



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



**1- AMAÇ:** Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılan hastaların tedavi, takip ve bakım hizmetlerini etkin ve kaliteli hale getirmek için yöntem belirlemek ve verilen sağlık hizmetini en üst düzeye çıkarmak.

**2- KAPSAM:** Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edilen hastaların bakım ve tedavisine yönelik faaliyetleri kapsar.

**3- SORUMLULAR:**

- \* Sorumlu Başhekim Yardımcısı
- \* Sorumlu Hekim
- \* Hekim ( Dahiliye, Nöroloji, Kardiyoloji, Anesteziyoloji, Genel Cerrahi)
- \* Sorumlu Hemşire
- \* Hemşire
- \* Sekreter
- \* Personel

**4- PROSEDÜR:**

**4.1 YOĞUN BAKIM GENEL İŞLEYİŞİ:**

- ✓ Hasta kabulü,
- ✓ Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi,
- ✓ Bakımın planlanması ve izlenmesi,
- ✓ Hasta transferi,
- ✓ Taburculuk,
- ✓ Kurum dışı sevk prosedürü.

**4.1.1 HASTA KABULÜ:** Yoğun Bakım Ünitesi'ne ne şekilde hasta kabul edileceği [YB.TL.01 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTA YATIŞ VE ÇIKIŞ TALİMATI](#)'na göre belirlenir.

**4.1.1.1 Yoğun Bakım Ünitesi'ne Hasta Sevkinin Yapıldığı Yerler:**

- 1- Poliklinikler
- 2- Acil Servis
- 3- Klinikler
- 4- Başka hastaneler (Komuta Merkezi Aracılığıyla)

**4.1.1.2 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.

2- Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabulü planlanan hasta için, hastanın yatışını yapan doktor ile görüşülerek hastanın genel durumuna uygun olarak yatağı hazırlanır. (Oksijen, monitörizasyon, ventilatör, infüzyon pompası, kateterizasyon v.b)

3- Personel hastanın şartlarına uygun sedye, tekerlekli sandalye ile hastanın yoğun bakım ünitesine getirilmesini sağlar.

4- Hastanın yoğun bakım ünitesine kabulüne kadar hastanın yatışını sağlayan ünitenin sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli hastaya refakat eder.

**4.1.1.3 Kayıt Süreci**

- 1- Hasta acil servisten geliyorsa, görevli sekreter tarafından yatış işlemleri yapılmış olarak,
- 2- Hasta servisten nakil yoluyla geliyorsa, klinik kat sekreteri tarafından yoğun bakım ünitesine kaydı yapılmış olarak, Form 56 ile teslim alınır.
- 3- Poliklinikten geliyorsa görevli sekreteri tarafından yatış işlemleri yapılmış olarak,
- 4- Başka hastaneden geliyorsa acil serviste görevli sekreter tarafından yatış işlemleri yapılmış olarak Yoğun Bakım Ünitesi'ne gelir. Hasta sevk Tutanağı ile teslim alınır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 16</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



#### 4.1.1.4 Yoğun Bakım Ünitesi'ne Kabul:

Hasta yoğun bakım ünitesine geldiğinde hemşire ve personel tarafından kabul edilirken diğer hemşire tarafından aşağıdaki işlemler yapılır.

- ✓ 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; [HB.PR.01 HASTA KİMLİĞİNİN TANIMLANMASI VE DOĞRULANMASI PROSEDÜRÜ](#)'ne göre uygulanır.
- ✓ Hasta yatış kaydı yapılmadan veya eksik yapılarak yoğun bakım ünitesine geldiyse yoğun bakım hemşiresi gerekli kişilerle görüşerek yatışını yaptırır.

#### 4.1.2 HASTANIN YATIŞI VE TIBBİ BAKIM İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

##### 4.1.2.1 Hastanın Rızasının Alınması:

[HD.RB.64 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU](#) hastanın şuuru açıksa kendisine, kapalı ise yakınlarından birisine (mümkünse birinci derece yakınına) doldurtularak imzalatılır.

##### 4.1.2.2 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. ([HB.FR.15 EMANET EŞYA TESLİM FORMU](#))

b)Hastaya ait ilaçlar [İY.PR.05 HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ](#)'ne uygun şekilde, [HB.FR.24 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 Yoğun Bakım 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 giriş yapılarak 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.

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 eczanedan 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 Kısıtlama Talimatı uygulanır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.02	25.04.2016	00	-	2 / 16



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



- 14- HBYS'ye 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 Günlük Hemşire Tedavi Bakım ve İzlem Formu 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, Hastanın Hemşirelik Bakım Planına kaydedilir. (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.

#### **4.1.3 BAKIMIN PLANLANMASI VE İZLENMESİ**

##### **4.1.3.1 Yoğun Bakım Ünitesi'nde Tedavi ve Takip:**

Sabah viziti sonrasında yoğun bakım hemşiresi, doktorun verdiği istem ile ve [HB.RH.01 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 [İY.PR.02 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 [HB.FR.02 HEMŞİRE GÜNLÜK TEDAVİ & GÖZLEM FORMU](#)'na 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. HB.FR.02 HEMŞİRE GÜNLÜK TEDAVİ & GÖZLEM FORMU'na 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 terapisine ihtiyaç duyan hastaların takibi yapılır.

Hastanın laboratuvar sonuçları hasta dosyasına yerleştirilir.

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 [HB.PR.02 DÜŞME RİSKİ ÖNLEME PROSEDÜRÜ](#)'ne göre hareket edilerek hasta dosyasına kaydedilir.

##### **4.1.3.2 Yoğun Bakım Ünitesi'nde Hasta Bakımı:**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>3 / 16</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



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 sınırlandırılması gerekebilir. Bu kısıtlama [YB.TL.02 HASTA KISITLAMA TALİMATI](#)'na uygun şekilde, HB.[FR.30 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

#### **4.1.4 HASTA TRANSFERİ:**

Hastanın radyolojik tetkik istemlerinde; radyoloji bölümüne [HB.TL.06 HASTA TAŞIMA ve KALDIRMA TALİMATI](#)'na göre sedye ya da tekerlekli sandalyeye alınarak götürülür.

Hastanın yoğun bakım ünitesinden servise transferi [HB.PR.03 GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ PROSEDÜRÜ](#)'ne göre yapılır. Hasta servise teslim edilirken transfer eden yoğun bakım doktoru ve hemşiresi tarafından gerekli bilgiler [HB.FR.58 HASTA NAKİL TESLİM FORMU](#)'na yazılarak hasta teslim edilir.

#### **4.1.5 TABURCULUK**

Hastanın yoğun bakımdan çıkış kararı ilgili hekim tarafından [YB.TL.01 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTA YATIŞ VE ÇIKIŞ TALİMATI](#) doğrultusunda değerlendirilerek verilir.

Kata veya diğer hastanelere gönderilecek hastaların transferinde [HB.PR.03 GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ PROSEDÜRÜ](#)'ne göre hareket edilir.

##### **4.1.5.1 Çıkış 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 [EY.FR.03 HASTA TABURCULUK VE EĞİTİM FORMU A](#) 'ya kaydedilir.
- 8- Hasta genel durumuna uygun olarak sedyeye veya tekerlekli sandalyeye alınır.
- 9- Yoğun bakım hemşiresi tarafından ilgili servis hemşiresine bire bir hasta teslimi yapılır. [HB.FR.58 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- [DK.FR.54 SERVİSE YATAN VE SERVİSTEN ÇIKAN HASTALARA AİT GÜNLÜK KAYIT FORMU\(FORM 54\)](#)'na kayıt edilir.

##### **4.1.5.2 Hasta exitus olmuş ise:**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>4 / 16</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



- 1- Hastayı tedavi eden hekim hastanın exitus olduğunu tespit eder.
- 2- Hasta mesai saatleri dışında exitus olmuş ise nöbetçi hekim tarafından ex tespiti yapılır.
- 3-Hasta yakınları şartlar uygun ise hasta exitus olmadan önce genel durum kötüleşince, şartlar uygun değilse ex olduktan sonra hekim tarafından bilgilendirilir.
- 4- Hastanın üzerindeki kateterler hemşire tarafından çıkarılır. Çenesi ve ayakları personel ve hemşire tarafından bağlanır, çarşaf ile sarılır.
- 5- Eğer adli vaka ise polise haber verilir.
- 6- Ölüm tutanağı hastane tahakkuk biriminden bir görevli tarafından hekime doldurtulur.
- 7-Çıkış evrakları hekim tarafından doldurulur.
- 8- Hasta bir saat içinde morga indirilir.
- 9- Bilgisayardan ve protokol defterinden çıkış yapılır.
- 10- [DK.FR.54 SERVİSE YATAN VE SERVİSTEN ÇIKAN HASTALARA AİT GÜNLÜK KAYIT FORMU\(FORM 54\)](#)'na kayıt edilir.

#### **4.1.6 KURUM DIŞI SEVK PROSEDÜRÜ**

Hastanın yoğun bakımda yattığı süre içinde başka bir kuruma transferi söz konusu ise hekim tarafından gerekli görüşmeler yapıldıktan sonra [HB.PR.03 GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ PROSEDÜRÜ](#)'ne uygun olarak [YB.TL.05 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.

#### **4.2. YOĞUN BAKIM KLİNİK SÜREÇLER:**

- ✓ Monitörizasyon
- ✓ Ventilatördeki hasta izlemi
- ✓ Sedasyon ve analjezi uygulaması
- ✓ Hastayı ventilatörden ayırma
- ✓ Skorum sistemleri ile hastaların takibi (bası yarası, düşme, beslenme, ağrı, bilinç, hastalık şiddeti gibi)
- ✓ Bası ülseri takibi
- ✓ İnvaziv işlemler
- ✓ Rehabilitasyon süreci
- ✓ Nutrisyon takibi
- ✓ Terminal dönem hasta takibi
- ✓ Enfeksiyonların Önlenmesi

#### **4.2.1 MONİTÖRİZASYON:**

Hastanın göğsüne elektrotlar uygun şekilde yapıştırılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>5 / 16</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



- ✓ Kırmızı – sağ üst,
- ✓ Siyah – sağ alt,
- ✓ Sarı – sol üst,
- ✓ Yeşil – sol alt,
- ✓ Beyaz – orta,
- ✓ NIBP (tansiyon) manşonu koluna,
- ✓ Pulseoksimetre probu parmağına takılır.

Monitör üzerinden vital bulgular izlenir ve takip edilir. Takipler hasta dosyasına kayıt edilir.

#### **4.2.2 VENTİLATÖRDEKİ HASTA İZLEMİ:**

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. Gerektikçe aspirasyon yapılır. Her şifitte hastayı teslim alan hemşire yatak başı panelde bulunan merkezi sistem aspiratörü kontrol eder. Pulseoksimetre ile hastanın oksijen saturasyonu takip edilir.

Elektrolit takibi yapılır.

Aldığı çıkardığı izlenir.

Entübe hasta başında bir ambu bulunur. Her şifitte çalışıp çalışmadığı hemşire tarafından kontrol edilir.

Gerektiğinde sedasyon uygulanır.

Sık pozisyon verilir.

Hastanın nörolojik durumu her şifitte hastanın hemşiresi tarafından değerlendirilerek hemşire gözlem kağıdına kaydedilir,değişiklikler doktora iletilir.

Respiratöre ait parametreler iki saatte bir hemşire gözlem kağıdına kaydedilir.

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

Entübasyonu gerektiren hastaya ilişkin kriterler;

>Nöromusküler 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

1-Postop dönem

2-Serebral dönem

**Entübasyona karar vermek için arteriel kan gazı değerlendirmesinde aşağıdaki parametreler dikkate alınır;**

Pa O<sub>2</sub><70 mmHg. FiO<sub>2</sub>:0,21 iken

Pa CO<sub>2</sub>>45 mmHg.ve üstünde seyretmesi

PH <7,25 ve altında seyretmesi

**Enfeksiyon riskini minumuma indirmek için;**

a) Hasta steril tekniğe uygun şekilde aspire edilir.

b) Ventilatörün bakımı ve devrelerinin değişimi belirli aralıklarla yapılır.

c) Hava yolunu nemlendirmek için nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>6 / 16</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



Hastanın güven ve konforunu sağlamak için;

a)Hastaların beslenmesi sırasında entübasyon tüpü ve trekeostomi cuff'ı mutlaka kontrol edilmeli,eğer inik ise şişirilmeli

b)Hastanın başı 45 derece yükseltilmeli

c)Ventilasyondaki hastanın başında ambu hazır bulundurulmalıdır.Mekanik ventilatöre bağlı hastanın takibi hastanın doktoru ve anestezi uzmanı tarafından gerçekleştirilir.Hastanın stabil olduğu durumlarda dahil olmak üzere anestezi uzmanınca mutlaka hastaya günlük sabah ve akşam vizitleri yapılır. Mesai bitiminde, yoğun bakımdan sorumlu nöbetçi uzman hekim akşam vizitine katılarak yoğun bakım ünitesindeki hastaların tedavilerinden sorumlu olan doktorlardan hastalar hakkında bilgi alır.

[YB.TL.03 VENTİLATÖR KULLANMA VE BAKIM TALİMATI](#)'na uyum sağlanır.

#### **4.2.3 SEDASYON VE ANALJEZİ UYGULAMASI**

Ajitasyon ve anksiyetelerin giderilmesinde sakinleşmelerini sağlamak.

Yapılan tedavi ve girişimlerin daha kolay tolere edelebilmesi için sedatif ajanlar kullanılır.

Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon oluşturmak amacıyla ;

- Benzodiazopinler
- Midazolon
- Propofal
- Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.

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

#### **4.2.4 HASTAYI VENTİLATÖRDEN AYIRMA**

##### **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.) $\geq$  5

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

PH $\geq$ 7.30

Solunum sayısı/dk.< 45

Dakika ventilasyonu (1/dk.)<18

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden ayrılması T parçası ile spontan solunum ve CPAP-PSV modu 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.

a)Extübasyona uygun olan en erken sürede başlanmalıdır.

b)Hastanın şuuru açık ise hasta mutlaka bilgilendirilmelidir.

c)Hasta respiratörden ayırma moduna alınır.

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

e)Entübasyon malzemeleri ve acil arabası hastanın başında hazır edilmelidir.

f)Extübasyonda kullanılacak nemli oksijen sistemi hazırlanmalıdır.

g)Hasta aspire edilerek extübasyonu sağlanmalıdır.

h)Oksijen saturasyonu solunum sesleri ve göğüs hareketleri yakın takip edilmelidir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>7 / 16</i>



1)Extübasyon tarih ve saati hemşire gözlem kağıdına not edilmelidir.

#### 4.2.5 SKORLAMA SİSTEMLERİ İLE HASTALARIN TAKİBİ

##### 4.2.5.1 Kullanılan skorum yöntemleri;

- **BASI YARASI:** Braden Skalası kullanılmaktadır. [HB.FR.13 HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU](#) 'nda mevcut değerlendirme bölümü üzerinden yapılır yüksek puantaj durumunda , [HB.TL.07 BASI YARASI BAKIM TALİMATI](#)'na göre [HB.FR.33 BASI YARASI HEMŞİRELİK BAKIM FORMU](#) ile bakımı ve yapılan bakım takibi yapılır.
- **DÜŞME:** [HB.TL.08 DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME TALİMATI](#) 'na göre [HB.FR.01 HASTA DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU - İTAKİ ÖLÇEĞİ](#) veya [HB.FR.03 HASTA DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ FORMU - HARİZMİ ÖLÇEĞİ](#) ile değerlendirilir.
- **BESLENME:** [HB.TL.01 NÜTRİSYON DESTEĞİ TALİMATI](#)'na göre [HB.FR.57 NÜTRİSYONEL RİSK DEĞERLENDİRME FORMU \(NRS2002\)](#) ile değerlendirilir.
- **AĞRI:** [HB.FR.13 HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU](#) 'nda mevcut değerlendirme bölümü üzerinden yapılır
- **APACHE II SKORU:** 16 yaş üstü tüm hastalar için,
- **GLASKOW KOMA SKORU:** Nörolojik şikayetleri olan hastalar için Erişkin ve pediyatrik ayrı olarak hesaplanır.

#### 4.2.6 BASI ÜLSERİ TAKİBİ

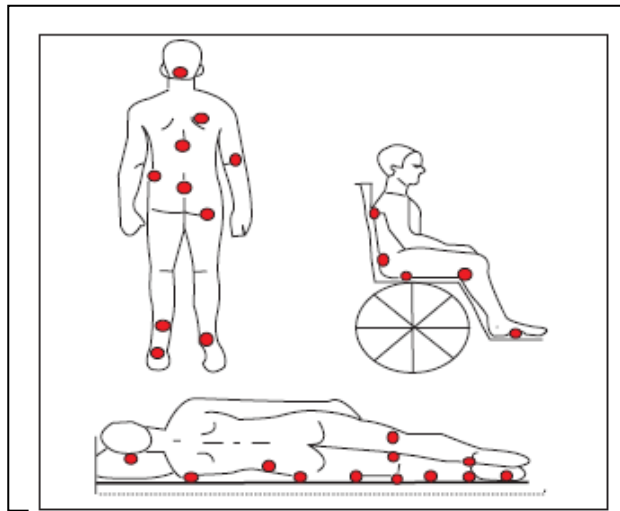
Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatmakta olan hastalar bası yarası yönünden Braden Skalası ile gözlenip [HB.TL.07 BASI YARASI BAKIM TALİMATI](#) göre değerlendirilir.

##### 4.2.6.1 BASI YARASI OLUŞMASINDA RİSK FAKTÖRLERİ:

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

##### 4.2.6.2 BASI YARASI BÖLGELERİ:

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





-İscium  
-Lateral Maleolus

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.

**HB.FR.33 BASI YARASI HEMŞİRELİK BAKIM FORMU**(BRADEN SKALASI) ile takibi sağlanmalıdır.

#### 4.2.6.3 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

#### 4.2.6.4 Dekübit Ülserinin 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

#### 4.2.6.5 Dekübit Ülserlerinin Evrelerine Göre Tedavisi

**Evre 1:** Koruyucu yaklaşımla ve basit topikal tedavi ile düzeltilebilir. 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 hematom 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.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.02	25.04.2016	00	-	9 / 16



#### 4.2.7 İNVAZİV İŞLEMLER

##### 5.2.7.1 Entübasyon ve Trakeostomi

### ENTUBASYON VE TRAKEOSTOMİ

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 ulaşamadığı 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 trakeostomi nozokomial infeksiyonda risk faktörüdür. Entübe veya trakeostomize hastalarda yapay solunum uygulamasında gelişen pnömoni, ventilatör ilişkili pnömoni (VİP) olarak adlandırılır. VİP patogeneğinde gastropulmoner kolonizasyonun önemli rolü bulunduğu öngörülmektedir.

##### 5.2.7.2 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.
- Yerleştirilmiş bir kateter özellikle kadınlarda zamanla uretranın 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 uretra 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.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.02	25.04.2016	00	-	10 / 16



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

**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 hematojen infeksiyonların %40'ı venöz kateterle ve genellikle santral venöz kateterlerle ilişkilidir Total parenteral nutrisyon kateterine ait infeksiyon riski diğer amaçlı kateterlere göre daha fazladır.

**5.2.7.4 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 nazogastrik sondanın gastroesofageal reflüye sebep olmasının önemli rolü bulunduğu bildirilmiştir

**5.2.7.5 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.

**5.2.7.6.İnvaziv Uygulamalarda Kullanılan Araçların Bakımı:**

**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 İV 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 infeksiyon bulgusu, ilgili olabilecek tüm materyelin değiştirilmesini gerektirir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.02	25.04.2016	00	-	11 / 16



#### 4.2.8 REHABİLİTASYON SÜRECİ

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 almaktadır.

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

- ✓ Egzersizler (Solunum Egzersizleri vb),
- ✓ Postral Drenaj Uygulamaları,
- ✓ Fizik tedavi hizmetleri (konsültasyon ile),
- ✓ Hasta Uyumunu sağlamaya yönelik iletişimler,
- ✓ Müzik yayınları.

#### 4.2.9 NÜTRİSYON TAKİBİ

[HB.TL.01 NÜTRİSYON DESTEĞİ TALİMATI](#)'na göre hareket edilir.

##### 4.2.9.1 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.

##### 4.2.9.2 Enteral Beslenme Yolları

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

##### 4.2.9.3 İşleyiş

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

##### 4.2.9.4 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

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.02	25.04.2016	00	-	12 / 16



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



- 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.

#### **4.2.10 TERMİNAL DÖNEM HASTA TAKİBİ VE BAKIMI:**

**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 **HB.TL.04 ÖZELLİKLİ HASTA GRUBUNDAKİ MEVCUT HASTALARIN BAKIM TALİMATI**'na göre hareket edilir.

##### **4.2.10.1. 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.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>13 / 16</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**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.

**4.2.10.2. Potansiyel Donör Belirlenmesi:** Sorumlu hekim tarafından günde 2 defa yoğun bakım ünitesinde ziyaret yapılır. [SS.FR.01 ORGAN BAĞIŞ BİRİMİ GÜNLÜK VİZİT VE POTANSİYEL DONÖR BELİRLEME FORMU](#) ile ziyaretler ve potansiyel donörler kayıt altına alınır. Ex durumunda Organ bağış birimi [SS.PR.01 BEYİN ÖLÜMÜ YÖNETİM SÜRECİ PROSEDÜRÜ](#)'ne uygun hareket eder.

#### **4.2.11 ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ:**

[EN.TL.08 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. [EN.TL.29 DAMAR İÇİ KATATER ENFEKSİYONLARINI ÖNLEME TALİMATI](#)'na göre hareket edilir.

Üriner sistem kateterizasyonlarının uygulanması sonucunda ortaya çıkan enfeksiyonların önlenmesi için Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından [EN.TL.30 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.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>YB.PR.02</i>	<i>25.04.2016</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>14 / 16</i>



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



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 [EN.YD.01 ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI](#) 'nda mevcut İzolasyon Önlemlerine göre izole edilir.

Ünitenin temizliği [EN.TL.08 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 [EN.TL.18 HASTANE ATIK YÖNETİMİ TALİMATI](#) 'na göre yapılır.

**5.0 İLGİLİ DÖKÜMANLAR:**

[YB.TL.01 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ HASTA YATIŞ VE ÇIKIŞ TALİMATI](#)

[HB.PR.01 HASTA KİMLİĞİNİN TANIMLANMASI VE DOĞRULANMASI PROSEDÜRÜ](#)

[HB.FR.15 EMANET EŞYA TESLİM FORMU](#)

[HD.RB.64 YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM FORMU](#)

[İY.PR.05 HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARI YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ](#)

[HB.FR.24 HASTANIN YANINDA GETİRDİĞİ ve SERVİSTE KULLANILACAK İLAÇLAR LİSTESİ](#)

[HB.RH.01 HASTA BAKIM PLANLARI REHBERİ](#)

[İY.PR.02 SÖZEL ve-veya TELEFONLA ORDER ALMA PROSEDÜRÜ](#)

[HB.PR.02 DÜŞME RİSKİ ÖNLEME PROSEDÜRÜ](#)

[YB.TL.02 HASTA KISITLAMA TALİMATI](#)

[HB.FR.30 HASTA KISITLAMA TAKİP FORMU \(FİZİKSEL VE FARMAKOLOJİK YÖNTEMLE\)](#)

[HB.TL.06 HASTA TAŞIMA ve KALDIRMA TALİMATI](#)

[HB.FR.58 HASTA NAKİL TESLİM FORMU](#)

[DK.FR.54 SERVİSE YATAN VE SERVİSTEN ÇIKAN HASTALARA AİT GÜNLÜK KAYIT FORMU](#)

[HB.PR.03 GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ PROSEDÜRÜ](#)

[YB.TL.05 YOĞUN BAKIM GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ TALİMATI'](#)

[HB.FR.01 HASTA DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME FORMU - İTAKİ ÖLÇEĞİ](#)

[HB.FR.03 HASTA DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ FORMU - HARİZMİ ÖLÇEĞİ](#)

[HB.TL.08 DÜŞME RİSKİ DEĞERLENDİRME TALİMATI](#)

[HB.FR.13 HEMŞİRELİK SÜRECİ HASTA ÖN DEĞERLENDİRME VE TANILAMA FORMU](#)

[HB.TL.07 BASI YARASI BAKIM TALİMATI](#)

[HB.FR.33 BASI YARASI HEMŞİRELİK BAKIM FORMU](#)

[HB.TL.01 NÜTRİSYON DESTEĞİ TALİMATI](#)

[HB.FR.57 NÜTRİSYONEL RİSK DEĞERLENDİRME FORMU \(NRS2002\)](#)

[HB.TL.04 ÖZELLİKLİ HASTA GRUBUNDAKİ MEVCUT HASTALARIN BAKIM TALİMATI](#)

[SS.PR.01 BEYİN ÖLÜMÜ YÖNETİM SÜRECİ PROSEDÜRÜ](#)

[SS.FR.01 ORGAN BAĞIŞ BİRİMİ GÜNLÜK VİZİT VE POTANSİYEL DONÖR BELİRLEME FORMU](#)

[EN.TL.29 DAMAR İÇİ KATATER ENFEKSİYONLARINI ÖNLEME TALİMATI](#)

[EN.TL.30 ÜRİNER SİSTEM ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ TALİMATI'](#)

[EN.YD.01 ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ PROGRAMI](#)

[EN.TL.08 YOĞUNBAKIM ÜNİTESİ ENFEKSİYON KONTROL ve TEMİZLİK TALİMATI EN.TL.18 HASTANE ATIK YÖNETİMİ TALİMATI TALİMATI](#)

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.02	25.04.2016	00	-	15 / 16



**Özel Ekol Hastanesi**  
**KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ**  
**İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**



T.C. Sağlık Bakanlığı

Hazırlayan	Hazırlayan	Kontrol Eden	Kontrol Eden
Yoğun Bakım Sorumlusu Ayşe Özgür ŞAPALYA	Kalite&Akreditasyon Sorumlusu Cemşah YAYICI	Hastane Müdürü Mustafa İŞKUNALSÜ	Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ
Son Kontrol		Onay	
Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR		Başhekim Op.Dr. Sultan GASTOĞLU	

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
YB.PR.02	25.04.2016	00	-	16 / 16