hasta kabul bankosu tarafından gerçekleştirildikten sonra işlemlere devam edilir.

- Tetkik sonuçları hekim tarafından değerlendirilir.
- Tetkik sonuçları basılı rapor halinde veya basılı cd halinde hastaya verilir.

5.1.3. Sonuç :

• Hekim muayene ve tetkik sonuçlarına göre hastanın tedavisini düzenler, kontrol gerekiyor ise bunu hasta dosyasına ve ilgili sevk evraklarına işler, gerekiyorsa hastayı diğer hizmetlere yönlendirir.

- İşlemlerin tamamlanması için hasta sekretere yönlendirilir.
- Hastaya reçetesi, e-reçete olarak yazılıp verilir.

5.1.4. Düzeltme/İptal İşlemleri:

Polikliniklerdeki hatalı ya da eksik işlemlerin iptali/düzeltilmesi için, hasta kabul kayıt birimi tarafından işlem yapılır.

5.2. Acil Servisten Yatışı Karar Verilen Hastalar İçin:

Hasta Acil Servise geldiğinde işlemleri “*Acil Servis İşleyiş Prosedürüne(AC.P.001)*” uygun olarak yapılır. Hasta ile ilgili tıbbi süreçler kayıt altına alınır. Hekim tarafından hastanın teşhisi ve hastaya yapılacak uygulamalar ve ilaçlar order ve paraf edilerek hasta dosyasına yerleştirilir. Hastanın ilgili branşın dışındaki hastalığı için kullandığı ilaçlar da var ise bu bilgilerde belirtilir. Klinik personeli hastayı evrakları ile birlikte teslim alır. İlgili klinik sekreterini arayarak hasta yatağını hazırlatır. Hasta, yatağı hazır olana kadar acil gözlem odasında tutulur ve bu süreç içerisinde hastanın yatağı hazır hale getirilir. Hasta, yatağı hazır olduğunda, hasta refakatçisi ve acil servis personeli eşliğinde “*Hasta Transfer Formu(KL.F.025)*” doldurularak “*Güvenli Hasta Transfer Talimatına (YH.T.012)*” uygun olarak ilgili servise transfer edilir.

5.3. Yatarak Hizmet Alan Hastalar İçin Hasta Bakım Süreci

5.3.1. Hastanın Servise Kabulü

Hasta acil servisten veya poliklinikten yatış işlemleri tamamlanıp geldikten sonra yataklı servise kabul edilir. HBYS üzerinden hasta yatışı onaylanır. Gerekli onamlar doldurularak hasta yatış tedavisi hakkında bilgilendirilir. Dahiliye servisi için “*Yatan hasta onam formu(YH.ON.034)*” cerrahi servisi için “*Yatan Hasta Aydınlatılmış Onam Formu(YH.ON.025)*” ve psikiyatri servisleri için “*Psikiyatri istemli Yatış Onam Formu(YH.ON.027)*” ile “*Psikiyatri istemsiz Yatış onam Formu(YH.ON.028)*” imzalatılır. Hasta ve refakatçisine hastane kuralları ve servis tanıtımı yapılır. Hastayı ilgili birim hemşiresi teslim alır. Hasta dosyası *Hasta Dosyasında Bul. Ger. Evr. Fr (YH.F.008)*’na uygun olacak şekilde hazırlanır. Eksik bilgiler hasta ve hasta yakınına sorularak doldurulup, dosyayı düzenleyerek gerekli yerlere hasta veya yakınlarının imzalarını alır. Hastanın yatış dosyası tamamlanır. Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği söylenerek ilgili hemşiresi tarafından hastaya bilgilendirme yapılır. Yatan hasta dosyasına değerlendirmeler kaydedilir.

5.3.2. Hasta Kimliğinin Doğrulanması

Tanı ve tedavi amacıyla tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır. Kimlik doğrulama, hastanede bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanmalıdır.

Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulaması: “*Hasta Kimliği Tanımlama ve Doğrulma Talimatı(HB.T.001)*”na uygun olacak şekilde yapılır.

5.3.3. Eğitimin Verilmesi Ve Kayıtların Tutulması

Yatan hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır. Hasta/hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin hususlar açısından bilgilendirilmelidir.

Yatışı yapılan her hastaya tedavi süresince ilaçları, beslenmeleri, egzersizleri, el hijyeni, sigara bırakma gibi eğitimler verilir.

Eğitim “*Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Talimatı(YH.T.015)*”na uygun şekilde “*Yatan Hasta Yakını Eğitim Planı Talimatı(YH.T.009)*” na sadık kalınarak verilir.

Hasta her ihtiyaç duyduğunda eğitimler tekrarlanır. Verilen tüm eğitimler hemşire tarafından “*Hasta ve Aile*

Eğitim Kayıt Formu(KL.F.016)” ile kayıt altına alınır. Hasta veya hasta yakını onayladıktan sonra hasta dosyasına kaldırılır.

5.3.4. Düşme Risk Faktörleri

Yatan hastaların düşme riskini azaltmaya yönelik “*Hasta Düşme Riski Azaltma Prosedürü(YH.P.004)*” uygulanır. Hastalar bölüme kabulünde itaki ölçeği ile düşme riski yönünden değerlendirilir. 16 yaş ve üzeri her hastaya “*İtaki Düşme Risk Ölçeği Değerlendirme*

Talimatına(KL.T.008) göre **“İtaki Düşme Risk Ölçeği(KL.F.015)”** doldurulur. 16 yaşından küçük hastalara **“Harizmi düşme Riski Değerlendirme Formu(KL.F.042)”** kullanılır. İtaki Düşme Riski Ölçeğine göre toplam 15 puan ve üstünde olan hastalar yüksek riskli olarak kabul edilir. Takibi ve belirli aralıklarla analizi için itaki düşme riski değerlendirme formu doldurulur. Oda kapısına dört yapraklı yonca yaprağı asılır.

Yatan hastanın düşmesi durumunda önce **“Düşme Sonrası Durum Analizi ve Değerlendirme Formu(KL.F.038)”** doldurulur. Hastanın durumu stabil hale geldikten sonra **“Düşme Olayı Bildirim Formu(KL.F.014)”** doldurularak her iki form kalite yönetim birimine gönderilir.

5.3.5. Ağrı Tanımlaması

Yatan hastalara ağrı tanımlama yapılmalıdır. Hemşire **“Ağrı Tanılama Talimatı(KL.T.009)”**a göre **“Ağrı Tanılama Takip Formu(KL.F.056)”** doldurur. Gerekli durumlarda ağrı 4 puanın altına düşene kadar takip edilir.

5.3.6. Bası Ülseri Değerlendirmesi

Yatan hasta bası ülseri varlığı veya oluşu açısından değerlendirilir. Değerlendirme **“Dekübit Yara Oluşumunu Önleme ve Bakım Talimatı(KL.T.010)”**na göre yapılır ve **“Walter Dekübit Risk Skalası Formu (KL.F.24)”** na göre bası yarası riski hemşire tarafından değerlendirilir. Bası yarasını önleme bakımı yapan hemşirenin sorumluluğundadır. Bası yarası ilk kez değerlendirildiğinde bası yarası risk **“Yatan Yetişkin Hasta Değerlendirme Formu(KL.F.049)”**na hemşire tarafından kaydedilir. Bası yarısı riskinin yüksek çıkması durumunda hastanın tedavisinden sorumlu sağlık ekibi **“Dekübitli Hasta Hemşire Bakım Formu(HB.F.013)”** ile takip eder. Hastanın açılmış bir yarası var ise **“Dekübitis Yara Belirleme Formu KL.F.023)”**na kaydedilip takip edilir. Takip sonucunda oluşan kayıtlar hasta dosyasında muhafaza edilir.

5.3.7. Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetimi;

Hastanın yatışında yanında getirdiği tüm ilaçları hekim tarafından kontrol edilir ve hastanede yattığı sürede hangisini kullanmaya devam edeceğine hekimi karar verir.

Hastanın yattığı sürece yanında ilaç bulundurulmaz.

Tüm ilaçları hemşire tarafından teslim alınır ve **“Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaç Talimatına (YH.T.018)”** göre ilaç yönetimi yapılır ve **“Hastanın Yanında Getirdiği İlaç Teslim Formu (KL.F.031)”** doldurularak ilaçlar teslim alınır.

5.3.8. Hastanın Ön Değerlendirme İşlemleri

Hemşire hastanın vital bulgularını alıp **“Hemşire Gözlem Formuna(KL.F.004)”**na kayıt eder.

Hemşire hasta veya hasta yakınında bilgi alarak **“Yatan Erişkin Hasta Değerlendirme Formu (KL.F.049)”**’nu doldurur.

Hekim hastanın anamnezini alır, muayenesini yapar ve muayene bilgilerini Hasta Dosyasına kayıt eder.

Hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler, müdahale ve tedavi işlemleri öncesi hastalar, küçük veya kısıtlı ise velisi veya vasisi bilgilendirilmekte, Aydınlatılmış Onam Formları doldurularak girişimler öncesi onamları alınır.

Bir sağlık çalışanından diğerine hastanın sorumluluğunun nakli sırasında hasta bilgileri karşılıklı doğrulanarak eksiksiz bir şekilde aktarılır. Nöbet teslim defterlerine ilgili bilgiler kaydedilir.

Eğer mümkünse hastanın (uyanık ve bilinçli ise) katılımı sağlanır.

5.3.9. Hemşire Bakım Planı

Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.

Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması; Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmaktadır. Hekim ordere ve hemşirelik bakım tanısına uygun olarak günlük planlanarak yapılmaktadır.

Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili hemşire tarafından koordineli olarak hazırlanmaktadır. Bakım planı hazırlanmasında Hemşirelik Bakım Planı Uygulama Talimatı(HB.T.003)’na uygun şekilde hazırlanır. Hazırlanan plan **“Hemşirelik Bakım Planı(KL.F.036)”**ya kaydedilir veya hazırlanmış olan

bakım planları kullanılabilir. Hazırlanan bakım planları kullanılacağında yapılan işlemler işaretlenir ne değerlendirme kısmı doldurulur.

5.3.10. İlaç Uygulamaları Ve Order Alma

Order alma, ilaç istemleri ve ilaç uygulamaları “*Güvenli İlaç Uygulama Rehberi(REH.04)*”ne uygun olacak şekilde yapılmalıdır. Hastaya uygulanan ilaçlar uygulayan hemşire tarafından servise özel hazırlanmış olan “*Tedavi Uygulama Tabelası*”na işlenmelidir.

5.3.11. Cerrahi Hasta Uygulamaları

Cerrahi servis hastaları için pre operatif, operatif ve post operatif dönemlerde “*Ameliyathane Hizmetleri Rehberi (REH.05)*”ne uygun şekilde hareket edilir.

5.3.12. Kan Ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu

Hastanın kan veya kan bileşeni transfüzyonuna ihtiyacı olduğu doktor tarafından order edilmesi durumunda önce kan transfüzyon merkezinde ihtiyaç olan ürünün stok durumu öğrenilir. Stokta olması durumunda “*Kan ve Kan Komponenti Laboratuvar Talep Formu(TM.F.002)*” doldurularak transfüzyon merkezine kan ürününün hazırlanması için gönderilir. Kan ürününün stoklarda bulunmaması durumunda kızılâydan istek yapılır veya hasta yakını kan bağışlaması için kızılıaya yönlendirilir.

Hazırlanan kan ürününü transfüzyon merkezinden alınması için “*Transfüzyon Kayıt Formu(TM.F.003)*” doldurularak laboratuara gönderilir.

Acil durumlarda kan ürününün daha hızlı hazırlanması için “*Acil Durum Kan Bileşeni İstek Formu (TM.F.007)*”nin mutlaka doldurularak doktor tarafından imzalanması gerekmektedir. İmzasız kan bileşeni talepleri normal prosedür ile hazırlanacaktır.(hazırlanma süresi min30dk)

Transfüzyon “*Transfüzyon Süreci Güvenlik Prosedürü(TM.P.004)*”na göre yapılır.ve “*Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Takip Formu (TM.F.008)*” doldurularak bir nüshası hasta dosyasında bir nüshası ise laboratuara gönderilir.

5.3.13. Enfeksiyonların Kontrolü İzlenmesi

Her hangi bir enfeksiyon varlığında hastanemizde hasta tanımlayıcı figürler kullanılır “*Tanımlayıcı Figürler Tablosu(ENF.T.045)*” ve “*İzolasyon Önlemleri Talimatına(ENF.T.030)*”na uygun olarak izolasyon protokolleri uygulanır. Hastanede tespit edilen bulaşıcı hastalıkların ihbarı Enfeksiyon Hemşiresi Gamze Doğan’a bildirilir. Hekim, bildirimi zorunlu hastalık teşhisi konulan hastaları Enfeksiyon Hemşiresi Gamze Doğan’a bildirilir.

5.3.14. Hastanın Güvenli Transferi Sağlanmalıdır

Hastanın nakli hastanın “*Güvenli Hasta Transferi Talimatı (YH.T.012)*” ve “*Ameliyathane Hasta Transferi Talimatı(AM.T.013)*”na uygun olarak aşağıdaki şekilde yapılır.

Transfer sırasında “*Hasta Transfer Formu)KL.F.025)*” doldurularak klinik hemşiresine hasta hakkında detaylı bilgi ve hastaya ait tıbbi kayıtlar varsa teslim edilir.

5.3.15. Hasta Taburculuk İşlemleri

Doktor tarafında hastanın taburcu olmasına uygun görülmesi durumunda hasta yakınına yapılan işlemlerin bir dökümü verilerek idare binasında çıkış işlemlerin yapılması için yönlendirilir. Hastaya epikriz ve dosyasının birer nüshası hazırlanarak verilir. Doktor veya hemşire tarafından gerekli bilgilendirmeler yapılır.

Doktor tarafından ilaç kullanımını hakkında ilaç kullanım tabelası hazırlanıp hastaya verilir.

Hastanın ex olması durumunda “*Ex Hasta İşlemleri Prosedürü(YH.P.008)*” uygulanır.

2. HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI

1. AMAÇ:

Hastalara, tanı ve tedavi hizmeti verilirken hastaya ait kimlik bilgilerinin doğru tanımlanması ve kimlik doğrulanması yapılarak; doğru hastaya, doğru işlem ve doğru tedavi yapılmasını sağlamak.

2. KAPSAM

Sağlık hizmeti veren tüm birimleri kapsar.

3. SORUMLULAR:

Başhekimlik

Başhemşirelik

Tüm doktorlar

Anestezi, Röntgen ve Laboratuvar uzmanları

Tüm hemşire, sağlık memurları ATT ve Ebeler

Anestezi, Röntgen, Laboratuvar teknisyenleri

4. TANIMLAR

4.1. Kimlik Tanımlayıcı: Doğru hastaya, doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, yatışı yapılan her hastada (günü birlik hastalar dahil) kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıdır.

5. UYGULAMA

5.1. Hasta Kimliğinin Tanımlanması:

5.1.1. Acil serviste hasta kimliğinin tanımlanması:

- Acil serviste kimlik ile kayıtları yapılır.
- Poliklinik hastalarının tüm kayıt işlemleri avuç içi tanıma sistemi veya kimlik ile yapılır.
- Şuuru kapalı ve küçük çocuk hastalarda ise hasta bilgileri hasta yakınlarından alınarak kaydedilir. Ayrıca hastanın TC. Kimlik numarası, nüfus cüzdanı vb. kimlik bilgileri ile de doğrulama yapılır.

5.1.2. Tahlil ve Tetkik sürecinde kimlik doğrulaması

Poliklinik muayene neticesinde veya dışarıdan tahlil veya tetkik için gelen hastalar öncelikle hasta kayıt biriminde kayıt ve ücret ödemesi sırasında kimlik fotoğrafından hasta kontrol edilir.

İşlem yapılacak hasta adı ve soyadı sorulur. Kimlikteki isim ve fotoğraf eşleşiyor ise hasta kaydı yapılır.

Tahlil ve tetkik yapılacak birimde hasta kaydı yapılmadan hastadan adı ve soyadı sorulur. Faturadaki ve sistemdeki isimler eşleşiyorsa kaydı yapılır ve tahlil veya tetkikin yapılacağı birime yönlendirilir.

Tahlil veya tetkiki yapacak olan teknik personel hastaya ad soyad sorar. Hastanın elindeki barkod veya istek formundaki isim ile eşleşiyor ise işleme başlar.

Tahlil veya tetkik sonucunun verilmesi esnasında hastadan kimlik istenir.

Sonucu 3. bir şahıs alacak ise; Gizlilik arz eden tetkikler* haricinde ki sonuçlar için hasta adı soyadı söylemesi yeterlidir

Gizlilik arz eden tetkikler için;

Hastanın kimliği

Laboratuvar sonuç kartı

Fatura ibraz etmeleri gerekmektedir.

- **Gizlilik arz eden testler:** Gebelik testi, uyuşturucu madde testleri, bulaşıcı hastalık testleri. Bu testlerin sonuçları web sitesinde de kapalıdır. Telefon ile bilgi verilmemektedir.

5.1.3. Kimlik Bilgisi Olmayan Hastalar İçin Kimlik Tanımlama:

- Hastanın hem şuuru kapalı hem de yanında hiçbir kimlik bilgisi ve yakını yok ise, Acilden hasta girişi isimsiz hasta olarak girilir ve tüm işlemler bu hasta barkodu ile yapılır.

➤ Kimliği bilinmeyen hastanın adı yerinde **isimsiz**, soyadı yerinde acil protokol defterindeki **protokol numarası** yazılır.

➤ İsimless hasta geldiğinde hastanın barkotlu kol bandındaki bilgiler ile dosya bilgileri karşılaştırılarak hastaya tetkik ve tedaviler yapılır.

➤ Ancak aynı anda isimless hastalar sayıca fazlaysa (1,2,3,4...) hastaların barkotlu kol bandındaki bilgilerle karşılaştırma yapıldıktan sonra; hastaların dosya bilgileri de karşılaştırılmalıdır. Örneğin; Kadın, erkek, çocuk, bebek, tahmini yaşı, Hastanın hangi ameliyatı olacağı vb bilgilere de bakılmalıdır.

➤ Hasta ex olmuş ise cenazenin dosya bilgilerine ve cenazeye isimless hasta barkotu yapıştırılır. Kimsesiz ve isimless cenaze olduğunda polise haber verilerek yakınları bulunmaya çalışılır.

➤ Hastanın kimlik bilgilerine ulaşıldığında, hastanın gerçek kimlik bilgileri bilgisayarda aynı hasta barkotuna hastanın asıl adı soyadı yazılarak düzeltme yapılır.

5.2 Hasta Kimlik Tanımlayıcılarının Kullanımı:

➤ Yatan hastada iki çeşit kimlik tanımlayıcı kullanılmaktadır.

– **Hasta Kimlik Bilekliği:** Yatışı yapılan her hastaya üzerinde hasta bilgilerinin olduğu hasta bilekliği takılır.

➤ **Hastanemizde kimlik tanımlayıcı olarak kullanılan renkli hasta bilekliklerin kullanımı**

– Yatışı yapılan her hastada **BEYAZ** renkli kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takılır.

– Alerjik hastalarda ise sadece **KIRMIZI** renkli kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği

➤ Kimlik tanımlayıcıda;

– Hasta adı–soyadı, Protokol numarası,

– Hastanın doktorunun adı soyadı ve yattığı bölümün adı,

– Doğum tarihi (gün/ay/yıl) doğum yeri yer alır.

➤ Hastanın bileğinde takılmayı engelleyecek sorun olduğunda(ödem vb) hasta kimlik tanımlama bilekliği hasta yatak başına konulur.

➤ Yatan hastalarda Ex olan hastaların, kimlik tanımlayıcı bilekliği çıkarılmadan morga gönderilir.

➤ Acilde yatışı yapılmadan ex olan hastaların, kayıta tanımlanmış hasta barkodu ile morga gönderilir.

5.3 Hasta Kimliğinin Doğrulması:

➤ Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

➤ Yatan hastaların kimlik doğrulama işleminde; Klinik ve yoğun bakımda yatan hastalarda, hasta bilekliğindeki barkotlu kimlik tanımlayıcıdaki bilgiler ile kimlik doğrulama yapılır.

➤ Hastanın bileğinde takılmayı engelleyecek sorun olduğunda(ödem vb) kimlik doğrulama hasta yatak başında bulunan hasta kimlik tanımlayıcısındaki bilgiler kullanılır ve dosyasındaki kimlik fotokopisindeki resim ile kimlik doğrulaması yapılır.

5.4 Hasta Ve Ailesinin Kimlik Tanımlayıcılar Konusunda Bilgilendirilmesi:

➤ Hasta ve ailesine kimlik tanımlayıcının kullanımı, korunması, değiştirilmesi ve çıkarılması konusunda bilgi verilir. Hasta Eğitim Formunda Hasta ve Refakatçi Bilgilendirmesi; Hasta Bölüm Uyum Eğitimi konuları içinde anlatılır.

5.5 Kimlik Tanımlayıcının Şu Durumlarda Değiştirilir:

➤ Bileklik zarar gördüğünde, (kopma vs)

➤ Enfekte materyal sızradığında,

➤ Etiket okunamayacak kadar zarar gördüğünde,

➤ Klinik değiştiğinde bileklik değiştirilir.

➤ Tedavi sürecinde **alerji tespit edildiğinde** beyaz kimlik tanımlayıcı bilekliği çıkarılarak; Sisteme alerjisi olan maddeler kaydedilir. Yeni çıkartılan barkod ile kırmızı kimlik tanımlayıcı hasta bilekliği takılır.

5.6 Kimlik Tanımlayıcı Hasta Bileğinden Şu Durumlarda Çıkarılır:

➤ Hastanın bileğinde takılmayı engelleyecek sorun olduğunda (ödem vb) yatak başına konmak üzere çıkarılır.

➤ Hasta taburcu çıkışlarında hasta klinikten ayrılmadan önce bileklik çıkarılır.

5.7 Kimlik Tanımlayıcısında Kullanılan Renkli Etiket Uygulaması:

➤ Düşme riski olan hastaların kapılarına YEŞİL YONCA etiketi yapıştırılır.

➤ Temas izolasyonlu hasta için KIRMIZI YILDIZ,

➤ Solunum izolasyonlu hasta için SARI YAPRAK,

➤ Damlacık izolasyonlu hasta için MAVİ ÇİÇEK

➤ Sıkı temas izolasyonlu hasta için UĞUR BÖCEĞİ etiketleri kullanılır.

Hastanenin tüm birimlerinde kimlik tanımlayıcısındaki bu etiket renklere de bakılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

3. İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ

1. AMAÇ

Balıklı Rum Hastanesi kliniklerinde olan ve olabilecek hasta düşmeler için alınacak önlemlerinin esaslarını belirlemeyi amaçlar.

2. KAPSAM:

Tüm personeli ve yatan hastaları kapsar.

3. SORUMLULAR:

Hasta Güvenliği Komitesi, Kalite Yönetim Birimi, başhekimlik ve tüm hemşire ve sağlık personelleri

4. UYGULAMA:

Hasta ilk defa kliniğe kabul edildiğinde ilgili sağlık personeli tarafından **“İtaki Düşme Risk Ölçeği”(KL.F.015)** düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir, hasta ve hasta yakınına düşme riski ve alınacak önlemler ile ilgili eğitim ve broşür verilir.

4.1 Hasta düşme riskini artıran faktörler;

➤ Minör Risk Faktörler

- 65 Yaş Üstü
- Bilinç Kapalı
- Son 1 ay içinde düşme öyküsü
- Kronik Hastalıklar(Hipertansiyon, DM, Dolaşım Sistemi, Sindirim Sistemi, Artirrit, Paralizi, Depresyon, Norolojik Hastalıklar)
- Ayakta /yürürken fiziksel desteğe(yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı
- Üriner / Fekal Kontinans bozukluğu
- Görme durumu zayıf
- Kullandığı İlaçlar (4’ den fazla ilaç kullanımı)
- Hastaya bağlı 3’ün altında bakım ekipmanı (IV İnfüzyon, Sokunum Cihazı, Kalıcı Katater, Göğüs Tüpü, Dren, Perfizatör, Pacemaker vb.)
- Yatak korkulukları bulunmuyor, çalışmıyor
- Yürüme alanlarında fiziksel engeller

➤ Majör Risk Faktörleri

- Bilinç açık kopere değil
- Ayakta yürürken denge problemi
- Baş dönmesi var
- Ortostatik hipotansiyon
- Görme engeli
- Bedensel engel
- Hastaya bağlı 3’ün üstünde bakım ekipmanı
- Son bir hafta içinde riskli ilaç kullanımı(Psikotropolar, narkotikler, Benzodiazepinler, Nöroleptikler, Antikoagülanlar, Narkotik Analjezikler, Diüretikler/Laksatifler, Antidiabetikler, Santral venöz sistem ilaçları, Kan basıncı düzenleyici ilaçlar)

Ölçek hasta düşmelerine neden olabilecek risk faktörlerini içerecek şekilde, toplam 19 risk faktöründen oluşmaktadır. Risk faktörleri majör ve minör olarak kategorize edilerek minör risk faktörlerine 1 puan, majör risk faktörlerine ise 5 puan verilmiştir. Risk faktörlerinin değerlendirilmesi sonucu elde edilen toplam puan üzerinden düşük ve yüksek olmak üzere iki risk düzeyi belirlenmiştir. Hasta düşme riski değerlendirmesi sonucunda 5 ve 5 ‘in üstü saptanan hastalar yeşil yapraklı yonca figürüyle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısında bulunmalıdır

➤ Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalı ve her defasında yeni bir form kullanılmalıdır.

- Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme),
- Post- Operatif dönemde,
- Bölüm değişikliğinde,
- Hasta düşmesi durumunda,
- Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde,

4.2 Düşük düşme risk (0-4 puan) grubu içine giren hastalar için standart önlemler alınır. Bu kategorideki hastaların düşme riski değerlendirmesi 4.5 deki koşullar oluşmadığı sürece 24 saatte bir yapılır.

Standart önlemler:

- Yerler temiz ve düzenli olmalıdır.
- Hastanın sık sık kullanacağı eşyalar yakınına yerleştirilmeli.
- Hasta zili hastanın kolay ulaşabileceği yere konulur.
- Hasta yardım istemesi konusunda bilgilendirilir.
- Kaymayan ayakkabı veya terlik kullanması sağlanır.
- Hastanın hijyen, tuvalet v.b ihtiyaçları için destek olunur.
- Eğer gereksiz ise ortamdaki fazla malzemeler uzaklaştırılır.
- Yatak ve tekerlekli sandalyelerin tekerlekleri kilitli tutulur.

4.3 Yüksek (5 – 5' in üstü puan) risk grubu içine giren hastalara standart önlemlerin yanı sıra :

- Hasta hemşire deskine yakın bir odaya alınır.
- Çalışanlar düşme riski yüksek olan hastalar konusunda bilgilendirilir.
- Hasta yatağı en alt seviyeye getirilir.
- Hasta yakını kalamıyorsa, hastaneden bir görevli hasta başında bulunur.
- Saat başı ziyaret edilir.
- Oda kapısı açık tutulur.
- Oda ışıklandırması artırılır.
- Hasta ve yakınları güvenlik önlemlerine itiraz ederse, itirazlarını belirten tutanağı tutulur.
- Orta ve yüksek düşme riskli hastaların kapılarına “düşme riski figürü (yeşil yapraklı yonca)” asılmalı.

▪ Yüksek düşme riskli hastalar için yatak kenarlıkları arasından kayıp düşmeleri önlemek için yatak kenarlarında minderler kullanılır. Özellikle yoğun bakım ve nöroloji servisindeki hastalarında daha dikkatli olmak gerekir.

▪ Bu kategorideki hastaların düşme değerlendirmesi 4.5 deki koşullar oluşmadığı takdirde 12 saatte bir yapılır.

➤ Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Düşme Sonrası Durum Analiz Değerlendirme Formu** (KL.F.038) doldurulur. Düşen hasta ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumunun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir ve **“Düşme Olayı Bildirim Formu”**(KL.F.014) doldurularak en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır.

➤ Kısıtlama en son çözüm olarak kullanılır. **“Hasta Kısıtlama Talimatı”**(KL.T.004) doğrultusunda hareket edilir.

4. AĞRI TANILAMASI

1.1. AMAÇ

Balıkli Rum Hastanesi kliniklerinde yatan hastaların ağrı seviyelerinin belirlenmesi ve ağrı yönetiminin yapılmasını amaçlar.

1.2. KAPSAM

Balıkli Rum Hastanesi kliniklerinde yatan tüm hastaları kapsar.

1.3. SORUMLULAR

Klinik sorumlu hemşireleri, klinik hemşire ve klinik doktorları.

1.4. TANIMLAR

Ağrı: Vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan emosyonel bir duyumdur. Ağrı 5. yaşam bulgusu olarak değerlendirilir.

Ağrı Değerlendirme: Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Ayaktan/Yatan hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk klinik değerlendirmesinde, uygun ağrı skalaları kullanılarak değerlendirilmesidir.

1.5. UYGULAMA

Ağrı değerlendirmesini hemşire, yatan hasta katlarında “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” nda bulunan ağrı skalalarını kullanılarak yapar. Hastaların ağrısı değerlendirilirken bütüncül yaklaşımda bulunulur, hastalığa odaklanılmaz. Hastanın ağrısı var ise; “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” nda yer alan değerlendirme kriterlerine göre, hastanın yaşına ve bilinç durumuna uygun ağrı değerlendirme skalası kullanılarak hastanın ağrı skoru belirlenir:

1.1. Değerlendirme

Numerik Skala: 14 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen dil engeli olmayan hastalarda ağrı şiddetini belirlemek için numerik skala kullanılır. 0’dan 10’a kadar numaralanmış bu skala da 0 hiç ağrı yok, 10 ise en şiddetli ağrıyı ifade eder. Ağrı skorunu hastanın kendisinin 0-10 arasında bir değer vermesi istenir.

Yüz Skalası: 3-14 yaş arası çocukların ağrı skorunu belirlemek için yüz skalası kullanılır. Gülen yüzden ağlayan yüze kadar 6 yüz ifadesi bulunmaktadır. Gülen yüz hiç ağrı yok, ağlayan yüz en şiddetli ağrıyı ifade eder.

Davranışsal Skala: 4 ay - 3 yaş arasındaki kendisini ifade edemeyen çocuklarda ve iletişim kurulamayan geriatric hastalarda davranışsal skala kullanılır. Ağrı şiddetini hastanın davranışlarına göre hemşire belirler. Her bir duruma 0-2 arası puan verilerek toplam ağrı puanı belirlenir.

1.2. Ağrı takibi

Dört saatte bir rutin yapılan hemşire takip değerlendirmelerinde hastanın o anki ağrı skoru “*Hemşire Gözlem Formu (KL.F.004)*”na işlenir. Hastanın ağrısı 0 puan ise “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” doldurulmaz.

1-3 puan arası skor için iki saatte bir “*Hemşire Gözlem Formu (KL.F.004)*”na takibi yapılır.

4 ve üzeri ağrıda “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” doldurulur ve ağrı düzeyi 4 ün altına düşene kadar hasta takip edilir.

Hastanın ağrı değerlendirmesi yapılırken; ağrı algısını kişiden kişiye değişebileceği, herkesin ağrı eşiğinin aynı olmadığı, ağrı algısının sosyo-kültürel durum, eğitim gibi özelliklerin de etkileyebileceği göz önünde bulundurulur. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedaviye ek olarak nonfarmakolojik yöntemler hemşire tarafından belirlenerek bakım planı oluşturulur.

Ağrının yeniden değerlendirilmesi takibinde ilaç uygulama ya da ilaç dışı uygulamalarda “*Ağrının Yeniden Değerlendirme Sıklığı*” göz önüne alınır. Ancak hastaya ilaç uygulaması yapıldığında doktorun belirttiği süreler dikkate alınarak, ilaç sonrası ilk ağrı değerlendirmesi yapılır. Sonrasında ağrı giderilinceye kadar ya da 4 puanın altına düşürülünceye kadar ağrının yeniden

değerlendirme sürelerine göre “**Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)**” na hemşire tarafından hastanın ağrı skorları kayıt edilir.

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların ağrı değerlendirmesi hastanın yaşına ve iletişim yeteneğine uygun olan ağrı skalası ile rutinde saatlik değerlendirilir ve ilgili “**Hemşire Gözlem Formu (KL.F.004)**”na kayıt edilir. Yeniden 3 puanın üzerinde ağrı saptanırsa “**Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)**” ile ağrı yönetimi sağlanır.

5. DEKÜBİT YARA TANILAMA, ÖNLENMESİ VE BAKIMI

1. AMAÇ:

Uzun süre yatarak tedavi olan hastalarda oluşabilecek dekübit ülserlerinin ve bası yaralarının gelişimini önlemek, geliştiği takdirde yapılması gerekenleri belirtmektir

2. KAPSAM

Hastanemizde yatarak tedavi gören tüm hastaları kapsar.

3. SORUMLULAR:

Hastanemizde çalışmakta olan tüm hemşireler,
Hasta bakımında görev alan yardımcı personel.
Birimlerden sorumlu hemşireler
Hasta ve çalışan güvenliği komitesi
Enfeksiyon kontrol komitesi

4. TANIMLAR:

Bası Yarası: Deri ve deri altı kemik bulunan bölgelerde aşırı ve uzun süreli bası sonucu dokularda iskemi ve ülserasyon oluşmasına bası yarısı veya **dekübit** denir. Bu yalnızca yatan hastalarda değil , oturan veya basıya maruz kalan her hastada ve her bölgede oluşmaktadır.

5. UYGULAMA

5.1. Temel İlkeler

Hastanın ilk değerlendirmesi sırasında 5 yaşından büyük hastalar ve yetişkin hastalar **“Walter Dekübit Risk Skalası Formu (KL.F.24)”** göre değerlendirilir. Daha sonra haftada bir veya hastanın günlük bakımı sırasında son değerlendirmeye göre farklı bir durum saptanırsa yeniden değerlendirme yapılmalıdır.

Riskli bölgeler basınç ve travmalardan korunmalıdır.

Risk altındaki her hastanın pozisyonu hekim isteminde belirtilmedikçe iki saatte bir değiştirilmelidir.

Hasta ve/veya ailesi önleme faaliyetlerine yönelik bilgilendirilmelidir.

5.2. Değerlendirme ve Takip

“Walter Dekübit Risk Skalası Formu (KL.F.24)” na göre bası yarısı riski hemşire tarafından değerlendirilir. Bası yarısını önleme bakımı yapan hemşirenin sorumluluğundadır. Bası yarısı ilk kez değerlendirildiğinde bası yarısı risk **“Yatan Yetişkin Hasta Değerlendirme Formu(KL.F.049)”**na hemşire tarafından kaydedilir. Bası yarısı riskinin yüksek çıkması durumunda hastanın tedavisinden sorumlu sağlık ekibi **“Dekübitli Hasta Hemşire Bakım Formu(HB.F.013)”** ile takip eder. Hastanın açılmış bir yarısı var ise **“Dekübitis Yara Belirleme Formu KL.F.023)”**na kaydedilip takip edilir. Takip sonucunda oluşan kayıtlar hasta dosyasında muhafaza edilir.

5.3. Bası Yarasının Klinik Sınıflandırması

EVRE I: Ciltte bütünlük bozulmamıştır, kızarıklık aşamasındadır. Kızarıklık basınç kalktıktan sonrada 30 dakikadan fazla kalır, ciltte ısrarlı renk bozukluğu vardır. (İnflamasyon)

EVRE II:Bu aşama da epidermis, dermis veya ikisini de kapsayacak şekilde kısmi cilt kaybı vardır.Ülser yüzeyseldir ve klinik olarak abrazyon, kabarcık, ve derin olmayan krater gibidir.

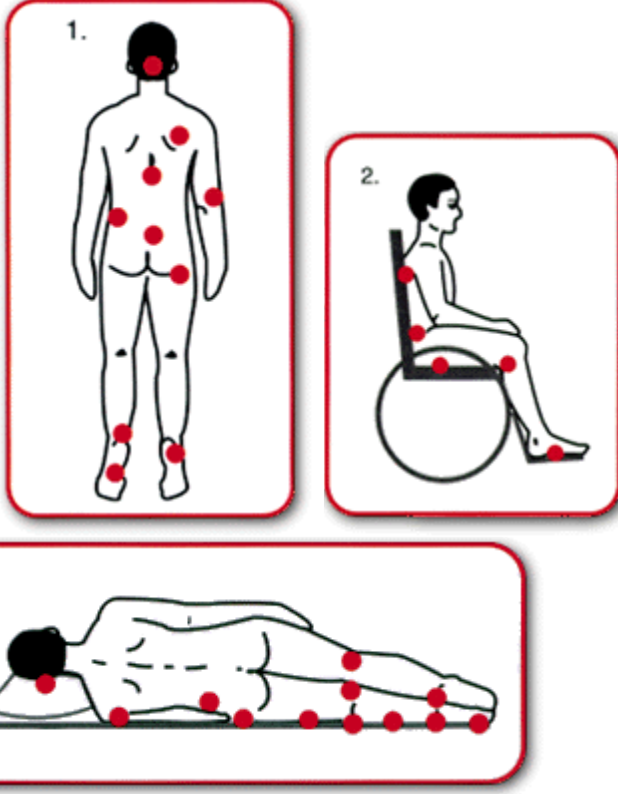
EVRE III:Cildin tüm katmanlarında tam kayıp vardır, dokularda şiddetli yıkım vardır, adale, kemik, tendon, ve eklem kapsülleri zarar görmüştür. Derin bir krater görünümündedir.Bu aşamada nekrotik dokular, sinus tract oluşumu, eksuda ve enfeksiyon vardır.Yara yatağı genellikle ağrısızdır.

EVRE IV: Cildin tüm katmanlarında tam kayıp vardır,dokularda şiddetli yıkım adale, kemik, tendon, ve eklem kapsülleri zarar görmüştür.Derin bir krater görünümündedir.Bu aşamada nekrotik dokular,eksuda ve enfeksiyon vardır.Yara yatağı genellikle ağrısızdır.

EVRE V:Tünelleşmiş Evre IV bası ülseri mevcuttur.

Riskli hastaların kişiye özel tedavi planlarının(koruyucu tedbirler dahil) 24 saat içinde yapılması gerekir;Çünkü,bası ülserlerinin çoğu 24-48 saat içinde gelişmektedir.

5.4. Bası Yarasının Oluşma Riskinin Yüksek Olduğu Bölgeler:



5.5. Bası Yarası Riski Olan Hastalar

Hiper tansiyon ve ilerlemiş diyabet

Aşırı obez ve kaşektik hastalar

75 yaş ve üstü hastalar

Eski dekübit anamnezi olan

Yetersiz O₂ beslenmesi(KOAH)olanlar

Herhangi bir travma sonucu politravmalı hastalar

CVA olan hastalar

Hareketi kısıtlı olan yatalak hastalar(idrar ve gaita inkontinansı)

Beslenme bozukluğu olan hastalar

Hipoproteinnemisi olan hastalar

Metabolizma bozukluğu elektrolit dengesizliği (herhangi bir organ yetmezliği) olan

5.6. Bası Ülserinin Değerlendirmesi:

a-Yeri,derinliği

b-Ebatı

c-Evresi

d-Durumu

e-Kokusu

f-Eksudanın miktar ve tipi

g-Civardaki dokuları değerlendirmek gerekir

Bası yarasının en ucuz ve kolay tedavi şekli **bası yarasını önlemektir**. Etkin önleme programının gerekli elemanları: Uygun bir tıbbi bakım ve iyi bir hemşirelik bakımındır

5.7. Uygun Tıbbi Bakım

Malnutrisyonun önlenmesi

Anemi tedavisi

Spastisite tedavisi(Döndürme-çevirme) Ödem

Psikolojik

5.8. Hemşirelik Bakımı Ve Eğitimi

Basınç bölgelerinin tanınması

Walter skalasının uygulanması

Riskli hastaların belirlenmesi

Cilt bakımının sağlanması

Hastaya uygun pozisyon verilmesi

Hava dolaşımı yataklarının kullanılması

Beslenmenin düzenlenmesi

Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi

Kayıt tutulması

5.8.1. Basınç bölgelerinin tanınması

Basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, bası yaralarının en sık gözlendiği bölgeler sakrum, topuklar, iskium ve trokanterlerdir. Daha az sıklıkla dirsekler, skapulanın üzeri, oksipital bölge, omuzlar ve dizlerde de gözlenebilir

5.8.2. Walter skalasının uygulanması

Walter skalası her yatan hastaya uygulanır. *“Yatan Yetişkin Hasta Değerlendirme Formu (KL.F.049)”* na hemşire tarafından kaydedilir.

Walter skalasında 10 den düşük puan alanlar risk altında kabul edilir ve 10 dan düşük puan alan hastalar bası yarası yönünden her gün takip edilir.

5.8.3. Cilt bakımının sağlanması

• Cildin izlenmesi ve değerlendirilmesi; Renk, yanık, kabarcık, şişlik, sivilce, morluk çürüme, kesik kontrol edilmelidir. Hastanın cildi her gün hiperemi açısından gözlemlenmelidir.

• Haftada en az 2 kere banyo yapılmalı ve su sıcaklığı kontrol edilerek tahriş etmeyen, yumuşak sabunlar kullanılıp, banyo sonrası nemlendirici krem kullanılmalıdır.

• Ayak ve tırnak bakımı günlük yapılmalıdır.

• İnkontinans sonrasında perine temizliği hemen yapılmalı cilt kesinlikle nemli ve ıslak bırakılmamalıdır.

• Pamuklu, hava geçirgen, emici giysiler tercih edilmeli,

• Naylon, sentetik gibi çabuk tutuşabilen kumaşlardan uzak durulmalı, dar giysilerden kaçınılmalı, fermuarlı ve düğmeli giysilere dikkat edilmelidir.

• Protez-ortez ve ayakkabı kullanımından sonra cilt mutlaka kontrol edilmelidir.

• Yer değiştirirken hastanın kendini kaydırmaması sağlanır.

• Kirli ve ıslak iç çamaşırlarını değiştirilmesi sağlanır.

• Kıyafetlerinin hastaya tam uyması kontrol edilir, küçük gelip sıkılaşmasına dikkat edilir

• Gövdesinin tekerlekli iskemleye ve cihazlara tam uymasına dikkat edilir.

• Oturduğu yerlere bir yastık yada oturma minderi kullanılır.

• Oluşabilecek yanıklardan kaçınılır.

5.8.4. Yaranın temizlenmesi;

Temiz Yarada; Serum fizyolojik,Distile su,

Enfeksiyon ve Nekrotik Doku Varsa;

Enfeksiyon : antiseptik(povidon iodine), okside edici (hidrojen peroksit vb.) .

Nekrotik yara : enzimler.

5.8.5. Pansumanın uygulanması;

Uygulanan Pansuman; Nemli ortamı sağlayan, yeterli perfüzyonu ve beslenmeyi sürdüren, kontaminasyonu engelleyen, dış etkenlerden koruyan özellikte olmalıdır.

Malzemeleri hazırlayınız. (pansuman seti, baticon, izotonik, enjektör, steril sanç, pomad, steril eldiven, plaster, steril ped)

Hastaya işlemi anlatınız.

Ellerinizi yıkayınız steril eldiven giyiniz sterilizeye dikkat ediniz.

Yarayı izotonikle yıkayınız.

Islak kalmaması için steril spançla kurulayınız.

Yarayı içten dışa doğru baticonla siliniz. Steril spançla kurulayınız.

Doktor istemine göre pomad sürünüz.

Yarayı pedle kapatarak (doktor istemine göre açıkta kalabilir) işlemi sonlandırınız.

Yara bası altında kalmayacak şekilde yara bölgesine pozisyon veriniz.

Malzemeleri kaldırınız. Atıkları tıbbi atık çöpüne atınız.

Ellerinizi yıkayınız işlemi kayıt ediniz.

5.8.3. Hastaya uygun pozisyon verilmesi

Pozisyon verirken;

- Yatan hastaların pozisyonu 2 saatte bir değiştirilmelidir.
- Döndürürken Hasta yuvarlanır, sürüklenip çekilmez (makaslama kuvvetleri)
- Uyuma esnasında yüzüstü pozisyon tercih edilmelidir.
- Pozisyon verirken basıncın abdomen, sırt ve ekstremitelere eşit dağılımı sağlanmalı;
- Ara çarşaf kullanılmalıdır.
- Simit şeklinde minderler (kan akımını azaltacağından) tercih edilmez.
- Renk değişikliği veya kızarıklık 30 dk. dan fazla devam ediyorsa, normal rengine dönünceye kadar basıdan uzak tutulmalıdır
- Dikkatlice değerlendirilmelidir! Yatak çarşafları düzgün, kuru, temiz, ve kırıksız olmalıdır.
- Çarşaf, yatağın özelliğini kaybetmeyeceği gerginlikte olmalıdır. Her sabah:

ÇEVİRME-POZİSYON VERME



5.8.4. Hava dolaşımı yataklarının kullanılması

- Evre I ve II bası yaralarının engellenmesi konservatif yöntemlerle mümkündür.
- Bunun için; yatak ve tekerlekli sandalye destek yüzeylerinin uygun kullanımı gereklidir.

İdeal destek yüzeyi

- Dokudaki bası dağılımını kontrol etmeli
- Kemik yüzeylerin altındaki basıyı en aza indirmeli
- Sürtünme ve makaslama kuvvetlerini asgariye indirmeli
- Transferlere engel olmamalı, hareketleri sınırlamamalı
- Hemşirelik ve bakım hizmetlerini engellememeli
- Dokudaki sıcaklığı kontrol etmeli, havalanma sağlamalı
- Cilt yüzeyinde nemi kontrol etmeli
- Hafif olmalı
- Dayanıklı olmalı
- Kolay temizlenebilir ve muhafaza edilebilir olmalı
- Maliyeti makul olmalı.

5.8.5. Beslenmenin düzenlenmesi

Hastanın ilk değerlendirilmesi yapıp basıya karşı önlemler alındıktan sonra hekim ve diyetisyen önerisi doğrultusunda beslenme durumu düzenlenir.

5.8.6. Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi

Hastaya basınç bölgeleri, pozisyon uygulama, cilt bakımı, yara bakımı ve beslenme düzenlenmesi hakkında bilgi verilir.

6. NUTRİSYONEL BESLENME TANILAMA VE UYGULAMASI

1. UYGULAMALAR

1.1. Genel Esaslar

- “Enteral Nutrisyon” ve “Total Parenteral Nutrisyon” öncesi “Doktor Direktifleri” alınır.
- Enteral ve Total Parenteral Nutrisyon ihtiyacı servise yatan hastanın malnutrisyon değerlendirilmesinden sonra (NRS-2002) “Nutrisyon Destek Ekibi” tarafından belirlenir.
- Parenteral nutrisyon için santral ven kateteri gerekir. Santral ve kateterinin takılmadığı/takılmadığı durumlarda (IV) perifer yolu kullanılır.
- Enteral nutrisyon için gastrointestinal traktus’a konulacak sonda gerekir.
- Nutrisyon türü ve uygulama yolu ile ilgili hasta/hasta yakınlarına doktor tarafından ayrıntılı bilgi verilir ve olası komplikasyonlar hakkında aydınlatılır.

1.1.1. Enteral Beslenme Yolları

- Nazogastrik
- Orogastrik
- Nazoduodenal
- Nazojejunal
- Perkütan Endoskopik Gastrostomi (PEG)
- Perkütan Endoskopik Duodenostomi (PED)
- Perkütan Endoskopik Jejunostomi (PEJ)

1.1.2. İşleyiş

- Servis hemşiresi tarafından beslenme değerlendirmesi yapılır.
- Hastanın nutrisyon durumu için “**Dok No:KL.F.060 NRS-2002**” yapılarak malnutrisyon araştırılır.
- Malnutrisyon yok ise; (NRS-2002 skoru<3)
- İleri bir işlem yapılmaz. Hasta haftalık takip edilir.
- Malnutrisyon var ise; (NRS-2002 skoru≥3)
- Kat doktoru tarafından hastanın doktoru bilgilendirilir ve yazılı direktif alınır.
- Kat doktoru tarafından nutrisyon hemşiresi’ne bildirilir.
- Nutrisyon hemşiresi nutrisyon destek ekibini haberdar eder ve nutrisyon destek ekibi tarafından 24 saat içinde değerlendirme yapılır.
- Nutrisyon destek planı yapılır
- Uygulama servis hemşiresi tarafından nutrisyon hemşiresi kontrolünde yapılır.
- Biyokimyasal parametreler servis hemşiresi tarafından kaydedilir.
- Kontrol nutrisyondan sorumlu diyetisyen tarafından yapılır.
- Tekrar değerlendirme nutrisyon destek ekibi tarafından yapılır.
- Yoğun bakım doktorları nutrisyon destek ekibi ile birlikte koordineli çalışır.

1.2. Nutrisyon Ekibinin Yapısı

Nutrisyon Ekibi;

Genel Yoğun Bakım Doktorları

Nutrisyon Hemşiresi

Diyetisyenler

Eczacılar ve

Nutrisyon Ekibine dönemsel katılacak olan 1 kat doktorundan oluşur.

1.2.1. Nutrisyon Ekibinin Görevleri

Hastaneye çeşitli patolojileri nedeniyle yatmış olan hastalarda malnütrisyon ya da malnütrisyon riski tespit edildikten sonra bu hastalara nutrisyon planı oluşturmak, uygulamak, takibini yapmak ve nutrisyon desteğinin sonuçlarını incelemek ve etkinliğini devam ettirmektir.

1.3. Pediatrik ve Yetişkin Nutrisyon Desteği

1.3.1. Pediatrik ve Yetişkin Enteral Nutrisyon

1.3.1.1. Kullanılan Malzemeler

Pompa ile beslenecek ise:

Nutrisyon pompası seti (1 adet)
Steril olmayan eldiven (2 çift)
Böbrek küvet (1 adet)
Plastik veya kağıt bardak (2-4 adet)
50 ml.'lik irrigasyon enjektörü (1 adet)
Kağıt havlu /peçete
Doktor istemine uygun besin bileşiği
Stetoskop
Su

Ayaklı serum askısı

Enjektör ile beslenecek ise:

50 mL.'lik irrigasyon enjektörü (1 adet)
Steril olmayan eldiven (2 çift)
Böbrek küvet (1 adet)
Kağıt havlu /peçete
Doktor istemine uygun besin bileşiği
Stetoskop
Su

Plastik veya kağıt bardak (2-4 adet)

1.3.1.2. Gavajla Besleme İşlemi İçin Hazırlık

“Doktor Direktifleri” alınır.

Kutu veya toz besin Eczane temin edilir.

Hastanın primer hastalığına ilişkin (karaciğer hastalığı, kısa barsak sendromu, inflamatuvar bağırsak hastalığı, kronik böbrek hastalığı vb.) özel besin ayarlaması doktor direktiflerine göre yapılır.

“Genel ve Cerrahi El Yıkama / Eldiven Giyme ” talimatına göre eller yıkanır.

Besin toz şeklinde ise:

Prospektüsüne uygun şekilde sulandırılır.

Mikser var ise;

Mikserden geçirilir.

Mikser yok ise;

İyice çalkalanır.

Besin kutu/şişe içinde ise;

İyice çalkalanır.

Besin mutfakta hazırlanmış ise;

Buzdolabından çıkarılır.

Kullanılacak miktarda besin bardağa boşaltılır.

Kalan besin tekrar buz dolabına konur.

Oda sıcaklığında olması sağlanır.

Pompa ile beslenecek ise;

Askıya nutrisyon pompası dikkatlice takılır.

Gavaj torbası açılır, klemp kapatılır.

Besin çalkalanarak torba içine dökülür.

Besin içine direktif edilmiş ek bir madde (örn: tuz, ilaç gibi) var ise eklenir.

Direktif edilen miktarda içme suyu eklenir.

Gavaj torbası askıya asılır, klemp açılır, torbanın havası çıkartılarak klemp tekrar kapatılır.

Torbanın üzerine besinin içeriği, içine eklenen maddeler, saatte kaç mL verileceği, hastanın adı, oda numarası ile hazırlayan kişinin adının baş harfi ve soyadı, takılış tarihi ve saatini içeren ilaç kartı yapıştırılır.

Gavajla Besleme

Malzemeler alınır, hasta odasına gidilir.

Uygulayıcı kendisini tanıtır.

Hastaya ismi ile hitap edilerek ve isim bileziğine bakılarak kimliği kontrol edilir.

Uygulanacak işlem açıklanır.

Hasta oturabiliyor ise;

Oturur pozisyon verilir.

Hasta oturamıyor veya oturmaması gerekiyor ise;

Yükseltip sağ lateral pozisyon verilir.°• Baş 30

Hastaya pozisyon verilemiyor ise;

Doktora bildirilir.

Tüpün yerinde olup olmadığı kontrol edilir.

Mide tüpü yerinde değil ise;

İşlem durdurulur yeni tüp takılır.

Mide içeriği enjektör ile çekilir.

Yetişkin hastalarda mide içeriği 100 mL'den veya son verilen besinin yarısından fazla ise: (Pediatrik hastalarda mide içeriği son verilen besinin 1/ 4'den fazla ise);

Durum Doktor'a bildirilir.

Pompa ile beslenecek ise;

Hazırlanmış nutrisyon pompası hastanın yanına getirilir.

Mide tüpü ucuna böbrek küvet yerleştirilir.

Mide tüpü ve gavaj torbası ucundaki kapak çıkarılır.

Gavaj torbasının ucu mide tüpü ucuna takılır ve iyice sıkıştırılır.

Akış hızı ayarlanır ve kontrol edilir.

Nutrisyon pompası çalıştırılır ve beslenme başlatılır.

Nutrisyon pompasının çalışması 3-5 dk. izlenir.

Enjektör ile beslenecek ise;

Hastaya verilecek miktarda içme suyu bardak içine boşaltılır.

Mide tüpü ucuna böbrek küvet yerleştirilir. Böbrek küvet altına kağıt havlu konur.

İrrigasyon enjektörüne besin çekilir ve havası çıkarılır.

Mide tüpü klempe edilerek ucundaki kapak çıkarılır, enjektör mide tüpü ucuna yerleştirilir.

Besin yavaş yavaş verilir (3-5 dk. içinde). Mide tüpü klempe edilir. Enjektör çıkarılır.

Enjektöre tekrar besin çekilerek aynı şekilde tüpe takılır.

Klemp açılarak besin verilir.

Besin bitene kadar aynı şekilde işlem tekrarlanır.

Besin verme işlemi bittikten sonra mide tüpü ucu kapakla kapatılır.

Direktif edilen miktarda (en az 30-50 mL) içme suyu irrigasyon enjektörüne çekilir.

Besinle aynı şekilde mide tüpünden su verilerek besinin tamamı mideye ulaştırılır ve mide tüpünün tıkanması engellenir.

Su verildikten sonra mide tüpünün kapağı kapatılır.

Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verilir.

Atıklar toplanır.

Bakım ve Kayıt

Verilen besinin ne olduğu, miktarı, su miktarı, eklenen herhangi birşey olup olmadığı, pompa ile veriliyor ise akış hızı, uygulamayı yapan kişinin adının baş harfi ve soyadı, uygulama tarihi ve saati, geriye çekilen mide içeriğinin miktarı ve niteliği kaydedilir.

“Aldığı ve Çıkardığı doğrultusunda kayıt yapılır.

Besleme sırasında hastada görülen sorunlar (bulantı, kusma, öğürme gibi) “24 Saatlik Hemşire Gözlem Formu”na kaydedilir ve Doktor’a bildirilir.

“İlaç Tabelası”na verilen besinin ne olduğu, miktarı, veriliş tarihi ve saati, verilen su miktarı, eklenen ilaçlar, veren kişinin adının baş harfi ve soyadı kaydedilir.

Nutrisyon pompası ile veriliyor ise uygun çalışıp çalışmadığı yönünden sürekli izlenir.

Hasta batın distansiyonu, bulantı, kusma ve ishal yönünden sürekli izlenir.

1.3.2. Pediatrik ve Yetişkin Total Parenteral Nutrisyon

1.3.2.1. Kullanılan Malzemeler

- IV pompa aleti
- IV pompa seti
- T.P.N. solüsyonları

1.3.2.2. İşlem Öncesi Hazırlık

- “Genel ve Cerrahi El Yıkama Tekniği / Eldiven Giyme” talimatı doğrultusunda eller yıkanır.
- İlk defa uygulanacaksa, uygulama ile ilgili Doktor Direktifleri alınır.
- Malzemeler hazırlanır.
- “İlaç Kartı” hazırlanır.
- Hasta işlem konusunda bilgilendirilir.
- hastaya santral venöz basınç kateteri veya IV perifer kateter takılır.
- solüsyonlar hazırlanır.

1.3.2.3. İşlem

- “I.V. Pompa” talimatına göre T.P.N. solüsyonları I.V. pompa’ya yerleştirilerek dozu ayarlanır ve santral/perifer katetere takılarak başlanır.
- Hastanın yaşam bulguları alınır ve kaydedilir.
- Atıklar toplanır.

1.3.2.4. Bakım ve Kayıt

- TPN Solüsyonları ve setleri günlük değiştirilir.
- Hasta hergün tartılarak enerji, protein, sıvı dengesi değerlendirilir.
- Kateter giriş bölgesi kızarıklık, şişlik, akıntı yönünden kontrol edilir.
- “Aldığı ve Çıkardığı kayıt yapılır.
- TPN’in takibi yapılır. Gerekli görüldüğünde TPN rejiminde değişiklikler yapılır.

7. GLASGOW KOMA SKALASININ DEĞERLENDİRMESİ

1. AMAÇ:

Bu talimatın amacı, Glasgow Koma Skalası (GSK) değerlendirmesinde standart bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM:

Bu talimat Glasgow Koma Skalası değerlendirme faaliyetlerini kapsar.

3. SORUMLU

Bu talimatın uygulanmasından hemşire ve hekim sorumludur.

4. TANIMLAR

Bu talimatta özel bir tanım yoktur.

5. UYGULAMA

5.1. TEMEL İLKELER

Glasgow Koma Skalası hastanın bilinç durum değerlendirmesinde kullanılmalıdır. GSK, 3 ile 15 arasında değerler taşımaktadır. 3 en kötü prognozu 15 ise en iyi prognozu ifade eder.

Kliniğe yatan tüm hastalara değerlendirme yapılır. Skoru 15 olan hastalarda klinik bir değişiklik olmadığı hallerde hafta da bir değerlendirme yapılır forma kaydedilir. Üçten büyük skorlarda ilgili hekim aksini belirtmediği hallerde, hasta her gün değerlendirilerek hasta takip edilir ve forma kaydedilir.

Motor değerlendirmelerde hastanın en iyi tarafı (hemiparetik olmayan tarafı) dikkate alınmalıdır.

Sözel emirler daima ağırlı uyarılardan önce verilmelidir. Derin komadaki hastada hafif gözlerin açık kalması göz açma olarak değerlendirilmemelidir.

5.2. TANILAMA

Glasgow Koma Skalası

• Göz açma

4 puan: Kendiliğinden -3 puan: Sesli uyarıma -2 puan: Ağırlı uyarıma -1 puan: Cevap yok

• Sözel cevap (1 yaş üstü ve erişkin hastalarda)

5 puan: Oryante -4 puan: Konfüze -3 puan: Uygunsuz kelimeler -2 puan: Anlamsız sesler -1 puan: Cevap yok

• Sözel Cevap (1 yaş altı hastalarda)

5 puan: Uygun ağlama, mırıldanma ve gülümseme -4 puan: Avutulabilir ağlama -3 puan: Uygunsuz ağlama, çığlık, sürekli huzursuzluk -2 puan: Homurtu, hırıltılı sesler, ağırlı uyarana iniltili yanıt -1 puan: Yanıtsız

• Motor cevap

6 puan: Emirlere uyar -5 puan: Ağrıyı lokalize eder -4 puan: Fleksiyonla geri çekme (ağrıdan kaçıyor) -3 puan: Anormal fleksör cevap -2 puan: Anormal ekstansör cevap -1 puan: Cevap yok

5.3. SKALA DOLDURMA

5.3.1. Göz açma

- Spontan olarak göz açılıyor ise 4 puan verilir.
- Konuşma ile gözler açılıyor ve sözel uyarı kesilince gözler kapanıyor ise 3 puan verilir.
- Ağırlı uyarı (ağırlı uyarı ekstremiteden verilir) ile gözler açılıyor ise 2 puan verilir.
- Cevap yok ise 1 puan verilir.
- Değerlendirme yapılamıyorsa (periorbital ödem, enükleasyon vb.) Değerlendirilememe nedeni belirtilir ve bu puan değerlendirmeye katılmaz.

5.3.2. Sözel cevap

1 yaş üstü ve erişkin hastalarda

• 5 - 4 - 3 puan için soru sorulur ve cevap beklenir. Bu aşamalarda yanıt alınmaz ise ağırlı uyarı verilir. Oryante ise (Bireyin kişi, yer ve zamanla ilgili soruların hepsine doğru cevap veriyorsa) 5 puan verilir. Konfüze ise 4 puan verilir (kişi, yer ve zaman sorularından birine cevap veremediğinde ya da anlamsız da olsa cümle kurabiliyorsa)

- Anlamsız kelime kullanıyor ve cümle kuramıyorsa 3 puan verilir.

- Ağrılı uyarana inleme gibi anlamsız seslerle tepki veriliyorsa 2 puan verilir (Ağrılı uyarana verildiğinde anlamsız kelime çıkıyorsa 3 puan verilir).
- Cevap yok ise 1 puan verilir.
- Entübe/trakeostomisi var ise ve sözel cevap değerlendirilemiyor ise değerlendirilememe nedeni belirtilir ve bu puan değerlendirmeye katılmaz.

1 yaş altı hastalarda

- Hastanın gelişim dönemine uygun ağlama mırıldanma ve gülümseme gözleniyor ise 5 puan verilir.
- Hastanın ağlaması avutma ile kontrol altına alınabiliyor ise 4 puan verilir.
- Hastanın uygunsuz çığlık atarak ağlaması ve sürekli huzursuzluğu avutma ile kontrol altına alınamıyor ise 3 puan verilir.
- Hasta homurtu, hırıltı şeklinde sesler çıkarıyorsa ve ağrılı uyarana inleyerek yanıt veriyor ise 2 puan verilir.
- Cevap yok ise 1 puan verilir.
- Entübasyon/trakeostomi var ise ve sözel cevap değerlendirilemiyorsa değerlendirilememe nedeni belirtilir ve bu puan değerlendirmeye katılmaz.

5.3.3. Motor cevap

- En iyi tarafta, en iyi motor yanıt değerlendirilir.
- Gözünü kapa aç, dilini dışarı çıkar, elimi sık gibi basit emirler verilerek değerlendirme yapılır. 2 yaşın altında hastalarda dönemine uygun motor cevaplar gözlenir.
- Basit emirlere uyuyor ise 6 puan verilir.
- Ağrılı uyarana lokalize ediyor ise (ağrılı uyarana verilen noktaya hasta elini götürerek ağrılı uyarana uzaklaştırmaya çalışıyor ise, supraorbital çentikten ağrılı uyarana kol boyun hizasını geçecek şekilde yanıt veriyorsa) 5 puan verilir.
- Ağrıya (üst kol medialinden uyarı verilir) fleksör cevap var ise ve vücuttan uzaklaşıyorsa (ağrıya karşı anlamlı bir refleks veya çekiş) 4 puan verilir.
- Ağrıya anormal fleksör yanıt ve vücuda yaklaşıyor ise (dekortikasyon postürü, fleksiyon gözlenir ancak ağrıdan kaçma yoktur) 3 puan verilir.
- Anormal ekstansör yanıt (deserebre postürü) var ise 2 puan verilir.
- Cevap yok ise 1 puan verilir.

8. AĞIZ BAKIMI DEĞERLENDİRME VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

ii. AMAÇ

Balıkli Rum Hastanesi kliniklerinde yatan hastaların ağrı seviyelerinin belirlenmesi ve ağrı yönetiminin yapılmasını amaçlar.

iii. KAPSAM

Balıkli Rum Hastanesi kliniklerinde yatan tüm hastaları kapsar.

iv. SORUMLULAR

Klinik sorumlu hemşireleri, klinik hemşire ve klinik doktorları.

v. TANIMLAR

Ağrı: Vücudun belirli bir bölgesinden kaynaklanan doku harabiyetine bağlı olan veya olmayan, kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili hoş olmayan emosyonel bir duyumdur. Ağrı 5. yaşam bulgusu olarak değerlendirilir.

Ağrı Değerlendirme: Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Ayaktan/Yatan hastanın ağrı durumu bütün tıbbi disiplinlerin ilk klinik değerlendirmesinde, uygun ağrı skalaları kullanılarak değerlendirilmesidir.

vi. UYGULAMA

Ağrı değerlendirmesini hemşire, yatan hasta katlarında “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” nda bulunan ağrı skalalarını kullanılarak yapar. Hastaların ağrısı değerlendirilirken bütüncül yaklaşımda bulunulur, hastalığa odaklanılmaz. Hastanın ağrısı var ise; “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” nda yer alan değerlendirme kriterlerine göre, hastanın yaşına ve bilinç durumuna uygun ağrı değerlendirme skalası kullanılarak hastanın ağrı skoru belirlenir:

5.1. Değerlendirme

Numerik Skala: 14 yaş ve üzeri, iletişim kurabilen dil engeli olmayan hastalarda ağrı şiddetini belirlemek için numerik skala kullanılır. 0’dan 10’a kadar numaralanmış bu skala da 0 hiç ağrı yok, 10 ise en şiddetli ağrıyı ifade eder. Ağrı skorunu hastanın kendisinin 0-10 arasında bir değer vermesi istenir.

Yüz Skalası: 3-14 yaş arası çocukların ağrı skorunu belirlemek için yüz skalası kullanılır. Gülen yüzden ağlayan yüze kadar 6 yüz ifadesi bulunmaktadır. Gülen yüz hiç ağrı yok, ağlayan yüz en şiddetli ağrıyı ifade eder.

Davranışsal Skala: 4 ay - 3 yaş arasındaki kendisini ifade edemeyen çocuklarda ve iletişim kurulamayan geriatrik hastalarda davranışsal skala kullanılır. Ağrı şiddetini hastanın davranışlarına göre hemşire belirler. Her bir duruma 0-2 arası puan verilerek toplam ağrı puanı belirlenir.

5.2. Ağrı takibi

Dört saatte bir rutin yapılan hemşire takip değerlendirmelerinde hastanın o anki ağrı skoru “*Hemşire Gözlem Formu (KL.F.004)*”na işlenir. Hastanın ağrısı 0 puan ise “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” doldurulmaz.

1-3 puan arası skor için iki saatte bir “*Hemşire Gözlem Formu (KL.F.004)*”na takibi yapılır.

4 ve üzeri ağrıda “*Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)*” doldurulur ve ağrı düzeyi 4 ün altına düşene kadar hasta takip edilir.

Hastanın ağrı değerlendirmesi yapılırken; ağrı algısını kişiden kişiye değişebileceği, herkesin ağrı eşiğinin aynı olmadığı, ağrı algısının sosyo-kültürel durum, eğitim gibi özelliklerin de etkileyebileceği göz önünde bulundurulur. Ağrı yönetiminde farmakolojik tedaviye ek olarak nonfarmakolojik yöntemler hemşire tarafından belirlenerek bakım planı oluşturulur.

Ağrının yeniden değerlendirilmesi takibinde ilaç uygulama ya da ilaç dışı uygulamalarda “*Ağrının Yeniden Değerlendirme Sıklığı*” göz önüne alınır. Ancak hastaya ilaç uygulaması yapıldığında doktorun belirttiği süreler dikkate alınarak, ilaç sonrası ilk ağrı değerlendirmesi yapılır. Sonrasında ağrı giderilinceye kadar ya da 4 puanın altına düşürülünceye kadar ağrının yeniden

değerlendirme sürelerine göre “**Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)**” na hemşire tarafından hastanın ağrı skorları kayıt edilir.

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların ağrı değerlendirmesi hastanın yaşına ve iletişim yeteneğine uygun olan ağrı skalası ile rutinde saatlik değerlendirilir ve ilgili “**Hemşire Gözlem Formu (KL.F.004)**”na kayıt edilir. Yeniden 3 puanın üzerinde ağrı saptanırsa “**Ağrı Tanılama Takip Formu (KL.F.055)**” ile ağrı yönetimi sağlanır.

9. ÖDEM TANILAMASI VE HEMŞİRELİK GİRİŞLERİ

1. AMAÇ:

Ödemin tanımlanması, izlenmesi, uygun bakımın verilmesi ve olası komplikasyonların önlenmesidir.

2. KAPSAM:

Bu talimat; hastaların ödem tanılması yapılmasını, hastaların ödem düzeylerinin sınıflandırılmasını ve düzeylerine göre gereken bakımın yapılmasını kapsar.

3. SORUMLU

Bu talimatın uygulanmasından hemşire ve hekim sorumludur.

4. TANIMLAR

- *Ödem*: Ekstraselüler (hücreler arası) bölümde sıvının aşırı derecede birikmesidir.
- *Gode*: Cildin üzerine parmakla basmakla oluşan çukurdur.
- *Elevasyon*: Ekstremitelerin kalp hizası üstüne kaldırılmasıdır.

5. UYARILAR ve ÖNERİLER:

5.1. Ödemin Nedenleri:

- Aşırı sıvı alınması veya tedavi amacıyla ihtiyaçtan fazla sıvı verilmesi
- Kapiler geçirgenliğin (permeabilite) artışı
- Yanıklar
- Allerjik reaksiyonlar (histamin- bradikinin salınımına bağlı olarak)
- Hidrostatik basıncın artması
- Konjestif kalp yetmezliği (dolaşım yüklenmesi)
- Venlerin tıkanması (bandaj ve alçı gibi fiziksel nedenlerle baskılanarak kan akımının engellenmesi)

- Plazma proteinlerinin azalması (onkotik basıncın azalması)
- Nefrotik sendrom
- Siroz
- Kronik diyare
- Malnütrisyon ve açlık
- Lenfatik drenajın azalması
- Lenf düğümlerinin kanserleri

5.2. Ödemin Belirtileri

- Boyun venlerinde dolgunluk
- Nabızda artma
- Kan basıncında yükselme
- Yaş, raller, dispne
- Pulmoner ödem
- Solunum sayısında artma
- Nemli mukoza, cilt kırmızı-mor ve sıcak
- Ekstremitelerde gode
- Laboratuvar bulgularında Htc, Hb düşüklüğü veya Üre BUN, kreatinin yüksekliği

5.3. Dikkat Edilecek Noktalar

- Ödemli bölge temiz ve kuru tutulmalıdır. Gerekirse hijyenik bakım yapılmalıdır.
- Eğer ödem tüm vücutta ise, hastaya en az iki saatte bir pozisyon verilmelidir.
- Ödemli ekstremiteden tansiyon ölçme, enjeksiyon, IV perfüzyon ve kan alma gibi invazif uygulamalar yapılmamalıdır.
- Ödemli ekstremitede kesinlikle yüzük, saat gibi aksesuarlar bırakılmamalıdır.
- Mümkünse faster, bandaj kullanılmamalıdır.
- Deri basınç ülserleri yönünden değerlendirilmelidir.

- Ödemli ekstremitte ölçümü 24 saatte bir yapılmalıdır.
- Ödemli ekstremitte kalp seviyesinin üstünde olacak şekilde elevasyona alınmalıdır.
- Günlük ödem izlemi yapılarak, ödemin gerilemesi takip edilmelidir.
- Hastanın genel durumu uygunsa tuz ve sıvı kısıtlaması uygulanması için hastanın hekimi ile görüşülmesi ve istem sonrası kısıtlama uygulanmalıdır.
- Hastanın kilo takibi, mümkünse her gün aynı giysilerle ve aynı saatte yapılmalıdır.
- Elevasyon uygulanan bölgedeki dolaşım takip edilmeli, dolaşımın bozulmamasına dikkat edilmelidir.
- Elevasyon sırasında tüm eklemler ve kaviterler boşluk bırakılmadan desteklenmelidir, artere baskı olması engellenmelidir.

5.4. Ödem Tanılaması ve Takibi

Hasta servise yatışı yapıldıktan sonra “**Ödem tanılama ve Hemşirelik Bakım Formu(KL.F.063)**” kullanılarak hastanın durumu belirlenir ve kaydedilir.

İki kategoride ödem tanımlanır.

- 1) Vücut lokalizasyonu bakımında
 - (a) Genel ödem
 - (b) Lokal Ödem
- 2) Derecesi bakımından
 - (a) Ödem Yok
 - (b) Pozitif +
 - (c) Pozitif ++
 - (d) Pozitif +++
 - (e) Pozitif ++++

Ödem takibi risk düzeyine göre belirlenir, hekim tarafından aksı belirtilmedikçe aşağıda belirtildiği sürelerde kontrol edilir ve yapılan hemşirelik girişimleri ile beraber forma kaydedilir.

- | | |
|------------------|---------------|
| (a) Ödem Yok | Haftada bir |
| (b) Pozitif + | 2 günde bir |
| (c) Pozitif ++ | 24 saatte bir |
| (d) Pozitif +++ | 12 saatte bir |
| (e) Pozitif ++++ | 8 saatte bir |

Risk düzeyine göre hemşirelik girişimleri hekim tarafından aksi belirtilmedikçe “**Ödem tanılama ve Hemşirelik Bakım Formu(KL.F.063)**” na göre yapılarak yapılan işlemler forma kaydedilecektir.

5.5. İşlem Basamakları

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve eldiven giyilir.
2. Hasta kimlik doğrulaması yapılır.
3. Hasta işlem hakkında bilgilendirilir ve hastadan izin alınır.
4. Hastaya uygun pozisyon verilir. Ödemli ekstremitte üzerine yatmaması sağlanır.
5. Üst ekstremitte elevasyonunda bölgeye uygun olarak aksiller bölge omuz alt bölgesi ve bilek/parmak desteği sağlanır.
6. Alt ekstremitte elevasyonunda bölgeye uygun olarak skrotum desteği, diz altı desteği ve taban desteği sağlanır.
7. Dolaşımı engelleyip ödeme neden olabilecek çorap, bandaj, sargı ve takı varsa gevşetilir veya çıkartılır.
8. Gerekli durumlarda ödemin derecesine göre kilo takibi yapılabilir.
9. Aldığı çıkardığı takip edilir ve kaydedilir.
10. Ödem kontrolü yapılırken ödemli ekstremitte etkilenmeyen diğer ekstremitte ile karşılaştırılır. Ödem kontrolü yapılacak olan bölge işaret parmağı ile 5 saniye bası uygulanır ve çekilir.
11. Ödem, tanılama tablosuna göre tanımlanır.
12. Cilt bütünlüğü bozulmuş ise “**Dekübit Yarası Oluşumu, Önleme ve Bakım Talimatı (KL.T.010)**” na göre izlem ve bakım yapılır.

13. Hekim ve diyetisyen işbirliği ile hastaya diyeti hakkında bilgi verilir.
14. Tüm veriler kaydedilir ve ekip üyeleri ile paylaşılır.
15. Atıklar, uygun şekilde atılır, eller el yıkama standardına göre yıkanır.
16. Ödemin tanımlanması, ödem varsa ödemli ekstremitenin ölçümü, kilo takibi, dolaşım kontrolü, yapılan bakımın içeriği, eğitim verildiyse içeriği hakkında tüm veriler ve bilgiler kaydedilir.

10. İLAÇ GÜVENLİĞİ

1.AMAÇ:

İlaç uygulamalarının, güvenli ve başarılı bir şekilde uygulamasını sağlamak için gerekli işlemlerin yapılması.

2.KAPSAM:

Hastanenin acil servis, yataklı servisler ve poliklinikler birimlerini kapsar.

3. SORUMLULAR:

- Sorumlu hemşire
- Servis hemşiresi
- Sağlık memurları
- Anestezi teknisyenleri
- Doktorlar

4. UYGULAMA:

➤ İlaç uygulamalarından önce yapılacak hazırlık, güvenli ve başarılı bir uygulama için gereklidir.

➤ Doktor istemi olmaksızın hiçbir hastaya ilaç uygulanmamalıdır.

➤ Doktor, tedavi planını “isteme (order/hasta tabelası)” yazarak hemşireye iletir.

➤ Hemşire güvenli bir uygulama yapabilmek için sadece yazılı istem almalıdır. Böylece yanlış anlama ve kaza olasılığı azalır.

➤ Bazen, acil durumlarda sözel istem alınabilir. Ancak, hastanın durumu düzelir düzelmez, doktor bu istemi kayda geçirmelidir.

➤ Hastaneye yeni yatan hastalar, bazen evlerinden getirdikleri ilaçları kullanmaya devam etmek isterler. Kendilerine yeni bir ilaç istemi verileceği ve bu ilaçları kullanmaması gerektiği açıklanmalıdır. Hastanın yanında getirdiği ilaçları hastanede kaldığı sürece kullanmaması için teslim alınır, hasta taburcu olacağı zaman kendisine iade edilir.

➤ Doktor tarafından verilen istem her sabah ya da istem değiştiğinde istemi tedavi defterine ve ilaç kartlarına geçirir.

➤ Hemşirenin istemle ilgili herhangi bir kuşkusu varsa, hastanın güvenliği ve yasal açıdan sorun yaşamamak için doktorla görüşerek açıklığa kavuşturmalıdır.

➤ İlaçların uygulanmasında 8 doğru ilkesine mutlaka dikkat edilmelidir.

- Doğru ilaç
- Doğru doz
- Doğru hasta
- Doğru zaman
- Doğru yol
- Doğru ilaç şekli
- Doğru kayıt
- Doğru yanıt

➤ İlaç hazırlanırken dikkatin dağılmaması için bu işlem sakın ve aydınlık bir odada, yalnız başına yapılmalıdır.

➤ İlaçlar hastalara isimlerinin yazılı olduğu ilaç kadehleriyle verilir.

➤ İlaç şişesinin üstü, ilacın adının ve dozunun doğruluğu açısından üç kez kontrol edilmelidir.

- ilacı kadehe koyarken
- şişeyi raftan alırken
- ilaç şişesini rafa koyarken

➤ İlacı hazırlayan hemşire, mutlaka uygulamayı da kendisi yapmalı hemşire gözlem formuna

kaydetmeli ve imzasını uygulamadan sonra atmalıdır.

- Verilmesi unutulmuş ilaçlar rapor edilmelidir.
- Hemşire ilaçları uygulamadan önce, doğru hastayı seçtiğinden kesinlikle emin olunmalıdır.
- Hemşire, hastanın aldığı ilaca karşı göstereceği doğru yanıtın ne olduğunu bilmeli, istenmeyen bir yanıt gözlemediğinde bunu kaydetmeli ve bildirmelidir.
- Hastanın ilacı aldığından emin olmadan verildi diye kayıt etmemelidir.
- Bazı ilaçları vermeden önce dikkat edilmesi gerekli noktalar vardır. Örneğin, bazı kalp ilaçları verilmeden önce nabız sayılmalı, bazı ağrı kesiciler uygulanmadan önce tansiyon ölçülmelidir.
- Lüzumu halinde yazılan ilaçlar gerekmedikçe yapılmamalıdır.
- Shift teslimlerinde IV infüzyon giden hastalar, infüzyon sıvıları kontrol edilerek teslim alınmalıdır.
- Hasta odasında ilaç, boş veya dolu kullanılmayan serum şişesi bulundurulmamalıdır.
- Hasta başında, IV yolun açılması amacıyla kullanılacak enjektör içinde sıvı bırakılmamalıdır.
- İlaçların tekrar kontrolünün, doğruluğunun ve eksiksiz olmasının sağlanması için Sorumlu Hemşireler tarafından sürekli olarak kontrol edilir ve İlaç-ilaç, ilaç besin etkileşimleri yönünden değerlendirilmelidir.
- Hastanemizde infüzyonla verilecek ilaçların (Dopamin, Adrenalin gibi) yoğunluğu standardize edilmiştir ve infüzyon skalalarından kontrol edilerek iki kişi tarafından doz doğrulaması yapılmalıdır.
- Ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanır ve üzerine uyarıcı etiket yapıştırılmalıdır.
- Hasta ünitelerinde acil arabalarında, uygulandığında hayati tehlike oluşturacak olan ilaçlar uyarıcı etiketle etiketlenir ve benzer flakonlu ilaçlarla karışmasını önlemek için ayrı ayrı, birbirinden uzak çekmecelere konulur.
- Narkotik ve Psikotrop ilaçların uygulamasında; ikinci bir hemşirenin şahitliği alınarak ilaç alınır. Bu ilaçlar Narkotik/psikotrop formuna kayıt edilir ve hastanın Doktoru tarafından onaylanır.
- Ex hastalara ait narkotik ve psikotrop ilaçlar hasta yakınına iade edilmez, Eczaneye teslim edilir.
- İlaç verme sürecinde yaşanan sorunlarda "Beklenmedik Olaylar Bildirim Formu" doldurulur.

ÇEŞİTLİ YOLLARDAN İLAÇ UYGULAMALARINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR:

- Lokal uygulamalardan önce eller yıkanmalı,
- Göze ilaç damlatılması için erişkinlerin yukarıya bakmaları istenilir ve alt göz kapağı aşağıya çekilip oluşan keseye damlatılmalı. Nazolakrimal kanaldan sistemik dolaşıma geçmesinin önlenmesi için (atropin..) bazen gözün iç köşesine bası yapılır,
- Çocukların gözüne damlatmak için göz zorla açılmamalı, ilacın gözün iç köşesine damlatılması yeterlidir
- Kulak damlaları avuç içinde ısıtılarak kullanılmalı, aksi taktirde çok ağrı yapabilir,
- Kulak damlasının zara ulaşması için erişkinlerde kullanıldıktan sonra kulak kepçesi yukarı, çocuklarda dışa doğru çekilmeli,
- Burun damlası, temiz buruna sırt üstü pozisyonda baş iyice geri çekildikten sonra uygulanmalı ve birkaç dakika böyle kalınmalı,
- TTS hasarlı ve katlanmış cilde uygulanmamalı,
- Aerosollar iyice çalkalandıktan sonra, öksürükle balgamı çıkarılmış hava yoluna uygulanmalı
- Süppozitüvar ve vajinal ovüller buzdolabında saklanılıp, mutlaka uygun pozisyonlarda ısıtılarak uygulanmalı, ve bu pozisyonda birkaç dakika kalınmalıdır.

ENJEKSİYON UYGULAMASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR:

- Enjeksiyon uygulamada cerrahi aseptik kurallara mutlaka uyulmalıdır. Hazırlık sırasında enjektör ve ilacı kontamine etmemeye dikkat edilmeli, derinin dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.
- IM enjeksiyon için hastaya doğru pozisyon vermek çok önemlidir. Gergin kasa enjeksiyon yapmak ağrı verir.
- Sinir ve kemiklere zarar vermemek için, enjeksiyonlar anatomik olarak sinirlerden uzak güvenli bölgelere yapılmalıdır.
- IM enjeksiyonda normal yapıdaki bir bireye rahatsızlık vermemesi için en fazla 5 ml; çocuk, yaşlı ve kaşektik hastalara ise en fazla 2 ml ilaç verilmelidir.
- IM enjeksiyon 90 derecelik açıyla uygulanmalıdır.
- IM enjeksiyonda sinir, kemik ve kan damarlarından uzak bir bölgenin seçimi son derece önemlidir. Aksi halde ilacın yanlışlıkla damara verilmesinin yaratacağı komplikasyonların yanı sıra, apse, nekroz ve derinin dökülmesi, sinir yaralanmaları, uzun süreli ağrı ve periyostit gibi komplikasyonlar görülebilir.
- Ayrıca irritasyon, inflamasyon ve enfeksiyon olan bölgeler kullanılmamalıdır.
- Skar dokusu ve ödemli dokulara da enjeksiyon yapılmaz. Aksi halde doku yıkımı arttığı gibi verilen ilacın emilimi de yetersiz olur.
- IM ve subkutan enjeksiyonlar sırasında iğnenin damarda olmadığından emin olunmalıdır.
- Yine ilaç doku içine verilirken yavaş yavaş verilmelidir. Bu hem ağrıyı azaltır, hem de ilacın doku içine yayılımını ve emilimini kolaylaştırır.
- Çok miktarda ilaç, ağrı yapar ve yerel doku yıkımı yapabilir. Bu nedenle her bölgeye yapılabilecek ilaç miktarı bilinmelidir.
- SC Enjeksiyon ile dermisin altındaki gevşek bağ dokusu içine ilaç verilir.
- Sadece küçük hacimdeki (0.5-1 ml) suda eriyebilen ilaçlar bu yolla verilebilir. insülin., heparin ve çeşitli aşılardır.
- Doku tahriş edici veya büyük hacimli ilaçların sc verilmesi o bölgede nekroz, ağrı ve abselere neden olabileceğinden bu hususlara dikkat edilmeli ve her enjeksiyonda bölgeler sırayla değiştirilmelidir.
- Sc enjeksiyon 45-90 derecelik açıyla yapılmalıdır.
- İntradermal enjeksiyonda 0.1-0.2 ml ilaç 15 derecelik açı ile doku hasarı olmayan, tüysüz bölgelere uygulanır. Enjeksiyon sonrası bölge silinmez ve masaj uygulanmaz.
- IV uygulama ilacın direk kan dolaşımına verilmesi nedeniyle dikkatli uygulanmalıdır.
- Aşağıdaki maddelerden herhangi birinin varlığında o venden enjeksiyon yapılmaz.
 - Ağrı
 - Ödem
 - Kızarıklık
 - Hassasiyet
 - Arterio-venöz fistül veya şant varlığı
 - Açıklanamayan ateş
 - Mastektomi yapılmış taraf. veya taraflar
- İğnenin damarda olup olmadığı, gözlenmelidir.
- İlacın özelliğine göre erken komplikasyonlar gözlenir.
- İnfüzyon akışı sırasında;
 - İnfüzyon akışı

- Dakikada damla sayısı
- Damarda olup olmadığı

Sık manüplasyona bağlı tespit flasterlerinin çıkıp çıkmadığı gözlenir.

İLAÇLARIN KARIŞMASININ ÖNLENMESİ

1. AMAÇ

Eczane, Yataklı Servisler, Yoğun Bakım Ünitesi ve Acil Serviste ilaçların karışmasının engellenmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM:

Eczane, Yataklı servisler, Yoğun Bakım Ünitesi, Acil servis

3. SORUMLULAR:

Tüm Hekimler

Eczacı

Eczane Personelleri

Tüm Hemşireler

Tüm Sağlık Memurları

4. UYGULAMALAR:

- İlaç isimleri hasta tabelalarında kısaltılarak yazılmamalıdır.
- Kullanım alanlarında “**ECZ.L.001-Yazılışı ve Okunuşu Birbirine Benzer İlaç Listesi**” ve “**ECZ.L.002-Ambalajı Birbirine Benzeyen İlaç Listesi**” bulundurulmalıdır.
- Bu listeler dikkate alınarak yazılışı , okunuşu , ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda yapılmalıdır.

11. SÖZEL ORDER ALINMASI

2. AMAÇ:

Sözel verilen istemlerin kayıt altına alınması

3. KAPSAM:

Bütün Yataklı ve Acil Servisler

4. SORUMLULAR:

Hekim, Hemşireler, Sağlık memurları, Ebeler ve ATT'ler

5. TANIMLAR:

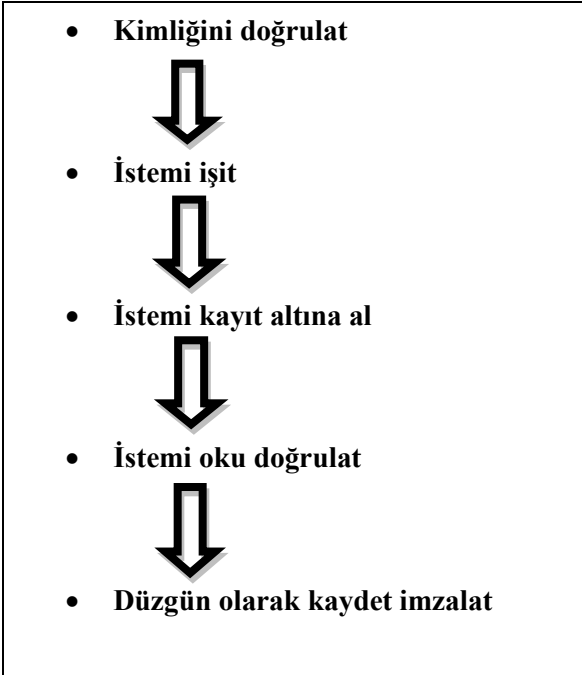
Sözel İstem: Doktor tarafından acil durumlarda sözlü olarak verilen istem.

6. UYGULAMA:

Hasta güvenliği uygulamaları içinde ilaç güvenliği uygulamaları önemli bir yer tutmaktadır. Anlaşılmadığı için yapılan yanlış ilaç uygulamaları, ilaç hataları içerisinde değerlendirilmektedir. Telefonla İstem, Sözel istem uygulaması içinde değerlendirilmektedir.

- Sözel istemlerle ilgili bir kodlama Sİ(sözel istem), telefonla istem Tİ(telefonla istem) şeklinde kodlanır.
- Herhangi bir Sözel İstem olduğunda Mutlaka ilgili forma kaydedilir.
- İstem, istemi alan kişi tarafından ilgili forma yazılmalıdır.
- Bu yazılan metin doktora geri dönülerek okunmalıdır. Gerekğinde verilen ilacın adı kodlama yöntemi ile tekrar edilir.
- Doktor okunan bu bilgileri sözel olarak doğrulamalı ya da onaylamalıdır.
- Acil durumlarda not alma veya yazma en fazla 1 saat ertelenebilir.
- Sözel istemler 24 saat içinde doktora onaylatılarak tedavi planına yazılmalıdır.
- Sözel istem sürecine mümkün olduğunca iki kişi katılmalıdır.
- Sözel istem hakkında hemşire ve hekimlere Kalite Yönetim Birimince eğitim verilir.

İşlem Basamakları



12. HASTA BAKIMI TALİMATI

1. AMAÇ:

Hastaneden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.

2. KAPSAM:

Tüm hastaneyi kapsar.

3. TANIMLAR:

BizMed: Hastane bilgi yönetim sisteminin adı

4. KISALTMALAR:

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

5. SORUMLULAR:

Doktor, Sorumlu Hemşire, Hemşire, Anestezi Teknikeri, Hasta Bakıcı, Temizlik Personeli

6. FAALİYET AKIŞI:

Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanır. Hasta bakımına yönelik süreçler "*HB.T.003-Hasta Bakım Planı Uygulama Talimatı*"na göre uygulanır.

Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilir.

Hasta Poliklinik kayıt işlemi yaptırdığı an HBYS (Bizmed) sisteminden rapor kartı açılır. Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular, teşhis, planlanan tedavi, reçete tetkikler, görüntüler, kayıt altına alınır kayıtlara gerektiğinde geriye dönük erişilebilir.

Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde Hekim ve hemşire tarafından değerlendirilir ve eş zamanlı olarak hasta dosyasına ve HBYS (Bizmed) dosyasına kayıt edilir.

Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korumak için Klinik Risk Değerlendirme Formları(düşme, bası yarası) ile klinik risk değerlendirmeleri yapılır ve takip edilir.

Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda "*HB.T.003-Hasta Bakım Planı Uygulama Talimatı*"na göre yapılır.

Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılır, gerekirse bakım planı güncellenir. Bakım planında yapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir.

Yatan hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanır. Hasta/hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin hususlar açısından bilgilendirilir. Bölüme kabul eden hemşire tarafından "*YH.T.015- Hasta ve Hasta yakını Eğitim Talimatı*"na göre hasta ve yakınının odaya uyumu sağlanır.

Hasta/hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanır.

Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtır.

Hasta/hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi) oluşturulur. Hastanemizde hasta ile etkili iletişim alınan "**hasta iletişim**" eğitimine göre yapılır.

Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanır. Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılır bilgilendirme içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenir. Hastanemizde "*YH.PL.010- Hasta ve Hasta yakını Eğitim Planına*"na göre verilir ve "*KL.F.016- Yatan Hasta ve Aile Eğitim Kayıt Formu*"na kayıt edilir. Hasta /hasta yakını ve eğitim veren tarafından imzalanır.

6.1. Tanı ve Tedavi Amacıyla Yapılacak Tüm İşlemlerde Hasta Kimliği Doğrulanması.

• Kimlik doğrulama, hastanede bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür. Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanır.

• Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin **“HB.T.001- Hasta Kimliği Tanımlama ve Doğrulanma Talimatı”** bulunur.

• Ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama sağlık çalışanı tarafından **“HB.T.001- Hasta Kimliği Tanımlama ve Doğrulanma Talimatı”**na göre uygulanır. Acil Müşahede ve müdahale hasta barkodunun bulunduğu bileklik takılır.

• Yatarak hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama sağlık çalışanı tarafından **“HB.T.001- Hasta Kimliği Tanımlama ve Doğrulanma Talimatı”**na göre uygulanır. Yatışı yapılan her hastaya hasta barkodunun bulunduğu bileklik takılır.

• Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilir.

• Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar Hasta **“HB.T.001- Hasta Kimliği Tanımlama ve Doğrulanma Talimatı”**nda belirtilmiştir.

6.2. Hasta Düşmelerinin Önlenmesine Yönelik Çalışmaların Yapılması

• Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik **“YH.P.004- Hasta Düşme Riski Azaltma Prosedürü”** uygulanır.

• Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve hastane bazlı önlemler alınır. Düşme riski yüksek olan hastalar, dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanır. Düşme riski tanımlayıcısı (dört yapraklı yonca figürü) hasta transferinde de kullanılır. Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilir.

• Gerçekleşen düşme olaylarında **“KL.F.014- Düşme Olayı Bildirim Formu”** doldurularak kalite yönetimi birimine gönderilir. Ayrıca **“KL.F.038- Düşme Sonrası Durum Analizi ve Değerlendirme Formu”** doldurularak kalite yönetimi birimine gönderilir.

• Gerçekleşen düşme olayları Kalite Yönetimi Birimi tarafından **“İND.K.005- Düşen Hasta Oranı İndikatör Kartı”** ile izlenir ve gerekli komitelere yönlendirilir. Komite tarafından iyileştirme çalışmaları yapılır.

• Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılır.

• Risk değerlendirmesi; hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekim tarafından **“KL.T.008- İtaki Düşme Riski Ölçeği Değerlendirme Talimatı”**na göre yapılır.

• Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanır.

• Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skora ölçekleri kullanılır. Hastanemizde **“KL.F.015- İtaki Düşme Riski Ölçeği”** ve **“KL.F.041- Harizmi Düşme Riski Ölçeği”** (çocuk hastalar için) kullanılmaktadır.

6.3. Hastaların Nutrisyonel Destek İhtiyacına Yönelik Düzenlemelerin Yapılması

Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar **“KL.T.011- Nutrisyonel Beslenme Talimatı”**nda tanımlıdır. Uygulama **“KL.T.011- Nutrisyonel Beslenme Talimatı”**na uygun olarak yapılır.

• Hastaların, nutrisyonel risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılır. Nutrisyonel risk değerlendirmesi yatan hastaların tamamında, ayaktan hastalarda ise yutma refleksi bozulmuş (SVH,CA, Parkinson, prematüre vb.) beslenmesi bozulup hastanemize başvuran hastalarda uygulanmaktadır.

• Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere Nütrisyon Destek Ekibi (NDE) kurulmuş ve “**YH.GT.014- Nütrisyonel Beslenme Komite ve Ekibin Görev ve Yetkileri**” adlı dokümanda sorumlulukları tanımlanmıştır. Malnütrisyonunda veya nütrisyon riskinde olduğu Nütrisyon Destek Ekibince(NDE) saptanan hastalar için nütrisyon desteği planlanarak sağlanır.

• Hastanemizde hastalarımıza kullanıma hazır enteral ve parenteral nütrisyon solüsyonları kullanılır.

• Taburculuk sonrası nütrisyonel desteğe devam edilmesi gereken hastalara/yakınlarına Nütrisyon Destek Ekibi(NDE) tarafından “**EĞT.F.006- Taburcu Hasta Nütrisyon Beslenme Eğitim Formu**” yardımı ile eğitim verilir.

• Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına Eğitim Planına göre eğitim verilir.

• Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler Nütrisyon Destek Ekibi (NDE) tarafından izlenir ve sürekli iyileştirme için Tıbbi gelişmeler(hekimler, hemşire, diyetisyen kongre, seminer ve eğitimlere katılır) ve Nütrisyon firmalarının ürünleri takip edilir.

6.4. Hastanemizde Ağrının Kontrolü ve Ağrının Değerlendirilmesinin Yapılması

Hastaların ağrı şiddeti “**KL.T.009- Ağrı Değerlendirme Talimatı**” göre ayaktan hastalarda acil servis takip formuyla sayısal skala ile, yatan hastalarda hemşirelik hizmetleri ön değerlendirme formu ve ağrının yeniden değerlendirilmesi formu ile sayısal, sözel ve yüz skalası ile değerlendirilir.

Cerrahi servisinde yatan tüm hastalara “**KL.F.056- Ağrı Tanılama Takip Formu**” na göre skorlanır form doldurulur skoru yüksek olanlar bu form yardımı ile takip edilir ve kaydedilir. Diğer servislerde yatış esnasında anamnez sonucu ağrı tanımlaması yapan hastalara **KL.F.056- Ağrı Tanılama Takip Formu**” na göre skorlanır form doldurulur skoru yüksek olanlar bu form yardımı ile takip edilir ve kaydedilir.

Hastalarda ağrı kontrolü doktor istemine göre farmakolojik yöntemler ve ilaç dışı uygulamalar(soğuk uygulama, egzersiz vb.)ile sağlanır.

Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) ayaktan acil servis hastalarında **Acil Servis Takip formuna** ve yatan hastalarda **Hemşirelik Süreci Bakım Planı Formuna** kaydedilir ve izlenir.

6.5. Hastanın Güvenli Transferinin Sağlanması

Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye gibi) bulunur ve kullanılır. “**YH.P.002- Tıbbi Cihaz Yönetim Prosedürü**”ne göre kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılır.

Hastaların transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilir. Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından “**YH.T.012- Güvenli Hasta Transferi Talimatı**” ve “**AM.T.013- Ameliyathane Hasta Transferi Talimatı**” na göre doğru ve tam olarak “**KL.F.025-1- Hasta Transfer Formu**” doldurulur ve hastaya ait dokümanlar (tetkik, dosya, epikriz vb) iletilir.

İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik **Eğitim Planına** göre eğitim verilir.

6.6. Hastaların Sağlık Çalışanları Arasında Devir Edilmesi

Hastaların sağlık çalışanları (hekim, hemşire vb.)arasında güvenli bir şekilde “**YH.T.001- Nöbet Teslim Talimatı**”na göre sağlanır.

6.7. Konsültasyon Süreçlerinin Etkin Ve Güvenli Şekilde Yürütülmesi

Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi “**AC.T.005- Konsültasyon ve İcapçı Talimatı**”na göre sağlanır. Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar BizMed(HBYS) konsültasyon ekranına yada “**KL.F.008- Konsültasyon İstem Formu**”na düzenli bir şekilde yazılır.

Hastanemizde Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilebilmesi için Acil hastalarda 30 dakika içerisinde yatan hastalarda gün içinde verilmesi kuralı uygulanır.

Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler BizMed (HBYS) sisteminde kayıt altına alınır ve hastanın tekrar başvurusunda kolayca ulaşılabilir.

6.8. Kısıtlama Altında Alınacak Hasta İşlemleri

Yatarak hizmet alan, kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara karar verilmesi uygulanması “*KL.T.004- Hasta Kısıtlama Talimatı*”na göre uygulanır ve “*KL.P.002- Hasta Fiziksel Kısıtlama Prosedürü*”ne göre bakım verilir.

Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar Hekim veya Hemşire tarafından belirlenir ve ilgili çalışanlar tarafından bilinir. Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar için gerekli önlemler alınır. Hastanın kısıtlama ihtiyacı var ise bu karar doktor tarafından verilir ve order doktor tarafından yazılır, imzalanır. Kısıtlama kararı 24 saatte doktor tarafından tekrar değerlendirilir. “*KL.P.002- Hasta Fiziksel Kısıtlama Prosedürü*”ne göre hemşire tarafından kısıtlama yapılır. “*KL.F.30- Fiziksel Kimyasal Kısıtlama Takip Formu*” doldurulur ve hasta takip edilir. “*KL.F.004- Hemşire Gözlem Formu*”na uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilir.

6.9. Özel Hasta Gruplarında Hasta Bakımı

Hastanemizde Özellikle hasta grupları terminal dönem hastaları, onkoloji hastaları, geriatri hastaları ve bağışıklık sistemi zayıf olan hastalar olarak belirlenmiştir.

Belirlenen özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamaları “*HB.T.005- Özellikli Hasta Gurubuna Özgü Bakım Talimatı*”na göre yapılır.

6.10. Palyatif Hasta Bakımı Uygulamaları

Hastanemizde Palyatif bakım uygulamalarının planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesi adına “*HB.T.006- Palyatif Bakım Talimatı*” doğrultusunda Palyatif bakım ekibinin kurulmalıdır. Bu ekip yine aynı talimat doğrultusunda görev ve sorumluluklarını yerine getirir.

Palyatif bakım gerektiren hasta grupları “*HB.T.006- Palyatif Bakım Talimatı*” nda belirtilmiştir. Hastaların bakımı “*HB.T.006- Palyatif Bakım Talimatı*”na göre yapılır.

6.11. Cerrahi Uygulamalar

Cerrahi uygulamalarda bütün süreçler “*AM.T.001- Güvenli Cerrahi Uygulama Talimatı*”na göre yürütülür. Cerrahi uygulamalar çerçevesinde hazırlanmış olan tüm talimatlar “*H.REH.05- Ameliyathane Hizmetleri Rehberi*” adı altında toplanmıştır.

6.11.1. Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenlemeler

Ameliyat olacak hastaların ameliyat öncesi hazırlığı “*AM.P.005- Cerrahi Uygulama Yapılacak Hastaların Hazırlık Süreci*”ne göre yapılır. Ameliyat olacak hastanın hazırlık süreci “*KL.F.032- Hemşirelik Süreci Ameliyat Öncesi Hazırlık Ve Ameliyat Sonrası Takip Formu*” na göre yapılır.

Eğer taraf cerrahisi uygulanacaksa doktor tarafından “*AM.T.011- Cerrahi Taraf İşaretlemesi ve Cerrahi Güvenlik Uygulaması*”na göre yapılır. “*AM.F.001- Taraf Cerrahisi Hasta Kontrol Formu*” doldurulur. Bu form ameliyata hasta teslim edilirken ve hasta ameliyathaneden teslim alınırken hemşire ve anestezi tarafından karşılıklı teslim edilir ve alınır. “*AM.F.003- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi*” klinikten ayrılmadan önce bölümü servis hemşiresi tarafından doldurulur. Hasta servisten ayrılmadan önce “*AM.F.003- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi*” tekrar kontrol edilir. “*AM.T.001- Güvenli Cerrahi Uygulama Talimatı*”na uygun şekilde hasta acil yada planlı ameliyata hazırlanır ve bakımı sağlanır.

6.11.2. Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımı

Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme yapılır. Hastaların cerrahi uygulama sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlidir. Ameliyat bitince hasta extübe edilir hastanın kas tonusu yerindeyse ve sözel uyarılara uyuyorsa uyandırma odasına alınır. Uyandırma odasında hasta takip edilir. En az on dakika izlenir. Eğer hastanın solunum, kas tonüsü ve vital bulguları normalse, anlamlı konuşması varsa hasta uyandıysa uyandırma odasından çıkarılır ve klinik hemşiresine “*AM.F.003- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi*”, “*AM.F.009- Anestezi ve Reanimasyon Formu*”, “*AM.F.001- Taraf Cerrahisi Hasta Kontrol*

Formu” ile özellikli durumları anlatılarak teslim edilir. Hastanın Doktoru ve Anestezi Uzmanı tarafından post op dönemde yoğun bakımda takip edilmesine karar verilen hastalar Anestezi teknikeri ve yoğun bakım hemşiresi tarafından ameliyathaneden yoğun bakıma alınır. Yoğun bakımdan mekanik ventilasyon ihtiyacı biten, hemodinamisi sağlanan, organ fonksiyonları normale dönen, şuuru açılıp koopere olan hastalar yoğun bakım doktoru ve ameliyatı yapan cerrahın kararına göre servise teslim edilir.

Hasta postoperatif dönemde **“KL.F.032- Hemşirelik Süreci Ameliyat Öncesi Hazırlık Ve Ameliyat Sonrası Takip Formu”**na göre yakından izlenir ve gerçekleştirilen izlemler hasta dosyasında kayıt altına alınır.

Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulur ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanır.

13. HEMŞİRELİK BAKIM PLANI UYGULAMASI

1. AMAÇ :

Hemşirelerin sistematik çalışmalarını, eksiklikleri belirleyebilmelerini, hedef belirlemelerini, girişimlerin etkinliğini kontrol edebilmelerini, zaman kazanmalarını ve hataları önlemelerini sağlamaktır.

2. KAPSAM :

Balıklı Rum Hastanesinde çalışan tüm hemşireler.

3. SORUMLULAR :

Balıklı Rum Hastanesinde çalışan tüm hemşireler klinik sorumlu hemşireler ile başhemşire ve eğitim hemşiresini kapsar.

4. UYGULAMA

4.1. Verilerin toplanması

Veri toplama hemşirelik sürecinin ilk aşamasıdır. Veriler hasta/sağlıklı birey ile ilk karşılaşıldığında ilk değerlendirme kapsamında ve daha sonra yeniden değerlendirme bulguları ile toplanır.

Veri toplamak için en uygun ortam sağlıklı/hasta birey ve ailesinin bulunduğu ortamdır.

Objektif veriler : Kan basıncı değeri, laboratuvar bulguları, kilo, boy, kan şekeri objektif verilere örnek olarak verilebilir.

Subjektif veriler : Hastanın duyguları, inançları, davranışları, kişisel sağlık durumu ve yaşam koşullarını algılamasıdır. Kaşınma, acı, endişe hissi subjektif verilere örnek verilebilir.

4.1.1. Veri toplama yöntemleri

- gözlem
- dinleme
- görüşme
- öyküsü
- fiziksel değerlendirme
- laboratuvar bulguları

(En iyi veri kaynağı hastanın kendisidir)

Eğer veri kaynaklarının güvenilmez olduğu düşünülüyorsa, şüpheliyse, subjektif ve objektif veriler arasında tutarsızlık varsa, bu verilerin doğrulanması gerekir.

4.2. Hemşirelik tanısı

Hemşirelik tanısı iki bölümden oluşur.

İlk bölüm : Problemi belirleme ya da tanıyı isimlendirme/etiketlendirme

İkinci bölüm : Etiyolojidir. Etiyoloji ise problemin ilgili nedenidir.

Neden ve tanı birbiri ile ilişkili olmalıdır.

Tanı Tipleri

a) Mevcut/var olan hemşirelik tanısı : Hemşire değerlendirmesi sırasında karşılaşılan ve hastada mevcut olan problemlerdir. Problem, etiyoloji ve semptom mevcut hemşirelik tanısında vardır.

b) Potansiyel hemşirelik tanısı : Önlem alınmazsa ortaya çıkabilecek problemleri ifade etmek için kullanılan tanılardır. Problemin semptomları henüz ortaya çıkmamıştır. Potansiyel hemşirelik tanısında risk ifadesi vardır; yani bu sorun henüz oluşmamıştır, oluşma riski vardır.

c) Olası hemşirelik tanısı : Problemin belki var olduğunu ama doğrulamak ya da dışlamak için daha fazla bilgiye gereksinim olduğu durumlarda kullanılır.

d) Ortak problem : Diğer disiplinler ile ortak çözülebilecek problemlerdir. Ortak problemlerde işbirliği gerekmektedir.

Tanılar yazılırken önce var olan sorunlar, daha sonra potansiyel komplikasyonlar ve en son risk sorunları yazılmalıdır.

Hemşirelik tanısı ve tanıya uygun hemşirelik girişimleri her hasta için özel olmalıdır, özel planlanmalıdır.

İlk ve yeniden değerlendirmede elde edilen veriler doğrultusunda hastanın gereksinimlerini karşılayacak tanımlar olmalıdır.

4.3. Amaç

Hemşirelik tanısı belirlendikten sonra beklenen sonucun ifade edilmesi gerekir. Bu, girişimlerimiz ile ulaşmak istediğimiz sonucu ifade edecektir.

Amacımız yazılırken hasta odaklı olması önemlidir. Girişimler sonrasında hastada ne olmasını bekliyorsak ona göre ifade etmeliyiz. Amaç ifade edilirken mümkün olduğu kadar ölçülebilir ifade edilmelidir.

4.4. Girişimler

Planlama da denilen girişimler hemşirelik sürecinin karar verme ve problemi çözmeyi içeren üçüncü aşamasıdır.

Bu aşamada bireysel, organize ve amaca yönelik olarak nasıl bir hemşirelik bakımı verileceğine karar verilir ve hemşirelik girişimleri yazılır.

Hemşirelik girişimleri yazılırken bu sıraya göre yazılmalıdır :

- bağımsız hemşirelik girişimleri
- yarı bağımlı hemşirelik girişimleri
- bağımlı hemşirelik girişimleri

Bağımsız hemşirelik girişimleri : Hemşirenin kendi otonomisini kullanarak yaptığı girişimlerdir.

Yarı bağımlı hemşirelik girişimleri : Girişimi gerçekleştirmeden önce başka bir sağlık bakım profesyonelinin danışmanlığı ya da ortak yapılan aktivitelerdir.

Bağımlı hemşirelik girişimleri : Diğer sağlık profesyonelleri, örneğin hekim istemine göre yapılan hemşirelik girişimleridir. Bu girişimler hem teorik hem de pratik hemşirelik bilgi ve becerisi gerektirir.

Hemşirelik girişimleri yazılırken, planlama olduğu için gelecek zaman ifadesi ya da geniş zaman ifadesi ile yazılır.

4.5. Değerlendirme

Hemşirelik sürecinin son basamağıdır.

Değerlendirme aşaması planlanan girişimlerin uygulanması sonucunda hastanın durumundaki değişiklikler ve hedefe ulaşıp ulaşılamadığının belirlenmesidir.

Amacın doğru ve ölçülebilir ifade edilmesi değerlendirme aşamasını daha da kolaylaştıracaktır.

Değerlendirme sonrasında eğer amaca ulaşılamamışsa, hedefe ulaşılamadığı yazılmalıdır. Bu sonuç başka bir tanının konmasını gerektirebilir.

Değerlendirme bölümü hedefe kesin olarak ulaşıldığı ya da ulaşılamadığı durumlarda ve hasta taburcu olmadan önce doldurulmalıdır.

14. ÖZEL HASTA GRUBU BAKIMI

1. AMAÇ:

Özel Balıklı Rum Hastanesinde yatan özellikli hasta grubuna dahil hastaların tüm tıbbi ve psikolojik destek, bakım ve tedavilerinin kesintisiz sürdürülebilmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM:

Tüm yataklı servisleri, hastane çalışanlarını ve hastaları kapsar.

3. KISALTMALAR:

GİS: Gastro İntestinal Sistem

DİC: Dissemine İntravasküler Koagülasyon

GYA: Günlük Yaşam Aktiveleri

4. TANIMLAR:

Özellikli Hasta Grubu: Hastanede sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık çalışanları ve kullanılacak ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemler içeren ve disiplinler arası işbirliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

5. SORUMLULAR:

Tüm Doktorlar, Tüm Hemşireler, Hasta Bakıcı.

6. FAALİYET AKIŞI:

Hastanemizin özellikli hasta grubunda terminal dönem ve onkoloji hastaları bulunmaktadır.

6.1. Terminal Dönem Hasta Bakımı:

1) Hizmet Sunum Süreçleri: Hastanemize acil servis ve ya polikliniklerimizden başvuran hastaların doktorlarımız tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra yapılan değerlendirme sonucuna göre yoğun bakım ünitesi veya kliniklerimize yatışı yapılır. Yatış esnasında hastanemizin belirlendiği klinik işleyiş prosedürüne göre hasta yatış işlemleri uygulanır.

2) Disiplinler Arası İşbirliği: Terminal dönem hasta bakımı multidisipliner yaklaşım gerektirir. Hekimler, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, sosyal hizmet görevlileri, rehabilitasyon ekipleri, din görevlileri ve hastabakıcılar yer alır.

3) Hizmet Verilecek Ortam Şartları: Terminal dönemdeki hastaya ani gelişebilecek durumlarda daha hızlı müdahale edebilmesi için hemşire bankosuna yakın bir odaya yatırılır. Yatış işlemleri yapılan hastanın vital bulguları alınır ve hekimin order ettiği tedavi hemşire tarafından uygulanır. Hastanın yatak ve oda içindeki güvenliği sağlanır. Yatak kenarları kaldırılır. Hemşire tarafından hastaya itaki düşme riski değerlendirme ölçeği doldurulup risk değerlendirmesi yapılır. Yüksek riskli hastaların yatak başına düşme riski yönünden dört yapraklı yonca figürü asılır. Hastaların sürekli değerlendirilmeleri yapılarak, primer hastalığı ya da sekonder belirtileri doğrultusunda uygun bakım planı hazırlanır ve uygulanır.

4) Özel Bakım Uygulamaları Ve İşlemler:

Bireysel öz bakım: Terminal dönemdeki hastalar kendi bakımlarını yapamayabilir. Bakmakla sorumlu hemşire bu gereksinimlerine yardımcı olmalı gerektiğinde kendi yapmalıdır. Ağız burun ve gözlerin bakımı yapılır. Ağız ve burunda sekresyon varsa temizlenir, gerekirse ağız içi aspire edilir. Burun delikleri nemlendirilir, hastaya yan yatış pozisyonu verilir. Çatlak oluşumunu engellemek için dudaklara nemlendirici kremler sürülür. Takma dişleri varsa çıkarılır, ailesine teslim edilir. Gözlerde oluşan çapaklar temizlenir.

Ağrılı hastada bakım: Terminal dönemdeki hastaların birçoğunda özellikle kanser hastalarında görülen bir bulgudur. Hastaların birçoğu ölümden çok ağrıdan korkar. Ağrı kesicilerin miktarı, verilmiş yöntemi hekim tarafından belirlenir. Kanser hastalarına güçlü ağrı kesiciler, ağrı pompaları, sinir blokları kullanılmaktadır. İlaçların yanı sıra ağrının kontrolünde hasta ile iş birliğinin sağlanması da çok önemlidir. Ağrı kontrolünde temel amaç ağrının hafifletilmesi, ortadan kaldırılması ya da şiddetinin azaltılmasıdır.

Yorgunluğu olan hastada bakım: Yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda görülen en rahatsız edici belirtilerden biride güçsüzlük ve yorgunluktur. Kanser ve diğer kronik hastalıklarda ortaya çıkan bu belirtinin nedeni, doku oksijenlenmesinin azalmasıdır. Güçsüzlüğün ve yorgunluğun fiziksel nedeni ağrı, enfeksiyonlar ve uykusuzluktur. Psikolojik nedeni ise anksiyete ve depresyondur. Bu hastaların dinlenmesi sağlanmalı, temel ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olunmalıdır.

Bulantı ve kusması olan hastada bakım: Bulantı ve kusma terminal dönem hastalarında görülen önemli bir sorundur. Özellikle yemeklerden sonra artar ve hastayı rahatsız eder. Bu durumdaki hastalara, doktor istemine göre yemeklerden önce antiemetikler ve ağız bakımı verilir. Ağız bakımı hastayı rahatlatır, iştahını açar. Ölümü yaklaşan hastanın birkaç gün yemek yememesi sorun yaratmayabilir. Hasta yemek yemesi için zorlanmamalı, yutma sorunu yoksa az miktarda sevdiği gıdalar verilmelidir.

Disfaji (yutma güçlüğü) olan hastada bakım: Yutma güçlüğü nedeniyle hastalar ağızdan gıda almak istemeyebilir. Bu durumda zorlanmamalı, parenteral beslenmeye geçilmelidir.

Kilo kaybı ve iştahsızlığı olan hastada bakım: Kilo kaybı ve iştahsızlık terminal dönem hastalarının çoğunluğunda görülmektedir. İştahsız hastalar I.V. olarak beslenir, hastaların aldığı, çıkardığı kontrol edilir. Almaları gereken kalori miktarı hesaplanarak hastaların beslenmesi sağlanır.

Konstipasyon, diyare, idrar inkontinans, retansiyon, distansiyonu olan hastada bakım: Yaşlı hastalarda, kanser hastalarında ve terminal dönem hastalarında görülen bulgulardır. İdrar kaçırma durumlarında hastalara kateter takılmalı ya da emici alt bezleri kullanılmalıdır. Kabız olan hastalara laksatifler verilebilir. Distansiyonu olan hastalara gaz giderici uygulamalar yapılır.

Şuur bulanıklığı ve uykusuzluğu olan hastada bakım: Hastalara uyku problemleri için sedatifler verilebilir. Hastaların şuur bulanıklığı nedeniyle çeşitli kazalara maruz kalmamaları için sağlık personeli gerekli önlemleri almalıdır.

Ödemli hastada bakım: Daha çok invaziv girişim yerlerinde, alt ekstremitelerde ve sakral bölgede oluşur. Ödemli bölgede deri bütünlüğü kolay bozulacağından cilt bakımına önem verilir. Ödemli bölge yüksekte tutulmalıdır.

Hareket kabiliyetinin azaldığı durumlarda bakım: Hareket azalmasına bağlı olarak kaslarda zayıflama görülür. Hastalar mümkün olduğu kadar yardım ve destek verilerek hareket ettirilmelidir. Sık sık pozisyonları değiştirilmeli, yatak yaralarını önlemek için havalı yataklar kullanılmalıdır. Hastalara egzersiz yaptırılır, yatakla temas eden bölgelere masaj yapılır.

Dispne ve solunum sıkıntısı olan hastada bakım: Hastaların %50'sinde görülen solunum sıkıntısını gidermek için oksijen tedavisi uygulanır. Hastalara bilinci açıksa dik oturur ya da yarı dik oturur pozisyon verilir. Ağızda sekresyon birikmemesi için ağız ve boğaz aspire edilir. Gerekirse solunan hava nemlendirilir.

Ateş, titreme ve terlemesi olan hastada bakım: Terminal dönemdeki hastaların çoğunda ateş görülür. Yüksek ateşi olanlara soğuk uygulama yapılır. Hastalar, periferik dolaşım bozulduğu için yüksek ateşe rağmen üşür. Üşüyen hastalara sıcak uygulama yapılır. Hastaya, uygun antipiretikler verilmelidir. Terleyen hastaların yatak takımları değiştirilir.

Taşikardisi olan hastada bakım: Hastaların nabzında bozulmalar görülür. Terminal dönem hastalarında özellikle ölüme yakın dönemde bradikardi, şoklarda taşikardi görülür. Hastaların vital bulguları sık sık alınır, gerekirse monitörize edilir.

Tromboz ve patolojik cilt bulguları olan hastada bakım: Terminal dönem hastalarında dolaşım bozukluğuna bağlı olarak nekroz ve trombozlar gelişebilir. Yatağa bağımlı hastalarda ise en önemli sorun yatak yaralarıdır. Hastalara sık sık pozisyon değişikliği yapılır. Mümkünse hastalar hareket ettirilir, basınç noktalarına simitler konur ve masaj yapılır.

6.2. Onkoloji Hasta Bakım Süreci:

1) Hizmet Sunum Süreçleri: Hastanemize acil servis ve ya polikliniklerimizden başvuran hastaların doktorlarımız tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra yapılan değerlendirme

sonucuna göre kliniklerimize yatışı yapılır. Yatış esnasında hastanemizin belirlendiği klinik işleyiş prosedürüne göre hasta yatış işlemleri uygulanır.

2)Disiplinlerarası İşbirliği: Onkoloji hasta bakımı multidisipliner yaklaşım gerektirir. Hekimler, hemşireler, psikologlar, diyetisyenler, sosyal hizmet görevlileri, rehabilitasyon ekipleri, din görevlileri ve hastabakıcılar yer alır.

3)Hizmet Verilecek Ortam Şartları: Yatış işlemleri yapılan hastanın vital bulguları alınır ve hekimin order ettiği tedavi hemşire tarafından uygulanır. Hastanın yatak ve oda içindeki güvenliği sağlanır. Yatak kenarları kaldırılır. Hemşire tarafından hastaya itaki düşme riski değerlendirme ölçüğü doldurulup risk değerlendirmesi yapılır. Yüksek riskli hastaların yatak başına düşme riski yönünden dört yapraklı yonca figürü asılır. Hastaların sürekli değerlendirilmeleri yapılarak, primer hastalığı ya da sekonder belirtileri doğrultusunda uygun bakım planı hazırlanır ve uygulanır.

4) Özel Bakım Uygulamaları Ve İşlemler:

Alopesi :Kemoterapötik ilaçların ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıdır. Alopesi için;

- Hastaya saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra yeniden çıkacağını açıklamak,
- Saçların çıkarken yapı ve renk yönünden farklılık olabileceğine ilişkin hastayı uyarmak,
- Hastaları şapka, eşarp, bone, peruk gibi değişik materyaller konusunda bilgilendirmek,
- Kemoterapiden önce saçlarını kısaltmasını önermek,
- Göz kalemi, kaş kalemi, takma kirpik önerip uygulamasına yardım etmek,
- Kalan saçlar için sık şampuan uygulamamak ve yumuşak fırça kullanmak,
- Saç kaybı arttıkça, kalan saçları traş ettirebileceği konusunda öneride bulunmak,
- Kafa derisini güneşi bloke eden ajanlarla, şapkalarla sıcak ve soğuktan korumak,
- Aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklikleri görüşerek hastanın nasıl kabulleneceği konusunda aile üyelerine tavsiyelerde bulunularak manevi destek sağlamak.

Deri Bütünlüğünde Bozulma :Kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle vücudun deri tabakasındaki iritasyon, kızarıklık, kaşıntı ile kendini gösteren değişimdir. Deri bütünlüğü bozulan hastalar için;

- Nemli ve kirli deride, deri bütünlüğü bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan alanı temiz ve kuru tutmak,
- Deri frajil olduğundan tedavi alanının ovuşturmamak ve kaşımamak,
- Kimyasal iritan maddelerle kolayca travmatize olduğunda alanı, ılık su ve parfümsüz-yumuşak sabunla hafifçe yıkamak, yumuşak bir havlu ile kurularak havalandırmak,
- Metal element içeren maddeler iritasyonu arttırdığı gibi radyasyon ışınlarının dağılmasına da neden olacağından talk pudrası, losyon ve deodorant kullanmamak,
- Radyasyon alan derideki kesikler yavaş iyileştikten ve enfeksiyona eğilim olduğundan jilet yerine elektrikli veya pilli traş makinası kullanmak, bölge kırmızı ve ağrılı ise traş olmamak, kadın hastalarda ise manikür yaptırmamak,
- İritasyon ve reaksiyonu önlemek için; teri emici, yumuşak ve bol giysiler giymek,
- Bölgeyi aşırı sıcak ve soğuktan, direkt gün ışığından korumak için uzun kollu elbise ve geniş kenarlı şapkalar giymek, ayrıca güneş ışığını bloke eden kremler kullanmak, cilde doğrudan sıcak ya da soğuk kompres uygulamasından kaçınmak, yapıştırıcı band/selobant kullanmamak,
- Yatağa bağımlı hastalarda basınç bölgelerini gözleyerek hastanın pozisyonunu 2 saatte bir değiştirmek,
- Ekstremiteleri yükselterek ödemi önlemek,
- Sabah, akşam tuvaleti, yatak banyosu, baş ve ayak banyosu vererek hijyenik gereksinimleri karşılamak,
- Deride kızarıklık, hiperpigmentasyon, kaşıntı, kuruluk, dermatit, akne oluşabileceği, dil, mukoz membran ve el ekleminde koyulaşmalar olabileceği,

- Fotosensivite nedeniyle güneşte fazla kalmanın sakıncalı olduğu,
- Ciltte ve tırnakta renk değişikliği olabileceğinden hastanın istediği renkte tırnak cilası kullanabileceği, bu bozukluğun zamanla düzeleceği,
- Tırnakların kısa olması, pamuklu giysilerin tercih edilmesi konusunda hastayı bilgilendirilmek,
- Cildi kuru ve temiz tutmak,
- İrrite edici losyon ve kremleri kullanmamak,
- Soğuk kompres, antihistaminik ve kortikosteroid kullanmak. Kaşıntıyı arttırmamak ve cilt bütünlüğünü bozmamak için özellikle kaşımamak gerektiğini hastaya anlatmak

Yorgunluk :Kanserli hastalarda sık görülen sorunlardan biri olan yorgunluk, kemoterapinin yan etkisi olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, diyare, ağrı, immobilite, anemi ve malnütrisyon gibi faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıkan bir semptomdur. Yorgunluğu olan hastalar için;

- Hastanın bakım gereksinimlerini kısa sürede tamamlamak,
- Bakımın sağlanmasında ve sürdürülmesinde hastayı teşvik etmek, gerekiyorsa yardım etmek,
- Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörleri önlemek,
- Hastanın gece en az 7-8 saat uyuması, gündüz uyku periyotları oluşturulmasını ve aktivite kısıtlamasını sağlamak,
- Tedavinin tipine göre hafif egzersizler seçilmesine, enerji seviyesinin artmasına yardımcı olmak,
- Hastanın enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda önemli aktivitelerini yapması, ancak bunu sonradan daha fazla yorgunluk hissetmesine neden olacak şekilde yapmaması ve GYA'ne göre yeterli beslenmesini sağlamak.
- Hastanın dinlenik olduğu zaman, örneğin sabahları en besleyici besinleri alması, sert zor ve çok çiğnenen besinlerin verilmemesini, sık sık ve azar azar beslenmesini, dinlenme periyotlarının verilmesini, proteinden zengin ve bol kalorili besinlerin seçilmesini önermek,
- Yıkılan hücrelerin ve artık ürünlerin uzaklaştırılabilmesi için günde en az 8-10 bardak su almasını önermek.

Anemi : Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, DİC'e bağlı olarak gelişen bir tablodur. Anemisi olan hastalar için;

- Yorgunluk, baş dönmesi, titreme ya da taşipne gibi anemi belirtilerini gözlemlemek,
- Ortostatik hipotansiyon baş dönmesi varsa, özellikle yatarken ve kalkarken yavaş hareket etmesini söylemek,
- Halsizlik ve dispneyi gözlemek, gerekirse oksijen tedavisi yapmak,
- Hemoglobin ve hematokriti düzenli aralıklarla kontrol etmek,
- Bilgi eksikliği varsa anemi belirtileri konusunda bilgilendirmek.

Nötropeni: Kemoterapi ve/veya radyoterapiye bağlı kemik iliği baskılanması, immünoşüpresyona bağlı oluşan ve enfeksiyon gelişme riskine yol açan önemli bir semptomdur. Nötropenisi olan hastalar için;

- Hastada enfeksiyon belirtilerini (ateş, kızarıklık, sıcaklık, ödem, ağrı, iltihap oluşumu vs) gözlemlemek,
- Enfeksiyonun en sık görüldüğü bölgeleri (cilt ve müköz membranlar, oral kavite, solunum sistemi ve üriner sistem) gözlemlemek,
- Hastada ağız ve vücut hijyenine önem vermek, günlük kontrolleri yapmak ve deriyi travmalardan korumak,
- Konstipasyon oluşmaması için önlemler almak,
- Perianal bölgeyi ılık suyla ve yumuşak sabunla temizlemek,
- Tırnakların kısa ve düz kesilmesini sağlamak,

- Deri bütünlüğünü korumak ve günlük temizliğini yapmak,
- Hasta ve ailesinin el yıkamaya özen göstermesini sağlamak,
- Düzenli aralarla hastanın ateş takibini yapmak,
- Hastanın dinlenmesine ve beslenmesine dikkat etmek

Trombositopeni :Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, DIC ve pıhtılaşma faktörlerinin yetersiz yapımı nedeniyle kanamaya eğilimin artmasıdır.Trombositopenisi olan hastalar için;

- Hastayı banyo yaptırılırken ve dolaştırılırken çarpma, düşme gibi travmalardan korumak,
- Burun temizliğinin travmatik olmamasına dikkat etmek,
- Ağız bakımı için yumuşak materyal kullanmasını önermek,
- Vazodilatasyon yapacağı için alkollü içkileri yasaklamak,
- Aspirin ve non steroid antiinflamatuvar ilaçlar kullanılmamasını sağlamak,
- IM enjeksiyonlardan kaçınmak, gerekli ise işlemde sonra 3-5 dakika basınç uygulamak,
- Konstipasyon oluşumunu önlemek için hastanın bol sebze meyve yemesini sağlamak,
- Deride peteşi ekimoz kontrolünü yapmak,
- Diş eti, burun, idrar, dışkı kanaması gibi normal olmayan kanamaları yakından takip etmek

Stomatit :Ağız ve orafarenkstekli ülseratif lezyonlar, oral inflamasyon, kemoterapi (immünosupresyon), bulantı kusma, oral hijyen yetersizliği, nötropeni, trombositopeni ve dehidratasyon nedeniyle gelişebilir.Stomatiti olan hastalar için;

- Oral kaviteyi her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden kontrol edip değerlendirmek,
- Hastaya uygun ağız bakımını öğretmek,
- *Lezyon yoksa*: 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalamak ve mukostatin ve betadin ile gargara yapmak,
- *Lezyon varsa*; 2 saatte bir hidrojen peroksit solüsyonu, ardından serum fizyolojik ile ağız bakımı yapıp arkadan dudakları vazelinlemek,
- Hastanın öğünlerden önce ve sonra ağız bakımını yapmasını sağlamak,
- Stomatit oluşmuşsa uygun solüsyonlar önermek,
- Sıvı dengesini sürdürmek,
- Sıcak yiyeceklerden kaçınarak, yumuşak, protein ve vitamin yönünden zengin yiyecekler önermek,
- Asitli, tuzlu, baharatlı besinlerden kaçınılmasını önermek,
- Alkol ve sigara kullanılmamasını önermek,
- Dudaklar kuru ise vazelin ya da E vitaminli preparatlar ile yumuşatmak,
- Diş protezlerinin uygun olup olmadığının değerlendirilmesini, rahatsız ediyorsa takılmaması gerektiğini öğretmek,
- Yumuşak diş fırçası kullanılmasını önermek,
- Eğer ağızda kanama varsa bunu önlemek için hastaya ağızına küçük bir buz parçası almasını önermek,
- Ağrı için doktor istemine göre lokal aneljezik kullanılmasını önermek

Diyare : Kemoterapi, anksiyete, stres gibi nedenlerle GIS'in aktif olarak bölünen epitelyal hücrelerinin hasarıdır. Diyare olan hastalar için;

- Günlük dışkılama sayısı ve dışkının özelliklerini tanılamak ve kaydetmek,
- Barsak alışkanlıklarını tanılamak,
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi ve kaybedilen sıvıyı yerine koymak,
- Dışkı kültüründe üreme yoksa doktor istemine göre antidiyaretik ilaçları vermek,
- Perine bölgesini iritasyon, travma ve kanama açısından gözlemek,

- Bölgeyi ılık suyla temizlendikten sonra hafifçe kurulamak,
- Dışkı sayısını kaydetmek ve dışkıyı kanama yönünden gözlemlemek,
- Az lifli, pişmiş yiyecekleri menüye almak,
- Sütü ürünlerden sakınmasını sağlamak, potasyum kaybı olacağından sakıncası yoksa muz, portakal, patates vermek,
- Diyetteki yağ miktarını azaltmak,
- Fazla sıcak ve soğuk olmayan az şekerli yiyecekleri az ve sık olarak almasını sağlamak,
- Diyare düzeldiğinde lifli besinlerin diyete azar azar eklenmesini sağlamak

Konstipasyon :Kemoterapinin nörotoksik etkisi, narkotik ajanların kullanımı, hareketsizlik, yeme alışkanlığında değişiklikler, dehidratasyon, hipokalsemi nedenleri ile gelişebilir.Konstipasyon olan hastalar için;

- Lifli besinleri önermek (sebze, meyve, yulaf vb.),
- Sakıncası yoksa sıvı alımını arttırmak (günde en az 2lt),
- Aktivite önermek,
- Düzenli defekasyon alışkanlığı kazandırmaya çalışmak,
- Dışkılama, barsak sesleri, bulantı, abdominal distansiyon gibi paralitik ileus belirtilerini izleyip ve kaydetmek,
- Nonfarmakolojik uygulamalar yarar sağlamadığında eğer sakıncalı değilse doktor istemine göre laksatifler vermek

Bulantı-kusma: Bulantı ve kusma genellikle kemoterapi tedavisi nedeniyle görülür. Bulantı tedaviden sonraki ilk 6 saat içinde ortaya çıkmaktadır. Bulantı-kusması olan hastalar için;

- Bulantı ve kusmanın şekli ve oluş biçimi açısından hastayı tanılamak,
- Çıkarılan miktarı, içerik, renk açısından değerlendirerek kaydetmek,
- Dehidratasyon belirtileri açısından hastayı gözlemlemek,
- Antiemetik ilaçları en az yarım saat önce vermek,
- Ağız bakımının sık verilmesini, protez varsa tedavi sırasında çıkartılmasını sağlamak,
- Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes almanın faydalarını anlatmak,
- Vücut ağırlığı, aldığı çıkardığı sıvı miktarını değerlendirmek,
- Kemoterapiyi düşünmek bile bulantıya sebep olabileceğinden, tedaviden önce ve tedavi sırasında gevşeme tekniklerinin kullanılmasını önermek ve öğretmek,
- Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz, hasta giysilerinin rahat olmasına özen göstermek,
- Uygulamanın rahat bir pozisyonda yapılmasını sağlamak,
- Tedaviden 15-20 dakika önce sessiz bir yere yatmasını sağlamak,
- Öğünlerin azar azar sık sık alınmasını ve iyice çiğnenmesini önermek,
- Öğünlerde sıvı alımından kaçınılmasını önermek,
- Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı gıdalardan kaçınılmasını önermek ve kompleks karbonhidratların yararlı olabileceği konusunda bilgi vermek,
- Yiyeceklerin özellikle kuru gıdalardan seçilmesine dikkat etmek,
- Yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktiviteler yapmasını önermek

İştahsızlık :İştahsızlık, yiyeceklerin sindirimi, besin alımı yetersizliği, kullanılan ilaçlar ve aktivite azlığı, bulantı, kusma, stomatit, depresyon ve bazı kemoterapötik ilaçlar nedeniyle görülmektedir.İştahsızlığı olan hastalar için;

- İştahsızlık gelişebileceği konusunda hasta ve ailesine eğitim vermek,
- Diyetisyenle işbirliği yapılarak beslenme programını planlamak,
- Yüksek kalorili ve proteinli besinlerin alınmasına cesaretlendirmek,

- Az ve sık aralarla beslenmeyi önermek,
- Açlık hissettiği anda yemek yemeye cesaretlendirmek,
- Her öğünden önce ağız bakımını sağlamak,
- Hastanın sevdiği bir ortamda sevdiği i le birlikte, az ve sık yemesini sağlamak,
- Ortamda hoş olmayan ya da hastanın hoşlanmadığı kokuları engellemek,
- Yemekleri iştahı uyandıracak görüntüde sunmak,
- Yemeklerin hazırlandığı ortama hastanın girmemesini sağlamak,
- Rahat, sakin, hafif müzikli bir ortam sağlanması gibi uygulamalar yapmak,
- Beslenmesi oral yolla karşılanmıyorsa intravenöz ya da enteral yolla beslenmesini sürdürmek

Ağrı: Hastalık veya tedavinin etkilerinin yüze yansması olarak ifade edilir. Ağrısı olan hastalar için;

- Doktor önerisine göre, önerdiği tedaviyi uygulamak,
- 1. Hafif ağrı için narkotik olmayan aneljezikler + adjuvan tedavi (aspirin, parasetamol)
- 2. Orta şiddetli ağrı için zayıf narkotikler + nonopioid – adjuvan tedavi (dihidrokodein, demoral, tolvin)
- 3. Şiddetli ağrı için güçlü narkotikler + nonopioid ilaçlar + adjuvan tedavi (morfin)
- Nonfarmakolojik uygulamalar arasında pozisyon değiştirmesini sağlamak,
- Masaj yapmak, sıcak ya da soğuk uygulama, ılık banyolar, çevrenin sessiz ve sakin olmasını sağlamak,
- Gevşeme tekniklerini öğretmek, radyo dinlemesini, televizyon seyretmesini sağlamak,
- Okuma, müzik dinleme, hayal kurmayı önermek

Anksiyete ve Depresyon: Kanserin herhangi bir evresinde görülen davranışlarda aşağıdaki faktörler etkili olmaktadır; geçmiş hastalık deneyimleri ve uyum yetileri, gelecek planlarının tehdit edilme derecesi, hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutumlar ve dini inanışlar, genel kişilik özellikleri, aile içinde üstlenilen rol modelleri, yaşam şekli ve sosyo ekonomik durumları, sosyal destek sistemleri ve bunlara ulaşılabilirlik düzeyleri, hastalığın boyutu ve semptomların varlığı, duygu düşüncelerini açıklama yetenekleri, tanının konduğu yaş ve gelişim düzeyleri. Anksiyete ve depresyonu olan hastalar için;

- Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği sağlamak,
- Hastanın kaybolduğunu hissettiği kontrolünü yeniden sağlamak ya da birinin hastanın çevresine hakim olduğu duygusunu vermek,
- Geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirmek, uygun yöntemin kullanılmasını sağlamak,
- Hasta ve ailesine yeterli psikososyal destek sağlamak

Nötropeni: Kemoterapi nedeniyle kemik iliği baskılanan hastanın nötrofil sayısının 500mm³–1000 mm³ olmasıdır. Nötropenisi olan hastalar için.

- **“İzolasyon Önlemleri Talimatı”**na gerekli önlemler alınır.
- Hasta/yakınına **“El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı”**na göre eğitim verilir.
- Nötropenik beslenme konusunda hastaya diyet listesiyle birlikte eğitim verilir.
- Hasta odasında canlı veya kurutulmuş çiçek bulundurulmaz
- Ziyaretçi kısıtlaması yapılır.
- El hijyeni ve maske kullanımı sağlanır.
- Hasta odasındaki tıbbi aletler steril ve dezenfekte edilir.
- Port ve kateter kontrolü ve bakımı her gün yapılır.
- Nötropenik ateş durumunda hemen doktora bilgi verilip kan kültürü alınır ve gerekli müdahale yapılır.

6.3. Geriatri Hasta Bakım Süreci:

Geriatri (65 yaş ve üstü) hasta bakımının amacı sağlık ve fonksiyonel performansının korunması, sürdürülmesi, konforunun sağlanması, bakım ve tedavilerinin yapılmasıdır.

Hastanemize Acil Servisi veya polikliniklerinden başvuran hastaların doktor tarafından değerlendirilmesi yapılır. Yapılan değerlendirme sonucunda yatışına karar verilen hastanın “**Yatış Taburcu Prosedürü**” ne göre kliniğe yatışı yapılır.

Geriatri hasta bakımı multidisipliner yaklaşım gerektirir. Doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen ve nutrisyon hemşiresi yer alır.

Yatış işlemleri yapılan hastanın vital bulguları alınır ve doktorun order ettiği tedavi hemşire tarafından uygulanır.

65 yaş ve üzeri hastalarda aşağıdaki tablodaki gibi problemler sık görülür.

- Beden gereksinimlerinden fazla yada az beslenme
- Travma riski
- Yutma bozukluğu
- Enfeksiyon riski
- İdrar yapmada değişiklik
- Kronik ağrı
- Evdeki sorumluluklarını sürdürmede yetersizlik
- Konstipasyon
- Bireysel bakımda yetersizlik
- Ölüm anksiyetesi
- Aktivite intoleransı
- Sosyal izolasyon
- Yürümenin bozulması
- Kognitif fonksiyon bozukluğu
- Bağırsak hareketlerinde bozukluk
- Duygu durum bozukluğu
- Uykusuzluk

Özel Bakım Uygulamaları:

Beslenme: Sindirim sistemindeki değişiklik, ağız ve diş sağlığındaki değişimler nedeniyle beslenmesi etkilenir. Beslenme rejiminin zenginleştirmek, öğünleri sık ve azar azar sunmak, parenteral/enteral beslenmesini sağlamak, protezlerin ağız yapısına göre uygun olmasını sağlamak hasta için yararlı olur.

Hijyen Bakımı: Yaşlı hastalarda meydana gelen değişiklikler nedeniyle deri bakımı ve genel hijyen önemlidir. Deri altı yağ dokusu azaldığı ve deri elastikiyetini kaybettiği için yatak yarası riski fazladır. Yatak yarasını önlemek “**KL.T.030- Dekübit Yarası Oluşumunu Önleme ve Bakımı Talimatı**”na göre hareket edilir.

Ayak Bakımı: Yaşlı hastalarda dolaşım yetersizliği ve diyabet nedeniyle ayak bakımı önemlidir. Ayaklar her gün ılık sabunlu su ile yıkanır ve pamuklu bir havlu ile silindikten sonra tırnaklar düz olarak kesilmelidir. Çıplak ayakla dolaşılmamalı pamuklu sıkmayan çorap kullanılmalıdır. Parmak arası terlikler tercih edilmemelidir.

Boşaltım: Yaşlı hastalarda boşaltım problemleri sık sık tekrarlayan Üriner enfeksiyonlar, konstibasyon, diyare, üriner ve fekal inkontinanstır. İki saatte bir mesanenin boşaltılması, sıvı alımının artırılması, perineal kasların güçlendirilmesine yönelik egzersizler yapılması önerilir. Konstipasyonu önlemek için sulu ve lifli besin alımının artırılması, doktor orderi ile laksatiflerin verilmesi sağlanır. Diyare durumunda günlük dışkılama sayısı ve dışkının özelliklerini, AÇT takibi, az lifli yiyecekler alması sağlanmalıdır.

Bulantı-Kusma: Kusmanın şekli ve oluş biçimi, dehidratasyon belirtileri açısından hastayı takip etmek, Ağız bakımı vermek varsa protezlerin çıkartılmasını sağlamak, Vücut ağırlığı, aldığı-çıkarıldığı takibini yapmak, Fiziksel çevrenin temiz, kokusuz olmasını sağlamak, hasta odasını havalandırmak,

yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktivite yapmasını önermek, Doktor istemi ile antiemetik ilaçları yemeklerden yarım saat önce uygulamak

Hareket: Yaşlı hastaların kas koordinasyonu ve gücünün azalması hareket kısıtlılığına neden olmaktadır. Beden ve solunum egzersizleri, yürüyüş önerilir. Günlük aktivite ve işlerinin kendisinin yapması teşvik edilir. Güvenli hareket için ev ve çevre düzenlenmesi yapılmalıdır.

Uyku: Yaşlı hastaların gece sık sık tuvalete gitmeleri, sinir sisteminde oluşan değişiklikler ve kronik hastalıklar uyku problemine neden olmaktadır. Gece hafif yemek yemeleri, yatmadan önce az sıvı tüketmeleri, gündüz az uyumaları, ortamın ısı, aydınlatma, gürültü açısından düzenlenmesi yapılmalıdır.

Ağrı: Hastanın ağrısı “*KL.F.056- Ağrı Tanımlama ve Takip Formu*” ile değerlendirilerek doktor order’ na göre tedavi uygulanır. Masaj yapma, sıcak yada soğuk uygulama, ılık banyo uygulanabilir.

Anksiyete ve Depresyon: Hasta ve ailesi ile olumlu iletişim kurmak, gerekli psikolojik destek sağlamak, baş edilemeyen depresyonda doktor istemi ile antidepresan ilaçlar verilebilir.

İlaç Kullanımı: “*Akılci İlaç Kullanım Talimatı*”na göre gerekli öneriler verilir.

6.4. Bağışıklık Sistemi Baskılanmış Hasta Bakım Süreci:

Solid veya hemotojen malignansi tanısıyla izlenen tüm hastalar, nötropenik hastalar, HIV/AİDS olguları, yanık, solid organ veya kemik iliği nakli yapılan olgular, immünsupresif tedavi alan tüm hastalar, konjenital veya sonradan kazanılmış immün yetmezliği olan hastalar bu gruba dahildir.

Bu protokolün uygulanmasından doktor, hemşire, hasta bakıcı ve temizlik personeli sorumludur.

Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaya yönelik risk faktörleri ve hastada gelişen her yeni bulgu dikkate alınmalıdır.

Hastanın vital bulguları hastanın durumuna göre uygun sıklıkta değerlendirilmelidir.

Hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenen sağlık personeli ve aile bireyleri her temas öncesi ve sonrası “*ENF.T.002- El Hijyeni Talimatı*”na göre el hijyeni sağlamalıdır.

Üst solunum yolu enfeksiyonu olan sağlık personeli ve aile bireylerinin hasta ile temasında cerrahi maske gibi koruyucu önlemler alınmalıdır.

Hasta tercihen diğer hastalardan/enfekte hastalardan ayrı tek kişilik odada yada diğer bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarla aynı odada kalmalıdır.

Hastanın ateşi (>38C° ve <36 C°) olduğunda veya açıklanamayan genel durum bozukluğu olduğunda doktora haber verilir enfeksiyon belirti ve bulguları değerlendirilir.

Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda Altta yatan hastalık (solid veya hematojen malignansi, immün yetmezlik vb), immünosüpresif tedavinin dozu ve süresi, Humoral ve hücrel immunité durumu (geçirilmiş hastalık, asılanmış olması), Deri ve mukoza bütünlüğünün bozulması (kemoterapi ve radyoterapiye bağlı mukozit), kemik iliği transplantasyonu, İmmün sistemi baskılayan enfeksiyon varlığı (HIV, CMV, hepatit virüsleri gibi), Malnütrisyon, Hastanın psikolojik durumunun kötü olması, Yaş(çocuk ve yaşlılarda), Sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımı, ilaçların yan etkisi enfeksiyon eğilimini arttıran faktörlerdir.

Enfeksiyon Belirtileri:

Genel Belirtiler: Ateş, halsizlik, İnvaziv girişim yerlerinde (santral venöz katater, sonda, aspirasyon vb) ateş, ağrı, kızarıklık, hassasiyet, ödem, akıntı gözlenmesi

Deri ve Muköz Membranlar (cilt, mukoz membran, saç, tırnak, basınç bölgeleri ve biyopsi ve/veya cerrahi operasyon bölgeleri): Eritem, selülit, egzama, hassasiyet, döküntü, vasküler lezyon, apse, ağrı.

Ağız ve Oralfarenks: Ağrı, eritem, mukozit, plaklar, nekroz, veziküller, eksuda, büyümüş lenf nodülleri, kaşıntı.

Solunum Sistemi: Öksürük, göğüs ağrısı, Akciğer seslerindeki değişiklik, dispne.

Gastrointestinal Sistem: Karın ağrısı, bulantı kusma, disfaji, diyare, rektal hassasiyet.

Ürogenital Sistem: Dizüri, Hematüri, Sık idrara çıkma, kaşıntı, ağrı, vaginal akıntıda değişiklik, yanma, lezyonlar, ülserasyonlar

İskelet Sistemi: Hassasiyet, ağrı, fonksiyon kaybı

Nörolojik sistem: Baş ağrısı, ense sertliği

Ateş 38C° üzerinde ise kan, idrar ve gerekli görülen kültürler **“LAB.T:009- Mikrobiyolojik Numune Alınması ve Transferi Talimatı”**na göre alınır. Ayrıca tam kan sayımı ile mutlak nötrofil sayısı değerlendirilir.

15. Palyatif Bakım

1. AMAÇ:

Bu talimat, Özel Balıklı Rum Hastanesi bünyesinde faaliyette bulunan tüm birimlerde palyatif bakım ihtiyacı olan hastaların en kısa sürede ve doğru biçimde değerlendirilmesini bakım hizmetlerinin etkin ve standart bir biçimde sunulmasını amaçlamaktadır.

2. KAPSAM:

Bu talimat Özel Balıklı Rum Hastanesi'ne başvuran palyatif bakım ihtiyacı olan tüm hastaların değerlendirmesinde kullanılır ve hastanın terminal döneme girdiğine ilişkin kararın alınmasından bakımının sonlanmasına kadar geçen faaliyetleri kapsar.

3. SORUMLULAR:

Özel Balıklı Rum Hastanesi bünyesinde faaliyette bulunan tüm birimlerde görev yapan uzman hekim, hekim ve sağlık personeli bu talimatın uygulanmasından sorumludur.

4. TANIMLAR

Palyatif bakım: Yaşamı tehdit eden durumlarla birlikte görülen sorunlarla karşı karşıya olan hastaların ve ailelerin yaşam kalitesini, ağrıyı, fiziksel, psikososyal ve manevi boyuttaki diğer sorunlarını erken dönemde belirleyerek, kusursuz bir biçimde değerlendirerek ve tedavi ederek geliştiren bir yaklaşımdır.

Palyatif bakım ihtiyacı olan hastalar: Tedavi olasılığının bulunduğu, ancak yetersiz kalabildiği, küratif tedavi seçeneğinin bulunmadığı, tedavinin daha çok palyatif olarak sürdürüldüğü ve ilerleyici olduğu düşünülmeyen ancak ciddi güçsüzlük ve sağlık sorunlarına sebep olabilen ciddi nörolojik yetersizlikleri bulunan hasta gruplarını kapsar.

Terminal Hasta: Tedavisi mümkün olmayan bir hastalığı olan, yaşam beklentisi kısa ve kardiyopulmoner resusitasyon ile geri dönme şansı az olan ölümcül hastalardır.

Arrest Anında Kısa Resusitasyon Yapma Orderi (AKRYO): Hastada kardiyak arrest (nabız alınamaması) veya solunum arresti (solunum olmaması) tesbit edildiğinde resusitasyon işlemlerinin 15 dakika süre ile yapılabileceğini belirten order.

5. UYGULAMA:

5.1. Palyatif Bakım Ekibi

Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşılacak hastada, erken tanılanması ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel psikososyal ve diğer gereksinimlerini hastanın fonksiyonel durumuna odaklı olup farklı meslek gruplarından oluşturulmuş multi disiplinler bir ekip ile bu hizmetin sunulmasını sağlamak amacı ile palyatif bakım ekibini kurulmalıdır.

Ekip asgari aşağıdaki branşlardan en az bir kişiden oluşmalıdır.

- Dahiliye Uzmanı
- Nöroloji Uzmanı
- Fizik Tedavi ve Reh. Uzmanı
- Psikiyatri Uzmanı
- Anestezi Uzmanı
- Diyetisyen
- Klinik Sor. Hemşire
- Başhemşire
- Kalite Yönetim Sor.

5.2. Palyatif Bakım Ekibinin Görevleri

- Ağrı ve diğer semptomların kontrol altına alınması (Örn: bulantı, kusma, yorgunluk, uyku problemleri, iştahsızlık, kilo kaybı, nefes darlığı, ishal ya da kabızlık, anksiyete, depresyon, deliryum)
- Hasta ve ailesinin psikososyal gereksinimlerinin karşılanması
- Hastanın yoğun bakım ünitesinden çıkışında evde bakım prensiplerinin hasta yakınlarına öğretilmesi
- Tedavide devamlılık sağlanması

5.3. Palyatif Bakım Ekibinin Amacı

- Hastanın yaşam kalitesini yükseltmek
- Kendisi ve çevresiyle uyumunu sağlamak
- Tedaviye uyum ile iyileşme oranında artma sağlamak
- Palyatif bakımda

5.4. Palyatif Bakım Gerektiren Hasta Grupları

- İleri evre kanser,
- İleri dönem organ yetmezlikleri
- Ciddi kalp hastalığı,
- Motor nöron hastalıkları ve ilerleyici nörolojik hastalıklar,
- Cerebro Vasküler Hastalıklar
- Spinal kord yaralanmaları

5.5. Faaliyet Akışı

Bu gibi hastalığı olan palyatif bakım hastaları **“HB.T.005-Özel Hasta Bakım Talimatı”** doğrultusunda değerlendirilirler. Poliklinikte veya klinikte palyatif bakım ihtiyacı öngörülen hastalar için multi disiplinler bir yaklaşımla Palyatif Bakım Ekibinden yardım alarak hastaya en uygun tedavi düzenlenir.

Hastanın sorgulama sırasında fiziksel olarak rahat bir ortamda bulundurulmasına özen gösterilir. Soruların yanıtlanmasında gereğinde hastanın fiziksel ve psikolojik durumuna göre hasta yakınlarından ve bakım verenlerden de yardım alınır. Hastalığı ve önceki tedavileri değerlendirilirken hastaya bu konularda yeterli bilgi verilip verilmediği, hastanın küratif tedaviyi reddetmesinde bu faktörlerin rol oynayıp oynamadığı araştırılır.

Palyatif bakıma ihtiyaç gösteren hastaların algı düzeyi, iletişim kurma durumu ve karar verme yetisi değerlendirilir. Hastanın uygulanacak veya uygulanması muhtemel medikal tedavi, operasyon, entübasyon gibi konular üzerinde fiziksel ve psikolojik olarak karar verebilecek durumda olup olmadığı değerlendirilir. Eğer hasta sağlık durumu nedeni ile hastalığı ile ilgili kararları verebilecek idrak düzeyinde değilse bu değerlendirme sırasında bu konuda yetkili olan aile bireyi ve/veya yakını belirlenir. Bu değerlendirme sırasında değerlendirmeyi yapacak olan sağlık personelinin yargılayıcı ve baskılayıcı bir tutum içinde olmaması gerekmektedir. Hasta olası seçenekler hakkında bilgilendirilmeli ancak yönlendirilmemelidir.

Palyatif bakım uygulanan hastalarda mevcut semptomlar skorlanır ve günlük olarak yeniden değerlendirilirler. Ayrıca Palyatif Performans Skalası (PPS) ile ilk değerlendirme sırasında hastanın ihtiyacı olan destek miktarı belirlenir. Bu değerlendirme her 3 günde bir tekrarlanır. PPS hızlı bir şekilde hastanın mevcut fonksiyonel durumunun tanımlanmasını sağlar. İş yükünü ve diğer önlemleri değerlendirmede yararlıdır ve prognostik öneme sahiptir. Skordaki azalmalar durumun ilerlediğini gösterebilir. PPS değerlendirmesinde öncelikle ilk kolondan başlanır, uygun yürüme (ambulasyon) durumuna ulaşana kadar aşağıya doğru okunur. Sonra aktivite ve hastalık durumu, öz bakım, beslenme ve bilinç durumu sıra ile aynı şekilde belirlenir. Bu değerlendirmede sola ve aşağıya doğru herhangi bir spesifik kolon en güçlü belirleyicidir ve genellikle diğerlerinden öncelikle ele alınmalıdır.

Hastanın fonksiyonel durumu, aktivitesi, fiziksel kısıtlılıkları (konstipasyon, yemek yeme, solunum zorlukları) değerlendirilir. İhtiyaç halinde ilgili bölümlerden konsültasyon istenir.

Hastaların ağrı şiddeti **“KL.T.009- Ağrı Değerlendirme Talimatı”** göre ayaktan hastalarda acil servis takip formuyla sayısal skala ile, yatan hastalarda hemşirelik hizmetleri ön değerlendirme formu ve ağrının yeniden değerlendirilmesi formu ile sayısal, sözel ve yüz skalası ile değerlendirilir. Anamnez sonucu ağrı tanımlaması yapan hastalara **“KL.F.056- Ağrı Tanılama Takip Formu”** na göre skorlanır form doldurulur skoru yüksek olanlar bu form yardımı ile takip edilir ve kaydedilir. Hastalarda ağrı kontrolü doktor istemine göre farmakolojik yöntemler ve ilaç dışı uygulamalar(soğuk uygulama, egzersiz vb.)ile sağlanır.

Değerlendirme sırasında hastanın duygusal ve bilişsel durumu, hastalığına bakış açısı, hastalığa ilişkin korkuları, alkol ve ilaç bağımlılığı gibi sorunları üzerinde durulur. İhtiyaç halinde ilgili bölümlerden konsültasyon istenir. Hastanın ruhsal durumu yine periyodik olarak değerlendirilerek gerekli destek tedavisi sağlanır.

Palyatif bakıma ihtiyaç gösteren hastaların hastalığa ve tedaviye bakış açısını etkileyebileceğinden dolayı manevi durumları ve ihtiyaçları değerlendirilir. İstek olursa din görevlileri ile irtibatı sağlanır.

Hastanın daha sonraki tedavi planında nerede takip edileceği (ev, hastane, bakım yurdu), beklenen yaşam süresi, kontrol için hastaneye gelip gelmeyeceği, tıbbi durumunda beklenen değişiklikler ve bunlar gerçekleştiğinde kimlerin aranacağı gibi noktalar belirlenir.

Hastanın tedavi planı terminal dönemdeki hasta için yeniden düzenlenir. Hastanın terminal hasta olduğuna sorumlu hekim karar verdiğinde tedavi planı yeniden oluşturulur. Oluşturulan tedavi planı tedaviye katılım prosedürü çerçevesinde hasta ve yakınları ile değerlendirilir.

Huzurlu bir ortam oluşturulmaya çalışılır. Hastaya uygun pozisyonlar verilerek rahatı sağlanır, tesbit gerekli olursa yapılır. Odadaki gereksiz ekipmanlar kaldırılır (gereksiz alarm ve monitörler) hastanın yakınları için odada yer açılır. Ailenin biraraya toplanmasına izin verilir. Söyleşi, vedalaşma veya kültürel törenlere izin verilir.

Terminal hastada arrest tespit edildiğinde **Kardiyopulmoner Resusitasyon ve Mavi Kod Prosedürü** doğrultusunda **AKRYO** uygulanır.

- Arrest öncesinde gerektiğinde aşağıdaki durumlar sağlanır: Oksijen verilir.
- Kanama varsa kontrol edilir
- Tesbiti gereken hasta zarar görmeyecek şekilde tesbit edilir
- Ağrı medikasyonu yapılır
- Duygusal destek sağlanır

Terminal bir hastada hasta veya yakını alternatif tedavi yöntemlerine başvurmak isterse izin verilir.

Hastanın rahatı yalnız öncesinde değil arrest esnasında da sağlanır ve saygılı davranılır. Ölen hastanın ölüm tutanağı hazırlanarak cenazesinin hazırlanmasına yardımcı olunur.

Hasta yakınlarının psikolojik durumu değerlendirilir, gerekirse premedikasyon yapılır, duygusal, manevi ve kültürel kaygılarına yanıt verilir.

Hasta yakınları isterse hastanın bakım hizmetlerine iştirak ettirilir.

Hastanın organ bağışı veya otopsi gibi konularının duyarlı bir şekilde ele alınarak ailenin karar vermesine yardımcı olunur.

Terminal hasta kendisi veya şuuru kapalı ise ailesi tarafından taburcu olmak isterse istekleri belgelenip dosyaya kaydedilerek imzaları alındıktan sonra taburculuk süreci başlatılır.

16. YATAN HASTA ÖZ BAKIMI

1. AMAÇ VE KAPSAM

Balıkli Rum Hastanesi Vakfı'nda tedavi hizmeti alan yatan hastalarda öz bakım sağlamak sürdürmek ve hastayı rahatlatmak için gerekli hijyen kurallarını belirlemek.

2. SORUMLULAR

Balıkli Rum Hastanesi Vakfı bütün klinikler ve personelleri sorumludur.

3. UYGULAMA

a. Hasta mümkün olduğunca hijyenik bakımı kendi kendine karşılaması için teşvik edilmelidir. Bu durum hastanın evdeki yaşamına hazırlığı ve öz güveninin gelişmesi açısından yararlı olacaktır.

b. Kendi kendine hijyenik bakımını sağlayabilen hastalar için malzeme ve zaman konusunda hemşire hastaya destek olmalıdır.

c. Kendi kendine hijyenik bakımını sağlayamayan hastalar için gereken malzeme sağlandıktan sonra hemşire ile hasta bakıcı yardımı ile gerçekleştirir.

d. Hijyenik bakım sırasında hastanın mahremiyetine özen gösterilir.

e. Saç ve tıraş bakımı ihtiyacı olan hastalar için hastanemizin berberinden yardım alınır.

f. Hastanın diyetine göre öğünleri hastanemiz mutfağından sağlanmaktadır. Gereken hastalara diyetisyen konsültasyonu istenmektedir. Diyet programındaki ata öğünler diyet mutfağıımızdan hazırlanmaktadır.

g. Hastaların öğün dışı yeme içme ihtiyaçları saat 20:00'ye kadar hastanemiz kafeteryasından sağlanmaktadır.

h. Hastanın gereksinimi ve ihtiyacı doğrultusunda banyo ve tuvalet ihtiyaçları karşılanmaktadır. Gerekli durumlarda personel ve hemşire yardımı alınır.

17. HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI

1. AMAÇ

Hastanemize muayene tetkik girişimsel işlem için başvuran veya yatan hastalarımızın mahremiyetinin korunmasını sağlamaktır.

2. KAPSAM

Tüm poliklinik ve yatan hastaları kapsar

3. SORUMLULUK:

Bu talimatın uygulatılmasından tüm hastane çalışanları sorumludur.

4. TANIMLAR:

Mahremiyet: Kişiye Özel Gizlilik.

5. UYGULAMA:

5.1. Fiziksel Mahremiyetin Korunması: Hastanemize muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastalara, hasta muayenesi paravan veya perde arkasında, üçüncü kişilerin görmesi engellenerek yapılır. Muayene odasında veya girişim alanında görevliler dışında kişi olmamalıdır. Hastanın izin verdiği kişiler ve hekimin bulunmasında yarar gördüğü yakınları kalabilir. Polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenir.

Çift kişilik odalarda, acil müşahede odalarında, kan ve numune alma odalarında, yoğun bakım ünitesinde, muayene odalarında, acil muayene odasında vb. yerlerde paravan veya perde kullanılması mecburidir.

Yatan hasta odalarında sakıncası olmadığı durumlarda kapılar kapalı tutulmalıdır.

5.2. Tıbbi Mahremiyetin Korunması: Hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda(cerrahi girişim, görüntüleme vb.) özel mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda, olması gereken görevliler dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır.

5.3. Kayıtlı ve Kayıtsız Bilgi Mahremiyeti: Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öyküsü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izini olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir. Hastanın tıbbi bilgileri ve öyküleri başka ilgililere aktarılırken gizlilik ilkesi korunarak gerekli özen gösterilir. Hastanemizin tüm çalışanlarının hastalarımıza özel olan bilgileri tesadüfen yada görevleri sırasında şahit oldukları bilgileri orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara taşımamak bakımından sorumludurlar. Hasta dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreter tarafından gerekli önlemler alınır. Hasta dosyasını görmek isterse, hekimin izni ile bir görevli refakatinde ve yerinde görmesine izin verilebilir.

Epikriz ve tahlil ve tetkik sonuçları kendisi dışında veya velisi dışında kimseye verilmemesine özel gösterilir. Hasta hakları komitesi tarafından belirlenen tetkik sonuçları istem yapan doktor dışında kişilerin görmesi engellenmiştir. Aynı şekilde hasta hakları komitesi tarafından belirlenmiş testler web ortamında ulaşımına kapatılmıştır.

Telefon ile hasta bilgileri, hastanın klinik durumu hakkında bilgi ve tahlil/tetkik sonuçları hakkında bilgi verilmesi yasaktır.

Güvenlik Raporlama: Uygunsuz veya beklenmeyen olay olması durumunda; Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu doldurulur. Gerekli durumlarda düzenleyici önleyici faaliyet başlatılır.

18. HASTA KISITLAMA UYGULAMASI

1. AMAÇ:

Diğer tüm alternatifler denendikten sonra, hastanın kendini ve diğerlerini yaralama riskine karşı veya tıbbi tedavinin kesintisiz olarak sürdürülmesini sağlamak amacı ile en son çare olarak kullanılacak olan kısıtlamaların uygulanmasına ait esasları tanımlamak amaçlanır.

2. KAPSAM:

Davranışsal olmayan sağlık gereksinimi için kısıtlama altındaki tüm hastaları kapsar

3. SORUMLULAR:

İlgili Hekim ve personel

4. TANIMLAR:

4.1 Kısıtlama: Hastanın kendisini ya da diğerlerini yaralanmalardan korumak amacı ile hastanın fiziksel aktivitelerinin kontrolü için, bedenin bir bölümünün hareketlerini kısıtlamaya yarayan fiziksel ya da mekanik ekipmanların kullanımı.

4.2 Güvenlik amaçlı ya da güvenliği destekleyici ekipman: Tıbbi, cerrahi ya da teşhise yönelik işlemler esnasında, işlemin düzenli bir parçası için düşünülmüş mekanizmaların kullanımı. Örneğin; ameliyat esnasında vücudun sabitlenmesi amacı ile bağlanması, IV tedavi için kullanılan tespit tahtaları, post-operatif ve konfüze ya da entübe hastaların geçici olarak kısıtlanması, konfüze hastaların yataktan düşmesini önlemede kullanılan güvenlik ekipmanları.

5. UYGULAMA:

- Hasta kısıtlama kararı ilgili hekim veya nöbetçi uzman hekim tarafından verilerek tedavi planında belirtilir. İlgili hekim tedavi planında uygulamanın başladığı tarih, saat, tipini, endikasyonunu, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.

- İlgili hekim hastaya uygulanacak olan kısıtlamaların sebeplerini ve önemini, hastanın anlama düzeyine uygun olarak açıklar. Hangi kısıtlamaya ihtiyaç olduğunu ve yatırılmaya çalışılan davranışın ne olduğunu sebebiyle birlikte kaydeder.

- Tıbbi personel ve gerektiğinde güvenlik elemanı, hastanın hemşiresi ve doktorun gözetimi altında kısıtlamanın uygulanmasına yardımcı olmalıdır.

- Kısıtlamanın hemşire kayıtları; kısıtlamanın tipi, hastanın kısıtlamaya cevabı, kısıtlama sebebi ve kısıtlama periyodunda hastanın bakım alternatiflerinin değerlendirilmesini kapsamalıdır.

- İlgili hekim tedavi planında uygulamanın başladığı tarih, saat, tipini, endikasyonunu, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir

- Eğer hasta kendisine ve çevresine zarar verecek davranışları, planlanan zamandan önce azaltırsa ve gereklilik ortadan kalkarsa yeniden değerlendirme yapılır. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir tekrar gözden geçirilmelidir.

- Endikasyonlar ve kısıtlamaya alternatifler

Hastanın Durumu

1. IV yollarını, tüplerini ve pansumanını çekiştiren hastalar

2. Düşmeye meyilli, yataktan çıkmaya eğilimli, davranışları şüpheli, konfüze hastalar

Kısıtlamalara Alternatifler

- Yakın gözlem
- Tüpleri ve IV yollara ulaşamayacak bir pozisyon sağlamak
-Bu tür girişimleri hastanın göremeyeceği şekilde hastanın giysileri içine saklamak

- Yakın gözlem
- Gerçek bir oryantasyon sağlama
- Duyusal yardımcılarının kullanımı

2. Hastanın dikkatinin yeniden değerlendirilmesi
 3. Dikkatin başka yöne yönlendirilmesi
 4. Hastayı hemşire istasyonuna yakın bir yere yerleştirme
 5. Işıklandırmayı arttırmak
 6. Tuvalet ihtiyaçlarını programlamak
 7. Egzersiz ihtiyacını programlamak
3. Kasıtlı olmayan ajitasyon, agresyon
- Yakın gözlem
 8. Çevrenin güvenlik açısından kontrol edilmesi
 9. Kullanılan ilaç tedavilerinin olası yan etkileri hakkında bilgi sahibi olmak
 10. Davranışlara sınır koymak
 11. Sözel sakinleştirici teknikler kullanmak
 12. Psikiyatri konsültasyonu
 13. Yeniden güven/duygusal destek sağlamak
 14. Tıbbi durumun yeniden değerlendirilmesi

Tüm bu kısıtlama uygulamaları denendikten sonra hastaların hala kısıtlama ihtiyacı varsa;

• **El ve ayak bağları:** Kendisine ve başkalarına zarar verebilecek hastalar için kullanılır. Bağlar, ince ve sert malzemeden olmamalı, dolaşımı engelleyecek sıklıkta ve IV tedavinin uygulandığı kola uygulanmamalıdır.

• **Kol tespit tahtası :** Sürekliliği kesildiği zaman hastanın tıbbi tedavisini olumsuz etkileyecek kateter, NG, IV yollar ve tüpleri çıkarma eğiliminde olan hastalar için kullanılır.(özellikle çocuk hastalar için kullanılır.

• **Yatak Kemerleri:** Yatak kemerleri, yatak kenar parmaklıkları üzerinden tırmanmaya çalışan hastaları yatakta tutmak ve zarar görmesini engellemek için kullanılır. Kullanırken aşağıda yer alan önlemler alınmalıdır.

- Hastanın beline uygulanan kemer asla çok ince olmamalıdır.
- Hasta ile bel bandı arasında el girecek kadar boşluk olmasına dikkat edilmelidir.

Bel bandını yatağın hareket etmeyen herhangi bir bölümüne bağlamak ve hastanın hareket etmesini önlemek güvenli değildir.

19. YAKIN GÖZLEM UYGULAMASI

1. AMAÇ

Yatarak tedavi ve bakım hizmeti alan kendine ve çevresine zarar veren veya verme olasılığı olan, yakın gözlem gerektiren hastaların tedavi sürecini düzenlemektir.

2. KAPSAM

Doktor tarafından yakın gözlem gerektiğine karar verilen tüm hastaları kapsar.

3. SORUMLULAR

Balıkli Rum Hastanesi Vakfında çalışan tüm doktor ve sağlık görevlileri

4. UYGULAMA

- Serviste yatarak tedavi görmekte olan hastalara uygulanacak olan kayın gözlem süreci hekim tarafından belirlenir.
- Hastanın gözlem şeklinin hangi tür olacağına (Hasta odası/ Yumuşak Oda -tecrit) sorumlu hekim hasta ile görüşükten sonra karar verilir.
- İletişim kurabiliyorsa uygulanacak gözlem şekli ile ilgili; gözlem tipi, şekli ve süresi hakkında hastaya ve ailesine hekim tarafından bilgi verilmelidir.
- Hasta yakın gözleminin kendi odasında gerçekleşmesi durumunda;
 - Servis hemşiresi tarafından 15 dk da bir gözlenir
 - Hemşire gözlemleri “**Hemşire Gözlem Formu**”(KL.F.004) na kaydedilir.
 - Gözlem süresinin sonlandırılması hekim tarafından yapılır
- Hasta yakın gözleminin yumuşak odada gerçekleştirilmesi durumunda;
 - Kendisine ve çevresine zarar vermesini engellemek için güvenlik tarafından üst araması yapılır (hiçbir eşyanın bulundurulmasına izin verilmez)
 - Tecrit uygulaması altında olan hastanın gözlem sonuçları hemşire tarafından “**Psikiyatri Kliniği Hasta Tespit Formu**” (KL.F.042)na kaydedilir. Hekimin ek tedavi önermesi durumunda formun ilgili yerine yazılarak hekim tarafında onaylanır.
 - Tecrit uygulama işlemi hasta sakinleştiğinde ve mümkün olduğu kadar en kısa zamanda sonlandırılır. Sonlandırma kararı hekim tarafından verilir.
 - Tecrit uygulama süreci sonlandırılan hasta medikal tedavinin devamı için servise alınır.

20. HASTA VE HASTA YAKINI EĞİTİMİ

1. AMAÇ

Bu prosedürün amacı; tedavi gören hastaların ve ailelerinin tanı ve tedaviyi anlamalarına, doğru kararlar verebilmelerine, bakıma aktif olarak katılmalarına ve hastalık ile ilgili güçsüzlük duygularından kurtulmalarına yardım etmek amacıyla gerekli eğitim ve bilgilendirilmelerin uygun şekilde yapılabilmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM

Bu prosedür, hasta ve ailesine yönelik olarak gerçekleştirilen tüm eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerini kapsar.

3. SORUMLULAR

3.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedür, Başhekim onayından sonra yürürlüğe girer.

3.2. Prosedürün Kullanıcıları

Bu prosedürün yürütülmesinden hasta ve ailesine yönelik olarak eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerini gerçekleştirilen tüm sağlık personeli sorumludur. Prosedür uygulaması sırasında kullanılan “*KL.F.016-Hasta ve Hasta Ailesi Eğitim Kayıt Formu*”nun kullanımı yatan hasta katlarında Servis Sorumlu Hemşireleri tarafından yapılır.

4. UYGULAMA

4.1. Genel

- Sağlık profesyonellerinin temel görevi, sağlıklı ya da hasta bireye yardım etmektir. Bu yardım, sağlamlığın sağlığını sürdürmesi, hastanın yeniden sağlığına kavuşması için gerekli olan bilgi, istek ve güce kavuşmasına yönelik etkinlikleri içerir. Bu etkinlikler içinde sağlıklı / hasta bireye ve ailesine öğretim yapmak önemli bir yer tutar.
- Hasta ve ailesinin eğitimi, hastanın tedavi gördüğü süre içindeki ihtiyaçlarını karşıladığı gibi, hastanın taburculuk sonrasındaki eğitimini de kapsar.
- Tanı, tedavi ve bakım hizmeti alan her birey ve ailesi içinde bulunduğu hizmet sürecinde ihtiyaç duyduğu her türlü bilgiyi yeterli ve doğru bir şekilde alır.
- Hastaların bilgilendirilmesi ve eğitimine yönelik faaliyetler ilgili birimde hizmet veren tüm sağlık personelinin koordineli çalışmaları ile gerçekleştirilir.
- Hastaya verilecek eğitimlerin konu başlıkları, eğitimi verecek personelin yeterliliği, hasta profiline göre doğru eğitimlerin seçilmesi, uygun eğitim kaynaklarının hazırlanması ve bu eğitimlerin kayıt altında tutulması için gerekli politika ve prosedürlerin oluşturulmasında, Eğitim komitesi ile Hasta Hakları Komitesi görev alır. Bu komite gerektiğinde alt çalışma grupları oluşturabilir.
- Sağlık personeli hangi amaçla eğitim yaparsa yapsın mutlaka eğitim sürecinden yararlanır, bu süreci iyi bilir ve uygular.

4.2. Veri Toplama ve Eğitim Gereksinimlerini Belirleme

- Hastanın servise kabul edildiği sırada eğitim gereksinimlerinin saptanmasına başlanmadan önce hasta odası ve servis düzeni ile ilgili bilgilendirme yapılır, işleyişi ile ilgili bilgiler hastaya aktarılır.
- Hastanın ve yakınlarının eğitim ihtiyacının değerlendirilmesi hastanın primer hemşiresi tarafından, hasta yatışını takiben yapılan ilk değerlendirme sırasında sağlanır. Öğrenme gereksinimlerinin erken dönemde saptanması, eğitim içeriğinin belirlenmesinde ve başarıyla gerçekleştirilmesinde rol oynar.
- Hastadan verileri toplanırken, hastanın probleminin ne olduğu, tanı ya da tanıları, fiziksel muayene sonuçları, yapılacak olan girişimlerin neler olduğu araştırılır. Hastanın ailesi, ailenin ve hastanın değerleri, inanç sistemi, konuştukları dil ve öğrenim düzeyi, fiziksel kısıtlılıklarının olup

olmadığı gibi öğretimi etkileyen pek çok faktörle ilgili veri toplanır. Bu amaçla “**KL.F.004-Hemşire Gözlem Formu**”ndan yararlanılır.

- Ayrıca hastanın şu andaki sağlık durumu ve tanısı hakkında daha önceden bilgilendirilme durumu ve eğitim verecek kişiden beklentileri de belirlenir. Bütün bu bilgiler “**KL.F.016-Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıt Formu**”nda belirtilir.

4.3. Eğitimin Planlanması

- İlgili sağlık ekibi üyeleri, eğitim için gerekli öğrenim amaçlarının, önceliklerin, bilgi içeriğinin, öğretim yöntemleri ve öğrenimi kolaylaştırıcı materyallerin belirlenmesine çalışır.

- Hasta ve yakınları Türkçe bilmiyor ise hasta ve ailesiyle iletişim tercüman aracılığıyla sağlanır ve eğitimler kullandıkları dilde verilir. Eğitimler ile hastanın ve ailesinin bakım ile ilgili kararlara katılımı desteklenir.

- Hasta eğitim konuları, eğitim ihtiyacı değerlendirme sonuçları, hastanın tanısı, tedavisi ve yatış nedeni esas alınarak, hastanın hekimi, hemşiresi ve bakımından sorumlu diğer kişiler tarafından belirlenir ve planlanan program “**KL.F.016-Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıt Formu**”na kaydedilir.

- Her hastaya ve ailesine eğitim verilen konular “**YH.T.009- Yatan Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Planında**” planlanmıştır.;

- Bu temel eğitim konularının yanı sıra hasta ve ailesine, hastanın durumuna yönelik özel eğitim konuları da planlanır ve verilir.

- Planlama yaparken; belirlenmiş olan sağlık eğitim gereksinimleri üzerinden öncelikle amaç ve hedefler geliştirilir. Amaç, eğitim sonunda, eğitilenin ne yapabileceğini, neyi bilebileceğini kesin ve açık olarak anlatan cümledir.

- Hastanın hemen ihtiyacı olan eğitim konuları için kısa süreli amaçlar geliştirilir (örn; hastanın mesane fonksiyonlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılacak testlerin neler olduğunun bireye açıklanması).

- Bireyin sağlığının daha iyiye götürülmesi için yaşamına yeni bilgi ve davranışlar adapte etmesi gereken durumlarda uzun süreli amaçlar geliştirilir (örn; üriner sistem sorunu olan bir bireyin sıvı alımının yeniden nasıl düzenleneceğinin öğretilmesi).

- Belirlenen amaçlara yönelik olarak eğitim süresi, öğretim teknikleri ve materyalleri belirlenir.

- Ayrıca, hastanın eğitimini / öğrenmesini engelleyecek faktörler bulunup bulunmadığı tespit edilir ve çözümüne yönelik girişimler planlanır.

- Yapılan uygulamalar “**KL.F.016-Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıt Formu**”na kaydedilir.

4.4. Eğitimin Gerçekleştirilmesi

- Hastalara eğitim öncelikle hastanın hekimi ve hemşiresi tarafından verilir. Ayrıca, gerekli durumlarda diyetisyen, fizyoterapist ve gerektiğinde teknisyenler, hastaya uygulanacak bakımın içeriğine göre eğitimde görev alabilirler.

- Hastalara eğitim, en uygun ortamda ve hastanın öğrenmeye en açık olduğu zamanda verilir. Bu amaçla eğitimciler, eğitim öncesinde hastanın durumu hakkında hastaya bakım veren hemşireden detaylı bilgi edinir ve hastayı değerlendirir.

- Eğitim verilecek konu ile ilgili öğrenmeyi kolaylaştıracak olan her türlü araç eğitim sırasında hasta yanında hazır bulundurulur (örn; glukometri ile kan şekeri ölçümü eğitiminde glukometri cihazı, lanset, stripler v.b. kullanımı)

- Araç kullanımını gerektirmeyen konularda eğitimi takiben anlatılanların hatırlanmasını sağlamak amacıyla konu ile ilgili eğitim broşürleri ve bilgilendirme broşürleri hastalara verilir. Bu broşürler, hastaların ve yakınlarının anlayabileceği sadelikte ve yeterlilikte hazırlanır.

- Verilen eğitim sırasında kullanılan eğitim yöntemleri “**KL.F.016-Hasta ve Ailesi Eğitim Kayıt Formu**”na kaydedilir.

4.5. Eğitimin Değerlendirilmesi

- Verilen her eğitimin sonunda eğitimci tarafından eğitimin etkinliği, hastadan alınan geri bildirimler ve sorular yoluyla değerlendirilir. Başarılı olmadığı kanaatine varılırsa eğitim tekrarlanır.
- Tekrar edilen eğitimler için de aynı eğitim süreci uygulanır ve Hasta Taburculuğu ve Yakınlarının Eğitimi Formu'nda yer alan boş alanlara bilgiler kaydedilir.

4.6. Taburculuk Eğitimi

Hastaların taburculuk eğitimlerinin planlaması yatışının ilk gününde başlatılır. Hastanın ve yakınının taburculuğu takiben günlük yaşamı içerisinde ihtiyaç duyacakları her türlü bilgi ve eğitim hasta hastanede yattığı süre içerisinde ve taburcu olmadan önce verilir.

Hastanın taburculuk sonrası kullanacağı ilaçlar varsa, dozları ve kullanım şekli belirtilerek saatleri planlanır, hasta ve bakımından sorumlu yakınlarına anlatılır.

Taburculuk sonrası hastanın ve ailesinin dikkat etmesi gereken konular ve hekime başvurması gereken durumlar belirtilir.

Hastanın var ise hekimle olan kontrol randevu tarihi ve cerrahi operasyon geçirmiş hastalarda pansuman için gelmesi gereken tarih Taburculuk yönergesinde yer alır.

Hasta diyabet hastası ise taburculuk öncesinde mutlaka evde devam edeceği tedavi planı, yaşam şekli, kan şekeri takiplerini nasıl yapacağı ve insülin kullanması gerekiyorsa ilaç ve kalem eğitimleri hekimi tarafından verilir.

4.7. Uygunsuzlukların Tespiti ve Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin Planlanması

Hastalarla ve işleyiş düzeni ile ilgili karşılaşılan her türlü aksaklıkla bir daha karşılaşılması için duruma uygun olarak **Düzeltici Önleyici Faaliyetler Prosedürü**'ne göre hareket edilir. **“YH.F.001-Düzeltici Önleyici Faaliyet Talep Formu”** doldurulur.

21. HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİ VE RIZASININ ALINMASI

1. AMAÇ:

Hasta ve çalışanın güvenliğinde, hasta ile iletişimin güçlenmesi, hasta ile paylaşımın artması, hasta ile sorumluluklarının paylaşımının artması - hasta ve çalışan güvenliğinin hukuki boyutunun yasal süreçler doğrultusunda gelişmesi için hastanın bilgilendirmesi ve rızasının alınmasıdır.

2. KAPSAM:

Hastanede her türlü tanı ve tedavi için işlev yapılan ve hizmet veren tüm alanları içermektedir.

3. SORUMLULAR:

Hastanın tanı ve tedavi işlemine karar veren sorumlu hekimdir. Uygulanmasına izin verme yetkisi hekime değil, müdahalelere maruz kalacak hastalara aittir.

Bu talimatın uygulanmasından öncelikle uzman hekimler sorumludur. Ayrıca sorumlu hemşireler ve servis hemşireleri de doktoru tarafından bilgilendirilen hastanın rıza formunun hasta tarafından doldurulup doldurulmadığını kontrol etmekle sorumludur. Servis sorumlu hemşireleri bu formların doldurulmasından sorumludur.

4. UYGULAMA -TEMEL İLKELER

Hastanın hastalığı hakkında bilgilendirilmesi hasta ve yakınına doktoru tarafından yapılır. Hastaya ya da yakınına; kendisi ile ilgili tıbbi gerçekler, önerilen tıbbi girişimler, her bir girişimin olası riskleri, yararları ve seçenekleri, tedavi olmaması durumunda gelişebilecek olaylar, tanı, sonuç ve tedavisinin gidişatları doktoru tarafından hastanın anlayabileceği düzeyde anlatılır.

Onam formu hasta tarafından okunup anladıktan sonra, anladığı teyit edilerek hasta ya da hasta yakınına imzalatılır. Aydınlatılmış onam Formları her servis ve işleme göre farklılık gösterir. Her türlü müdahale için ayrı ayrı rıza alınmalıdır. Genel rıza almak geçerli değildir. Bu doğrultuda her servis kendi aydınlatılmış onam formunu hazırlamakla yükümlüdür.

Hasta ameliyata girecekse bir gün öncesinden doktoru tarafından ameliyatı hakkında bilgilendirilir. Ayrıca anestezi doktoru tarafından anestezinin olası yan etkileri, riskleri ve hastaya uygulanacak anestezi şekli anlatılır ve "*Anestezi Hasta Bilgilendirme Onam Formu (YH.ON.009)*" imzalatılarak hastanın rızası alınır.

Hasta ameliyata gitmeden önce hastanın kimlik bilgileri, ameliyatı ve ameliyat bölgesi servis hemşiresi tarafından hastaya sorularak doğrulanır, "*Genel Cerrahi Kontrol Formu (AM.F.003)*" doldurulur ve hastanın rızası tekrar teyit edilerek kontrol edilir.

Yoğun bakım ünitesine hastası alınan hasta yakınlarına hastalarının durumu hakkında bilgi doktoru tarafından verilir ve yoğun bakımda uygulanabilecek işlemler açısından **Yoğun Bakım Ünitesi Aydınlatılmış Onam Formu** imzalatılır.

İmzalatılan bütün onam formlarından bir nüsha hasta veya hasta yakınına verilmesi gerekir

4.1. Bilgilendirilmesi Yapılacak Riskli Girişimsel İşlemler;

- Cerrahi İşlemler öncesinde,
- Yatarak tedavi verilecek hastalara,
- Anestezi verilmesi gerektiren durumlarda,
- Endoskopi yapılacak hastalar,
- Transfüzyon işlemi öncesinde

4.2. Bilgilendirme Ve Rıza Alınması İle İlgili Süreçte;

- İşlemin kim tarafından yapılacağı,
- İşlemden beklenen faydaları,
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
- Varsa işlemin alternatifleri,
- İşlemin riskleri-komplikasyonları,

- İşlemin tahmini süresi,
- Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.
- Hastalığın seyri, teşhis ve tedavi uygulama yöntemleri
- Yapılan tedavinin nerede, kim tarafından yapılacağı hakkında bilgi içermelidir.
- Müdahale öncesi ve müdahale sonrası hastanın yapması gereken konuları da kapsamalıdır.
- Anlatım basit ve sade olmalıdır.
- Mümkün olduğunca tıbbi terimler kullanılmamalıdır.
- Tereddüt ve şüpheye yer bırakılmayacak şekilde hazırlanmalıdır.
- Anlatım hem yazılı hem sözel olarak hastanın ruhsal durumuna uygun ve nazik bir şekilde olmalıdır.

4.3. Nereye Kadar Bilgilendirme

- Hastanın kararını etkileyebilecek her şey genel hatlarıyla hastaya anlatılmalıdır.
- Detaylı bilgilendirme sadece hastaların talebi üzerine olmalıdır.

4.4. Bilgilendirmenin Altın Kuralı

Zamanında ve yeterli bilgiyi aktarmak (acil servis vb.)

Etkili ve sürekli iletişim kurmak

Benimsemek ve benimsetmek

4.5. Kimler Bilgilendirilir

• Hasta küçük veya kısıtlı hasta bakımında velisi veya vasisinin tayin edilmesi durumunda ilgili kişiye bilgilendirme yapılır.

• Kısıtlı hastalarda hastanın yazılı beyanı olmaması durumunda veya vasi tayin edilmemiş olması durumunda, Öncelikle eş daha sonra sırası ile yaşça büyük olan çocuktan küçüğe doğru, eş veya çocuk yoksa yaş sıralamasına göre kardeşler bilgilendirilir.

- Akrabalarına ulaşılamaması durumunda hastaneye transferini sağlayan kişi bilgilendirilir.
- Bilgilendirme ve onam ispat kolaylığı bakımından yazılı olmalıdır.
- Bilgilendirme yapıldığını ispat yükümlülüğü sağlık çalışanına aittir.
- Hasta ile direkt iletişimin kurulamadığı durumda iletişimi sağlayan kişiye (örneğin tercüman) yapılır.

4.6. Hasta Bilgilendirmede Hasta Güvenliği :

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyecek (psikolojik olarak veya özel durumlarda) istenmeyen olayların engellenmesi amacıyla hastanın teşhisi,yaşı, durumu, psikolojisi ve diğer etkenlerde göz önünde bulundurularak hekim onayı ile bilginin içeri göz önünde bulundurularak nadiren de olsa bazı durumlarda sadece hasta yada sadece hasta yakınları bilgilendirilmektedir.

Hasta bilgilendirmede hekim kontrolünde hastanın durumu gözetilerek hasta onayı dahilinde 2. yada 3. şahıslara bilgilendirme yapılmalıdır.

Hastanın yazılı talebi durumunda istediği kişiler bilgilendirilmez.

4.7. Hukuken Kabul Görmeyen Rızalar

- Sözlü olarak bilgilendirmeden yazılı olarak rızanın alınması,
- Etik ilkelere ve yasalara aykırı olan rızalar,
- Ötenazi için verilen rızalardır.

4.8. Bilgilendirmenin Aranmadığı Durumlar

Hastanın manevi yapısı üzerinde fena teshir yapması halinde teşhis saklanabilir.

Hastanın sağlık durumu hakkında kendisinin kendisine veya yakınına bilgi verilmemesini istemesi.

Acil durumlar karşısında.

Ölmek üzere olan hastalar için acılarının artmaması için bilgilendirme ön görülmez.

5. ÖNEMLİ NOKTALAR

- Her türlü müdahale için ayrı ayrı rıza alınmalıdır.
- Genel rıza almak geçerli değildir.
- Formlar sistematik olarak hazırlanmalıdır.
- Müdahale yapacak kişilerin ismi mutlaka olmalıdır.
- Oluşturulan formlar iki sayfayı geçmemeli, spesifik durumlar için boşluk bırakılmalıdır.
- **KARAR VERME YETKİSİ SADECE VE SADECE MÜDAHALELERE MARUZ KALACAK HASTALARA AİTTİR.**

6. SONUÇ OLARAK

- Doğru yapılan uygulamalar sonucu
- Hasta ile iletişim güçlenir
- Hasta ile paylaşım artar
- Hasta ile sorumlulukların paylaşılması sağlanır
- Hastanın tepkisi azalır
- Fiziksel şiddeti önlemede en etkili aracın oluşması sağlanmış olur
- Hukuki sorumlulukta kurtarılmış olunur.

Vatandaşın gözünde sağlık personeli itibarını değiştirerek mesleki prestiji kazandırmış oluruz.

22. HASTA ZİYARET VE REFAKATÇI KURALLARI

1. AMAÇ:

Hastanemizden hizmet alan hastalarımızın kaldıkları süre içerisinde, asgari, rahat, huzur ve güven içinde bulunmalarını sağlamak amacını güder. Ayrıca hastanemizde yatmakta olan hastalarımızın günün belirli saatlerinde ve belirli kurallar içerisinde ziyaretlerinin sağlanmasıdır.

2. KAPSAM:

Hastanemizde yatmakta olan tüm hastaları ve yakınlarını kapsamaktadır.

3. SORUMLULAR:

- Başhekim Yardımcısı
- Müdür Yardımcısı
- Güvenlik Şefi
- Klinik Sorumlusu
- Kapı Görevlileri

4. ZİYARET

Sabah 9:00 - Akşam 21:30

SAATİ

5. UYGULAMA

5.1.Hasta Ziyaretinden Genel Olarak Amaçlananlar;

- Hastanın, hastane dışından gerekli ihtiyaçlarını karşılamak (giysi, yiyecek v.b.)
- Hastanın hatırını sormak, psikolojik destek vermek
- Hastanın doktorundan, hastanın sağlığı ile ilgili bilgi almak
- Toplumsal dayanışmanın güzel örneklerinden olan hasta ziyareti usullüne uygun olarak yapıldığında, hastanızın moral düzeyini yükselterek iyileşme sürecine olumlu etki yapar.

5.2.Hastanın Sağlığı İle İlgili Kime Veya Kimlere Bilgi Verilir?

Hastanın tanı ve tedavisi ile ilgili bilgiyi sadece hastanın hekimi tarafından verilir.

- Hasta erişkin ve şuuru açık ise; Kendisine veya önerdiği birinci derece yakınına bilgi verilir
- Hastanın şuuru kapalı ise; Birinci derece yakınına bilgi verilir
- Hasta çocuk ise; Ebeveynine bilgi verilir. Üçüncü şahıslara hasta ile ilgili bilgi verilmez.
- Klinikte yatan diğer hastalarla ilgili bilgiler ve hasta kayıtları hekimi ve ilgili hemşiresi dışında kimseye verilmez.

5.3.Hangi Hastalar İçin Ziyaretçi Kabul Edilmez?

- Yoğun bakımda yatan hastalar
- Bulaşıcı hastalığı olan hastalar
- Bağışıklık sistemi bozuk hastalar
- Doktorunun ziyarette sakınca gördüğü hastalar (Bu hastalar için hasta doktorundan uygun zamanlarda bilgi alınır)

5.4.Kimlerin Hasta Ziyaretinde Bulunmasına İzin Verilmez?

- 10 yaş altı çocuklar,
- Ateş, öksürük, aksırık ve balgam çıkarma gibi şikayeti olanlar ve bilinen bir enfeksiyon hastalığı olan hastalar
- Herhangi bir kronik hastalığı olan hastalar
- Enfeksiyon almaya yatkın olan kişiler

5.5. Hasta Ziyaretinde Dikkat Edilmesi Gereken Durumlar

- İzin verilmediği özel durumlara riayet edilmeli.

- Hasta ziyaretinin, ziyaret saatlerinde yapılmalı.
- Ziyaret süresi kısa tutulmasına (tercihen en fazla 10 dakika)
- Her hasta başında ikiden fazla ziyaretçi olmamasına ve diğer hastaları rahatsız edecek derecede yüksek sesle konuşulmamasına.
- Hasta yataklarına oturulmamasına.
- Ziyaret öncesi ve sonrası eller yıkanmasına
- Hasta ziyaretine getirilen yiyecek ve canlı çiçeklerin odanın içine alınmamasına.
- Hasta başında herhangi bir şey yenilip içilmemesine, aynı odada kalan diğer hastalara da herhangi bir gıda verilmemesine.
- Hasta mahremiyetine saygı gösterilmesine.
- Ziyaret esnasında, moral bozucu söz ve davranışlardan kaçınılmasına.

5.6.Hasta Refakatçi Kuralları

- Refakatçi yaka kartını takacaktır.
- Hasta odasının düzenli olmasına dikkat edecektir.
- Hemşirelerce verilen hasta bakım eğitimi kurallarına uymalıdır.
- Hastane kurallarına riayet etmelidir.
- Hastasının yanından ayrılacağı durumda ve refakatçi değişimlerinde hemşireye haber vermelidir

5.7.Refakatçi zorunluluğu olan hasta grupları

Bu hasta gruplarında hasta yakınlarından refakatçi kalınması talep edilir. Refakatçi kalma durumu olmayan hastalarda ücrete mukabil refakatçi hastane tarafından ayarlanacaktır.

Refakatçi kabul etmeyen hasta veya hasta yakınlarından yazılı beyan alınmalıdır.

- Özellikli hasta grubu olarak tanımlanan hastalar
- Palyatif bakım hastaları

Kendine veya etrafına zarar verme ihtimali olan hastalar

23. GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ

1. AMAÇ:

Hastaların güvenli transferini sağlamak.

2. KAPSAM:

Hastanemize başvuran tüm hastalar ve hastane personelini kapsar.

3. SORUMLULAR:

Tüm hastane personeli

4. UYGULAMALAR:

4.1. HASTALARIN BÖLÜMLERE TRANSFERİ:

Hastalarımızın bölümler arası transferi hemşire ve hizmetli personel eşliğinde **“KL.F.025-1 HASTA TRANSFER FORMU (Kurum İçi)”** ile yapılmaktadır. Bölümler arası transferde hastanın durumuna göre sedye ya da tekerlekli sandalye kullanılmaktadır.

4.2. HASTANE DIŞINA TRANSFER:

➤ Bilgilendirilmiş hasta / hasta yakınının isteği; hastaya tıbbi açıdan daha yarar sağlanacağı düşünülen durumlarda, sağlık mevzuatı uyarınca tedavisi Hastanemizce yapılamayan hastalık grupları kapsamında, hastanın başka hastaneye transferine hastanın doktoru tarafından karar verilir.

➤ Hastaya acil müdahale gerekiyor ise; ilk müdahalesi Acil Servis’te ya da bulunduğu birimde yapılır.

➤ Hastanın Doktoru Hasta/Hasta Yakınlarını transfer ve riskleri konusunda bilgilendirir ve transfer onayı alınır.

➤ Hasta transferi **“YH.P.011- SAĞLIK KURULUMLARI ARALI HASTA NAKİL PROSEDÜRÜ”**ne uygun olarak transferi sağlanır.

➤ Hastanın işlemleri yapılarak ambulans görevlisine teslim edilir.

➤ Doktor tarafından durumunu bildirir epikriz hasta eline verilir. Taburcu işlemleri yapıp hasta gönderilir.

4.3. YATAN HASTA VE ACİL SERVİS HASTALARININ TRANSFERİ:

4.3.1.Acil Servis Hastalarının Transferi:

➤ Hastanın ilk müdahalesi acil serviste yapılır.

➤ Acil Doktoru/hastanın doktoru tarafından hastanın tıbbi durumuna göre hasta / hasta yakınları bilgilendirilir, transferine karar verilir.

➤ Hasta, servise gidecek ise; acil hemşiresi tarafından birimin hemşiresi aranarak hasta hakkında bilgilendirilir.

➤ Hasta tekerlekli sandalye/sedye personel eşliğinde **“KL.F.025-1 HASTA TRANSFER FORMU (Kurum İçi)”** ile ilgili servise götürülerek servis hemşiresine hasta hakkında detaylı bilgi verilerek teslim edilir.

➤ Acil servisten acil doktoru ya da ilgili uzman hekim tarafından hastanemizde tedavi olamayacağına karar verilen durumlarda hastanın ileri tetkik ve tedavisi için başka bir kuruma sevki sağlanır.

4.3.2.Yatan Hastaların transferi;

Yoğun bakıma gidecek ise;

➤ Yoğun bakım doktoru tarafından değerlendirilir.

➤ Yoğun bakım kabul kriterlerine uygun ise transfer kararı verilir.

➤ Acil servis hemşiresi tarafından yoğun bakım hemşiresi telefonla aranarak hasta hakkında bilgi verilir.

➤ Hasta acil olarak yoğun bakıma gidecek ise; gerektiğinde kullanılmak üzere oksijen tüpü, ambu, acil çantası alınır.

- Transport monitörü/defibrilatör kullanılarak transfer süresi içinde sürekli ritm takibi yapılır.

Ameliyathaneye gidecek ise;

- Önceden ameliyathaneye haber verilerek onay alınır.
- Ameliyat öncesi hasta değerlendirme, tetkik ve tanı sonuçları, bulgular dosyaya kaydedilir.
- Hasta Servis hemşiresi tarafından ameliyathaneye Hasta dosyası ile kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilir.
- Hastanın durumu kritik ise doktor transfere eşlik eder.

Bölmeler arası transfer de ise;

- Doktorun uygun gördüğü durumlarda bölümler arası hastanın yer değiştirmesi söz konusu olduğunda hemşire eşliğinde **“KL.F.025-1 HASTA TRANSFER FORMU (Kurum İçi)”** ile ilgili servise götürülerek servis hemşiresine hasta hakkında detaylı bilgi verilerek teslim edilir.

4.4. Özellikli Hastaların Transferi (Ameliyathane, Yoğun Bakım, Diyaliz Ve Psikiyatri Hastaların Transferi):

Ameliyathaneden hastaların ilgili bölüme transferi sedye ile ameliyathane personeli ve ameliyathane hemşiresi tarafından gerçekleşir. Yoğun bakım hastalarının ilgili birimlere transferi yoğun bakım hemşiresi ile hastanın ihtiyacı olan tıbbi aletle beraber gerçekleşir. Psikiyatri hastalarımız da hekim istemine göre transfer koşulları sağlanır. Tüm transferlerimizde **“KL.F.025-HASTA TRANSFER FORMU”** kullanılır.

4.5. Hastaların Transferinde Dikkat Edilecek Hususlar:

- Hastanın sedye ile taşınması gerekiyorsa taşıma işlemi minimum iki kişi ile yapılır.
- Hasta taşınmasından önce mutlaka hastanın hastalığı hakkında bilgi edinilir.
- Özellikle ortopedik vakalar, Nöroşirurji vakaları ve trafik kazaları için uygun taşıma teknikleri kullanılır ve gerektiğinde taşıma işlemi esnasında ilgili hekimin desteği alınır.

İşlem aşağıdaki gibidir;

- Hasta taşınmasına yardımcı olacak personel haberdar edilir.
- Sedyenin üzerine temiz nevresim yerleştirilerek gerekli hazırlık tamamlanır.
- Hasta sedyeye alınmadan önce yapılacak işlem ve nedenini açıklanır.
- Sedyeye hastanın yatağına getirilir.
- Yatak ile sedyenin baş kısmının aynı yönde olmasına dikkat edilir.
- İki kişi hastanın ayak ve baş kısmına geçirilir. Eğer gereksinim var ise üçüncü kişiyi orta kısmında bulundurulur.
- Hasta taşıma ekibinden birinin “bir,iki,üç..” komutuyla hasta kaldırarak sedyeye alınır.
- Hastaların üzeri örtülür ve mahremiyetine dikkat edilir.
- Sedyenin emniyet kenarlıklarını yükseltiniz.
- Sedyenin emniyet kemerlerinin takılır.
- Sedyenin ön ve arka tarafına geçilir ve yönü belirlendikten sonra ilgili bölüme ilgili evraklar transfer edilir.

Hastanın tekerlekli sandalye ile taşınması gerekiyor ise bu işlem aşağıdaki gibidir:

- Tekerlekli sandalye hasta yatağının yanına getirilir.
- Tekerlekli sandalyenin frenlerini kilitlenir.
- Hastaya işlemi ve gerekliliğini açıklanır.
- Hastanın önce oturup karşıya bakmasını sağlanır.
- Hastanın ayakları yataktan aşağıya sarkıtın.
- Tekerlekli sandalyenin ayak gelecek kısmı dış yanlara doğru açılır.

➤ Hasta ayağa kaldırılır ve sonra kendi eksenini etrafında döndürerek yüzünün sandalyenin tersi yönünde olması sağlanır.

➤ Hastayı oturtulur ve sandalyenin frenleri açılır.

➤ Hastanın üzeri örtülür ve mahremiyetine dikkat edilir.

➤ Hastayı ilgili bölüme gerekli evraklarla birlikte transfer edilir.

4.6. Transferde Kullanılacak Araçların Uygunluğu Ve Kullanımı:

➤ Hastanın hareket yeteneğine, doktorun istemine göre hastalarımız tekerlekli sandalye ya da sedye ile transferi gerçekleşir.

➤ Taşımada kullanılacak malzemenin kullanımı transferde görevli hizmetli personel tarafından bilinmektedir.

4.7. Transferlerde Yer Alacak Personeller:

➤ Hastalarımız hekimi tarafından özel bir gerekçede bulunmadığı takdirde hastane içinde hizmetli personel ve hemşire eşliğinde transfer edilmektedir. Dışarıya sevklerde Hastanenin ambulansı ambulansı ile gerçekleştirilmektedir.

➤ Özellikle hekim eşliğinde transfer edilmesi gerekli durumda ambulans şirketinden hekimle birlikte transferi gerçekleştirilmesi istenir.

24. SAĞLIK KURUMLARI ARASI HASTA NAKİL PROSEDÜRÜ

1. AMAÇ:

Kurumlar arası hasta nakillerinin eksiksiz gerçekleşmesini sağlamak.

2. KAPSAM:

Devlet veya özel sağlık kurumlarına sevk edilecek bütün hastaları kapsar.

3. SORUMLU

ASKOM sorumlusu Hmş. Hatice Güç ve ilgili tüm doktor ve hemşireler.

4. TANIMLAR

ASKOM: İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Kurulu

5. UYGULAMA

Hastanın sevk edilmesi gerektiği durumda aşağıdaki prosedür izlenmelidir.

1. Servis bilgisayarların masaüstünde bulunan “**Ek-3 Hasta Nakil Formu**” doldurulur. Hasta sevkinin yapıldığı servisin anlaşılması adına sol alt köşede kurum telefonunun yanına dahili no yazılması gerekir.

2. Form doldurulduktan sonra hasta ismi büyük harfler ile yazılarak yine masaüstüne kaydedilmesi sağlanır.

3. Ek-3 formundan iki çıktı alınır. Biri hasta dosyasında saklanır diğeri hasta ile beraber gönderilir..

4. Servis bilgisayarın masaüstünde bulunan “**e-posta**” simgesi tıklanarak veya “GOOGLE CHROME” tarayıcı kullanılarak Yandex Mail sistemi açılır.

5. Giriş yapılacak kullanıcı adı hastanakil@baliklirum.com Şifre “BaHasta99”.

6. Sol taraftaki menüden taslak ve şablon kısmından “**Hasta Nakil**” isimli şablon açılır.

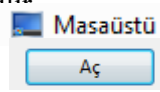
Daha önce tanımlanmış olan hazır şablonun konu kısmına büyük harflerle hasta adı soyadı ile boşluk bırakarak “**ÖZEL BALIKLI RUM HASTANESİ**” yazılır. (Adresler şablonda hazır yazılmıştır. Şablon kullanılmadığı durumlarda e-posta ist.hastanakil@gmail.com, acil@baliklirum.com adreslerine gönderilir)

7. Metin kısmına hasta bilgisi, tanısı veya ek bilgi yazılmamalıdır.

8. Masaüstünde daha önce hasta ismi ile kaydedilmiş olan form dosyası e-postaya eklenerek gönderilir.

a. Dosya eklemek için ataş simg

b. Açılan dosya yükleme penceresinden sol sütundaki masaüstü seç

c. Acılan pencere içersinden hasta adı ile kayıtlı olan erek “Aç” butonu ile eklenir.

9. Nakil gerçekleşeceği zaman 112 Hasta Nakil Biriminden telefonla alınacak “ 112 Sevk Protokolü “ Ek-3 formunun ilgili boşluğuna sonradan kaydedilmelidir

10.E-postanın ulaşması durumunda cevap olarak e-posta gelecektir. E-postanın alındığına dair cevap gelmediği durumlarda (0 212 414 76 99) telefon numarası aranarak takibi yapılabilir.

11.Gönderilecek evraklar arasında mutlaka epikriz raporu ile hasta kimliğinin fotokopisi eklenmelidir. Varsa tetkik ve raporlar eklenmelidir.

Ayrıca “**Ek-9 SAĞLIK TESİSLERİ ARASI VAKA NAKİL TALEP FORMU**” dan iki tane hazırlanarak biri hasta dosyasına biride hasta ile beraber gönderilir.

25. EX HASTA İŞLEMLERİ

1. AMAÇ:

Hastanemizde ex olan hastalarda yapılması gereken işlemlerin belirlenip, uygun bir şekilde yapılmasıdır.

2. KAPSAM :

Tüm servisler ve yatan hasta kayıt birimi

3. SORUMLULAR :

İlgili Hemşire, Başhekimlik, İlgili Hekim, Servis Personeli, Yatan hasta kayıt birimi

4. UYGULAMA :

4.1. Ölüm Hali :

- Bilincin tam ve sürekli olarak kaybolması.
- Uyarılara karşı tüm tepki ve reflekslerin kaybolması.(patolojik refleks dahil hiçbir refleksin olmaması)
- Pupillaların dilate olması.
- Solunum ve dolaşımın tam olarak durması.
- Beden ısısının kaybolması.
- Tüm kasların gevşemesi.
- EKG 'de düz çizginin görülmesi ölüm halini gösterir.
- Ölüm saati müdahalenin sonlandırıldığı saat kabul edilir. (Hastanın ex teyidi için müdahale sonlandırıldıktan sonra 3dk. ara ile 3 kez EKG'de düz çizginin görülmesi gerekmektedir. EKG'ler muhakkak dosyaya konulmalıdır.)

5. UYGULAMA :

5.1. Ex'in Hazırlanması Ve Morga Teslim

- Hastanın öldüğünü doktoru aileye açıklar.
- Çevrede bulunanlar ve yakınları odadan çıkartılır. Sakin ve düzenli bir ortam sağlanır.
- Ex için uygun boyda ex çarşafı hazırlanır.
- Daha önce hastaya takılan nazogastrik sonda, katater, drenaj tüpleri, tıbbi malzeme, mayi setleri ve bantlar çıkartılır.
- Hasta üzerinde bulunan giysi, önlük vb. çıkartılır, kol ve bacakları uzatılır ve üzerine bir çarşaf örtülür.
- Takma dişleri saç tokaları, yüzük, bilezik gibi eşyalar varsa çıkartılır. Ex üzerinden çıkan eşyalar tutanak tutularak ailesi ya da akrabalarına imza karşılığında teslim edilir.
- Vücudun herhangi bir yerinde kan, solüsyon lekeleri varsa silinir.
- Kirli pansumanlar değiştirilir ve açık yara varsa temiz bir pedle kapatılır.
- Gözler açıksa kapatılır. Uzun bir gazlı bez ile çene kapatılır, sabitlenir ve çene altından geçirilerek başın üzerinden bağlanır.
- Ayak başparmakları gazlı bez ile birbirine bağlanır.
- Ex, temiz bir ex çarşafına sarılır.
- Hastanın üzerinde kalan herhangi bir eşya varsa(örneğin çıkarılmayan alyans) exin üzerinde kaldığı not edilir.
- Ex sedyeye konur, personel eşliğinde morga indirilir.
- **"Exitus tanıtım Kartı"** doldurulup; exin ayak başparmağına takılır.
- Yukarı da sayılan işlemler yapılırken, yardımcı sağlık personeli hemşireye yardımcı olur.

- Aile bireyleri sakinleştirilmeye çalışılır. Gerekirse doktorla konuşularak sedatif yapılabilir.

5.2. Ex Hasta İşlemleri

• “*Meyithane*” tam ve eksiksiz doldurulur.(Mutlaka ölüm nedeni ve saati yazılmalıdır.) bir tane serviste bir tane de ex işlemleri yapan görevliye gönderilir.

• İlgili doktor www.obs.gov.tr internet adresinden ölüm bildirim formunu doldurur. Bu form 6 nüsha basılır. Her nüshaya 3 adet ıslak imza alınır.

○İmza 1 - Nöbetçi Dr.

○İmza 2 - Nöbetçi Dr.

○İmza 3 - Hasta Yakını

• Ex’in kimliği alınır ve verilmez. Hasta yakını kimlik talebinde bulunursa fotokopisi verilir. Kimlik hastanede işlem için alınır.

- Bir kağıda hastanın yakınının adı, soyadı, adres bilgileri, telefonu ve imzası alınır.

• Ex’in tüm hemşirelik kayıtları tamamlanır, dosya mesai saatleri içinde ilgili kişiye verilir; mesai saatleri dışında ise serviste kalır ve mesai başlayınca ilgili hemşireye verilerek ex işlemler başlatılır.

• Yatan hasta işlemleri bölümünde işlemler tamamlandıktan sonra Ölüm Belgesi ile beraber, cenaze kimlik bilgileri, resmi kimlik belgeleri aracılığı ile ve yakınlarının sözlü onayı alınarak doğrulandıktan sonra teslim edilir.

5.2.1. Nöbetçi hemşire işlemleri;

Gündüz hemşiresine teslim edilmesi gereken evraklar:

- Meyithane kağıdı,
- İmzalanmış Ölüm Belgesinin (obs formunun) 6 nüshasını
- Ex’in kimliği (dosyada değil ise)
- Hasta yakınına ait bilgi kağıdı,
- Tutanağı teslim eder.

5.3. Adli vakalarda ve şüpheli ex duhul geldiğinde yapılacak işlemler:

- Doktor ex raporunu yazar.
- Güvenlik görevlisi bölge karakoluna haber verir.
- Savcının gelmesi beklenir ve ex’e kesinlikle dokunulmaz.
- Otopsi yapılması için savcının belirlediği kuruluşa gönderilir.

Not: Ampütasyon ve 20 haftasını doldurmuş abortuslarda da aynı işlem yapılır.

5.4. Acile Gelen (Ex Duhul/Meften Duhul/Ölü Duhul) Durumunda Yapılacak İşlemler

- Ölü muayene tutanağı (raporu) Acil Nöb. Dr. Tarafından doldurulur.
- Nöb. Dr. Nöb. Belediye Dr’unu çağırır.
 - Zeytinburnu Belediyesinin 413 11 11 / 444 19 84nolu telefonundan sağlık işleri bağlatılacak .

○Saat 23:00’e kadar nöbetçi belediye doktoru var. (Sorumlu doktoru Dr. Mustafa Kemal Dursun 0532 233 34 94)

○Yada hasta yakını ölüm muayene raporunun fotokopisi alıp Nöb. Belediye doktorunu alıp getirir.

○Adres: OLİVİUM AVM yanındaki Z.Burnu Belediye Binası

- Belediye Nöb. Dr.’u morgta ex’i görür teşhisini yazar ve ölüm belgesini doldurulur.
- *Kurumda (hastanemizde) kalacak olan ve ertesi gün idareye teslim edilecek belgeler:*
 - Belediye doktorunun düzenlediği ölüm belgesinin fotokopisi

- Acil Nöb. Dr. ölüm raporu
- Ex'in kimlik fotokopisi
- Hasta yakınlarının bilgileri (adı, soyadı, adresi ve telefonu)

5.5. Cenaze Mesai Saatleri Dışında Alınması Gerektiğinde

- Doldurulan 6 nüsha Ölüm Belgesinin 2 tanesi hasta yakınına ıslak imzalı olarak verilir, 4 tanesi hastanede kalır.
- **“YH.TU.008- CENAZE TESLİM TUTANAĞI”** tutulur ve imzalatılır.

26. SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI

150

Sağlık Hizmetleri

Sağlık Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Kod	Standart	1
	<p>Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.</p> <p>Rehberlik</p> <p><i>Hasta bakımı; hastaların hastaneye kabulünden taburculuğa kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini de içeren süreç içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.</i></p> <p><i>Hasta bakımı, ayakta hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.</i></p>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB01.01	<p>Hasta bakımına ilişkin süreçlere yönelik doküman oluşturulmalıdır.</p> <p>Doküman asgari aşağıdaki konuları içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği o Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması o Planlanan bakımın hastaya uygulanması o Bakımın sonuçlarının anlaşılabilirliği için hastanın izlenmesi o Gerekliğinde bakımda değişiklikler yapılması 	

Kod	Standart	2
SHB02	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB02.01	Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan tedavi, hastane tarafından belirlenen formatta ve içerikte kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.	
SHB02.02	Yatan hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.	
	Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.	
	<u>Rehberlik</u>	
	<i>Aşağıda, klinik risk değerlendirme uygulamalarına örnekler verilmiştir:</i>	
SHB02.03	<ul style="list-style-type: none"> o İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi o Bası ülseri risk değerlendirmesi o Düşme riski değerlendirmesi o Ağrı şiddeti değerlendirmesi o Bilinç düzeyi takibi o Beslenme durumunun değerlendirilmesi o Ventilatördeki hastada ventilatör ilişkili pnömoni riskinin izlenmesi o Kateter bakımı ve takibi o Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi o Ağız bakımı ve takibi 	

Kod	Standart	3
	Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.	
SHB03 Çekirdek	<p><u>Rehberlik</u></p> <ul style="list-style-type: none"> o Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır. o Bakım planı, bakımı ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır. 	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB03.01	Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.	
	Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalıdır.	
	Bakım planı, bakıma ilişkin asgari gereklilikleri içermelidir.	
SHB03.02	Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler kayıt edilmelidir: <ul style="list-style-type: none"> o Hastanın bakım ihtiyaçları o Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler o Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi 	
SHB03.03	Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir. <ul style="list-style-type: none"> o Bakım planında yapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır. 	

Kod	Standart	4
SHB04	Yatan hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	
	Kod Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta/hasta yakını, hastanın bölüme kabulünde, bölüme ilişkin hususlar açısından bilgilendirilmelidir.	
	Hasta/hasta yakınının bilgilendirilmesi asgari aşağıdaki hususları içermelidir:	
SHB04.01	<ul style="list-style-type: none"> o Kahvaltı ve yemek saatleri o Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları o Hastanın hakları o Ziyaret saatleri ve kuralları o Telefon kullanımı o Hasta yatağı kullanımı o Hemşire çağrı sistemi kullanımı o Tuvalet-banyo kullanımı o Hekim vizitleri o Acil durum planı 	

Kod	Standart	5
SHB05	Hasta/hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	
	Kod Değerlendirme Ölçütü	
SHB05.01	Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.	
SHB05.02	Hasta/hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi) oluşturulmalıdır.	

Kod	Standart	6
SHB06	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılmalı, bilgilendirme içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenmelidir.	
	<u>Rehberlik:</u>	
	<i>Bilgilendirme konuları için aşağıdaki örnekler verilebilir:</i>	
	<i>o El hijyeni</i>	
SHB06.01	<i>o Enfeksiyonların önlenmesi</i>	
	<i>o Beslenme, mobilizasyon, boşaltım gibi özbakım ihtiyaçlarının karşılanması</i>	
	<i>o Hasta düşmeleri</i>	
	<i>o Hastalığın seyri</i>	
	<i>o İlaçların kullanımı</i>	
	<i>o Bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar</i>	
	<i>o Taburculuk sonrası bakım</i>	
SHB06.02	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.	

Kod	Standart	7
	<p>Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.</p> <p><i>Rehberlik</i></p> <p><i>Kimlik doğrulama, hastanede bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.</i></p> <p><i>Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanmalıdır.</i></p>	
SHB07 Çekirdek		
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	<p>Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin doküman bulunmalıdır.</p> <p>Doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı o Kullanılacak kimlik doğrulama aracına ilişkin kurallar o Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği gibi 	
SHB07.01		
SHB07.02	<p>Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.</p>	

Kod	Standart	8
SHB08 Çekirdek	Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	
	Değerlendirme Ölçütü	
	Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.	
	Rehberlik	
SHB08.01	<i>Tanı ve tedavi süreçlerinin farklı aşamalarında farklı kimlik tanımlayıcılar kullanılabilir.</i> <i>Ayaktan hastalarda;</i> <i>o Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler gibi</i> <i>Yatan hastalarda;</i> <i>o Kol bantları/bileklikler gibi</i>	
	Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	
	Kimlik tanımlayıcısı olarak bileklik kullanımı durumunda aşağıdaki kurallar uygulanmalıdır:	
	o Yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalıdır.	
	o Bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır.	
	o Bileklikler üzerinde yer alan bilgilerde en fazla 4 tanımlayıcı parametre yer almalıdır.	
	o Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli bileklik kullanılmalıdır.	
	• Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılmalıdır.	
	• Annedeki beyaz bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen bileklik ile değiştirilmelidir.	
	• Bebeğin bilekliğinde en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.	
SHB08.02	Rehberlik	
	<i>o Psikiyatri klinik hastalarına yönelik hastane tarafından belirlenen farklı kimlik tanımlayıcı araçlar kullanılabilir.</i> <i>o Hasta kimliği doğrulanırken;</i> <i>• Hasta kayıtlarında yer alan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme</i> <i>• Hasta bilekliğinde yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma gibi yöntemler kullanılabilir.</i>	

Kod	Standart	9
SHB09 Çekirdek	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik doküman bulunmalıdır. Doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> o Düşme risk faktörleri o Risk faktörlerinin ne şekilde belirleneceği o Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirmesi yapılacağı, risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi) o Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi) o Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi) 	
SHB09.01		
SHB09.02	Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve hastane bazlı önlemler alınmalıdır. Düşme riski yüksek olan hastalar, dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalıdır.	
SHB09.03	<u>(Ek: Tanımlayıcı Figürler)</u> <ul style="list-style-type: none"> o Düşme riski tanımlayıcısı (dört yapraklı yonca figürü) hasta transferinde de kullanılmalıdır. 	
SHB09.04	Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.	
SHB09.05	Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik güvenlik raporlama sistemine bildirim yapılmalıdır.	
SHB09.06	Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Kod	Standart	10
SHB10 Çekirdek	Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB10.01	Risk değerlendirmesi; hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekim tarafından yapılmalıdır.	
SHB10.02	Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.	
	Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır.	
	<i>Rehberlik</i>	
SHB10.03	<i>İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) Morse, Hendrich II, gibi ulusal ve uluslararası skorlama ölçekleri bu ölçeklere örnek olarak verilebilir.</i>	
	<i>(Ek: İtali ve Harizmi Düşme Riski Değerlendirme Ölçekleri)</i>	

Kod	Standart	11
SHB11	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB11.01	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
SHB11.02	Hastaların, nütrisyonel risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. o Nütrisyonel risk değerlendirmesi yatan hastaların tamamında, ayakta hastalarda ise hastanenin belirleyeceği branşlar ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.	
SHB11.03	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere Nütrisyon Destek Ekibi (NDE) kurulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
SHB11.04	Malnütrisyonda veya nütrisyon riskinde olduğu saptanan hastalar için nütrisyon desteği sağlanmalıdır.	
SHB11.05	Hastaya özel nütrisyon solüsyonları hazırlayan hastanelerde beslenme solüsyonlarının hazırlanması sırasında aseptik koşullar sağlanmalıdır.	
SHB11.06	Taburculuk sonrası nütrisyonel desteğe devam edilmesi gereken hastalara/yakınlarına eğitim verilmelidir.	
SHB11.07	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	
SHB11.08	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler NDE tarafından izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	

Kod	Standart	12
SHB12	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.	
	<u>Rehberlik</u>	
SHB12.01	<ul style="list-style-type: none"> o Ağrı değerlendirmesi, hastanenin belirleyeceği branşlarda ya da hasta gruplarında yapılmalıdır. o VAS (vizuel analog skala), Numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir. 	
	Hastalarda ağrı kontrolü sağlanmalıdır.	
	<u>Rehberlik</u>	
SHB12.02	Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.	
SHB12.03	Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) bakım planına kaydedilmeli ve izlenmelidir.	

Kod	Standart	13
-----	----------	----

SHB13
Çekirdek Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

- Hastaların güvenli transferine yönelik doküman bulunmalıdır.
- Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir:
- o Hastaların bölümlere transferi
 - o Hastaların hastane dışına transferi
 - o Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferi
 - o Özellikli hastaların (yeni doğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastaları gibi) transferi
 - o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
 - o Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
 - o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması
- SHB13.01
- SHB13.02 Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye, transport küvöz, yenidoğan arabası gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.
o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.
- SHB13.03 Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.
- SHB13.04 Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.
- SHB13.05 İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	14
-----	----------	----

SHB14 Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

- SHB14.01 Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
- SHB14.02 Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin minimum içeriği kurum tarafından belirlenmelidir.

Kod	Standart	15
-----	----------	----

SHB15 Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB15.01 Konsültasyonların uygulanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SHB15.02 Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

SHB15.03 Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Standart	16
-----	----------	----

SHB16 Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler kayıt altına alınmış ve hastaların tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.

Kod	Standart	17
-----	----------	----

SHB17 Yatarak hizmet alan, kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB17.01 Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.

SHB17.02 Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

SHB17.03 Gerektiğinde, fiziksel hareket kısıtlaması uygulaması aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

- o Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir.
- o Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalıdır.
- o Tedavi planında;
 - Uygulamanın başladığı tarih ve saat,
 - Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği,
 - Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.
- o Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

Kod	Standart	18
	<p>Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.</p> <p>Rehberlik</p> <p>Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Terminal dönem hastalar o Geriatri hastaları o Onkoloji hastaları o Yanık tedavisi gören hastalar o Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar o İstismara uğramış hastalar gibi 	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	

SHB18.01 Hastane özellikli hasta gruplarını belirlemelidir.

Belirlenen özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Tanımlama **asgarî** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o Hizmet sunum süreçleri
- o Disiplinlerarası işbirliği
- o Hizmet verilecek ortam şartları
- o Gerekli ekipmanlar
- o Özel bakım uygulamaları ve işlemler
- o Özellikli hasta gruplarına özgü süreçlerin tanımlanmasında, varsa ulusal ve/veya uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve bakım klavuzlarından yararlanılmalıdır.

Kod	Standart	19
-----	----------	----

Palyatif bakım uygulamalarının planlanması, koordinasyonu ve gerçekleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Rehberlik

SHB19 *Palyatif bakım; Yaşamı tehdit eden hastalığa bağlı olarak ortaya çıkan problemlerle karşılaşan hasta ve ailede; ağrının ve diğer problemlerin, erken tanılama ve kusursuz bir değerlendirme ile fiziksel, psikosozyal ve spiritüel gereksinimlerin karşılanması yoluyla acı çekmenin önlenmesi ve hafifletilmesine yönelik uygulamaların yer aldığı ve yaşam kalitesini geliştirmenin amaçlandığı bir yaklaşımdır.*

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB19.01 Palyatif bakım hastalarının yönetimine yönelik bir ekip oluşturulmalıdır.

SHB19.02 Palyatif bakım gerektiren hasta grupları tanımlanmalıdır.

SHB19.03 Palyatif bakım gerektiren hastaların, palyatif bakım hizmeti almasına yönelik gerekli planlama, koordinasyon ve yönlendirme yapılmalıdır.

Kod	Standart	20
SHB20	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Bölmeler acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazları belirlemelidir.	
	o Acil müdahale setinde asgari;	
	• Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),	
	• Balon-valf-maske sistemi,	
	• Değişik boylarda maske,	
	• Oksijen hortumu ve maskeleri,	
SHB20.01	• Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boylan),	
	• Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp),	
	• Kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.	
	o Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir.	
	o Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, hastane tarafından belirlenmelidir.	
SHB20.02	Tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
SHB20.03	o Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.	
	o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.	

Kod	Standart	21
SHB21 Çekirdek	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB21.01	Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.	
SHB21.02	Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.	
SHB21.03	Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan ürünlerine yönelik planlama yapılmalıdır.	
SHB21.04	Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve nızası yazılı olarak alınmalıdır.	
SHB21.05	Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.	
SHB21.06	Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.	
SHB21.07	Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	
SHB21.08	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü doldurulmalıdır. <u>(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)</u> <u>(Ek: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)</u>	
SHB21.09	Cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır. o Cerrahi bölge işaretlemesi, hastane tarafından belirlenen formatta ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.	

Kod	Standart	22
	Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
SHB22		
Çekirdek	Rehberlik <i>Bu standart cerrahi uygulama sonrasında hasta izleminin yapıldığı tüm alanları kapsar.</i>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHB22.01	Hastaların cerrahi uygulama sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkartılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	
SHB22.02	Hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanmalıdır.	
SHB22.03	Hasta postoperatif dönemde yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.	
SHB22.04	Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.	
Kod	Standart	23
SHB23	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik kurallar tanımlanmış olmalıdır.	