



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



**1.AMAÇ:** Bu prosedür genel Yoğun Bakım ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartların sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için işleyişin tanımlanmasını amaçlar.

**2. KAPSAM:** Özel Ekol Hastanesi Genel Yoğun Bakım ünitesini kapsar.

**3. SORUMLULAR:**

Genel Yoğun Bakım ünitesi sorumlu Hekimi  
Genel yoğun Bakım ünitesi Anestezi Uzmanları  
Genel yoğun Bakım ünitesi sorumlu hemşiresi  
Genel yoğun Bakım ünitesi hemşire ve anestezi teknisyenleri  
Genel yoğun Bakım ünitesi tıbbi sekreter  
Genel yoğun Bakım ünitesi personel (temizlik elemanları)

**4. TANIMLAR:**

**Yoğun Bakım:** 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 ünedir.

**5.UYGULAMA:**

**5.1 GENEL İŞLEYİŞ:**

- ✓ Hasta kabulü
- ✓ Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi
- ✓ Bakımın planlanması ve izlenmesi
- ✓ Hasta transferi
- ✓ Taburculuk
- ✓ Kurum dışı sevk prosedürü
- ✓ Yoğun bakıma giriş-çıkış kuralları
- ✓ Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar

**5.1.1 Hasta kabulü**

**5.1.1.1 Genel yoğun bakım ünitesine hastaların kabul edildiği yerler:**

- ✓ Acil servis
- ✓ Servisler (klinikler)
- ✓ Başka Hastaneler (acil servis aracılığıyla)

**5.1.1.2.Genel yoğun bakım ünitesinin hasta kabul kriterleri**

Yoğun Bakım Ünitesi'ne ne şekilde hasta kabul edileceği [YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTA YATIŞ VE ÇIKIŞ TALİMATI](#)'na göre belirlenir.

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 ( beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi hastaları vs)

Solunum sıkıntılı hemodiyaliz ihtiyacı olan hastalar

Yeniden canlandırma yapılan hastalar

Metabolik ve beslenme sorunu olan hastalar

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	1 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



Bilinci kapalı yoğun takip ve tedavi gerektiren hastalar

Potoperatif hayati risk taşıyan hastalar

Multitравmalı hastalar

Multiorgan yetmezliği olan hastalar

**5.1.1.3. Genel YB. Ünitesi yatış öncesi işlemleri:**

**5.1.1.3.1.** Hastanın yatışını yapacak hekim tarafından yoğun bakım yatak durumu, genel yoğun bakım ünitesi sorumlu doktoruna veya yoğun bakım hemşiresine sorgulanır, yatak durumuna göre hastanın yoğun bakım ünitesine kabulü planlanır.

- Yoğun Bakım hasta kabul defterine yatış kaydı yapılır.
- Hasta tabelasına yoğun bakım protokolü kaydedilir.
- Hasta dosyasında hastaya ait bilgiler kontrol edilir, eksik varsa tamamlanır, hatalı bilgi varsa ilgili kişiye danışılarak düzeltilmesi sağlanır.
- Hastanın koluna hastanın kimlik bilgilerini ve doktorunun ismini içeren yatış barkodlu bileklik; **HASTA KİMLİĞİNİN TANIMLANMASI VE DOĞRULANMASI PROSEDÜRÜ**ne göre uygulanır.

**5.1.1.3.2.** Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta için hastanın yatışını yapan doktor ile görüşülerek hastanın genel durumuna uygun olarak yatağı hazırlanır.(ventilatör kateterizasyonu vb.)

**5.1.1.3.3.** Hastanın, yoğun bakım ünitesine kabulüne kadar hastanın yatışını sağlayan ünitenin sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli hastaya refakat eder.**GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ PROSEDÜRÜ**ne uygun olarak hastanın nakli sağlanır.

**5.1.2 Hastanın Yatışı ve Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi**

**5.1.2.1 Yatış Süreci:**

Yatışı kabul edilen hastanın **YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU** hasta bilinci açıksa kendisine değilse hasta yakınlarına imzalatılır.

**5.1.2.2 Yatış Süreci ve Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi:**

1.Hasta eşyaları ve varsa ilaçları teslim alınır.

a) Hastanın giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeler çıkartılır. Hastaya ait giysiler, değerli eşya ve takılar (para, anahtar, bilezik, cüzden,vb) hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir. **EMANET EŞYA TESLİM FORMU**

b) Hastaya ait ilaçlar **HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ**ne uygun şekilde, **HASTANIN YANINDA GETİRDİĞİ ve SERVİSTE KULLANILACAK İLAÇLAR LİSTESİ** ile teslim alınır. Alınan ilaçlar doktoruna onay için gösterilir..

c) Hastanın yanında yakını olmaması halinde bu eşyalar tutanakla teslim alınıp Yoğunbakım ünitesinde belirlenmiş kilitli bölümde muhafaza edilir.

2- Hasta monitörize edilir.

3- Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır.

4- Hastanın damar yolu yok ise damar yolu açılır. Damar yolu açık gelmişse damar yolunun efektif çalışıp çalışmadığı kontrol edilir. Gerekirse yeni damar yolu açılır.

5- Bu sırada hastadan tetkik istenmiş ise kan örneği alınıp uygun tüplere konularak bilgisayara girilerek laboratuvara örnek taşıma kabı ile gönderilir.

6- Hastaya gerekli ise ve hastanın durumuna göre foley sonda veya prezervatif sonda takılır.

7- Hastanın başlangıç vital bulguları alınır, hemşire gözlem kağıdına kaydedilir, değerlendirilir ve gerekirse hekimine bilgi verilir.

8- Ordere uygun bir şekilde tedavi ve infüzyonları hazırlanarak takılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.01</i>	<i>18.04.2013</i>	<i>02</i>	<i>27.06.22</i>	<i>2 / 18</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



- 9- Hastaya ait hemşire gözlem kağıdına order geçirilerek tedavi saatleri düzenlenir ve uygun olarak yapılması sağlanır.
- 10- Hastanın durumunun aciliyetine göre hastanın tedavisine yoğun bakım ünitesi içinde bulunan ilaçlarla başlanır. Eğer ilaç yok ise derhal hastane eczanesinden istem yapılır. Personel eczaneden ilacı getirir, yoğun bakım hemşiresi ilacı sayarak kontrol eder ve teslim alır. Hastanın tedavisine bu ilaçlarla devam edilir.
- 11- Hemşirelik süreci tanılama ön değerlendirme ve Tanılama formu doldurulur.
- 12- İtaki düşme ölçeği formu doldurulur.
- 13- Hastada hareket kısıtlaması yapılacak ise [HASTA KISITLAMA TALİMATI](#) uygulanır.
- 14- Bilgisayara hastaya ait ilaç ve malzemeler doktor orderine göre mesai saatleri içinde sorumlu hemşire, nöbetlerde nöbetçi hemşire tarafından girilerek eczaneden temin edilir.
- 15- Hastanın vital bulguları alınarak [YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ](#)'ne kaydedilir ve vital bulgular doktor isteminde belirtilen sıklıkta takip edilir.
- 16- Hastaya konsültasyon istenmişse gerekli birimlerle iletişime geçilerek konsültasyonun yapılması sağlanır. Konsültasyon bilgisayara girilerek ücretlendirme ilgili hekime işlenir.
- 17- Hastanın röntgen, ultrason vs görüntüleme tetkikleri için ilgili birimlerle bağlantı kurulur, istem kağıdı hekim tarafından doldurulur, işlem bilgisayara girilerek randevu alınır. Hastanın durumuna uygun olarak yerinde ya da görüntüleme merkezinde işlem yapılır.
- 18- Hastanın sistem sorgulaması her şifftte bir kez hemşire tarafından yapılır ve buna uygun hemşirelik bakımı planlanarak uygulanır, [YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ](#)'ne kayıt edilir. (Ağız bakımı, el-yüz bakımı, vücut bakımı, kateterlerin bakımı, pozisyon, masaj, postural drenaj, dekübit bakımı, ödem kontrolü, vb)
- 19- Hasta yakınlarına Yoğun Bakım Ünitesi ve ziyaret saatleri hakkında bilgi verilir.

### 5.1.3 Bakımın planlanması ve izlenmesi

#### 5.1.3.1 Yoğun Bakım Ünitesi'nde Tedavi ve Takip:

Sabah viziti sonrasında yoğun bakım hemşiresi, doktorun verdiği istem ile ve [HASTA BAKIM PLANLARI REHBERİ](#)'nde mevcut "TIBBİ TANIYA GÖRE ÖNCELİKLİ HEMŞİRELİK TANI"larından uygun olanı ile hastanın tedavisini planlar.

Hemşire, doktorun yazdığı sıvı elektrolit ve ilaç tedavisini İlaç Güvenliği Prosedürü'ne uygun olarak hazırlar, hastaya uygular. Uygulama saatini yuvarlak içine alarak isim soyisim yazar.

Sözel ilaç uygulamaları [SÖZEL ve-veya TELEFONLA ORDER ALMA PROSEDÜRÜ](#) 'ne göre uygulanır.

Yoğun bakım hemşiresi hasta bakımın planlayarak hasta başında yaptığı işlemleri ve tespit ettiği hemşirelik bulgularını [YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ](#) 'ne kaydeder.

Saat 10.00'a kadar hastanın bütün vücut bakımları ve 24 saatlik pozisyon ihtiyacı planlanır ve gün içinde uygulanır.

Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastaların hayati bulguları alınır. YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ 'ne kaydedilir. Genel durumdaki değişiklikler anında hekime haber verilir.

Hastalar yoğun bakım ünitesine kabulünde 5 dakika içinde monitörize edilir. Hastanın kalp ritmi, arteriyel basınç(invaziv veya noninvaziv), ateşi, solunum sayısı monitörden yakından izlenerek saat başı kaydedilir.

Solunum sistemine ilişkin olarak, spontan solunumu olan hastada solunum hızı ve derinliği hekim ve hemşire tarafından gözlenir. Vardiya değişimlerinde ya da gerektiğinde akciğer sesleri dinlenir. SPO2 değerleri kaydedilir. Solunum tedavisine ihtiyaç duyan hastaların takibi yapılır.

Hastanın laboratuvar sonuçları hasta dosyasına yerleştirilir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	3 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



Hastanın aldığı-çıkardığı takibi saatlik yapılır. Drenlerden gelen sıvılar hekimin uygun gördüğü sıklıkta kontrol edilir. Drenlerden gelen sıvılar 24 saatte bir toplanır. Günlük hemşire tedavi bakım ve izlem formuna kaydedilir.

Hastanın ağrısı olup olmadığı takip edilir, Günlük hemşire tedavi bakım ve izlem formuna kaydedilir.

Düşme riskine karşı Yatan Hastaların [DÜŞME RİSKİ ÖNLEME PROSEDÜRÜ](#)'ne göre hareket edilerek hasta dosyasına kaydedilir.

#### 5.1.3.2 Yoğun Bakım Ünitesi'nde Hasta Bakımı:

Saat 11.00'e kadar hastanın bütün vücut bakımları yapılır ve hastaya uygun pozisyon verilir. Çalışan personel hastaların bakımı ve tedavisi esnasında yatak aralarında bulunan perde ile hasta mahremiyetini korur. Hastanın günlük bakımları hastanın bakım ihtiyaçları göz önünde bulundurularak yapılır. Hemşire Gözlem Kağıdına kaydedilir.

Hastanın ameliyat bölgesindeki pansumanları hekim tarafından günlük değiştirilir.

Sürekli yatan hastalarda oluşabilecek dekübitüs, yaraların ve kontraktürlerin önlenmesi amacıyla kan dolaşımını kolaylaştırmak için belirli aralıklarla hastaya pozisyon verilir.

Hastanın kendisine ve çevresine zarar verme olasılığı varsa güvenliğini, refahını sağlamak tıbbi/cerrahi tedavinin, bakımın tam ve eksiksiz verilmesini sağlamak için hastanın hareketlerinin sınırlanması gerekebilir. Bu kısıtlama [HASTA KISITLAMA TALİMATI](#)'na uygun şekilde, [HASTA KISITLAMA TAKİP FORMU \(FİZİKSEL VE FARMAKOLOJİK YÖNTEMLE\)](#) ile yapılır.

Hastanın damar yolları, kateter ve sondalarının giriş yerlerinin pansumanı her gün ve gün içinde gerektiği zaman hemşire tarafından yapılır ve Günlük hemşire tedavi bakım ve izlem formuna Kaydedilir.

Yoğun bakım hekimi hastanın kanül, tüp kateter ve sondalarının takılmasından sorumludur

#### 5.1.4 Hasta transferi

Hastanın yoğun bakım ünitesinden servise transferi [GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ PROSEDÜRÜ](#)'ne göre yapılır. Hasta servise teslim edilirken transfer eden yoğun bakım doktoru ve hemşiresi tarafından gerekli bilgiler [HASTA NAKİL TESLİM FORMU](#)'na yazılarak hasta teslim edilir.

#### 5.1.5 Taburculuk

##### 5.1.5.1 Yoğun Bakım Çıkış Gereklilikleri:

- ✓ Solunum yetmezliği ortadan kalkan hastalar,
- ✓ Şuuru açılıp, koopere olan hastalar,
- ✓ Vital bulguları stabilleşen hastalar
- ✓ Organ fonksiyonları normale dönen hastalar için geçerlidir.

##### 5.1.5.2 Hastanın taburculuğunda yapılan işlemleri:

- 1- Servise çıkacak olan hastanın gideceği servisten yatak sorgusu yapılır.
- 2- Hastanın şuuru açıksa hastaya bilgi verilir.
- 3- Servise çıkan veya taburculuğu planlanan hastanın yakınlarına telefonla ulaşılarak çıkış hakkında bilgi verilir. Hasta yakını gelmeyen hasta yoğun bakım ünitesinden çıkarılmaz.
- 4- Hastanın çıkışı sırasında doktor ve branş değişikliği olacaksa hastayı devralacak doktor yoğun bakım ünitesinde hastayı değerlendirir.
- 5- Hasta transfer formu doldurulur.
- 6- Çıkış epikrizi hastayı tedavi eden doktor tarafından doldurulur.
- 7- Hasta ve ailesine verilen eğitimler [HASTA TABURCULUK VE EĞİTİM FORMU A](#) 'ya kaydedilir. Medikal tedavisi ve diyet programı hekim tarafından düzenlenen hastaya gerekli eğitim verilerek taburcu olması sağlanır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	4 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



- 8- Hasta genel durumuna uygun olarak sedyeye veya tekerlekli sandalyeye alınır.  
9- Yoğun bakım hemşiresi tarafından ilgili servis hemşiresine bire bir hasta teslimi yapılır. Ameliyathane Yoğun bakım [HASTA NAKİL TESLİM FORMU](#) ile birebir teslim edilir. Hastanın eşya ve ilaçları hasta yakını ve hastayı teslim alan hemşiresine teslim edilir.  
10- Hastanın bilgisayardan ve protokol defterinden çıkışı yapılır.  
11- [SERVİSE YATAN VE SERVİSTEN ÇIKAN HASTALARA AİT GÜNLÜK KAYIT FORMU\(FORM 54\)](#)'na kayıt edilir.  
5.1.5.3. Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hastanemizde bulunan organ nakli komitesine bildirilir.  
5.1.5.4 Hasta exitus oldu ise ex , [EX SÜRECİ TALİMATI](#) ' na göre işlemler yapılır ve morga gönderilir

#### 5.1.6 Kurum dışı sevk prosedürü

Hastanın yoğun bakımda yattığı süre içinde başka bir kuruma transferi söz konusu ise hekim tarafından gerekli görüşmeler yapıldıktan sonra [GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ PROSEDÜRÜ](#)'ne uygun olarak ve [YOĞUN BAKIM GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ TALİMATI](#)'na göre hareket edilir.

Hasta transfer kriterleri açısından değerlendirilir, kriterlerden herhangi biri sağlanmıyorsa hasta diğer bir kuruma transfer edilemez.

Hasta: Hasta hemodinami, solunumsal ve doku oksijenlenmesi yönlerinden biri ile ilgili stabilite göstermiyorsa ve aktif kanama açısından sakıncalı bulunuyor ise,

Teknik: Transfer sırasında yeterli teknik donanım sağlanamıyor ise,

Kurum: Gideceği kurumda hastanın bakım sürekliliği sağlanamıyor ise, hasta diğer bir kuruma transfer edilemez.

Yukarıda belirtilen kriterlerin dışında kalan hastalar ilgili kurumlara transfer edilebilir. Hasta için ihtiyaç olan hizmet karşılanamıyor ise ve hasta transfer kriterlerine uymuyor ise bulunduğu birimde bakım ve tedavisine devam edilir. Transfer kriterlerine uygun olması beklenir.

#### 5.1.7 Yoğun bakıma giriş-çıkış kuralları

YBÜ' ne girişler Enfeksiyon Kontrol Kofmitesi tarafından belirlenen kurallar gereği sınırlandırılmıştır. YBÜ'nde çalışan personel üniteden dışarı çıkacağı zaman beyaz önlük giyerek dışarı çıkar.YBÜ'ne çalışanlar dışında sadece hastaya müdahale yapacak personel içeri alınır.

#### 5.1.8 Ziyaretçilerin uyması gereken kurallar

YBÜ' de hastaları enfeksiyondan korumak için ziyaretçi kuralları uygulanmaktadır.Yoğun bakım doktorunun/ hemşiresinin izni ile ünitenin uygun olması halinde ;**Pazartesi,Çarşamba ve Cuma günleri 13:00 – 14:00 saatleri arasında sadece 1 (bir) hasta yakını** olmak şartı ile ziyaretler gerçekleştirilmektedir.

Mevcut pandemi kuralları nedeniyle hasta ziyaretleri kısıtlanabilmekte ve ziyaret saatleri **değiştirilebilmektedir**.Ziyaretçi giriş – çıkışlarında **2.BASAMAK GENEL YOĞUN BAKIM ZİYARET KURALLARI TALİMATI**'na uygun olarak hareket edilir.

#### 5.2 KLİNİK SÜREÇLER:

Genel yoğun bakım ünitesinde 12 yatak bulunmaktadır. 7 gün 24 saat hasta kriterlerine uygun, hastaların kabulü ve takibi yapılır.

- ✓ Monitörizasyon

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	5 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



- ✓ Ventilatördeki hasta izlemi
- ✓ Sedasyon ve analjezi uygulaması
- ✓ Hastayı ventilatörden ayırma
- ✓ Risk değerlendirme ölççekleri ( basıncı ülseri,düşme,beslenme,ağrı,bilinç gibi) ile hastaların takibi
- ✓ Basıncı ülseri takibi
- ✓ Nütrisyon takibi
- ✓ Skoring sistemlerinin kullanımı :
- ✓ \*Prognostik (hastalık şiddeti) değerlendirme skorları
- ✓ \*Organ yetmezliği tanılama skorları
- ✓ \*Travma değerlendirme skorları gibi
- ✓ Sepsis ve organ yetmezliği tanı kriterleri
- ✓ Sepsis ve organ yetmezliğinin değerlendirilmesi ve izlenmesi
- ✓ İnvaziv işlemler
- ✓ Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
- ✓ Rehabilitasyon süreci
- ✓ Terminal dönem hasta takibi
- ✓

### 5.2.1 Monitörizasyon

Hasta genel yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkartılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları ( para, anahtar, altın, cüzdan ) [EMANET EŞYA TESLİM FORMU](#) ile teslim alınır.

- ✓ Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. NİBP manşonu, Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir.
- ✓ Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa, oksijen inhalasyonu başlanır.
- ✓ Damar yolu yok ise damar yolu açılır, damar yolu açık gelmiş ise damar yolunun efektif çalışıp çalışmadığı kontrol edilir gerekirse yeni bir damar yolu açılır.
- ✓ Hastadan tetkikler istenmiş ise kan örneği alınır uygun tüplere konularak bilgisayardan giriş yapılarak laboratuara gönderilir.
- ✓ Hastaya gerekli ise ve hastanın durumuna göre foley sonda veya prezervatif sonda takılır.
- ✓ Hastanın başlangıç vital bulguları alınır, glaskow koma skalası değerlendirilir, hasta takip formuna kayıt edilir.
- ✓ Doktorun belirlediği order, hastan takip formuna geçirilir, tedavi saatleri düzenlenir. Ordere uygun şekilde tedavi ve infuzyonları hazırlanarak takılır.
- ✓ Hastanın durumunun aciliyetine göre hastanın tedavisini yoğun bakım ünitesi içinde bulunan ilaçlarla başlanır. Eğer ilaç yok ise bilgisayar üzerinden hastane eczanesine istem yapılarak getirilir.
- ✓ Hemşirelik süreci tanımlama formu doldurulur.
- ✓ Düşme riski değerlendirme formu doldurulur.
- ✓ Hastanın vital bulguları saatlik alınarak, hasta takip formuna yazılır.
- ✓ Hastaya konsültasyon istenmiş ise, gerekli birimlerle iletişime geçilerek konsültasyonun yapılması sağlanır.
- ✓ Hastanın röntgen, ultrason tomoğrafi, mr, vs. görüntüleme tetkikleri için ilgili birimlerle bağlantı kurulur, istem kağıdı hekim tarafından doldurulur işlem bilgisayara girilerek hastanın durumuna uygun olarak yerinde yada görüntüleme merkezinde işlem yapılır.
- ✓ Hasta takip formunda bulunan hastanın sistem tanımlaması sorgusu her vardiyada bir kez nöbetçi hemşire tarafından yapılır. Buna uygun hemşirelik bakım planı planlanarak uygulanır, hasta takip

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	6 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
**GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ**  
**PROSEDÜRÜ**



formuna kayıt edilir ( ağız bakımı, el-yüz bakımı, vücut bakımı, ent.tüp bakımı, kataterlerin bakımı, pozisyon, potural direnç, dekübit, ödem, aspirasyon )

- ✓ Her hasta için bası yarası değerlendirme formu doldurulur. Bası yarasının derecesine ve doktor istemine göre bakımı planlanır ve yapılır.
- ✓ Kontrole tabii ilaçlar, nöbet tesliminden önce kontrol edilerek Narkotik - Aneztezik - Psikotrop - Trombolitik ilaç devir teslim defterine kayıt edilir.
- ✓ Nöbet değişimi sırasında nöbeti devreden hemşire, nöbeti devralan hemşirelere hastaları yatak başında ziyaret yaparak devreder. Hemşire nöbet teslim defteri doldurularak nöbet teslim edilir.

### 5.2.2 Ventilatördeki hasta izlemi

Yoğun bakım ünitesinde entübasyon işlemi, hastanın gereksiniminin olduğu acil şartlarda veya elektif olarak yapılır. Bununla ilgili kararı yoğun bakım doktoru ve anestezi uzmanı birlikte değerlendirerek karar verirler.

#### Entübasyonu gerektiren hastaya ilişkin kriterler:

Nöromüsküler fonksiyon bozuklukları  
Santral sinir sistemine ait patolojiler  
Respirasyonda yetersizlik  
Kardiyopulmoner arrest

Hastanın entübasyonuna hastanın muayene ve kan gazları değerlendirilerek karar verilir. Hastada hipoksi şartları gelişmişse, buna ilişkin (taşipne, dispne, taşikardi, siyanoz, bilinç bozukluğu dezoryantasyon, konfüzyon şuurda kapanma)

#### Elektif entübasyon:

Postop dönem  
Serebral dönem

#### Entübasyona karar vermek için arteriyel kan gazı değerlendirmesinde aşağıdaki parametreler dikkate alınır:

Pa O<sub>2</sub> <55 mmHg. FiO<sub>2</sub>:0.21 iken  
Pa CO<sub>2</sub>>45 mmHg. ve üstünde seyretmesi  
PH < 7,25 ve altında seyretmesi

Hastanın mekanik ventilatöre bağlanması, hastayı tedavi eden doktoru ve anestezi uzmanı tarafından, birlikte değerlendirildikten sonra, anestezi uzmanı tarafından gerçekleştirilir.

Hastanın durumuna uygun ventilasyon modu seçilir.

Solunum sesleri değerlendirilir, göğüs hareketlerini ventilatöre uyumu gözlenir.

Gerektiğinde aspirasyon yapılır, her shiftte hastayı teslim alan hemşire yatak başı panalde bulunan merkezi sistem aspiratörü kontrol eder.

Pulseoksimetre ile hastanın oksijen saturasyonu takip edilir.

Elektrolit takibi yapılır.

Alığı çıkardığı izlenir.

Gerektiğinde kan gazı kontrolü yapılır.

Gerektiğinde sedasyon uygulanır.

Sık pozisyon verilir.

Respiratöre ait parametreler saatte bir hasta takip formuna kayıt edilir.

#### Enfeksiyon riskini minimuma indirmek için:

Hasta steril tekniğe uygun şekilde aspire edilir.

Ventilatörün bakımı ve devrelerinin değişimi belirli aralıklarla yapılır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	7 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

### 5.2.3 Sedasyon ve analjezi uygulaması

Yoğun bakım ünitelerinde hastaların;

Ajitasyon ve anksiyetelerin giderilmesinde sakinleşmelerini sağlamak.

Yapılan tedavi ve girişimlerin daha kolay tolere edilebilmesi için sedatif ilaçlar kullanılır.

Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon oluşturmak amacıyla;

Benzodiazopinler

Midazolam

Propofol

Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.

Hastanın nöromüsküler blokajı ve sedasyonu gerektiği takdirde anestezi uzmanı tarafından planlanır ve takip edilir.

### 5.2.4 Hastayı ventilatörden ayırma

Klinik durum;

Kardiyovasküler durum stabil ise

Abdominal distansiyon yoksa

Metabolik bozukluk yoksa

Solunum hareketlerinde koordinasyon bozukluğu yoksa

Öksürük ve yutkunma refleksi yeterli ise

Solunum kriterleri;

Vital kapasite (ml/kg.)>5

İnspirasyon gücü ( cm H<sub>2</sub>O ) <-10

PH>7.30

Solunum sayısı/dk.<45

Dakika ventilasyonu ( 1/dk )<18

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden ayrılması T parçası ile spontan solunum ce CPAP-PSV monu ile olur. T parçası ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir. Her defasında ventilatörden ayrılma süresi uzatılır ve akciğer fonksiyonlarının spontan ölçümleri tekrarlanır.

Extübasyona uygun olan hastaya extübasyona en erken sürede başlanmalıdır.

Hastanın şuuru açık ise hasta mutlaka bilgilendirilmelidir.

Hasta ventilatörden ayırma moduna alınır.

Vital bulgular ve kan gazları örneği ile hastanın genel durumu değerlendirilmelidir.

Extübasyonda kullanılacak nemli oksijen sistemi hazırlanmalıdır.

Entübasyon malzemeleri ve acil arabası hastanın başında hazır edilmelidir.

Hasta aspire edilerek extübasyonu sağlanmalıdır.

Oksijen saturasyonu solunum sesleri ve göğüs hareketleri yakın takip edilmelidir.

Extübasyon tarih ve saati hemşire hasta takip formuna not edilmelidir.

### 5.2.5 Risk değerlendirme ölçekleri (basınç ülseri,düşme,beslenme,ağrı,bilinç gibi) ile hastaların takibi

#### 5.2.5.1 Kullanılan değerlendirme ölçekleri ;

- **BASI YARASI:YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ** üzerinde mevcut Braden Skalası kullanılmaktadır. Yüksek puantaj durumunda **BASI YARASI BAKIM TALİMATI**'na göre **BASI YARASI HEMŞİRELİK BAKIM FORMU** ile bakımı ve yapılan bakımların takibi yapılır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	8 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



- **DÜŞME:** YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ üzerinde mevcut HASTA DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU - İTAKİ ÖLÇEĞİ ile DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME TALİMATI 'na göre değerlendirilir.
- **BESLENME:** NÜTRİSYON DESTEĞİ TALİMATI na göre NÜTRİSYONEL RİSK DEĞERLENDİRME FORMU (NRS2002) ile değerlendirilir.
- **AGRI:** YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ nda mevcut değerlendirme bölümü üzerinden her hastaya yapılır.
- **APACHE II SKORU:** YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ nda mevcut değerlendirme bölümü üzerinden 16 yaş üstü tüm hastaya yapılır.
- **GLASKOW KOMA SKORU:** YOĞUN BAKIM TAKİP ÇİZELGESİ nda mevcut değerlendirme bölümü üzerinden her hastaya yapılır.

Hastanemizde yoğun bakım apache II skorumu, her hastaya doldurulmaktadır. Bir dosya altında, aylık genel yoğun bakıma yatışı yapılan hastaların formları biriktirilerek ay sonunda değerlendirilmesi yapılmaktadır.

### 5.2.6 Bası ülseri takibi

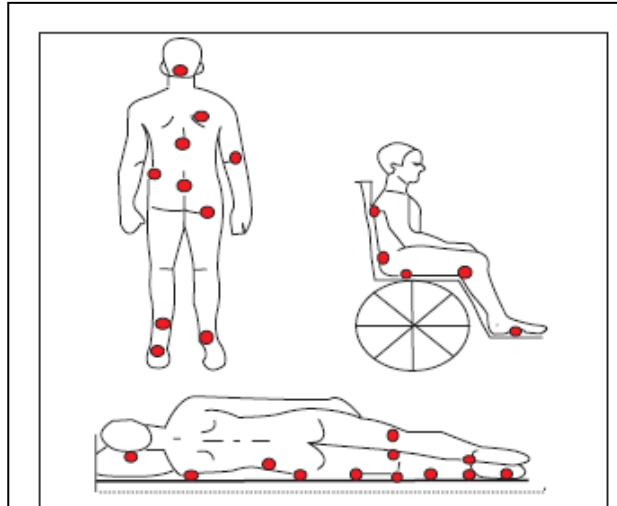
Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatmakta olan hastalar bası yarası yönünden Braden Skalası ile gözlenip BASI YARASI BAKIM TALİMATI göre değerlendirilir.

#### 5.2.6.1 Bası Yarası Oluşmasında Risk Faktörleri:

- Diabetik nöropati
- Parapleji
- Tetrapleji
- Hemipleji
- Multipl skleroz
- Obesite
- Yaşlılık
- Uzun süreli şok
- Kalça Ameliyatı
- Sepsis
- Yetersiz Beslenme

#### 5.2.6.2 Bası Yarası Bölgeleri:

- İliac spines
- Patella
- Humerus
- Fibula Başı
- Skapula
- Sacrum
- Oksipital (baş)
- Meme
- Vertebra
- İscium
- Lateral Maleolus



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	9 / 18



Bası Yarası Risk ölçüsünde değerlendirilen puan 15-16 (75 yaş üzerindeki bireylerde 15-18 puan) **düşük** risklidir,  
13-14 puan ise **orta** risklidir, 12 veya daha az puan ise **yüksek** risklidir.

**BASI YARASI HEMŞİRELİK BAKIM FORMU**(BRADEN SKALASI) ile takibi sağlanmalıdır.

#### 5.2.6.3 Günlük Cilt Bakımı ve Bakım Planı:

- Hareket
- Pozisyon Değiştirme
- Deri tolerans testi
- Uygun pozisyon ve çevirme
- Beslenme
- Hijyen ve giyim
- Uyku ve dinlenme
- ilaçlar
- Kardiyovasküler ve solunum fonksiyonları
- Eğitim

#### 5.2.6.4 Dekübit Ülserlerin Klinik Sınıflaması:

**Evre 1:** Bası sahasında deride hiperemi (inflamasyon)

**Evre 2:** Bası sahasında dermise ulaşan yüzeysel ülserasyon

**Evre 3:** Bası sahasında deri altı yağ dokusu, kas veya kemiğe kadar ilerleyen ülserasyon

**Evre 4:** Kemik, bursa, eklem veya vücut boşluklarına kadar ilerleyen derin ülser

#### 5.2.6.5 Dekübit Ülserlerinin Evrelerine Göre Tedavisi

**Evre 1:** Koruyucu yaklaşımla ve basit topikal tedavi ile düzeltilir. Öncelikle ülser üzerindeki basınç kaldırılarak lokal yara bakımı uygulanabilir. Olası enfeksiyöz etkenleri ortadan kaldırmak için ciddi bir topikal tedavi ile yara kontraksiyonu hızlanır ve enfeksiyon riski azalmış olur.

**Evre 2:** Agresif topikal tedavi gerektirir. Altı- sekiz saatte bir serum fizyolojikle yapılan ıslak pansumanlar (wet to dry) tercih edilmelidir. Enfekte yaralarda gazlı bezin germisidal bir ajanla uygulanması önerilir. Ayrıca çeşitli örtüler, kalsiyum alginatlar, köpükler, hidrojenler, hidrokolloidler, transparan filmler, elektrik stimülasyonları ve büyüme faktörlerinden yararlanılır.

**Evre 3-4:** Yara temizliği ve nekrotik dokunun debridmanı önemlidir. Çok derin ülserlerde osteotomi, yara kültürü ve osteomyelit mevcutsa kemik doku kültürü ve iki-altı hafta sistemik antibiyotik tedavisi yapılmalıdır. Yarada nekroz yoksa yeterli bakım sağlandıktan sonra deri greftleri veya çeşitli flepler uygulanabilir. Evre 4'te fasiokütanöz flepler, mikrovasküler doku transferi özel koşullarda yapılabilir. Postoperatif olarak yara sahası iki gün mutlaka

nemli tutulmalıdır. Direnler iki hafta muhafaza edilir ve bu süre içinde idrar-gaita inkontinansı açısından dikkat edilir. Sistemik antibiyotik tedavisi preoperatif devrede başlayıp postoperatif devreye kadar devam etmelidir. Erken postoperatif dönemde antispazmotikler kanama ve hematoma riskini azaltır. Bakteriyel enfeksiyonun geliştiğini klinik olarak saptamak mümkündür. Eğer yara çevresinde kızarıklık, pürülan akıntı, kötü koku ve ödem oluşmuşsa şüphelenmek gerekir. Antibiyotik seçimi yaranın durumuna göre yapılmalıdır. Önce yaradan kültür antibiyogram mutlaka yapılmalıdır. Genel olarak, stafilokoklar, streptokoklar, *Escherichia coli*, *Proteus*'lar, *Pseudomonas aeruginosa*'lar sıklıkla üremektedir.

#### 5.2.7 **Nütrisyon takibi**

**NÜTRİSYON DESTEĞİ TALİMATI'**na göre hareket edilir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	10 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



#### 5.2.7.1 Genel Esaslar

- “Enteral Nutrisyon” ve “Total Parenteral Nutrisyon” öncesi “Doktor Direktifleri” alınır.
- Enteral ve Total Parenteral Nutrisyon ihtiyacı servise yatan hastanın malnutrisyon değerlendirilmesinden sonra “Nutrisyon Destek Ekibi” tarafından belirlenir.
- Parenteral nutrisyon için santral ven kateteri gerekir. Santral ve kateterinin takılmadığı/takılmadığı durumlarda (IV) perifer yolu kullanılır.
- Enteral nutrisyon için gastrointestinal traktus’a konulacak sonda gerekir.
- Nutrisyon türü ve uygulama yolu ile ilgili hasta/hasta yakınlarına diyetisyen / doctor tarafından ayrıntılı bilgi verilir ve olası komplikasyonlar hakkında aydınlatılır.
- Bu esaslar yenidoğan hastalar için geçerli değildir.Yenidoğan nutrisyon değerlendirme ve uygulamaları yenidoğan yoğun bakım standartları/prosedürleri doğrultusunda yapılır.

#### 5.2.7.2 Enteral Beslenme Yolları

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

#### 5.2.7.3 İşleyiş

- Servis hemşiresi tarafından beslenme değerlendirmesi yapılır.
- Hastanın nutrisyon durumu için “Subjektif Global Değerlendirme” yapılarak malnutrisyon araştırılır. Malnutrisyon yok ise;
- İleri bir işlem yapılmaz.

#### 5.2.7.4 Malnutrisyon mevcut ise;

- Hastanın doktoru bilgilendirilir ve yazılı direktif alınır.
  - 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.

#### 5.2.8 Skorlama sistemlerinin kullanımı

Yoğun bakım hastalarının klinik tablosu anlık değişebildiği ,yaşamsal faaliyetleri çoğunlukla dışarıdan cihazlar ve ilaçlarla desteklendiği ,yaşantısı üst düzeyde tedavi ve bakım uygulamaları ile devam ettiği için;bu hasta grubunda prognostik mortalite ile organ yetmezliklerine ilişkin morbidite hesaplamaları son derece önemlidir.

Yoğun bakım ünitesinde kullanılan skorlama sistemleri ;hastalık ciddiyetini değerlendirerek mortaliteyi tahmin eden Prognostik skorlama sistemleri ‘APACHE II’ ve morbiditeyi değerlendiren organ yetmezliği skorlama sistemi ‘SOFA’ skoru kullanılmaktadır

APACHE II Sağlık Bakanlığı tarafından online olarak kullanıma açılmıştır.Bu kapsamda hastanın bilgilerinin ve fizyolojik değerlerinin yazılması ile sistem mortaliteyi hesaplayabilmektedir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	11 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



### 5.2.8.1 Prognostik (hastalık şiddeti) değerlendirme skorları

Hastanemizde prognostik (hastalık şiddeti) skoru olarak APACHE II kullanılmaktadır. APACHE II skorunda puan; hastaların bilinç durumu, kronik hastalık durumu, vital durumu ve laboratuvar parametreleri kullanılarak elde edilir. APACHE II skorunun alabileceği en yüksek değer 71 'dir.

### 5.2.8.2 Organ yetmezliği tanımlama skorları

Yoğun bakım hastalarında organ fonksiyon bozukluklarını objektif olarak değerlendirmek, değişik organ sistemleri arasındaki ilişkiyi tanımlamak ve tedavinin etkinliğini ortaya koyabilmek için organ yetmezliği skorlama sistemleri kullanılmaktadır. Hastanemizde organ yetmezliği tanımlama skoru olarak SOFA Skoru kullanılmaktadır.

### 5.2.8.3 Travma değerlendirme skorunda

2. Basamak yoğun bakım ünitesinde gerektiğinde revize travma skoru kullanılır.

### 5.2.9 Sepsis ve Organ Yetmezliği Tanı Kriterleri

#### Genel belirtiler

Ateş ( $> 38.3^{\circ}\text{C}$ ) Hipotermi (santral ısı  $< 36^{\circ}\text{C}$ )

Nabız  $> 90/\text{dk}$  Taşipne Şuur değişikliği

Belirgin ödem veya pozitif sıvı dengesi ( $> 20 \text{ mL/kg}$  24 saat üzerinde)

Hiperglisemi (plazma glukoz  $> 140 \text{ mg/dL}$ ) diyabet yokluğunda

#### Organ disfonksiyon belirtileri

Arteriyel hipoksemi ( $\text{PaO}_2 / \text{FiO}_2 < 300$ )

Akut oligüri ( $< 0.5 \text{ mL/kg/h}$ ) Kreatinin artışı  $> 0.5 \text{ mg/dL}$

Koagülasyon anormallliği  $\text{INR} > 1.5$ - $\text{aPTT} > 60$

İleus

Trombositopeni  $< 100,000$

Hiperbillürinemi total bilirubin  $> 4 \text{ mg/dL}$

#### İnflamatuvar belirtiler

Lökositoz ( $\text{BK} > 12.000$ )

Lökopeni ( $\text{BK} < 4000$ )

%10'dan fazla immatür form (Normal BK)

Yüksek CRP

Yüksek prokalsitonin

#### Doku perfüzyon belirtileri

Hiperlaktatemi

Kapiller doluşta azalma

#### Hemodinamik belirtiler

Arteriyel hipotansiyon ( $\text{SKB} < 90 \text{ mmHg}$ ,  $\text{OAB} < 70 \text{ mmHg}$ ,  $\text{SKB}'da 40 \text{ mmHg'dan fazla azalma}$ )

### 5.2.10 Sepsis ve organ yetmezliğinin değerlendirilmesi ve izlenmesi

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

#### Vital bulgular

\*İnvaziv arteriyel kan basıncı izlemi

\*EKG monitörizasyonu

\*vücut ısısı izlemi

\*solunum sayısı izlemi

\*SPO2 izlemi

#### Laboratuvar Testleri

\*WBC

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	12 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



- \*PLT
- \*Hematokrit
- \*CRP
- \*Prokalsitonin
- \*Laktat
- \*Glukoz
- \*Böbrek fonksiyon testleri
- \*Karaciğer fonksiyon testleri
- \*DİK testleri
- \*AKG
- \*USG

### 5.2.11 İnvaziv işlemler;

#### 5.2.11.1 Entübasyon ve Trakeostomi

Entübasyonun yoğun bakımda ana kullanım amacı yapay solunum uygulamasına araç olmasıdır. Trakeostomi ise uzayan yapay solunum uygulamasında araç olarak kullanılır. Entübasyon veya trakeostomi ile burun solunum işlevi sırasında devre dışı bırakıldığından partiküllerin ve dolayısıyla bakterilerin alt solunum yollarına ulaşmasını engelleyen bariyer ortadan kalkmış olur. Trakeaya yerleştirilmiş entübasyon veya trakeostomi tüpü sekretuar IgA'nın ulaşmadığı bir yüzey olarak rol oynar ve mukosilier klirens engel olur. Entübasyon veya trakeostomi ile aspirasyon olasılığı artar ve öksürük refleksinin etkinliği azalır. Ayrıca entübasyon orofarengeal normal floranın değişiminde de rol oynayabilir. Bu sebeplerle entübasyon veya trakeostomize hastalarda yapay solunum uygulamasında gelişen pnömoni, ventilatör ilişkili pnömoni (VIP) olarak adlandırılır. VIP patogenezinde gastropulmoner kolonizasyonun önemli rolü bulunduğu öngörülmektedir.

#### 5.2.11.2 İdrar Sondası;

### İDRAR SONDASI

İdrar miktarının takibi veya idrar retansiyonuna engel olunması en sık endikasyonlarıdır. Aşağıda belirtilen mekanizmalarla nozokomial infeksiyonda risk faktörü olarak rol oynar :

- Kateter yerleştirilmesi sırasında perine ve uretra florasının assandan yayılımına sebep olur.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	13 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



- Yerleştirilmiş bir kateter özellikle kadınlarda zamanla üretranın üropatojenlerle kolonizasyonunda rol oynar.
- Kateterin lumeni ve dış yüzeyleri bakterilerin mesaneye girişinde kanal olarak görev alır.
- Kateter lumeninde ve dış yüzeyinde bakterilerin üreyebileceği biofilm tabakalar halinde odaklar oluşur.
- Yabancı cisim olarak kateter üretra ve mesane mukozasında mekanik ve kimyasal inflamasyon oluşturarak, antibakteriyel olarak polimorfonükleer hücrelerin etkinliğini azaltır.
- Kateterizasyon üroepitele daha fazla bakteri tutunmasına yol açar; bu fenomen bakteriüriye öncelik edebilir.
- Değişik mekanizmalarla kateterin tıkanması bakterilerin vesikoüreteral reflüsüne yol açabilir.

**5.2.11.3 Santral Venöz Kateterizasyon, İnvazif Arteriyel Kateterizasyon, Pulmoner Arter Kateterizasyonu:**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.01</i>	<i>18.04.2013</i>	<i>02</i>	<i>27.06.22</i>	<i>14 / 18</i>



## SANTRAL VEN KATETERİZASYONU, İNVAZİV ARTER KATETERİZASYONU, PULMONER ARTER KATETERİZASYONU

Santral ven kateterizasyonu genel olarak sıvı replasman yolu, parenteral nutrisyon desteğinin temini ve hemodiyaliz veya hemofiltrasyon uygulanması için araç olarak kullanılır. Ayrıca santral ven kateterizasyonu, invaziv arter kateterizasyonu ve pulmoner arter kateterizasyonu hemodinamik değişkenliklerin bulunduğu kritik hastalarda hemodinamik monitörizasyon amaçlı (sepsis, septik şok, kalp yetersizliği, inotrop veya etkinliği yüksek İV antihipertansif kullanımı) endikasyonları da bulunur.

Bu sistemlerin yerleştirilmesi sırasında mikroorganizmaların damar içine taşınması olasıdır. Kullanım sırasında sistemin herhangi bir bölgesinden kontaminasyon şansı vardır (kateterin dışarıdaki uçları, kontamine infuzyon sıvıları)

Yabancı cisim veya metal araçlara benzer şekilde kısmen de olsa humoral ve sellüler savunma sistemlerinden korunmuş, bakterilerin üzerinde çoğalabileceği bir yüzey oluşturur Yoğun bakım ünitelerinde hematogen infeksiyonların %40'ı venöz kateterle ve genellikle santral venöz kateterlerle ilişkilidir Total parenteral nutrisyon kateterine ait infeksiyon riski diğer amaçlı kateterlere göre daha fazladır.

### **5.2.11.4 Nazogastrik Sonda:**

#### **NASOGASTRİK SONDA**

Enteral beslenme, drenaj, mide lavajı amacı ile takılır. Sinüslerin drenajını engelleyerek sinusite yol açabilir Bu sebeple yoğun bakım hastasında sebebi belirlenemeyen ateş varlığında sinüs grafisi ile sinüsit araştırılmalıdır. Bunun yanında üst solunum yollarının kolonizasyonunda nasogastrik sondanın gastroesofageal reflüye sebep olmasının önemli rolü bulunduğu bildirilmiştir

### **5.2.11.5 İntrakranial Basınç Monitörizasyonu:**

#### **İNTRAKRANİAL BASINÇ MONİTÖRİZASYONU**

Beyin ödemi bulunan ve GCS 9 altında olan olgularda endikedir. Narayan ve ark. intrakranial basınç monitörizasyonu uyguladıkları 207 olgudan 13'ünde (%6.3) ventrikülit (menenjit ile beraber veya menenjit olmadan) tespit etmişlerdir. Özellikle kateterin 4 günden fazla kullanımında infeksiyon riskinin %85 olduğunu gözlemişlerdir.

### **5.2.11.6.İnvaziv Uygulamalarda Kullanılan Araçların Bakımı:**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.01</i>	<i>18.04.2013</i>	<i>02</i>	<i>27.06.22</i>	<i>15 / 18</i>



## İNVAZİV UYGULAMALARDA KULLANILAN ARAÇLARIN BAKIMI

Bu sistemlerin günde birkaç bakımının yapılmasını önerenler bulunduğu gibi, uygulamanın başlangıcından sonraki bakım dışında çıkarılıncaya kadar bu sistemlere dokunmamayı önerenler de bulunmaktadır. Görüş birliğine varılmış olmasa da bizim ünitemizde periferik IV kateterler 24-48 saatte, santral venöz kateterler 5-7 günde, pulmoner arter kateteri 2-3 günde, idrar sondası 7 günde değiştirilmektedir. Yeni ortaya çıkan bir enfeksiyon bulgusu, ilgili olabilecek tüm materyelin değiştirilmesini gerektirir.

### 5.2.12 Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü

YOĞUNBAKIM ÜNİTESİ ENFEKSİYON KONTROL ve TEMİZLİK TALİMATI'na göre uygulamalar yapılır.

Yoğun Bakım Ünitesi'nde çalışan personel ve yatan hastalar EKK hemşiresi tarafından kontrol edilir. Periferik venöz kateterler yoğun bakım hemşiresi tarafından kontrol edilir. Enfeksiyon lehine belirti saptanırsa enfeksiyon kontrol hemşiresine haber verilir. DAMAR İÇİ KATATER ENFEKSİYONLARINI ÖNLEME TALİMATI'na göre hareket edilir.

Üriner sistem kateterizasyonlarının uygulanması sonucunda ortaya çıkan enfeksiyonların önlenmesi için Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ TALİMATI'na göre hareket edilir.

Kültür örneklerinin gerektiğinde gerekli yerlerden alınmasını yoğun bakım hekimi ve enfeksiyon hemşiresi belirler. İstenilen doğrultuda yoğun bakım hemşiresi tarafından laboratuara gönderilir. Gönderilen bütün kültürler yoğun bakım hemşiresi tarafından hasta dosyasına işlenir. Sonuçlar doktor tarafından takip edilir.

Ünitede hastane enfeksiyonu, ameliyat sonrası gelişen enfeksiyonların takibini EKK hemşiresi, yoğun bakım hemşire ve doktoru ile birlikte takip eder.

Yoğun Bakım Ünitesi doktor ve çalışanları üreme varsa Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile koordineli çalışır. EKK kararı ile izole edilmesi gereken hastalar ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI'nda mevcut İzolasyon Önlemlerine göre izole edilir.

Ünitenin temizliği YOĞUNBAKIM ÜNİTESİ ENFEKSİYON KONTROL ve TEMİZLİK TALİMATI'na uygun olarak yapılır. Servis hemşiresi ve sorumlu hemşire tarafından kontrolü yapılır.

Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki atıklara yönelik ayrıştırma HASTANE ATIK YÖNETİMİ TALİMATI'na göre yapılır.

### 5.2.13 Rehabilitasyon süreci

Yoğun bakımlarda rehabilite süreci hemşire gözlemleri ve hekim direktifi ile başlayan kapsamlı bir süreçtir. Uygulanan tüm farmakolojik tedaviler, hastaya yapılan/yaptırılan egzersizler, hasta uyumu için kurulan iletişimler, eğitimler, hemşirelik girişimleri ve hemşirelik bakımları bu iyileştirme sürecinin içerisinde yer alır.

II. Basamak Genel Yoğun Bakım ünitemizde yapılan bazı rehabilite aktiviteleri şunlardır;

- ✓ Egzersizler (Solunum Egzersizleri vb),
- ✓ Postral Drenaj Uygulamaları,

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	16 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



- ✓ Fizik tedavi hizmetleri (konsültasyon ile),
- ✓ Hasta Uyumunu sağlamaya yönelik iletişimler,
- ✓ Müzik yayınları.

### 5.2.14 Terminal dönem hasta takibi

**Terminal Dönem:** Bireyin yaşamının son günleri, son ayları terminal dönemdir. Terminal dönemde bireylerin diğer insanlara ve olaylara psikolojik, sosyolojik bakışları ve beklentileri değişmekte, topluma yaklaşımları farklılaşmaktadır. Çok ciddi ruhsal değişim yaşayan bireyi anlamak ona doğru yaklaşımda bulunmak kolay değildir. Ölümü bekleyen bireyi rahatlatmak için zaman zaman profesyonel yardım gerekebilir. Terminal dönem hastaların [ÖZELLİKLİ HASTA GRUBUNDAKİ MEVCUT HASTALARIN BAKIM TALİMATI](#)'na göre hareket edilir.

#### 5.2.14.1. Hastanın bakım ihtiyaçlarına göre uygulanabilecek bakımlar;

**Bireysel öz bakım:** Terminal dönemdeki hastalar kendi bakımlarını yapamayabilir. Bakmakla sorumlu hemşire bu gereksinimlerine yardımcı olmalı gerektiğinde kendi yapmalıdır.

Ağız burun ve gözlerin bakımı yapılır. Ağız ve burunda sekresyon varsa temizlenir, gerekirse ağız içi aspire edilir. Burun delikleri nemlendirilir, hastaya yan yatış pozisyonu verilir. Çatlak oluşumunu engellemek için dudaklara nemlendirici kremler sürülür. Takma dişleri varsa çıkarılır, ailesine teslim edilir. Gözlerde oluşan çapaklar temizlenir.

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

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

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

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

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

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

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	17 / 18



**Özel Ekol Hastanesi**  
GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ  
PROSEDÜRÜ



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

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

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

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

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

**Taşikardisi olan hastada bakım:** Hastaların nabzında bozulmalar görülür.

Terminal dönem hastalarında özellikle ölüme yakın dönemde bradikardi, şoklarda taşikardi görülür. Hastaların vital bulguları sık sık alınır, gerekirse monitörize edilir.

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

**5.2.14.2. Potansiyel Donör Belirlenmesi:** Sorumlu hekim tarafından günde 2 defa yoğun bakım ünitesinde ziyaret yapılır. [ORGAN BAĞIŞ BİRİMİ GÜNLÜK VİZİT VE POTANSİYEL DONÖR BELİRLEME FORMU](#) ile ziyaretler ve potansiyel donörler kayıt altına alınır. Ex durumunda Organ bağış birimi de [BEYİN ÖLÜMÜ YÖNETİM SÜRECİ PROSEDÜRÜ](#)'ne uygun hareket eder.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Kardelen ASMA	Kalite Koordinatörü Yeşim İNCİ	Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.01	18.04.2013	02	27.06.22	18 / 18