



ÖZEL
BALIKLI RUM HASTANESİ VAKFI

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ
EĞİTİM REHBERİ

2022

Dok No: REH.14

Yayın tarihi: 01/04/2018

Rev No: 01

Rev Tarihi:08/04/2022

Rehberi Hazırlayan

Kalite Yönetim Sorumlusu

Tıbbi Biyo. Panayot Sarı

Katkıda Bulunanlar

Başhemşire.

Hmş. Nuray Caymaz

YBÜ Sorumlu Hekimi

Uzm.Dr. İhan S. Gökçe

YBÜ Sor. Hemşire

Hmş. Ayla Kemerdere

Eğitim Hemşiresi

Hmş. Derya Açar

Onaylayanlar

Başhekim

Uzm. Dr. Stati Leana

Yön. Kur. Bşk.

Konstantin Yuvanidis

İçindekiler

1. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ İŞLEYİŞİ	7
1.1.AMAÇ:	7
1.2.KAPSAM:.....	7
1.3.SORUMLULAR:.....	7
1.4.TANIMLAR	7
1.5.UYGULAMA	7
1.5.1. Hastanın kabulü:	7
1.5.2. Kayıt Süreci :.....	8
1.5.3. Hastanın Rızasının Alınması:	8
1.5.4. Hastanın Nakli:	8
1.5.5. Çıkış İşlemleri:	8
1.5.6. Vefat Süreci:.....	8
1.6.KLİNİK SÜREÇLER:.....	9
1.7.ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE İZLENMESİ	11
1.8.DÜŞME RİSKİNİN ÖNLENMESİ.....	12
2. YBÜ HASTA KABUL VE TABURCULUK KRİTERLERİ.....	12
3. YBÜ HAVA YOLU İZLEMİ.....	15
4. İNVAZİV İŞLEMLER	21
4.1.Santral Venöz Kateter	21
4.2.Arteriyel Hat Açılması Bakımı	21
4.3.Göğüs Tüpü Yerleştirilmesi Ve Bakımı.....	21
4.4.Trakeostomi	22
4.5.Üriner Kateter Takma Ve Bakımı.....	22
4.6.Yogun Bakım Ünitesinde Hava Yolu İzlenimi.....	22
4.7.Entübasyon Kriterleri	22
4.8.Ekstübasyon Kriterleri	23
4.9.Non İnvazif Mekanik Ventilasyon Ugulaması.....	23
4.10. İnvazif Mekanik Ventilasyon Uygulaması	23
5. YBÜ GİRİŞ ÇIKIŞ KURALLARI	23
6. HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI	24
7. İTAKİ DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRİLMESİ.....	26
8. AĞRI TANILAMASI.....	28
9. DEKÜBİT YARA TANILAMA, ÖNLENMESİ VE BAKIMI	29
10. NUTRİSYONEL BESLENME TANILAMA VE UYGULAMASI	34
11. GLASGOW KOMA SKALASININ DEĞERLENDİRMESİ.....	38
12. AĞIZ BAKIMI DEĞERLENDİRME VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ	39
13. SEPSİS VE ORGAN YETMEZLİĞİNİN İZLENMESİNE YÖNELİK SÜREÇLER	41
14. ÖDEM TANILAMASI VE HEMŞİRELİK GİRİŞLERİ.....	42
15. İLAÇ GÜVENLİĞİ	44
15.1. AMAÇ:.....	44
15.2. KAPSAM:	44
15.3. SORUMLULAR:	44
15.4. UYGULAMA:.....	44
15.4.1. Çeşitli yollardan ilaç uygulamalarında dikkat edilmesi gereken noktalar:.....	46
15.4.2. Enjeksiyon uygulamasında dikkat edilmesi gereken noktalar:	46
15.4.3. İlaçların karışmasının önlenmesi.....	47
16. SÖZEL ORDER ALINMASI.....	48
17. HASTA BAKIMI TALİMATI.....	48

18.	HEMŞİRELİK BAKIM PLANI UYGULAMASI.....	53
19.	YATAN HASTA ÖZ BAKIMI	55
20.	HASTA MAHREMİYETİNİN SAĞLANMASI	55
21.	YBÜ HASTA YAKINI BİLGİLENDİRMESİ	56
22.	HASTA KISITLAMA UYGULAMASI	57
23.	YAKIN GÖZLEM UYGULAMASI.....	58
24.	GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ.....	59
24.1.	Hastaların Bölümlere Trasferi:	59
24.2.	Hastane Dışına Transfer:	59
24.3.	Yatan Hasta Ve Acil Servis Hastalarının Transferi:	59
24.3.1.	Acil Servis Hastalarının Transferi:	59
24.3.2.	Yatan Hastaların transferi;.....	60
24.4.	Özellikli Hastaların Transferi (Ameliyathane, Yoğun Bakım, Diyaliz Ve Psikiyatri Hastaların Transferi):.....	60
24.5.	Hastaların Transferinde Dikkat Edilecek Hususlar:	60
24.6.	Transferlerde Yer Alacak Personeller:.....	61
25.	ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ	61
26.	REHABİLİTASYON SÜRECİ	62
27.	TERMİNAL DÖNEM HASTA TAKİBİ:	62
28.	SAĞLIK KURUMLARI ARASI HASTA NAKİL PROSEDÜRÜ	62
29.	EX HASTA İŞLEMLERİ	64
30.	ÇALIŞANLARIN MESLEKİ KATEGORİLERİNE GÖRE GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI.....	66
30.1.	Tüm Çalışan;	66
30.2.	Hekim	66
30.3.	Hemşire	67
30.4.	Personel.....	69

1. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ İŞLEYİŞİ

1.1. AMAÇ:

Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Yoğun Bakım Ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartların sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için genel işleyişinin tanımlanmasını sağlamak.

1.2. KAPSAM:

Balıklı Rum Hastanesi Vakfı Yoğun Bakım Ünitelerini kapsar

1.3. SORUMLULAR:

- Sorumlu uzman hekim
- Pratisyen hekim
- Sorumlu hemşire,
- Hemşire,
- Personel

1.4. TANIMLAR

YOĞUN BAKIM: Hayatı tehdit eden bir ya da birden fazla organın geçici olarak yetersizliği nedeni ile vücudun aksamış olan fonksiyonlarının, esas neden olan durumun ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesine, bu süreç içerisinde hastanın hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik faaliyetleri kapsayan ve özellikle yapay solunum cihazı başta olmak üzere, her türlü cihaz ve teknolojiyi kullanan, bilgi ve yetenekleri buna uygun doktor ve hemşirelerin bulunduğu özel bir ünite.

1.5. UYGULAMA

1.5.1. Hastanın kabulü:

Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Şevkinin Yapıldığı Yerler:

- ❖ Poliklinikler
- ❖ Acil servis
- ❖ Servisler (Klinikler)
- ❖ Başka hastaneler (Acil servis aracılığıyla)
- ❖ Ameliyathane
- ❖ İl dışı

Yoğun Bakım Ünitelerinin Hasta Kabul Kriterleri:

Yakın ve yoğun takip gerektiren hayati risk taşıyan hastalar (intoksikasyon, organ yetmezliği, hemodinamik bozukluklar vs)

- ❖ Solunum desteği (invaziv - noninvaziv) ihtiyacı olan bütün hastalar
- ❖ Yakın monitörizasyon takibi gerektiren hastalar
- ❖ Solunum sıkıntılı, hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar
- ❖ Yeniden canlandırma yapılan hastalar
- ❖ Metabolik ve beslenme sorunu olan hastalar
- ❖ Bilinci kapalı yoğun takip ve tedavi gerektiren hastalar
- ❖ Postoperatif hayati risk taşıyan hastalar

Yatış Öncesi İşlemler:

- 1- Hastanın yatışını yapacak hekim tarafından yoğun bakım yatak durumu, yoğun bakım

hemşiresi veya nöbetçi hemşire ile görüşülerek sorgulanır. Yatak durumuna göre hastanın yoğun bakım ünitesine kabulü planlanır. Bazı yoğun bakımlarda sorumlu öğretim üyesi uygun görürse yoğun bakım ünitesine kabulü yapılır.

2- Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta için, hastanın yatışını yapan doktor ile görüşülerek hastanın genel durumuna uygun olarak yatağı hazırlanır.(Oksijen, monitörizasyon, infüzyon pompası, kataterizasyon,solunum cihazı v.b)

3- Hasta Yoğun Bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

1.5.2.Kayıt Süreci :

• Sekreter tarafından hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır, varsa protokol defterine de kayıt yapılır.

- Hastanın protokol defterine kaydı yapılır.
- Hekim tedavi talimatında (order) hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir.
- Bilgisayara hastaya ait tedavi talimatında (order) bulunan ilaç-malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır.
- Hasta tanıtım bilekliği hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

1.5.3.Hastanın Rızasının Alınması:

Yoğun bakım hasta bildirim ve onam belgesi hastanın şuuru açıksa kendisine, kapalı ise yakınlarından birisine (mümkünse birinci derece yakınına, birinci derece yakını yok ise yakınlık derecesine göre en yakınına) doldurtularak imzalatılır. Eğer hastanın yanında hasta yakını yok veya ulaşamıyor ise onam formu hastanın bilinci açıksa hastaya bilinci kapalı ise tedavi eden doktor, sorumlu hemşire veya nöbetçi hemşire ile birlikte yakınının olmadığı belirtilerek imzalanır.

1.5.4.Hastanın Nakli:

- Solunum yetmezliği ortadan kalkan hastalar,
- Şuuru açılıp, yer ve zaman yönelimi doğal hastalar,
- Hayati işlevleri durağanlaşan hastalar,
- Organ fonksiyonları normale dönen hastalar,
- Kalp-damar sistem bulguları durağanlaşan hastalar,

1.5.5.Çıkış İşlemleri:

- Durumlarına göre servis veya yoğun bakım için yatak sorgusu yapılır.
- Hastanın şuuru açıksa hastaya bilgi verilir.
- Eğer servise çıkacak ise refakatçi gerekeceğinden hasta yakınlarına durum bildirilir.
- Hasta taburcu edilecekse hasta yakınları çağrılır. Çıkış işlemleri yapıldıktan sonra hasta tekerlekli sandalye,sedyeye veya yatakla personel eşliğinde çıkarılır.
- Nakil durumunda Hasta transfer formu doldurulur.
- Nöbetçi doktor tarafından Yoğun Bakım çıkış notu (epikrizi) yazılır, imzalanır. Dosyaya konulur.
- Hastanın hemşiresi tarafından ilgili servis veya Yoğun bakım hemşiresine birebir hasta teslimi yapılır.

1.5.6.Vefat Süreci:

Hekim tarafından vefat ettiği tespit edildikten sonra;

- Nöbetçi müdürlüğe haber verilir.
- Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.

- Vefat eden hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire ve doktor tarafından çıkarılır. Hasta bakıcı ile beraber çene ve ayaklar bağlanır, çarşaf ile sarılır. Üzerine hastanın kimlik bilgilerinin yazılı olduğu kimlik barkodları yapıştırılır.
- Çıkış evrakları (Yoğun Bakım epikrizi, ölüm belgesi, yatış-çıkış evrakı)hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.
- Adli vakalarda nöbetçi müdürlük ölüm raporunu hazırlar, normal vakalarda ise doktor kullanıcı kodu ile hastanın bilgilerini sağlık bakanlığının ölüm raporlama sistemine girer.
- Hasta yakınları hastanede yoksa telefonla hastaneye çağrılır. Ölüm haberi verilir.
- Morg görevlilerine haber verilerek hasta bir saat içinde morga indirilir.

1.6. KLİNİK SÜREÇLER:

1.6.1.Monitorizasyon:

Yatağa alınan hastaya aşağıdaki işlemler sırasıyla yapılır

- Hastanın üzerindeki giysiler çıkarılır. Hastaya ait giysileri değerli eşya ve takıları (para, anahtar, bilezik, cüzdan v.b) hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.
- Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize edilir ve hayati işlevleri alınır.
- Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır.Damaryolu yoksa periferik damar yolu açılır yada santral katater takılır.
- Hasta huzursuz ise hastayı korumaya yönelik tedbirler alınır, sedatize edilir.
- İdrar ve nazogastrik kataterizasyonu yok ise ihtiyaca göre takılır.
- Tedavi talimatına uygun şekilde mayi ve giden ilaçları takılır.
- Geniş rutin, hepatit markeri, eliza, hemogram, kan grubu, için kan alınır.
- Tedavi talimatı, hemşire gözlem formuna geçilir. Yapılan tedaviler işaretleme kuralına göre işaretlenir.
- Yoğun Bakım nöbetçi hekimi tarafından, hasta değerlendirilip gerekirse diğer konsültasyon veya radyoloji hizmetlerinin istemi yapılır.
- Hasta yakınları hekim tarafından bilgilendirilir.
- Hemşirelik bakımı planlanarak uygulanır hemşire gözlem formuna kaydedilir.(Ağız bakımı, el, yüz bakımı, vücut bakımı, ent. tüp bakımı, kataterlerin bakımı,pozisyon,masaj,postural drenaj, dekübit, ödem, aspirasyon)
- Hastanın ihtiyacına göre doktor sedasyon kararını verir ve hemşire tarafından sedasyon başlatılır.
- Yoğun Bakım Ünitesi ve ziyaret saatleri hakkında bilgi verilir. Hasta ile ilgili bilgi almaları için hastanın hekimine yönlendirilir.

1.6.2.Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

Yoğun bakım ünitesinde entübasyon işlemi hastanın gereksiniminin olduğu acil şartlarda veya elektif olarak yapılır. Bununla ilgili kararı hastanın doktoru verir.

Entübasyonu gerektiren hastaya ilişkin kriterler:

- Nöromüsküler fonksiyon bozuklukları
- Santral sinir sistemine ait patolojiler,koma
- Solunum yetmezliği
- Solunum-dolaşım durması

Hastanın entübasyonuna hastanın muayene ve kan gazları değerlendirilerek karar verilir. Entübasyona karar vermek için arteriel kan gazı değerlendirmesinde aşağıdaki parametreler dikkate

alınır;

Pa O₂<70 mmHg. FiO₂: 0.5 iken Pa CO₂>50 mmHg ve üstünde seyretmesi
PH <7,25 ve altında seyretmesi

Hastanın mekanik ventilatöre bağlanması; hastayı tedavi eden doktoru veya gerektiğinde anestezi uzmanı tarafından, birlikte değerlendirilir. Entübasyon malzemeleri hazırlanır.

1.6.3.Sedasyon ve analjezi uygulanması:

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların;

- Huzursuzluk ve iç sıkıntısının giderilmesinde sakinleşmelerini sağlamak.
- Yapılan tedavi ve girişimlerin daha kolay tolere edilebilmesi için sakinleştirici ajanlar kullanılır.
- Ameliyattan sonra ağrının giderilmesi amacıyla doktor istemine göre ağrı kesiciler kullanılır.

1.6.4.Ventilatördeki hastanın extübasyon süreci;

Klinik durum;

- Dolaşım durumu tabii ise
- Batında aşırı şişkinlik yoksa
- Metabolik bozukluk yoksa
- Solunum hareketlerinde düzensizlik yoksa
- Öksürük ve yutkunma refleksi yeterli ise

Solunum kriterleri;

Vital kapasite (ml/kg.)>5 İnspirasyon gücü (cm H₂O) >20 PH>7.30

Solunum sayısı/dk.<25 (yaşa göre değerlendirilmelidir)

Dakika ventilasyonu (L/dk)<18

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden ayrılması T tüp ile spontan solunum veya CPAP-PSV modu ile gerçekleştirilir. T tüp ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir. Her defasında ventilatörden ayrılma süresi uzatılır ve akciğer fonksiyonlarının spontan ölçümleri tekrarlanır.

• Trakeal tüp çıkarmaya (ektübasyon) uygun olan hastada bu işleme en erken sürede başlanmalıdır.

- Hastanın şuuru açık ise hasta mutlaka bilgilendirilmelidir.
- Hasta solunum cihazından ayırma yordamına alınır.
- Hayati işlevler ve kan gazları örneği ile hastanın genel durumu değerlendirilmelidir.
- Extübasyonda kullanılacak nemli oksijen sistemi hazırlanmalıdır.
- Entübasyon malzemeleri ve acil arabası hastanın başında hazır edilmelidir.
- Hastanın hava yolu temizlenir (aspirasyon/öğürme işlemi)
- Oksijen doygunluğu solunum sesleri ve göğüs hareketleri yakın takip edilmelidir.
- Trakeal tüp çıkarma (ektübasyon) tarih ve saati hemşire hasta takip formuna not edilmelidir.

1.6.5. Skolama Sistemleri İle Hastanın Takini:

• Yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen APACHE VE SAPS II skolama sistemleri ile değerlendirilir.

• Çocuk yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen PRİSM III, SOFA ve PELOD skolama sistemleri ile değerlendirilir.

1.6.6. Bası Yarası (Dekübit) Takibi:

Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanınması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için;

- Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracağı için hastanın pozisyonu gündüz-gece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir,
- Hastaya pozisyon verirken sünger veya silikon jel gibi maddelerden yapılmış yastık kullanılır,
- Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırıksız olmasına dikkat edilir,
- Sabah - akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır,
- Hasta belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp, 30 dakika oturması sağlanır,
- Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır,
- Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır,
- Bası yarası riski olan hastalara visco elastik yatak kullanılır.
- Enteral paranteral beslenmenin iyi sağlanması

1.7. ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE İZLENMESİ

- Yoğun Bakım Ünitelerinin temizliği, risk düzeyine göre temizlik planına göre yapılır.
- İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.
- Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir. Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.
- Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir.
- Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır. Üreme olup olmadığı takip edilir.
- Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastaların enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda üç kez kan kültürü alınır.
- Santral kateteri olan hastaların kateterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir. Takibi yapılır.
- İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun gördüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir. Üreme olup olmadığı takip edilir.
- Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir. Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.
- Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir. İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.
- Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.
- Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.
- Aspirasyon sondaları tek kullanımlıdır.
- Ambular kullanım sonrasında sterilizasyon ünitesine gönderilir .
- Laringoskop bıçak "blade" kısımları steril edilerek veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.
- YBÜ'nde ziyaretçiler için geçerli olan kurallara uyulur. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı şekilde denetlenir. Enfeksiyon bulguları olan ziyaretçilerin üniteye girişi engellenir.
- Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

- İzalasyon gerektiren hastalar için İzolasyon Talimatına göre gereken önlemler alınır.

1.8. DÜŞME RİSKİNİN ÖNLENMESİ

• 2. ve 3. seviye Yoğun Bakım Ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek Düşme Riski Önleme Talimatına göre gerekli önlemler alınır.

• Yetişkin hastalarda İtaki düşme ölçeği kullanılarak düşme değerlendirilir. 16 yaş altı hastalarda ise harizmi düşme ölçeği kullanılarak hasta değerlendirilir, Düşme Riski Önleme Talimatına göre gerekli önlemler alınır.

2. YBÜ HASTA KABUL VE TABURCULUK KRİTERLERİ

1. AMAÇ

Yoğun Bakım Ünitesi hasta yatış ve çıkış kriterlerini standartize ederek Yoğun Bakım Ünitesi' ne yatış kriteri taşıyan hastaların yatıştan itibaren tedavi, takip ve bakım hizmetlerini etkin ve kaliteli hale getirecek yöntemler belirlemek, verilen sağlık hizmetini en üst düzeye çıkarmaktır.

2. KAPSAM

Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşirelik Hizmetleri Birimi ve Hasta Hizmetleri Birim çalışanlarını kapsar.

3. SORUMLULUKLAR

3.1. Onay ve Yürürlük

Bu prosedür Yoğun Bakımdan sorumlu hekim Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı ve Başhekim onayından sonra yürürlüğe girer.

3.2. Prosedürün Kullanıcıları

Yoğun Bakım çalışanları bu prosedüre göre çalışmalarını organize etmekten, diğer çalışanlar çalışmalarını bu prosedüre göre düzenlemekten sorumludur.

4. TANIMLAR

Bu prosedürde özel bir tanım yoktur.

5. PROSEDÜR DETAYI

5.1. Genel

Yoğun Bakım Ünitesine acil servis, poliklinik, ameliyathane, yatan hasta katları ve diğer hastanelerden transfer ile hasta kabul edilmektedir.

Yoğun Bakım Ünitesinde boş yatak olmadığında değerlendirilmesi yapılarak uygun bir üniteye transferi sağlanır.

5.2. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Kabul Politikaları

Yoğun Bakımlar Ünitesi bir ay ile son yaş arasındaki tüm kritik hastaların multidisipliner yaklaşımla takip ve tedavi edildiği bir ünedir.

Neonatal ve Koroner hastaları dışındaki tüm hastalar giriş kriterlerine göre kabul edilir.

Yoğun Bakım Ünitesinde toplam beş adet yatak bulunmaktadır.

Üniteye yatırılan tüm hastalar protokol defterine kaydedilir.

Hasta acil servise gelmiş ise Yoğun Bakım Doktorundan konsültasyon istenirse acil serviste değerlendirme yapılır.

Başka klinik branşları ilgilendiren durumlarda Acil Servis hekimi tarafından ilgili branş hekimi aranır, hastanın konsültasyon istemleri ve tetkikleri istenir. Branş hekimi gerekli görerek Yoğun Bakım Ünitesi ile irtibatı devam ettirir.

Adli vakalarda acil serviste Adli Vaka Raporu doldurulur ve takibi süresince Yoğun Bakımda devam ettirilir.

Yoğun Bakım Ünitesinin başka hastaneler tarafından direkt alındığı durumlarda Yoğun Bakım doktoru tarafından yer olup olmadığı konusunda bilgi verilir. Arayan kişi doğrudan ilgili branş

hekimine yönlendirilir. İlgili branş hekimi tarafından daha sonra acil servisten hastayı kabul edeceği ve Yoğun Bakım Ünitesine alacağı konusunda Yoğun Bakım doktoruna bilgi verir.

Yoğun Bakım Ünitesine yatırılan tüm hastalar yoğun bakım doktoru tarafından hemen görülür.

Primer hekimi ve Yoğun Bakım Hekimi hastanın ilk tedavisini düzenler ve yoğun bakım hemşiresine iletir. Primer hekimi/hemşiresi, Yoğun Bakım Hekimi ve Hemşiresine hasta hakkında detaylı bilgi verir.

Hastanın primer hekimi, Yoğun Bakım Ünitesine transferinden itibaren yoğun bakım sorumlu hekimidir.

Hastanın takip ve tedavisi yoğun bakım standartları içinde değerlendirilecek olduğundan, hasta yoğun bakım ünitesinde tedavisi devam ettiği sürece hastanın tüm yükümlülüğünü yoğun bakım hekimi üstlenmektedir.

5.3. Yoğun Bakım Ünitesine Objektif Kabul Kriterleri:

5.3.1. Vital Bulgular

KAH<40 veya >150 vuru/dakika

SAB<80mmHg veya hastanın alışık olduğu basıncın 20mmHg aşığı

OAB<60mmHg

DAB>120mmHg

SS>35 soluk/dakika

5.3.2. Laboratuvar Değerler

Serum Na<110mEq/litre veya >170mEq/L

Serum K<2.0mEq/litre veya >7.0mEq/L

PaO₂<50mmHg

pH<7.1 veya >7.7

Serum glukoz>800mg/dL

Serum Ca>15mg/dL

Hastanın hemodinamik veya nörolojik durumunu bozacak düzeyde toksik ilaç ve diğer kimyasal madde seviyeleri

5.3.3. Radyografi/USG/Tomografi Değerlendirmisi:

*Değişken mental durum veya fokal nörolojik bulgu ile birlikte olan serebral vasküler hemoraji, kontüzyon, subaraknoid kanama

*Hemodinamik dengeyi bozan vissera, mesane, karaciğer, özefageal varis, uterus rüptürü

* Dissekan aort anevrizması

5.3.4. Elektrokardiyografi

* Kompleks aritmi, hemodinamik bozukluk veya konjestif kalp yetmezliği ile birlikte miyokardiyal infarktüs

*İnatçı ventriküler taşikardi veya ventriküler fibrilasyon

* Hemodinamik bozuklukla birlikte tan blok

5.3.5. Klinik Bulgular(akut başlayan)

* Şuursuz hastada pupillerde anizokori

* Vücut yüzeyinin >%10 unu aşan yanık

* Anüri

* Havayolu obstrüksiyonu

* Koma

* Süregelen bayılma

* Siyanoz

* Kardiyak tamponat

5.3.6. Tanıya Dayalı Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Kriterleri:

5.3.6.1. Kardiyak Sistem:

*Koroner Yoğun Bakım Ünitesinin tek başına yetersiz kaldığı durumlarda

* Komplikasyonlu akut miyokard infarktüs

* Kardiyojenik şok

* Yakın monitorizasyon ve girişim gerektiren kompleks aritmiler

* Hipertansif aciller

* Hemodinamik destek gerekebilecek respiratuvar yetmezlikli akut konjestif kalp yetmezliği

* Disritmi, hemodinamik bozukluk veya inatçı göğüs ağrısı olan unstabl angina

* Kardiyak arrest

* Hemodinamik bozukluk ile beraber kardiyak tamponat veya konstruksiyon

* Dissekan aort anevrizması

* Tam blok

5.3.6.2. Pulmoner Sistem

Ventilatör desteği gereken akut respiratuvar yetmezlik

Hemodinaminin bozuk olduğu pulmoner emboli

Ara yoğun bakımda solunumu bozulan hasta

Respiratuvar bakım hizmeti için ara yoğun bakım ve kat servisinin yetersiz kaldığı durumlar

Masif hemoptizi

Yeni entübe edilmiş veya acil entübasyon gereksinimi olabilecek akut solunum yetmezlikli hastalar

5.3.6.3. Nörolojik Bozukluklar

Bilinç değişikliği gözlenen akut inme

Koma; metabolik, toksik veya anoksik

Herniasyon riski olan kafa içi kanama

Akut subaraknoidal kanama

Respiratuvar ve mental değişiklikler gözlenen menenjit

Nörolojik ve pulmoner fonksiyon bozukluğu ile birlikte olan santral sinir sistemi veya nöromüsküler hastalıklar

Ciddi kafa travmalı hastalar

Vazospazm

Status epileptikus

5.3.6.4. İlaç Alımı ve Doz Aşımı

İlaç alımı sonrası hemodinaminin bozulması

İlaç alımı sonrası belirgin mental durum değişikliği ile hava yolu koruması yetersiz hale gelen, mental

bozukluğu olan hasta

İlaç alımı sonrası bayılma

5.3.6.5. Gastrointestinal Bozukluklar

Hipotansiyon, angina ile birlikte olan hayatı tehdit eden gastrointestinal kanama, kanamanın devamlı olması

Fulminan hepatik yetmezlik

Ağır pankreatit

Mediastinit ile beraber veya tek başına özefagus perforasyonu

5.3.6.6. Endokrin

Hemodinamik dengesizlik, değişken mental durum, respiratuvar yetmezlik veya ağır asidoz gelişmiş

diyabetik ketoasidoz

Hemodinamik dengesizlik gösteren tiroid krizi veya miksödem koması

Koma veya hemodinamik dengesizlik ile beraber hiperosmolar durum

Adrenal kriz gibi hemodinamik dengesizlikle beraber olan endokrin problemler

Hemodinamik monitorizasyon gereken mental durum değişikliği gösteren ağır hiperkalsemi

Bayılma, mental değişiklikler gösteren hipo veya hipernatremi

Disritmi veya hemodinamik değişikliklerle birlikte olan hipo veya hipermağnezemi

Diisritmi veya kas güçsüzlüğü ile birlikte olan hipo veya hiperkalemi

Kas güçsüzlüğü ile birlikte olan hipofosfotemi

5.3.6.7. Cerrahi

Hemodinamik monitorizasyon ventilatör desteği veya yoğun hemşire bakımı gereken postoperatif hastalar

5.3.6.7.1. Çeşitli

Hemodinamik dengesizlik gösteren septik şok

Hemodinamik monitorizasyon

Yoğun bakım düzeyinde hemşire bakımı gereken klinik durumlar

Çevresel hasarlanmalar(elektrik çarpması, yanık ve donmalar)

5.3.7. Yoğun Bakım Ünitesinden Hasta Çıkış Kriterleri

Vital bulguların (kalp hızı, kan basıncı, solunum) normal sınırlar içinde olması. Hastalığın özelliği ve hastanın tıbbi hikayesi göz önünde bulundurulur.

Hastanın dengede olduğuna ait bulgular şunlardır;

24 saattir akut solunum sıkıntısı olmaması

Akciğer grafisinde lezyonların düzelmesi veya hastalık sürecinde belirgin iyileşmenin görülmesi

Kan gazlarının 24 saattir normal düzeylerde, normal sınırlarda olması

Spontan solunumu yapabilmesi

Hayati tehdit edici aritmiler olmaması

Vital bulguların stabil olması

Kardiyak enzim düzeylerinde düşme olması

EKG değişikliklerinin iyileşme sürecine girmiş olması, hastalar için yoğun bakımdan çıkış kriterleridir.

3. YBÜ HAVA YOLU İZLEMİ

1. AMAÇ

Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi ve takip olan hastalarda hava yolu izlemi için ve ventilatöre bağlı hastanın bakımında standart bir yöntem belirlemek.

2. KAPSAM

Yoğun bakım ünitesinde oksijen ihtiyacı olan ve ventilatöre bağlı hastaları kapsar.

3. SORUMLULAR

Yoğun bakım ünitesi hekim ve hemşireleri sorumludur.

4. TANIMLAR

Mekanik Ventilasyon; Yaşamsal bir fonksiyon olan solunum işlevinin yapay olarak ventilatör adı verilen bir cihaz yardımı ile sürdürülmesidir.

Ventilatör; Solunum fonksiyonunun yapay olarak bir cihaz yardımı ile sürdürülmesi amacıyla kullanılan cihaz.

Hipoksemi; Arteriyel kanda çevre havası ve hastanın yaşına göre olması gerekenden daha düşük bir PaO₂ değerinin saptanması (PaO₂ < 70 mmHg, FiO₂:0.21 iken).

ETT: Endotrakeal tüp.

Vital Kapasite (VC): Zorlu bir inspirasyonu takiben zorlu bir ekspirum ile çıkarılabilen hava miktarıdır. VC" nin normal değeri 65 - 75 ml/kg'dır.

Test Balonu: Ventilatörün çalışır durumda olduğunu test etmek için yapay akciğer fonksiyonu gören balon.

Barotravma: Mekanik Ventilasyona bağlı akciğer hasarı (Hava basıncına bağlı hasar.)

Kompliyans: Birim basınç değişikliğinin yarattığı hacim değişikliği (ml/cm/H₂O)

f/Frekans: Solunum sayısı

Kompresör: Bir akışkanı yada gazı gereken basınca göre sıkıştıran aygıt.

Weaning: Ventilasyon desteğinin kademeli olarak azaltılması ve yerini spontan solunuma bırakması sürecidir.

PaO₂: Arter kanındaki parsiyel oksijen basıncı

FiO₂: İnspire edilen oksijen oranı

5. UYGULAMA

5.1. Yoğun Bakım Ünitesi Entübasyon Kriterleri

- Kardiyak arrest
- .solunum yetersizlikleri
- Oksijenlenmede yetersizlik (maske veya nazal kanülle oksijen verilmesine rağmen arteriyel kanda pO₂ de düşmenin gözlemlendiği durular)
- Pulmoner sekresyonların temizlenmesi ve control altına alınması gereken durumlar
- Derin koma
- Üst hava yolu obstrüksiyonu
- Solunum yollarını etkileyen ciddi yüz ve kafa travmaları
- Solunumsal arrest
- Aspirasyon riski

5.2. Mekanik Ventilasyon Endikasyonları

- Solunumsal ve kardiyak arrest
- ARDS (Akut Respiratuar Distres Sendromu)
- Pulmoner emboli
- Pnömoni
- Göğüs duvarı defektleri ve yaralanmaları (pnömotoraks vb.)
- Mekanik obstrüksiyon
- Nörolojik hastalıklar
- Solunum kasları yorgunluğu ve zayıflığı

- Postoperatif dönem
- İntoksikasyonlar

5.2.1. Mekanik Ventilasyon Başlama Kriterleri

Parametreler	Normal Değer	Endikasyon Değerleri
Tidal volüm	5-7 ml/kg	< 3-5ml/kg
Solunum hızı	10-20/dk	> 25-35/dak
Vital kapasite	65-75ml/kg	<15ml/kg
Solunum paterni	Rahat -düzenli	Sıkıntılı ve düzensiz
PaCO ₂	35-40 mmHg	>50-60 mmHg
PaO ₂	75-100mmHg	<70mmHg
Vital bulgular		Nabız ₂ , tansiyon ₂ aritmiler, terleme siyanoz, takipne
Ph	7,35-7,45	

5.2.2. Mekanik Ventilasyon Komplikasyonları

Tüp ile ilgili Komplikasyonlar	Mekanik ventilasyon ile ilgili komplikasyonlar
<ul style="list-style-type: none"> • Entübasyon tüpünün özafagusa girmesiyle ventilasyonun gerçekleştirilememesi ve hipoksemi • Uzun süreli entübasyona bağlı larinks travması • Tüpün sağa veya sola kayması ile tek taraflı hiperinflasyon ve barotravma, karşı tarafta atelektazi ve pnömotoraks • Kafın yetersiz şişirilmesi ile hava yollarındaki basıncın düşmesi sonucu yetersiz ventilasyon ve hipoksemi • Trakeostomi kanülünün giriş yerinde enfeksiyon. • Ağız ve burun bölgesinde yara 	<ul style="list-style-type: none"> • Barotravma ,pnömotoraks • Venöz dönüşün azalmasına bağlı sıvı retansiyonu • Kardiyak aritmiler • Aspirasyon pnömonisi • Gastrointestinal sistemde ülserasyon ve kanamalar • Derin ven trombozu • Nozokomiyal enfeksiyonlar • Asit-baz dengesinde bozulma

5.2.3. Mekanik Ventilasyon Sürecinde Yapılan İzlem

Hastanın klinik durumuna göre izlenir ve kaydedilir

Hastada	Ventilatörde
<ul style="list-style-type: none"> • Cildin rengi • Göğüs hareketlerinin ventilatöre uyumu • Solunum seslerinin oskültasyonu • Entübasyon tüpünün veya trakeostomi kanülünün kaf basıncının kontrolü • Tüp tesbit seviyesinin kontrolü • Arteriyel kan gazları • SpO₂ • Hb düzeyi 	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilatör bağlantılarında herhangi bir kaçak, kıvrım veya su birikintisi olup olmadığı • Ekspiryum ve inspiiryum hava yolu basıncı • Tidal volüm, dakika volümü, solunum frekansı, FiO₂ • Nemlendiricinin su seviyesi • Alarm limitleri • PEEP, basınç değerleri

5.2.4. Mekanik Ventilasyon Sorunları ve Girişimler

1-ALARM	SORUNLAR	GİRİŞİMLER
1.1-Yüksek havayolu basıncı alarmı	<ul style="list-style-type: none"> • Yanlış pozisyon • Sekresyon • Endotrakeal tüpün trakeaya dayanması • Bronkospazm • Öksürük • Havayolu/tüpte tıkanıklık • Akciğer kompliyansında azalma • Uyanık hastada solunumun ventilatör ile çakışması 	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta öksürüyorsa, hastanın havayolunda sekresyon olmadığından veya hastanın tüpü ısırmadığından emin olunur. Hasta gerekirse aspire edilir. • Ventilatör bağlantılarının kıvrılıp • Kıvrılmadığı kontrol edilir, gerekirse düzeltilir. • Endotrakeal tüpün tespit seviyesi ve hastanın pozisyonu (havayolu açık olacak şekilde) kontrol edilir. • Hastanın ventilatörle eş zamanlı soluduğu kontrol edilir. Hasta uyanıksa ve solunumu ventilatörle çakışiyorsa hekim istemi ile ventilatör modunda değişiklik yapılır veya sedasyonu sağlanır. • Ağrı, anksiyete ve hipoksi gibi ajitasyona neden olabilecek faktörler olup olmadığı belirlenir ve nedene yönelik girişimler yapılır.
1.2-Düşük havayolu basıncı alarmı	<ul style="list-style-type: none"> • Ventilatör bağlantılarında kaçak olması • Entübasyon tüpü veya trakeostomi kanülünün yerinde olmaması • Kaf basıncının düşük olması ya da kafın patlak olması • Ventilatörde arıza olması 	<ul style="list-style-type: none"> • Hastanın makineden ayrılıp ayrılmadığı kontrol edilir. • Bağlantılar kontrol edilir, kaçak varsa uygun girişimler yapılır • Ventilatörde bir arıza olup olmadığı test balonu ile kontrol edilir. Teknik sorun varsa teknik servise haber verilerek yedeğiyle değiştirilir. • Bu sorun hastadan kaynaklanıyorsa (yorgunluk, apne,v.s.) hekime iletilir gerekirse ventilatör modu değiştirilir. • Kaf basıncı kontrol edilir, düşükse şişirilir, eğer kaçak varsa hekime iletilerek tüpün değiştirilmesi sağlanır.
1.3-Apne alarmı veriyorsa		<ul style="list-style-type: none"> • Devrelerde kaçak olup olmadığı kontrol edilir. • Ventilatör ayarlarının hastaya uygun olup olmadığı kontrol edilir. • Alarm süresi ve uyarı ses seviyesi kontrol edilir.
1.4-Düşük Kaynak-Gaz Basıncı Veya güç Giriş alarmı		<ul style="list-style-type: none"> • 50 psi gaz kaynağı kontrol edilir. • Ventilatöre bağlı yüksek basınç hortumları kontrol edilir. • Elektrik güç kaynağı kontrol edilir, gerekirse yeniden bağlanır. • Ventilatör kapatılır ve tekrar açılır. • Alarm çalmaya devam ederse ventilatör değiştirilir.
1.5.Ventilatör Çalışmama Alarmı Ve/Veya Teknik Hata Mesajı		<ul style="list-style-type: none"> • İnternal fonksiyon bozukluğu mevcuttur. Ventilatör kapatıp tekrar açılır. • Alarm devam ederse ventilatör değiştirilir.
□		<ul style="list-style-type: none"> • Hasta aspirasyon işlem talimatına uygun olarak aspire edilir..

<p>2-ENFEKSİYON</p>	<ul style="list-style-type: none"> • “Nozokomiyal Pnömoninin Önlenmesi Talimatı”na uygun önlemler alınır. • Hasta bir kontrendikasyon bulunmadığı sürece 30-45⁰ baş yukarı yatırılır.
<p>3-MEKANİK VENTİLATÖRLE UYUMSUZLUK VE ANKSİYETE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hastaya ilk fırsatta nerede olduğu, ventilatöre neden ihtiyaç duyduğu, ne zaman ayrılacağı anlatılır. Hasta ailesine yoğun bakım, ventilatör ve yapılan uygulamalar anlatılır. • Hastaya ventilatörle uyumu konusunda gerekli bilgi verilir, anksiyete bulguları gözlemlenir. (yüksek basınç alarmı, ağlama,ajitasyon.) gerekirse hekim istemine göre hasta sedatize edilir.
<p>4- YETERSİZ VENTİLASYON</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Extremiteler, siyanoz bulguları (renk ve ısı) açısından değerlendirilir. • Hastaya verilen oksijen steril distile su ile nemlendirilir. • Kan gazları değerlendirilir, elektrolit takibi yapılır, değişiklikler ve yapılan uygulamalar „Hemşire İzlem Formuna“kayıt edilir. • Hasta monitörize edilir. • Hastanın yaşam bulguları, oksijenizasyonu saatlik takip edilir, genel durumu, aldığı çıkardığı sürekli izlenerek kayıt edilir. • FiO₂, tidal volüm, dakika volümü, ekspiryum ve inspiryum hava yolu basınçları, PEEP ve IMV değerleri ve alarm sınırları kontrol edilir. • Sistem hızla kontrol edilir, sorun sekresyona bağlı ise hasta “Aspirasyon İşlem Talimatı”na uygun

5.2.5. Mekanik Ventilatörden Ayırma (Weaning) Kriterleri

Klinik durum	Stabil
Nörolojik durum	Hasta Uyanık-Öksürük, yutma refleksi var
Spontan tidal volüm (TV)	>5 ml/kg
Vital kapasite (VK)	>15 ml/kg
Solunum frekansı (f)	<35 / dk
Hızlı yüzeysel Solunum İndeksi (RSBI)- f/TV	<100 f/L
Maksimum inspirasyon NIF:Negatif inspiratuar güç	> - 20 cm H ₂ O basıncı
PaO ₂ / FiO ₂	> 200
Ph	> 7,35
Dakika ventilasyonu	<10 L
Bilinç düzeyi	Koopere-oryante
Hava yolu sekresyonu	Renk, koku, miktar normal
Kardiyopulmoner sistem	Yaşam bulguları normal

Entübasyon Sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar.

- Laringeal ödem
- Ses kısıklığı
- Laringeal granülom
- Laringeal stenoz
- Laringeal yetersizliğe bağlı aspirasyon, trakeal stenoz

5.3. Uygulama

- İşlemden önce “**El Hijyeni Talimatı**” na göre ellerin hijyeni sağlanır.
- Damar yolu yoksa olası acil ilaç uygulamaları için “**Periferik Damar Yolu Açılması ve Bakımı Protokolü**” ne göre damar yolu açılır.
- Bütün ekipmanlarıyla test edilen ventilatör hasta başına getirilir.

5.4. İşlem

- Entübasyon tüpü yada trakeotomi kanülü takılı olan hasta hekim tarafından ayarlanmış ventilatöre bağlanır.
- Hekim tarafından her iki akciğerin eşit havalanıp havalanmadığı, solunum sesleri, göğüs hareketlerinin ventilatörle uyumu değerlendirilir.
- Yüksek Riskli Hasta Bakım Prosedürü ne göre bakım planlanır.
- Sekresyon stazını önlemek için hastanın genel durumu göz önünde bulundurularak iki veya dört saatlik aralıklarla pozisyon değiştirilir.
- Her pozisyon değiştirme sonrasında tüpün yerinde olup olmadığı, her iki akciğerin eşit havalanıp havalanmadığı kontrol edilir.
- Hava yolu açıklığı kontrol edilir. “**Aspirasyon Uygulama Talimatına**” uygun aspire edilir.
- Günde en az 4 kez ağız bakımı “**Ağız Bakım Protokolü**” ne uygun yapılır.
- Hasta ve ventilatör; komplikasyonlar ve sorunlar (Tablo 6-5 mekanik ventilasyon sorunları ve girişimleri tablosu) yönünden izlenir, gerekli hemşirelik müdahaleleri yapılır ve hekim istemi uygulanır.
- Hipoksi durumunda, mekanik ventilasyon sorunları ve girişimler tablosuna göre ilk müdahale yapılır ve acilen hekime haber verilir.
- Hasta mekanik ventilatöre bağlı kaldığı sürece aşağıdaki parametreler her saat başı “**Hemşire İzlem Formu/Hemşire Progres Notuna**”na kaydedilir.
 - Verilen sedatifler ve hastanın yanıtı
 - İnspiryum hava yolu basıncı
 - Tidal volüm
 - Aspirasyon ve sekresyon özellikleri (renk, kıvam, miktar)
 - Şuur durumu (GKS)
 - Hemodinamik bulgular
 - Komplikasyonlar
- Hasta ev tipi ventilatörle taburcu edilecekse; cihaz, pozisyon, aspirasyon, hijyen vb konularda Hekim ve/veya Hemşire tarafından “**Hasta ve Yakınlarının Eğitimi Prosedürü**” ne göre eğitim verilir.
- Hastanın durumu ve hekim istemine göre ventilatörden ayırma süreci başlatılır.

5.5. Yoğun Bakım Ünitesi Ekstübasyon Kriterleri

- Mekanik ventilasyon gereken sebebin ortadan kalkması veya düzelme göstermesi
- Nöromüsküler blokajın sonlandırılması
- Efektif solunum çabası belirtileri
- Negatif inspirasyon gücün >30-45 olması
- Vital kapasite 15ml/kg ve üstünde olması

- Tidal volim >5ml/kg
- Spontan tidal volümün >60ml/kg üzerinde olması
- Ölü boşluk / tidal volüm oranı >0,6
- FiO₂<0,5, PEEP<5-6mmHg iken PaO₂'nin 70 ve üzeri olması
- FiO₂<0,5, PEEP<5-6mmHg iken PaO₂/ FiO₂ oranının >200 olması
- Yaş ve hastalık süreci ile uyumlu vital bulgular
- Minimum inotropik ajan gereksinimi
- İleri metabolik dengesizliğin olmaması
- Sıvı ve beslenme dengesinin uygun olması
- Hasta-ventilatör senkronizasyonu solunum kaslarının uygunluğu
- Benzodiazepim veya opiat yoksunluğu semptomlarının olmaması

4. İNVAZİV İŞLEMLER

4.1. Santral Venöz Kateter

İndikasyonları

- Sıvı durumu monitorizasyonu
- İrritan medikasyonları veya vazoaktif ajanların uygulanması
- Total parenteral nutrisyon
- Hemodiyaliz
- Periferik ven kanülasyonu mümkün değilse, Tercih edilen başlıca damarlar:
- İnteral juguler ven
- Subklavyen ven
- Femoral ven
- Dikkat edilen noktalar:
- .Kateter takılırken ve değiştirilirken bone, maske, steril önlük, steril eldiven kullanılır.
- Çok lümenli kateterde lümenlerden biri sadece parenteral beslenmeye ayrılır.
- Gazlı bezle yapılan pansumanı hergün, şeffaf örtü kullanılmışsa üç günde bir değiştirilir.

Ancak kateter pansumanı ıslandığı, bütünlüğü bozulduğu, kirlendiği zaman pansumanı yenilenir

- Santral venöz kateteri olan hasta enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilir.
- Kateter takıldıktan sonra komplikasyon oluşumunu önlemek açısından akciğer grafisi çekilir.
- Kateter bakımını %2 lik klorheksidin solüsyonu ile yapılır.
- Her enjeksiyondan sonra sistem 5 ml SF ile yıkanır.
- Kateter giriş yerinde ağrı, kızarıklık, hassasiyet ve sızıntı olması durumunda ilgili hekim tarafından değerlendirme yapılır.

4.2. Arteriyel Hat Açılması Bakımı

Endikasyonları:

Hemodinamik monitorizasyon

Sık kan gazı örnekleme

Kanülasyon yerleşim yerleri: Radyal arter kanülasyonu: Modifiye allen testi yapıldıktan sonra uygulanır.Dorsaus arter kanülasyonu,Femoral arter kanülasyonu,.Arter kanülasyonu steril örtü kullanarak ve steril eldiven ile yapılır ve pansuman her gün değiştirilir.

4.3. Göğüs Tüpü Yerleştirilmesi Ve Bakımı

Endikasyonları

Pnömotoraks

Hemotoraks

Ampiyem

Şilotoraks

Plevral effüzyon

Göğüs tüpü uygulaması steril şartlarda yapılır. Uygulama sonrasında tüp ve drenaj sistemine saatlik kontrol edilir. Pansuman değişikliği, gereksinim olduğu zaman veya 24saatte bir yapılır.

4.4. Trakeostomi

Havayolu temin etmek amacıyla trakea ön duvarının geçici veya kalıcı olarak açılması işlemidir.

Endikasyonlar

Uzamış mekanik ventilasyon gereksinimi

Solunum sisteminin sakresyonlardan temizlenebilmesi .

üst hava yolu obstrüksiyonlarının açılması.

Mekanik ventilasyon sırasında Weaning'in kolaylaştırılması.

Endotrakeal tüpe bağlı oluşan larinks zedelenmesinin azaltılması

Perkütan dilatasyonel trakeostomi yöntemi ile anestezi uzmanı, yoğun bakım hekimi tarafından ya da cerrahi olarak göğüs cerrahisi, kulak burun boğaz uzmanı tarafından açılır.

Tüpün tıkanmaması için nemlendirme önemlidir ve gerek olduğu zamanlarda hemşire tarafından aspirasyon işlemi uygulanır. Tıkanma, kanama ve besin içeriği tespit edildiğinde ilgili hekime haber verilir.

Tıkanma olmazsa 7 gün içinde kanül değiştirilmez ve pansumanı hergün yapılır.

4.5. Üriner Kateter Takma Ve Bakımı

Üriner kateter takılmadan eller yıkanır ve steril eldiven giyilir

Antiseptik solüsyon uygulanır ve steril örtü örtüldükten sonra takılır.

Sonrasında steril kapalı drenaj torbası takılır.

Üriner kateter periyodik değiştirilmez ancak enfeksiyon bulguları varsa değiştirilir.

Kateter endikasyonu bitince üriner kateter çıkarılır.

4.6. Yoğun Bakım Ünitesinde Hava Yolu İzlenimi

Hastaya nazal veya maske oksijen uygulaması yapılır.

Hastanın bilateral akciğer sesleri doktor tarafından dinlenir ve gerekli durumda inhalasyon tedavisi orderlanır ve hemşire tarafından uygulanır.

Solunum takibinde önemli parametreler; solunum sayısı, solunum karakteri,spo2 ve arter kan gazıdır.

Hastanın solunumunda kötüleşme olursa anestezi uzmanı tarafından değerlendirilir ve gerekirse non invazif veya invazif ventilasyon başlanır.

Hastanın ventilasyon şeklinde değişiklik yapılırsa yarım saat sonra arter kan gazı kontrolü yapılır.

Sterilizasyon çok önemlidir: Solunum devreleri 72 saatte, filtreler 24 saatte, Nebul maskeleri 24 saatte değiştirilir. Ancak tümü, kirlendiği zaman hemen değiştirilir.

4.7. Entübasyon Kriterleri

Respirasyonda yetersizlik

Kardiyopulmoner arrest

Klinik tablonun kötüleşmesi: dispne, taşipne, taşikardi, siyanoz, bilinç bozukluğu, desoryantasyon konfüzyon, şuurda kapanma

Arter kan gazında bozulma: (oda havasında)

PH:<7.25

PaCO₂:>45 mHg

PaO₂:50mmHg

4.8. Ekstübasyon Kriterleri

GKS'nin 8 ve üzeri olması.

Stabil kardiyovasküler durum

Stabil metabolik tablo

Solunum hareketlerinde koordinasyon bozukluğu yoksa

Öksürük ve yutkunma refleksi yeterli ise

Vital kapasite (ml/kg)>ml/kg

İnspirasyon gücü (cm H₂O)

PH>7.30

Solunum sayısı/dak<45

Dakika ventilasyonu (1/dak)<18

4.9. Non İnvazif Mekanik Ventilasyon Ugulaması

Solunum sayısının artması: solunum sayısı >35 intrakostal ve supraklaviküler çekilmeler, burun kanadı solunumu, paradoks karın solunumu

Şuuru açık olan hastada solunum yetmezliği

Solunum yetmezliği olan hastalarda yeterli öksürük refleksi ve yutma fonksiyonu bulunması ve kliniğin stabil olması, maske-yüz uyumunun olması durumunda uygulanır.

4.10. İnvazif Mekanik Ventilasyon Uygulaması

Non invazif mekanik ventilasyon kontraindikasyonu olan solunum yetmezliğindeki hasta grubu:

Kalp ve /ya da solunumun durması

Solunum dışı organ yetersizliği, şok, ensefalopati, kardiyak patoloji, gastrointestinal sistem kanaması

Bilinç bulanıklığı

Hava yolunun korunamaması

Sekresyonun atılamaması

Aspirasyon riski

Üst hava yolu obstruksiyonu

Travmalarda yüz bölgesinde yaralanma

5. YBÜ GİRİŞ ÇIKIŞ KURALLARI

1. AMAÇ:

Yoğun bakım ünitesinde yatan hastaları gelişebilecek enfeksiyonlardan korumak.

2. KAPSAM:

Yoğun bakım ünitesine giren tüm çalışan ve ziyaretçileri kapsar.

3. SORUMLU

Yoğun bakım ünitesi hemşireleri ve personeli

4. TANIMLAR

Özel bir tanım bulunmamaktadır.

5. UYGULAMA

- Yoğun bakım ünitelerine giriş-çıkışlar birim içinde ve dışında enfeksiyonların önlenmesi amacıyla kontrol altına alınmıştır.
- Yoğun bakım ünitesinde çalışan personel mesaisine başlamadan önce kıyafetlerine değiştirerek üniforma giymelidir. Çalışmaya başlamadan önce ellerini su ve sabunla yıkamalıdır.
- Yoğun bakım ünitesinde çalışan personel dışında hastane çalışanların üniteye giriş-çıkış yapmasına zorunlu durumlar dışında izin verilmemektedir.
- Tetkik işlemleri, hasta vizitleri, konsültasyonlar gibi gerekçelerle yoğun bakım ünitelerine farklı birimlerden gelen çalışanlar üniteye girerken hızlı el dezenfektanı ile ellerini dezenfekte etmeli ve önlük giyerek üniteye girmelidir. Yapacakları işlem öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanmalı ayrıca yapılacak işleme göre gerekli aseptik kurallara uygun çalışılmalıdır.
- Yoğun bakım ünitelerine hasta ziyaretleri her yoğun bakım için belirlenmiş olan ziyaretçi kuralları çerçevesinde yapılmaktadır.
- Uygun koşullar mevcut olduğunda hekimin izni ile gün içinde hastanın 1. derece yakını öncelikli olmak üzere sadece 1 kişinin ziyaretine izin verilir.
- Koroner yoğun bakım ünitesinde hastaların stres faktörünü azaltmak amacıyla sabah, öğle ve akşam yemeğinde hasta yakını içeri alınarak hastaya destek olması sağlanır.
- Yoğun bakımda yatan hastaların ziyaretçileri, her hasta için bir ziyaretçi olacak şekilde yardımcı personelin refakatinde yoğun bakıma alınmalıdır.
- Ziyaretçiler yoğun bakımın giriş bölümünde hazırlanarak içeri girmelidir.
- Ziyaretçiler öncelikler ellerini, hızlı el dezenfektanı ile dezenfekte etmelidir. Box gömleği, maske, bone giymelidir.
- Ziyaretçi yoğun bakım ünitesine girdikten sonra ellerini içeride bulunan lavaboda su ve sabunla yıkamalıdır.
- Ziyaretçi hastaya temas etmeden önce eldiven takmalıdır.
- Ziyaret sonunda eldiven çıkarılmalı eller yıkandıktan sonra alandan çıkılmalıdır. Ünite girişinde sırasıyla eldiven, önlük, maske, bone çıkartılmalıdır.

6. 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 doğrulanması 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.

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

➤ Ancak aynı anda isimsiz 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 isimsiz hasta barkotu yapıştırılır. Kimsesiz ve isimsiz 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 işlemi; 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 sızdığına,

➤ 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.

7. 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.

8. 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.

9. 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 Yarısının 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.

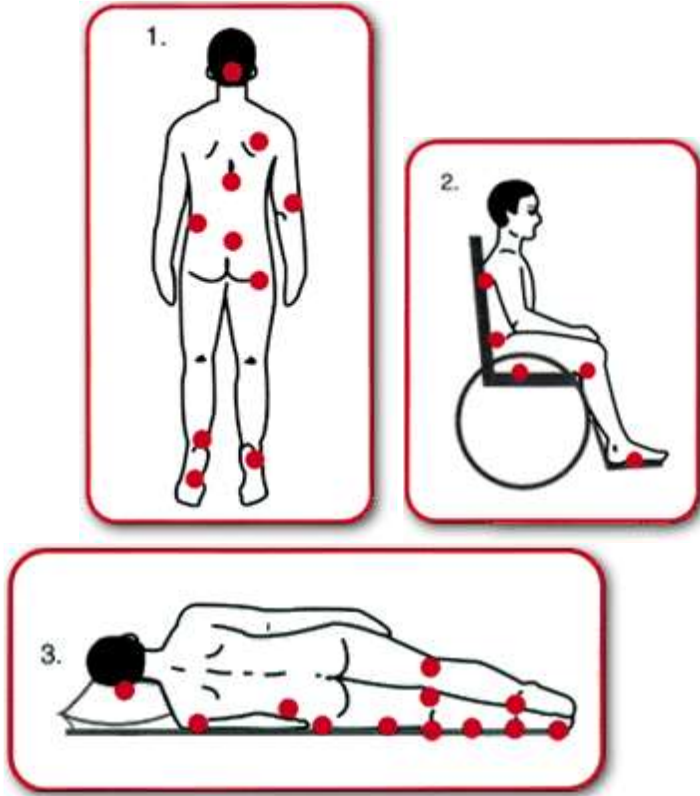
EVRE III:Cildin tüm katmanlarında tam kayıp vardır, dokularda şiddetli yıkım vardır, adale, kemik, tendon, ve eklem kapsülleri zarar görmüştür. Derin bir krater görünümündedir.Bu aşamada nekrotik dokular, sinus tract oluşumu, eksuda ve enfeksiyon vardır.Yara yatağı genellikle ağrısızdır.

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 Yarısının 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 tanılanması

Walter skalasının uygulanması

Riskli hastaların belirlenmesi

Cilt bakımının sağlanması

Hastaya uygun pozisyon verilmesi

Hava dolaşımını yataklarının kullanılması

Beslenmenin düzenlenmesi

Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi

Kayıt tutulması

5.8.1. Basınç bölgelerinin tanılanması

Basıya uğrayan her yerde gelişebilmekle birlikte, bası yaralarının en sık gözlendiği bölgeler sakrum, topuklar, iskiüm ve trokanterlerdir. Daha az sıklıkla dirsekler, skapulunun 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 kullanılır, 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 çarşafı düzgün, kuru, temiz, ve kırışsız olmalıdır.
- Çarşaf, yatağın özelliğini kaybetmeyeceği gerginlikte olmalıdır. Her sabah:

ÇEVİRME-POZİSYON VERME



5.8.4. Hava dolaşımli 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.

10. NUTRİSYONEL BESLENME TANILAMA VE UYGULAMASI

1.1.1.1. 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/ takılamadığı 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, klempi 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, klempi açılır, torbanın havası çıkartılarak klempi 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.

Gavaajla 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;

Yükseltilip 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 Çıkarıldığı 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.

11. 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 uyarma -2 puan: Ağırlı uyarma -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 uyaran kesilince gözler kapanıyor ise 3 puan verilir.
- Ağrılı uyaran (ağrılı uyaran 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 ağrılı uyaran verilir. Oryante ise (Bireyin kişi, yer ve zamanla ilgili sorulan 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 uyaran 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 uyarımı lokalize ediyor ise (ağrılı uyaran verilen noktaya hasta elini götürerek ağrılı uyarımı 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 uzaklaştırıyorsa (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.

12. AĞIZ BAKIMI DEĞERLENDİRME VE HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ

1. AMAÇ

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

2. KAPSAM

Balıklı Rum Hastanesi kliniklerinde yatan tüm hastaları kapsar.

3. SORUMLULAR

Klinik sorumlu hemşireleri, klinik hemşire ve klinik doktorları.

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.

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:

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.

13. SEPSİS VE ORGAN YETMEZLİĞİNİN İZLENMESİNE YÖNELİK SÜREÇLER

1. AMAÇ

Hastanemiz yoğun bakım servisine yatırılan hastaların sepsis ve organ yetmezliği yönünden etkin, güvenilir, hızlı ve kaliteli bir şekilde izlenmesini sağlamak.

2. KAPSAM

Yoğun bakım servisine yatırılan hastaların tümünü kapsar.

3. KISALTMALAR

USG: Ultrasonografi

4. SORUMLULAR

Başhekim Yardımcısı Yoğun Bakım Ünitesi Sorumlu Uzman Doktor, Uzman Doktorlar, YBÜ Sorumlu Hemşiresi,

5. FAALİYET AKIŞI

5.1. Sepsis Tanı Kriterleri

- Genel Bulgular
 - * Ateş $>38.3^{\circ}\text{C}$
 - * Hipotermi $\ll 36^{\circ}\text{C}$
 - * Kalp hızı: $>90/\text{dak}$, $>\text{N} +25\text{D}$
 - * Takipne: $\text{SS} > 20/\text{dk}$
 - * Mental durum değişikliği
- Ciddi ödem /pozitif sivi dengesi ($> 20 \text{ ml/kg/gün}$)
- Diyabet olmaksızın hiperglisemi: $>140\text{mg/dl}$
- İnflamatuvar Bulgular
 - * Lökosit; $>12000 \text{ L-} < 4000 \text{ L}$
 - * Normal lökosit ve $> \%10$ immatür form
 - * Plazma C-reaktif protein $> \text{N} +2\text{SD}$
- Plazma kalsitonin $>\text{N} +2 \text{SD}$

5.2. Organ Yetmezliği Tanı Kriterleri

- Genel Bulgular
 - Arteriyel hipoksemi ($\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 300$)
 - Akut oligüri
 - Yeterli sivi resüsitasyonuna rağmen en az
 - 2 saat idrar çıkışı $< 0.5 \text{ ml/kg/sa}$)
 - Kreatinin artışı $>0.5 \text{ mg/dl}$
 - Koagülasyon bozuklukları ($\text{INR}>1,5 /$
 - $\text{aPTT}>60\text{s}$)
 - Trombositopeni $< 100,000 \text{ umol/L}$
 - Hiperbilirubinemi; total bilirubin $>4\text{mg/dl}$
 - İleus

5.3. Doku Perfüzyonu Bulguları

- Hiperlaktatemi $\square (>1\text{mmol/L})$
- Kapiller dolumda azalma/ ciltte renk değişikliği

6. SEPSİS VE ORGAN YETMEZLİĞİNİN İZLENMESİ DEĞERLENDİRİLMESİ

- Vital bulgular –
 - İnvaziv arteriyel kan basıncı izlemi
 - -EKG monitörizasyonu
 - -Vücut ısısı izlemi (rektal)

- -Solunum sayısı izlemi
- -SpO2 izlemi (pulse oksimetre)
- **Labaratuvar Testleri**
 - Beyaz küre,
 - Trombosit
 - Hematokrit
 - CRP
 - Prokalsitonin
 - Laktat
 - Glukoz
 - BFT
 - KCFT
 - DİK testleri
 - AKG
 - USG

7. SEPSIS VE ORGAN YETMEZLİĞİNİN İZLENMESİ AMACIYLA KULLANILACAK SKORLAMA SİSTEMLERİ

Hastanemizde sepsis ve organ yetmezliğin izlenmesi amacıyla SOFA skorlama sistemi kullanılmaktadır.

14. 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. Ödem 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 ekstremitelere üzerine yatmaması sağlanır.
5. Üst ekstremitelerde elevasyonunda bölgeye uygun olarak aksiller bölge omuz alt bölgesi ve bilek/parmak desteği sağlanır.
6. Alt ekstremitelerde 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 ekstremitelere etkilenmeyen diğer ekstremitelere 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.

15. İLAÇ GÜVENLİĞİ

15.1. AMAÇ:

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

15.2. KAPSAM:

Hastanenin acil servis, yataklı servisler ve poliklinikler birimlerini kapsar.

15.3. SORUMLULAR:

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

15.4. 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 düzeldiği 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 gözlediğinde 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.

15.4.1. Çeşitli yollardan ilaç uygulamalarında dikkat edilmesi 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 ıslatılarak uygulanmalı, ve bu pozisyonda birkaç dakika kalınmalıdır.

15.4.2. Enjeksiyon uygulamasında dikkat edilmesi 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 enjeksiyonbda 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 yanlılıkla 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.

15.4.3. İlaçların karışmasının önlenmesi

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.

16. SÖZEL ORDER ALINMASI

AMAÇ:

Sözel verilen istemlerin kayıt altına alınması

KAPSAM:

Bütün Yataklı ve Acil Servisler

SORUMLULAR:

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

TANIMLAR:

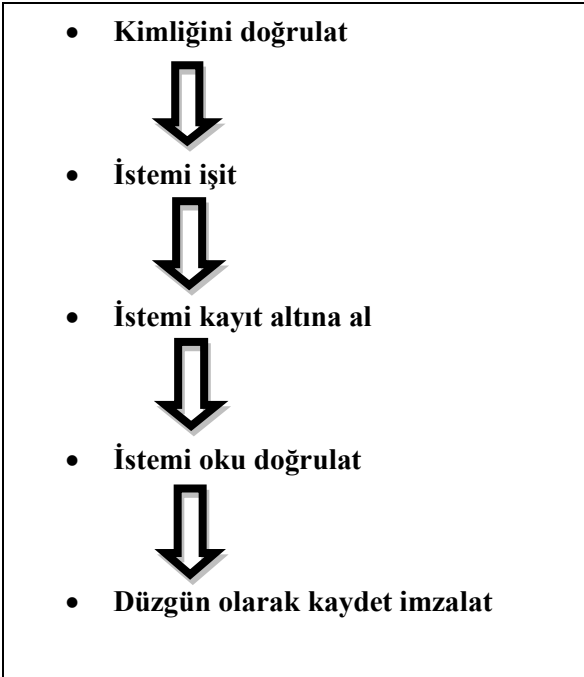
Sözel İstem: Doktor tarafından acil durumlarda sözlü olarak verilen istem.

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. Gerektiğinde 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



17. 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 sistemin 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 ayaktan, 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, e 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 Degerlendirme 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 Oramı 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 nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere Nutrisyon Destek Ekibi (NDE) kurulmuş ve **“YH.GT.014- Nutrisyonel Beslenme Komite ve Ekibin Görev ve Yetkileri”** adlı dokümanda sorumlulukları tanımlanmıştır. Malnutrisyonda veya nutrisyon

riskinde olduğu Nutrisyon Destek Ekibince(NDE) saptanan hastalar için nütisyon desteği planlanarak sağlanır.

- Hastanemizde hastalarımıza kullanıma hazır enteral ve parenteral nütisyon solüsyonları kullanılır.

- Taburculuk sonrası nütisyonel desteğe devam edilmesi gereken hastalara/yakınlarına Nutrisyon Destek Ekibi(NDE) tarafından “**EĞ.T.F.006- Taburcu Hasta Nütisyon Beslenme Eğitim Formu**” yardımı ile eğitim verilir.

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

- Hastaların nütisyonel destek ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler Nütisyon Destek Ekibi (NDE) tarafından izlenir ve sürekli iyileştirme için Tıbbi gelişmeler(hekimler, hemşire, diyetisyen kongre, seminer ve eğitimlere katılır) ve Nütisyon 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**” doldurularak 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 Özellikli 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 İşaretleme 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.

18. 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 güvenilir olmadığı 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 taniya 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.

19. YATAN HASTA ÖZ BAKIMI

1. AMAÇ VE KAPSAM

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

2. SORUMLULAR

Balıklı 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.

20. 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.

21. YBÜ HASTA YAKINI BİLGİLENDİRMESİ

1. AMAÇ

Hastanemiz yoğun bakımında yatan hasta yakınlarının doğru şekilde bilgilendirilmesi.

Oluşabilecek karışıklık ve yanlış bilgilendirmelerin önüne geçmektir.

2. SORUMLULAR

Yoğun bakım servis doktorları ve hemşireleridir.

3. UYGULAMA

- Hasta ile ilgili bilgi vermek için hasta yakınlarına öncelikle bilgilendirme talimatı hakkında bilgi verilir.
- Yoğun Bakımda hastası olan hasta yakınları, hastasının genel durumu ve tedavisi ile ilgili bilgiyi her gün (Pazar hariç) saat 13:00-14:00' da Yoğun Bakım sorumlu doktor odasında alırlar.
- Hasta yakınları, haftanın her günü saat 13:00-14:00 arası hastalarını görmeleri sağlanır.
- Ziyaret sonrasında hasta yakınlarına doktor tarafından doktor odasında bilgi verilir.
- Yoğun Bakımda ani gelişen değişikliklerden dolayı hasta ziyareti ve bilgi saati değişebilir ve bu değişiklikler hasta yakınlarına sorumlu hemşire tarafından bildirilir.
- Hasta yakınları hasta bekleme salonuna yönlendirilir. Hasta yakınlarının hasta bekleme salonunda sürekli beklemelerine gerek yoktur. Acil durumlarda telefon ile hasta yakınlarına ulaşılır. Telefon ile bilgilendirmeye çağrılır, ancak telefonla bilgi verilmez.
- Bilgilendirme Yoğun Bakım sorumlu hekimi tarafından yapılır. Hastanın her hukuki yakını ayrı ayrı bilgilendirilmez. Topluca bir defa bilgilendirilir.
- Hastanın hukuki yakını olmayan (arkadaş, komşu) kişilere bilgi verilmez. Bilgilendirme Yoğun Bakım sorumlu doktor odasında yapılır. Hasta bilgilendirmesi, hastanın yakınlarından başka kimsenin duymayacağı şekilde ortam hazırlanarak verilir. Bilginin hasta yakınına verilirken anlaşılır ve özet olmasına ve 5 dakikadan fazla olmamasına özen gösterilir.

- Bilgilendirmeye çağırılan hastalar arasındaki sıra, hasta yatak sırasıdır. Bilgilendirme saati dışında bilgi almak isteyen hasta yakınları, hekim bilgilendirme için müsait olana kadar beklemesi gerekir.
- Gece acil yatışlarında, nöbetçi uzman hekimi hasta yakınlarını bilgilendirir. Gündüz mesaisinde vefat eden hasta yakınlarına ölüm haberi, telefon ile hasta yakını çağrılarak hastanede Yoğun Bakım sorumlu hekimi tarafından verilir. Gece nöbette vefat eden hasta yakınlarına telefon ile vefat haberi nöbetçi doktor tarafından verilir.

22. 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

Kısıtlamalara Alternatifler

- Yakın gözlem

pansumanını çekiştiren hastalar	- Tüpleri ve IV yollara ulaşamayacak bir pozisyon sağlamak -Bu tür girişimleri hastanın göremeyeceği şekilde hastanın giysileri içine saklamak
2. Düşmeye meyilli, yataktan çıkmaya eğilimli, davranışları şüpheli, konfüze hastalar	- Yakın gözlem - Gerçek bir oryantasyon sağlama - Duyusal yardımcıların 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.

23. 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

Balıklı 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.

24. GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ

24.1. Hastaların Bölümlere Trasferi:

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.

24.2. Hastane Dışına 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.

24.3. Yatan Hasta Ve Acil Servis Hastalarının Transferi:

24.3.1. 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.

24.3.2. 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.

Bölümler 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.

24.4. 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.

24.5. 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.

1.1. Transferde Kullanılacak Araçların Uygunluğu Ve Kullanımı:

- Hastanın hareket yeteneğine, doktorun istemine göre hastalarımız tekerlekli sandalye ya da sedye ile transferi gerçekleştirir.
- Taşımada kullanılacak malzemenin kullanımı transferde görevli hizmetli personel tarafından bilinmektedir.

24.6. Transferlerde Yer Alacak Personeller:

- Hastalarımız hekimi tarafından özel bir gerekçede bulunulmadığı 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.

25. ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

- Yoğun bakım ünitelerinin temizliği, risk düzeyine ve temizlik planına göre yapılır.
- İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz kateter takılırken asepsi kurallarına uyulur.
- Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.
- Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir.
- Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenajlardan doktor uygun görürse kültür alınır. Üreme olup olmadığı takip edilir.
- Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastaların enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda kan kültürü alınır.
- Santral kateteri olan hastaların kateterleri çıkarıldıktan sonra kateter kültürüne gönderilir.
- İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun görüldüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir.

• Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir. Yatak, monitor kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.

• Nazal oksijen kateterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir. İlaç nebulizatörleri hastaya özeldir.

- Nebülizasyonda tek dozluk nebüller kullanılır.
- Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.
- Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.
- Ambular kullanım sonrasında dezenfeksiyonu sağlanır.
- Laringoskop bıçak 'blade' kısımları steril edilerek veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

• YBÜ'de ziyaretçiler için geçerli olan yoğun bakım ziyaretçi kabul kriterlerine uyulur. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı şekilde denetlenir.

• Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Enfeksiyon Hastalıkları Doktoru ile görüşülerek uygun tedavi planlanır. İzolasyon gerektiren hastalar için izolasyon talimatına göre gereken önlemler alınır

• DYBÜ yatan hastalar haftada 1 kez veya gerektiğinde enfeksiyon hemşiresi ve doktorları tarafından değerlendirilir. Kateter, idrar sondası ve entübasyon gerekliliği için hastalar tekrar gözden geçirilir. Gerekliliği ortadan kalkan santral kateterler ve sondalar çekilir.

- Kliniğinde düzleme olan hastanın ekstübasyonu planlanır.

26. REHABİLİTASYON SÜRECİ

Yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavisi devam eden hastanın rehabilitasyon sürecinde hastanın bozulan fonksiyonlarını düzeltmek, öz bakımını ve yaşam kalitesini arttırmak hedeflenir. Bu doğrultuda Diyetisyen ve gerekli görülen branşlarda hastane dışından konsültasyon olarak Fizyoterapist, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı desteği sağlanır ve hasta ailesi ile işbirliği yapılır.

27. TERMİNAL DÖNEM HASTA TAKİBİ:

Terminal dönemdeki hasta takibinde amaç ölüm sürecinde olan hastanın yaşam kalitesini arttırmak, ağrı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmak ya da rahatlatmaktır. Hastanın durumuna göre gerekli olan invaziv ve noninvaziv girişimler hekim tarafından uygulanır. Hastanın ağrısının azaltılması için ilgili bölümlerden konsültasyon istenir. Hasta yakınlarına gerekli bilgilendirme yapılır. Hastanın şuuru açıksa Psikolog desteği sağlanır.

28. 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.

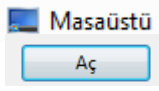
Daha önce tanımlanmış olan hazır şablonun konu kısmına büyük harflerle hasta adı soyadı ile boşluk bırakarak “**ÖZEL BALIKLI RUM HASTANESİ**” yazılır. (Adresler şablonda hazır yazılmıştır. Şablon kullanılmadığı durumlarda e-posta ist.hastanakil@gmail.com, acil@baliklirum.com adreslerine gönderilir)

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 atası simg  klanır.

b. Açılan dosya yükleme penceresinden sol sütundaki masaüstü seçilir.

c. Açılan pencere içersinden hasta adı ile kayıtlı olan  olarak “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.

29. 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 çıkarılamayan 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.

30. ÇALIŞANLARIN MESLEKİ KATEGORİLERİNE GÖRE GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

30.1. Tüm Çalışan;

Hastane içerisinde tanıtım kartını takmalıdır.

Mesleği ve işi gereği uygun kıyafeti giymelidir.

Hasta/hasta yakınına hizmet verecek olan bölüm çalışanları kendini tanıtmalıdır.

Kesici delici cisim batması, kan/vücut sıvılarının sıçramasına maruz kaldıklarında Enfeksiyon Kontrol Hemşiresine ve İş Sağlığı Güvenliği Birimine başvurulmalıdır. (İş kazası durumlarında da İSG Birimine başvurulmalıdır).

Gerekli durumlarda kişisel koruyucu ekipmanları doğru ve etkin şekilde kullanılmalıdır.

Belirli periyotlarla sağlık taramalarını yaptırmalıdır.

İlgili eğitimlere (SKS, Verimlilik, HİE) katılmalıdır.

Herhangi bir şiddete maruz kalındığında Beyaz Kod Birimine başvurarak online gerekli formları doldurmalı ve gerekli birimlere bildirmelidir.

Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden olayları (***ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hasta düşmeleri, kesici delici alet yaralanmaları ve kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konular***) Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) kapsamında ilgili forma kayıt ederek Kalite Yönetim Birimine bildirmelidir.

Bölümlerinde tespit ettiği uygunsuzluklarla ilgili Düzeltici Önleyici Faaliyet (DÖF) başlatmalıdır.

Görüşlerini ve önerilerini intranet üzerinden veya Öneri/Şikâyet/Teşekkür Formu ile Kalite Yönetim Birimine bildirebilirler.

Kurum içi gerekli birimlere iletişim bilgilerini güncellemeli ve çalışma saatlerine uyarak gerekli çizelgeye imza atmalıdır.

Bir üst yöneticisinin verdiği görevleri yerine getirmelidir.

30.2. Hekim

Kritik hastanın tanınması, değerlendirilmesi ve stabilizasyonuna zamanında yaklaşım uygular.

Kardiyopulmoner resüsitasyon yönetimini yapar.

Resüsitasyon sonrası hasta yönetimini yapar.

Hasta triajı, öncelik belirleme ve yoğun bakıma zamanında yatış planlamasını yapar.

Zamanında uygun incelemelerin yapılmasını sağlar.

Kan gazları örneklerini alır ve yorumlar.

Akciğer grafisini yorumlar.

Fizyolojik değişkenlerin monitorizasyonu yapar ve müdahale eder.

Ayırıcı tanı için klinik bulgular ile laboratuvar incelemelerin birlikte yorumlanmasını yapar.

Kritik hastada akut tıbbi durumların yönetimini yapar.

Akut kritik hastada kronik ve yandaş hastalıkların yansımalarını belirler.

- Kritik hastada akut tıbbi durumların yönetimini yapar.
- Dolaşım yetersizliği olan hastayı tanır ve yönetimini yapar.
- Akut böbrek hasarı olan veya bu riski taşıyan hastayı tanır ve yönetimini yapar.
- İlaçlar ve tedavilerin güvenli uygulanmasını sağlar.
- Kan ve kan ürünlerinin güvenli kullanımını sağlar.
- Sıvı-elektrolit dengesini yönetir.
- Mekanik dolaşım destekleyici cihazların kullanımını tanımlar.
- İnvaziv ve non-invaziv mekanik ventilasyona başlar, yönetir ve sonlandırır.
- Elektrolit, glukoz ve asit-baz dengesizliğini tanır ve yönetir.
- Nütrisyonel durumu değerlendirir, desteği planlar ve uygulanmasını sağlar.
- Yüksek riskli cerrahi hastanın pre-postoperatif bakımını yönetir.
- Kritik hastalığın, hasta ve yakınları üzerindeki fiziksel ve psikososyal etkilerini tanır ve azaltılmasına aktif katkı sağlar.
- Ağrı ve deliryumu değerlendirir, önler ve tedavisini yönetir.
- Sedasyon ve nöromüsküler blokaj yapar ve yönetir.
- Sürekli bakım gerektiren hastaların yoğun bakımdan çıkarılması sırasında hasta, hasta yakınları ve sağlık personelinin bilgilendirilmesi ve eğitimine aktif katkı sağlar.
- Hastanın yoğun bakımdan zamanında ve güvenli çıkarılmasını yönetir.
- Yoğun bakım destek ve tedavilerinin multidisipliner ekip yaklaşımıyla sınırlandırılması veya kesilmesi sürecini tanımlar.
- Kritik hastanın naklini gerçekleştirir.
- Mortalite ve morbidite toplantılarının organizasyonuna katılır.
- Kılavuz ve protokolleri bilir ve uygulanmasına aktif katkı sağlar.
- Yoğun bakımda kullanılan skorlama sistemlerinin tanımlar ve uygular.
- Yoğun bakım uzmanının yönetimsel sorumluluklarını bilir ve uygular.
- Hasta ve hasta yakınları ile etkin iletişim kurar.
- Sağlık çalışanları ile etkin iletişim kurar.
- Kayıtların doğru ve nitelikli tutulmasını sağlar.
- Hastaların, yakınlarının veya gerektiğinde vekillerinin bakım ve tedavi kararlarına katılmasını sağlar.
- Sağlık çalışanları arasında ekip çalışması ve konsültasyonun teşvik edilmesi ve profesyonel iletişim kurulmasını sağlar.
- Güvenli hasta bakımında sorumluluk alır.
- Multidisipliner eğitim sürecine katkı sağlar.
- Gözetim altında klinik ve deneysel araştırma yapar.
- Günlük multidisipliner vizitin liderliğinin yapar.
- Enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmasını sağlar.
- Kritik hastalığın komplikasyonlarının ve yan etkilerinin belirlenmesi ve azaltılmasını sağlar.

30.3. Hemşire

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

3.1. Hemşirelik bakımı

Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.

Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.

Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.

Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.

Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.

Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.

Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.

Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.

Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

3.2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma

Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.

Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.

Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.

Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.

Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.

Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam

desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir.

4. Çalışma Prosedüründe yer alan;

Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi: Hizmetin koordinasyonu ve organizasyonundan, bir bütün olarak planlanıp yürütülmesinden ve ekibinde görevli tüm personelden baştabibe karşı sorumlu olup görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

Hizmetlerin, eksiksiz olarak yürütülmesinden birinci derecede sorumludur. Kendisine bağlı personelin görev dağılımını, birbirleriyle olan iletişimlerini, iş akışı ve nöbet hizmetlerini planlar, baştabibin onayına sunar.

Yoğun bakım personeline hizmet ve uygulamalar konusunda hizmet içi eğitim verir veya verilmesini sağlar, periyodik toplantılar düzenler, aksaklık ve noksanlıkları tespit eder ve hizmetin geliştirilmesi, yeni tedavi yöntemleri ile teknolojik gelişmelerin takibi ve uygulanması konusunda kararlar alır ve uygular.

Lüzumlu ilaç, tıbbi cihaz, araç, gereç ve tıbbi sarf malzeme ihtiyacının tespiti ve temini, uygun koşullarda muhafazası ve kullanılmasını sağlar.

Sterilizasyon ve dezenfeksiyon koşullarının sağlanması ve denetlenmesi, enfeksiyonlardan korunma, atıkların ayrıştırılması ve toplanması ile ilgili iş ve işlemlerin yürütülmesini sağlar.

Organ Nakli vb durumlarda birime davet edilecek ilave personeli belirler, uygulama planlarını yapar ve baştabibin onayına sunar.

Yoğun bakım servislerine hastanın yatırılması, takip ve tedavi işlemleri ile konsültasyon hizmetlerinin verilmesi, taburcu edilmesi veya kurum dışına sevk edilmesine, dal uzmanı tabip ile birlikte değerlendirerek karar verir.

Yoğun bakım hastalarının tedavilerinin etkin bir şekilde verilebilmesi için gerekli görülen branşlardaki uzman tabiplerin yoğun bakım servisine davet edilmesini ve konsültasyonlarının düzenli olarak sürdürülmesini sağlar.

Yoğun bakım servislerine yatışına karar verilen hastaların, ilgili klinikten çıkışı yapılarak yoğun bakım servisine girişinin yapılmasını ve sorumlusu olduğu servisin hastası olarak kayıt altına alınmasını, kliniklere alınacak hastaların yine aynı usülle çıkış işleminin yapılarak ilgili kliniğe yatış kaydının yapılmasını sağlar.

Hasta yatışı, taburculuk veya kurum dışına sevk işlemlerinin yoğun bakım üzerinden doğrudan gerçekleştirilmesini sağlar.

Yoğun bakım hizmetlerinin hasta hakları mevzuatına, tıbbi deontolojiye, etik ilke ve kurallara uygun olarak yürütülmesini sağlar.

Organ donörü olabilecek hastalar hakkında organ nakli koordinatörünü önceden bilgilendirir.

6.1.2 Diğer Sağlık çalışanları: Sorumlu Hekim tarafından planlanan yoğun bakım hizmeti koordinasyonu ve organizasyonu, bir bütün olarak yürütülmesi aşamasında Sorumlu Hekim tarafından verilen görevlerin talimat ve prosedürlere uygun olarak yerine getirilmesinden sorumludur.

30.4. Personel

Hastane hizmetlileri, hastanenin temizliği, hastaların gerekli yerlere transferiyle ilgili her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personelidir.

Birim sorumlusunun sorumluluğu altında, Hastane Temizlik Talimatına göre genel temizliklerini yapar.

Yoğun bakım birimlerinin temiz, tertipli ve düzenli tutulmasını sağlar.

Hastaların başka bir birime (laboratuvar, servis, röntgen vb.) transferinde görev alır.

Laboratuvara gerekli materyali götürür.

Bizzat çalıştığı birimle ilgili olmamak üzere çalıştığı birimde verilen emir ve görevleri yerine getirir.

Hasta/hasta yakınlarının istek ve ihtiyaçlarını birim sorumlusuna bildirir.

Çalıştığı birimin temiz ve düzenli olmasını sağlar.