
 MANİSA CELALBAYAR ÜNİVERSİTESİ HAFSA SULTAN HASTANESİ	YOĞUN BAKIMLAR REHBERİ		 KALİTE YÖNETİM BİRİMİ	
YB.RH.01	22.08.2017	Revizyon No	Revizyon tarihi	1/53

CERRAHİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

AMAÇ

Cerrahi yoğun bakım ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartlarının sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için işleyişin tanımlanması.

KAPSAM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesini kapsar.

SORUMLULAR:

- Cerrahi yoğun bakım ünitesi sorumlu hekimi
- Cerrahi yoğun bakım ünitesi sorumlu hemşiresi
- Cerrahi yoğun bakım ünitesi hemşire ve sağlık memurları
- Cerrahi yoğun bakım ünitesi yaşlı bakım hemşiresi
- Cerrahi yoğun bakım ünitesi tıbbi sekreter
- Cerrahi yoğun bakım ünitesi personel (temizlik elemanları)

1. TANIMLAR

YOĞUN BAKIM: 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.

UYGULAMA

HASTANIN KABULÜ

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesine Hastaların Kabul Edildiği Yerler ;

- Acil Servis
- Poliklinik Muayenesi sonucunda yatışına karar verilen hastalar.
- Servisler (Klinikler)
- Hastanemizin 3.basamak yoğun bakımlarında yer olmadığı için kabul edilen hastalar.
- Başka hastaneler (Acil servis aracılığı ile)

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesinin Kabul Kriterleri

Kardiyovasküler Sistem:

- MI (Komplikasyonlu yada stabil)
- Kardiyojenik Şok
- Yakın moniterizasyon ve girişim gerektiren aritmiler,
- Hemodinamik destek gerektiren akut konjestif kalp yetmezliği,
- Hiperstantif aciller,
- Unstabil angino pektoris,
- Tam kalp bloğu,
- Şoka neden olmayan hafif yada orta derecede konjestif kalp yetmezliği,
- Geçici ve kalıcı pace maker gereksinimi olan hastalar,
- Akut akciğer ödemi

Solunum Sistemi:

- Gaz değişim bozukluğu olan, ancak hemodinamik açıdan stabil olan hastalar
- Altta yatan hastalığı nedeni ile solunum bozulması potansiyeli taşıyan hastalar
- KOAH

İlaç alımı, aşırı ilaç dozu:

- Herhangi bir ilacın alınmasından veya aşırı dozda kullanılmasından sonra hemodinamik olarak stabil olmasına karşılık nörolojik, pulmoner ve kardiyak sistemler açısından sık monitörizasyon gereksinimi olan hastalar,
- İlaç alımı sonrası konvülsiyonlar, aritmiler

Gastrointestinal sistem:

- Hayatı tehdit eden gastrointestinal sistem kanamaları,
- Fulminan karaciğer yetmezliği,
- Pankreatit,
- Özofagus varis kanamaları,
- Akut karaciğer yetmezlikleri.

Endokrin Sistem:

- Diyabetik ketoasidoz,
- Troid fırtınası,
- Adrenal kriz,
- Elektrolit dengesizliği.

Nefroloji:

- ABY
- Koma halinde KBY

Diğer Olgular:

- Suda boęulma,
- Septik şok,
- Menenjit, ensefalit,
- Donma, Hipotermi, hipertermi,
- Elektrik çarpması,
- Yıldırım çarpması.

Cerrahi Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarının Kabul Edilmeden Yatış Öncesi İşlemleri:

Yatış Öncesi İşlemler 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.

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

Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağı alınır.

Kayıt süreci:

Poliklinik sekreteri mesai dışında ise acil hasta kabulden hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır. Protokol defterine kayıt edilir.

Yoğun bakım protokol defterine hasta kaydı yapılır.

Hekim tedavi talimatında (order) hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir.

Bilgisayara hastaya ait tedavi talimatında (order) bulunan ilaç – malzeme ve hizmetlerin girişı yapılır. Hasta tanıtım bilekliği hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

HASTA RIZASININ ALINMASI:

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

KLİNİK SÜREÇLER:

Cerrahi yoğun bakım ünitesinde 9 yatak bulunmaktadır. 7 gün 24 saat hasta kriterlerine uygun, hastaların kabulü ve takibi yapılır.

Monitorizasyonu:

Hasta cerrahi yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan) hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvp gibi) edilir ve hayati işlevleri alınır.

Hastanın göğüsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir ve kayıt edilir. Anormal bir ritm ya da nabız değerleri hekime haber verilir.

Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir.

Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi:

12 derivasyonlu EKG si çekilir. Hastanın anamnezi alınır (ön değerlendirme formu)

Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa, oksijen inhalasyonu başlanır.

Hastanın iv yolu yok ise iv yol açılır var ise çalışır durumda olduğu kontrol edilir. Çalışmıyorsa tekrar iv yol açılır. İhtiyaç varsa 2. Damar yolu açılır.

Hastanın acil kliniğinde kanları alındı ise sonuçları sağlanır. Alınmadı ise acil profili kardiyak enzim – troponin profili, hemogram kanları doktor istemine göre alınır ve acil laboratuvarına gönderilir. Klinik hemşiresi tarafından sonuçları takibi yapılır. Klinik doktoru sonuçları hakkında bilgilendirilir.

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

Hastanın başlangıç vital bulguları alınır hasta takip formuna kaydedilir. Anormal değerler anında sorumlu hekime haber verilir.

Hastanın göğüs ağrısı değerlendirilir.

Hastanın kan şekeri ölçümü yapılır ve sonucuna göre değerlendirme yapılır.

Doktorun belirlediği order hastanın takip formuna geçilir, tedavi saatleri düzenlenir. Order uygun şekilde tedavi ve infüzyonları hazırlanarak takılır.

Hasta yakınlarına hasta hakkında yeterli bilgi ve açıklama klinik doktoru tarafından verilir.

Hasta yakınlarına Hasta ihtiyaç listesi verilir temini sağlatılır.

Hasta yakınlarına kısaca yoğun bakım kuralları hakkında bilgi verilir.

Hasta yakınları hekim tarafından tıbbi açıdan bilgilendirilir.

Bakımın planlanması ve izlenmesi:

Hastanın durumunun aciliyetine göre hastanın tedavisinin 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. Konsültasyon bilgisayara girilerek ücretlendirme ilgili hekime işlenir.

Hastanın röntgen, ultrason tomografi vs. görüntüleme tetkikleri için ilgili birimlerle bağlantı kurulur, istem kağıdı hekim tarafından doldurulur. İşlem bilgisayara girilerek hastanın durumuna uygun olarak yerinde ya da 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 formuna kayıt edilir.(ağız bakımı, el –yüz bakımı, vücut bakımı ent. tüp bakımı, kataterlerin bakımı, pozisyon, postural direnej, dekübit, ödem, aspirasyon)

Her hasta için bası yarası değerlendirme formu doldurulur. Bası yarasının derecesine ve doktor istemine göre bakımı planlanır ve yapılır.

Tüm yapılan tedavi ve bakımlar yoğun bakım takip ve tedavi formuna kayıt edilir.

Kontrolle tabi ilaçlar nöbet tesliminden önce kontrol edilerek Narkotik- Anestezik –Psikoprop –Trombolik ilaç devir teslim defterine kayıt edilir.

Kontrolle tabi malzemeler nöbet tesliminden önce kontrol edilerek malzeme devir teslim tutanağına kayıt edilir.

Kontrolle tabi olan buzdolabı ısı göstergesi ve oda nem ve ısı göstergesi kontrolü yapılır ve tutanağına kayıt yapılır ve teslim edilir.

Nöbet değişimi sırasında nöbeti devreden hemşire, nöbeti devralan hemşirelere hastaları yatak başında ve vizit yaparak devreder. Hemşire nöbet teslim defteri doldurularak nöbet teslim edilir.

Kısıtlama gerektiren hasta bakımı:

Ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek, hastaları sakinleştirmek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendine zarar vermesini önlemek, yatağına bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek, takip ve tedavinin sağlanabilmesi için, hasta hekimin onayı ile kısıtlama altına alınır.

Hasta kısıtlama talimatına uygun olarak kısıtlama rıza belgesi doldurularak alınır.

HASTANIN TRANSFERİ

Hasta yoğun bakım ünitesinden çıkış talimatlarına uygun hale geldiğinde servise nakil sağlanır.

Hasta sevk işlemleri Hasta Transfer Talimatına uygun şekilde yapılır.

Yoğun bakımda yatan hastaların herhangi bir nedenle (ileri tetkik, tedavi vb.) bir başka kuruma sevk edilmesine ilgili branş hekimi karar verir.

Hastaya ait epikriz eksiksiz olarak doldurulur.

Hastanın sevk edileceği karşı hastane ilgili branş hekimi ile hastayı sevk eden uzman hekim iletişim kurar, hasta gideceği hastaneye hasta sevk formu ile birlikte gönderilir.

Hastanın servisten diğer hastaneye hangi araçla ve nasıl gideceğine ilgili branş hekimi karar verir.

Hasta eğer yoğun bakımdan tedavisinin devamı ya da tetkik için başka bir sağlık kuruluşuna sevk ediliyorsa 112 ambulansıyla gönderilir.112 komuta merkez aranarak hasta hakkında bilgi verilir ve dolduran sevk formunun faksı komuta merkeze çekilir, Hasta eve veya kendi isteğiyle sevk/taburcu oluyorsa ve hastanın durumuna göre hastane ambulansı ile gönderilir.(Hasta Sevk Ve Taburcu Talimatına göre)

Diğer kliniklere devir edilecek hastalar, devir protokolüne uygun şekilde nakli sağlanır.

Cerrahi yoğun bakım ünitesinde 3.basamak genel yoğun bakım ünitesine nakil olacak hastaların gerekli işlemleri yapılarak nakli sağlanır.

Kurum Dışı Hasta Transferi:

Cerrahi yoğun bakımda tedavi edilmekte olan hastanın kurumumuzda yapılamayan ileri bir tetkik ,kendisi veya yakınlarının isteği ile başka bir sağlık kuruluşuna transferi yapılır. Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim transfer kararını verir.

Hasta ve/veya hasta yakınlarını transfer hakkında bilgilendirir.

Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim, hastanın transfer edileceği hastanede hastayı izleyecek ve tedavi edecek hekim ile sözlü ve/veya yazılı iletişime geçer.

Başka hastaneden hastanemize transfer edilecek hastalarla ilgili ambulans koşulları hastanın klinik durumuna göre oluşturulur.

Öncelikle transfer edilecek hastanenin hastanın tedavi ve bakımı için gerekli şartları sağlayıp sağlayamayacağına karar verilir. HASTA TRANSFER PROSEDÜRÜ hastanın son klinik durumu, uygulanan tedavi, ameliyat ve girişimler, hastanın tedavi ve bakımında gelecekte gerekebilecek koşulları içeren özet bir "Epikriz Formu", laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları ve "Ambulansla Hasta Transfer Formu" hastanın transfer edileceği hastaneye iletmek üzere hasta yakını / ambulans yetkilisine verilir.

Hastanın tedavi ve bakımını üstlenecek hastaneden, şartların hazır olduğu ve hastanın kabul edilebileceğine dair sözlü onay alındıktan sonra transfer işlemine başlanır.

Hastanın hekimi transfer kararı ile ilgili sözlü onayı hasta ve/veya yakınlarından alır.

"Ambulansla Hasta Transfer Formu" / "Ambulansla sağlık kuruluşuna verilmek üzere (ilk nüshası) doldurur.

Ayrıca hastanın transfer nedeni "Hemşire İzlem Formu" na hemşire tarafından kaydedilir.

Hastanın dışarıdan getirdiği belgelerin aslı - Hastanın kendi kullandığı ilaçları, özel eşyaları teslim edilir.

Sorumlu hemşire/servis hemşiresi transferden sorumlu ambulans görevlileri ile hastanın transferi için gerekli koşul ve ekipman hakkında görüşür.

Hasta taburculuk işlemleri:

Klinik doktoru tarafından taburculuğuna karar verilen hastaların yakınlarına telefonla ulaşılarak hastanın çıkışı hakkında bilgi verilir.

Hasta taburcu ve eğitim formu doldurularak hastaya verilir.

Medikal tedavisi ve diyet programı hekim tarafından düzenlenen hastaya gerekli eğitim verilerek taburcu olması sağlanır.

Hastanın bilgisayardan ve protokol defterine çıkışı yapılır.

Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hastanemizde bulunan organ nakli komitesine bildirilir.

Hasta exitus oldu ise ex protokollerine uygun şekilde işlemler yapılır ve morga gönderilir.

Monitorizasyonu:

Hasta cerrahi yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvpgibi) edilir ve hayati işlevleri alınır.

Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir ve kayıt edilir. Anormal bir ritm yada nabız değerleri hekime haber verilir.

Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir.

Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

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 O₂ <70 mmHg. FiO₂:0.21 iken

Pa CO₂>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.

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

Pulseoksimetre ile hastanın oksijen saturasyonu takip edilir.

Eloktrolit 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 minumuma indirmek için:

Hasta steril tekniğe uygun şekilde aspire edilir.

Ventilatörün bakımı ve devrelerinin değişimi belirli aralıklarla yapılır.

Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

Sedasyon ve analjezi uygulanması:

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. Sedasyonlu hasta takibinde glaskow koma skalası değerlendirilmeyip sedatize olduğu belirtilir.

Ventilatördeki Hastanın Extübasyon Süreci;

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
- İspirasyon gücü (cm H₂O) <-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 modu ile olur. T parçası ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir. Her defasında ventilatörden ayrılması 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.

Skorlama Sistemleri ile Hastaların Takibi: Sadece 3. basamak yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen APACHE II ve SAPS II skorlama sistemleri ile değerlendirilir. 1. basamak yoğun bakımlar skorlama sistemleri ile değerlendirme yapmaktan muaftırlar. Çocuk yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen PRİMS III, SOFA ve PELOD skorlama sistemleri ile değerlendirilir.

Ağrı değerlendirme:

Hastanın sosyo- demografik bilgilerini, hastalıklarını ve kullandığı ilaçları içeren ayrıntılı öykü alınır. Ağrı ile ilgili öyküde, ağrının yeri, şiddeti, niteliği (keskin, künt, batıcı, yanıcı, ezici, zonklayıcı vb.), başlangıç süresi, ağrıyı arttıran/ azaltan durumlar ve hastanın ağrıya yanıtına ait bilgiler alınır. Hastanın sözüne itimat edilir, hasta "ağrım var" diyorsa mutlaka değerlendirilir. Ağrıya yönelik hemşirelik bakım planı hazırlanır ve plan doğrultusunda; Ağrıya yönelik pozisyon verilir. Extremiteleler yastıkla desteklenir. Ağrıyla baş etme yolları anlatılır. Ağrı kaynaklı endişeler konuşarak giderilir. Ağrının

devamlılığı kontrol edilerek hekime bilgi verilir. Doktor onayıyla analjezik uygulanır. Ağrısı, hijyenik bakımını yapmasına engel oluyorsa, protokollere uygun bakım verilir. Ağrının nedenine ve lokalizasyonuna göre sıcak ya da soğuk uygulama yapılır. Uygulamalardan sonra hayati belirtiler ve ağrı düzeyi yeniden değerlendirilir. Kullanılan malzemeler temizlenip kaldırılır. Elde edilen tüm gözlem bulguları kayıt edilir.

- Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge, hastanın kendi ifadesidir.
- Ağrı değerlendirmesi ağrı öncesi ve uygulama sonrası yapılır.
- Ağrı skoru ve hemşirelik girişimleri Ağrı Değerlendirme Formuna ve hemşire bakım planına kayıt edilir.

Düşme Riskinin Önlenmesi: 2. Ve 3. Seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş arası bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır. 1. Basamak yoğun bakımlarda yatan hastalar Düşme Riski Değerlendirme ve İzleme Formundaki kriterlere göre değerlendirilmektedir. Risk görülen durumlarda hastalar Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır.

Bası Yarası (dekübit) Takibi: Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanımlanması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için; Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracığı için hastanın pozisyonu gündüz gece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir. Hastaya pozisyon verilirken uygun malzemeden yapılmış yastık kullanılır. Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışsız olmasına dikkat edilir. Sabah – akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır. Hasta belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp 30dk oturması sağlanır. Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır. Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır. Bası yarası riski olan hastalara visco elastik yatak kullanılır. Enteral parenteral beslenme iyi şekilde sağlanır.

Nütrisyon Takibi: Gerek hastalığı iyileştirebilmek, gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı komplikasyonları ortadan kaldırmak için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmekte bu nedenle beslenme desteği yapılmaktadır.

Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır.

- Önceden varolan malnütrisyonun önlenmesi,
- Daha ileri düzeyde kayıpların önlenmesi,
- Katabolizma etkilerinin en aza indirilmesi,
- Katabolizmayı önlemek,
- Mortalite ile komplikasyon oranlarını azaltmak

Kimlere başlanır:

İdeal vücut ağırlığının %80'ine sahip veya son 6 ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybeden, Serum albumini 3 g/dl altında olan

Serum transferin 150 mg/dl altında olan,

Derinin antijenik uyarılara cevabı azalmış,

Lenfosit sayısı 1200 den az olan hastalar Nutrisyonel destek almalıdır.

Metabolik asidoz

Respiratuar asidoz

Hipoperfüzyon

Hipovolemi

Şok Düzeltirmeden Nütrisyonel Destek Tedavisi başlatılmamalıdır.

Hastanın hekimi tarafından Nutrisyon uygulanacak yolun belirlenmesinin ardından (Oral Nutrisyon, Enteral Nutrisyon (EN), Parenteral Nutrisyon (PN), Kombine Nutrisyon (oral-enteral, enteral-parenteral) Hastanın günlük alması gereken kalori miktarı, verilecek nutrisyon ürünü, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar karşısında günlük öneri verilmektedir. İlk 24-48 saatte enteral beslenemeyen hastalara parenteral beslenme başlanır. En kısa dönemde tekrar enteral nütrisyon hedeflenir, Tüm besinleri içeren hazır birleşim preparatları tercih edilir ve hedef kalori ihtiyacına ulaşılmaya çalışılır. 24 saatlik infüzyon halinde verilen TPN sırasında sıvı, elektrolitler, eser elementler, vitamin ve glutamin desteği dikkatle değerlendirilir. Hangi yolla beslenirse beslenir, beslenme tedavisi için ortaya konan hedeflere

ulaşma durumunun belirlenmesi ve uygulanan tedavinin olası komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla yakın ve kapsamlı, klinik ve laboratuvar izlem uygulanır. Tedavi hedefleri ve sonuçları kararlı duruma geçene kadar, bu veriler güncellenir.

Enteral Beslenme Yöntemleri

Bolus beslenme: Her 3-4 sa bir 200-300ml, 30 dk aşacak şekilde. 350 ml'den fazla önerilmez. İnfüzyon ile beslenme: 20cc/sa infüzyon başlanır, 4 saatte bir gastrik rezidü bakılır, rezidü<150-250ml doz iki katına çıkarılarak artırılır.

Hedef 80-120ml/sa, 24 saat devamlı

Periyodik beslenme: Barsak istirahati ve postabsorptif süreye izi verecek şekilde periodik aralıklı beslenme Seçilen solüsyon ve hastanın gereksinimlerini karşılayacak miktar belirlenir

Sulandırmadan, 25-50 ml/saat ile başlanır.

Enteral beslenme sırasında hastanın başını en az 30-45 0 yükselt

Sorun çıkmadığı sürece her 8-12 saatte bir infüzyon hızının iki katına çıkılır veya her 8 saattebir 10 ml artırılır

Gastrointestinal intolerans (karın ağrısı, bulantı, diyare, distansiyon) gelişirse bir adım geri dönülür, sorun düzeldikten sonra tekrar artırılır

Hedef miktara ulaşılıncaya kadar gerekli ilaveler ek olarak parenteral yolla yapılır.

İnvazif İşlemler

- İntravenöz katater
- Entübasyon
- İdrar sondası
- Santral ven kataterizasyonu
- Femoral ve brakial sheat
- Gecici diyaliz kateteri
- Nazogastirik sonda
- Total parenteral nütürsyon
- Terakeostomi
- Gecici kalp pili
- Derin nazal oksijen kanülü
- Arteriyel kateterizasyon

Rehabilitasyon Süreci

Hastaların yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini de artırmayı hedeflemektedir.

Entübe hastalar hareket kabiliyetleri kısıtlandığı için sürekli yatmaya bağı bası yaraları oluşmakta bu hastalarda fizyoterapistler ile iletişime geçilerek konsulte edilir. Beslenme düzeni oluşturmak için anestezi doktorlarına ve diyetisyenlere danışılmaktadır. Entübe hastalar ve yoğun bakım hastaları yaşamlarının bir cihaza ve tanımadıkları sağık personeline bağı olduğunu düşünürler ve ölüm olasılığını da yakından hissederler. Bu duygu, streslerini artırır. Hatta bu durum yoğun bakım psikozuna girmelerine de neden olabilir. İyi iletişim kurulan ve gereksinimleri karşılanan hastaların yoğun bakım psikozuna girme riski de azalmaktadır. Bu sebeple psikiyatri doktorlarından da yardım alınmaktadır.

Terminal Dönem Hasta Takibi

Hastalarımızın her gün fiziksel bakımı (ağız bakımı, vücut banyosu, cilt bakımı, pozisyonlar, perinal bakım) yapılır. Ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı, Ağrıyı ve diğere sağık sorunlarını azaltmayı ya da rahatlatmayı sağılayacak analjezikler ve tıbbi tedavi uygulanır. Kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, Bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmeyi, son anlarında ailesiyle görüştürerek psikolojik rahatlığı saygıdeğere ya da itibarlı bir şekilde ölümünü sağılamak amaçlanır.

Hemşirenin terminal dönemdeki hasta yakınlarına yaklaşımı

Aile bireylerinin yaşadıkları duyguların doğıal olduğunu anlamalarına yardımcı olur, Hasta ailesi etkin dinlenir, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri için desteklenir, Ailenin mümkün olduğu kadar hasta bakımına katılması sağılanır,

Hastanın hastalığı hakkında aileye açıklayıcı bilgiler verir,
Hasta ailesine bilgi verilirken tıbbi terimlerden uzak, açık ve anlaşılır bir dil kullanır,
Hastanın şikâyetlerinin giderildiği ve bakımının en iyi şekilde yapıldığı hakkında onlara güvence verir, Hastanın geçireceği evreler aileye anlatılır,
Hastanın görünüşüne özen gösterilir,
Hasta ailesinin öfkesi anlayışla karşılanır,
Zor kararlarda aileye yardım edilir. Beyin ölümü gerçekleştikten sonra organ bağışı, vasiyet gibi kararların alınmasında destek olunur,
Ölüm haberi uygun ortamda verilir ve aşırı duygu yüklü ifadeler kullanılmaz,
Ölüye fiziksel bakım verildikten sonra ailenin görmesi sağlanır,
Güven duygusunu zedelememek için elden gelen tüm çabaların gösterildiği söylenir
Aile, gerekirse destek gruplarına yönlendirilir,
Ölen hastanın yası anlayışla karşılanır.Şiddetli kontrol yitimi olmadıkça sedatif verilmemeli, yaslarını yaşamalarına müsaade edilmelidir.

Exitus Süreci:

Hekim tarafından ex olduğu tespit edildikten sonra;

- Ex gündüz olmuş ise morga, gece ve hafta sonu olmuş ise nöbetçi süpervisor bilgilendirilir, onun aracılığı ile nöbetçi memura haber verilir.
- Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.
- Ex olan hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire tarafından çıkarılır. Çene ve ayaklar bağlanır, çarşaf ile sarılır, üzerine ex kartı yazılıp, Klinik ve Yoğun Bakımlarda Ex Süreci Talimatına uygun olarak transferiyapılır.
- Çıkış evrakları(Yoğun Bakım Epikrizi, dizi pusulası, yatış-çıkış evrakı)hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.
- Hasta yakınları telefonla hastaneye çağrılır. Ex haberi verilir.
- Bilgisayardan, protokol ve tedavi defterinden çıkışı yapıлып, kat sekterine dosya teslim edilir.
- Hasta yakınına ulaşamadığında başhemşire yardımcısına ve sosyal yardım uzmanına haber verilir.

Enfeksiyonların Kontrolü ve İzlenmesi:

Yoğun bakım ünitelerinin temizliği risk düzeyine göre temizlik planına uygun yapılır.

Intravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.

Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.

Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.

Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir. Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır. Üreme olup olmadığı takip edilir.

Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastalarda enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda üç kez kan kültürü alınır.

Santral katateri olan hastaların kataterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir, takibi yapılır.

İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun gördüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir.

Üreme olup olmadığı kontrol edilir.

Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir.

Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.

Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir.

İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.

Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.

Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.

Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.

Ambular kullanım sonrası sterilizasyon ünitesine gönderilir.

Laringoskop bıçak "blade" kısımları steril edilir veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

YBÜ ziyaretçiler için geçerli kurallara uyulması sağlanır. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı olarak denetlenir.

Enfeksiyon bulguları olan hastaların üniteye girişi engellenir.

İzolasyon gereken hastalar için gerekli izolasyon önlemleri alınır.

Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Dahiliye Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

Yoğun Bakımda İzole Hasta Takibi

- Yatan hastalarda enfeksiyon gelişmesini önlemek yada var olan enfeksiyonun çalışan ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde izole etmek amacıyla, İzolasyon Yöntemleri Talimatı ve Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı'na uygun şekilde takip ve tedavisi yapılır.
- Hastanın sonuçlarına göre izolasyon sınıfı belirlenir.
- Hastanın odası ayrılır. Kapısına uygun izolasyon kartı yerleştirilir.
- Hasta tabelasına kırmızı izole hasta etiketi yapıştırılır.
- Hastanın dosyasına kırmızı etiket yapıştırılarak izole olduğu belirtilir.
- Hasta izolasyon odasında ise sürekli havalandırılır, oda Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak dezenfeksiyonu yapılır.
- Hastanın takip ve tedavisi yapılırken eldiven, maske, bone ve önlük kullanılır.
- İşlem öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanır.
- Hastanın çarşafı çamaşırhaneye giderken ayrı kırmızı poşet ile gönderilir.
- Tedavisi enfeksiyon doktoru ile görüşülerek belirlenir.
- Hastanın hekim önerisi doğrultusunda kültür, hemogram ve CRP takibi yapılır.
- Hasta hekimi, hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından takip edilir.
- Hasta taburcu olduktan sonra oda, yatak ve kullanılan malzemeler Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak temizlik yapılır.

İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

- Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi
- Narkotik, Anestezi, Psikotrop, Trombolitik ilaç devir teslim tutanağı
- Koroner Yoğun Bakım Hasta Takip ve tedavi Çizelgesi

DAHİLİ BİRİMLER YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

AMAÇ

Dahili birimler yoğun bakım ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartlarının sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için işleyişin tanımlanması.

KAPSAM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Dahili Birimler Yoğun Bakım Ünitesini kapsar.

SORUMLULAR:

- Dahili birimler yoğun bakım ünitesi sorumlu hekimi
- Dahili birimler bakım ünitesi sorumlu hemşiresi
- Dahili birimler bakım ünitesi hemşire ve sağlık memurları
- Dahili birimler bakım ünitesi tıbbi sekreter
- Dahili birimler bakım ünitesi personel (temizlik elemanları)

2. TANIMLAR

YOĞUN BAKIM: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.

UYGULAMA

HASTANIN KABULÜ

Dahili birimler Yoğun Bakım Ünitesine Hastaların Kabul Edildiği Yerler ;

- Acil Servis
- Poliklinik Muayenesi sonucunda yatışına karar verilen hastalar.
- Servisler (Klinikler)
- Dış merkez yoğun bakımlardan kabul edilen hastalar.
- Başka hastaneler.
- 112

Dahili birimler Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Kabul Kriterleri:

- Kalp yetmezlikleri
- Akciğer ödemi
- Arrest (Kardiyo Pulmoner Arrest)
- Hipertansif aciller
- Akut bronik böbrek yetmezliği
- Kronik böbrek yetmezliği
- GIS Kanama
- Endoskopi ve Kolonoskopi olucak hastalar
- Lösemi-Lenfoma
- Palyatif bakım ihtiyacı olan onkoloji hastaları
- Enfeksiyon hastalıkları(Tüberküloz-menenjit-ürosepsis-salmonella)
- Göğüs hastalıkları(Pnömoni,Akciğer ca-bronşektazi)
- Nöroloji hastaları(SVO-Myastenia gravis-parkinson)
- Genel durum bozukluğu

Dahili birimler Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarının Kabul Edilmeden yatış öncesi işlemleri:

Yatış Öncesi İşlemler 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.

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

Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

Kayıt süreci:

Poliklinik sekreteri mesai dışında ise acil hasta kabulden hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır. Protokol defterine kayıt edilir.

Yoğun bakım protokol defterine hasta kaydı yapılır.

Hekim tedavi talimatında (order) hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir.

Bilgisayara hastaya ait tedavi talimatında (order) bulunan ilaç – malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır. Hasta tanıtım bilekliği hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

HASTA RIZASININ ALINMASI:

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

KLİNİK SÜREÇLER:

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

Monitorizasyonu:

Hasta yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına hasta eşyaları teslim formu ile teslim edilir. Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvp gibi) edilir ve hayati işlevleri alınır. Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir ve kayıt edilir. Anormal bir ritm yada nabız değerleri hekime haber verilir. Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir. Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi:

12 derivasyonlu EKG si çekilir. Hastanın anamnezi alınır(ön değerlendirme formu) Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa, oksijen inhalasyonu başlanır. Hastanın yok ise iv yol açılır var ise çalışır durumda olduğu kontrol edilir. Çalışmıyorsa tekrar iv yol açılır. İhtiyaç varsa 2. Damar yolu açılır. Hastanın acil kliniğinde kanları alındı ise sonuçları takip edilir. Alınmadı ise kanları doktor istemine göre alınır ve acil laboratuvarına gönderilir. Doktoru sonuçlarını takip eder. Hastaya gerekli ise ve hastanın durumuna göre foley sonda veya prezervatif sonda takılır. Hastanın başlangıç vital bulguları alınır hasta takip formuna kaydedilir. Anormal değerler anında sorumlu hekime haber verilir.

Hastanın kan şekeri ölçümü yapılır ve sonucuna göre değerlendirme yapılır. Doktorun belirlediği order hastanın takip formuna geçilir, tedavi saatleri düzenlenir. Order uygun şekilde tedavi ve infüzyonları hazırlanarak takılır. Hasta yakınlarına hasta hakkında yeterli bilgi ve açıklama klinik doktoru tarafından verilir. Hasta yakınlarına Hasta ihtiyaç listesi verilir temini sağlatılır. Hasta yakınlarına kısaca yoğun bakım kuralları hakkında bilgi verilir. Hasta yakınları hekim tarafından tıbbi acıdan bilgilendirilir.

Bakımın planlanması ve izlenmesi:

Hastanın durumunun aciliyetine göre hastanın tedavisinin 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. Konsültasyon bilgisayara girilerek ücretlendirme ilgili hekime işlenir. Hastanın röntgen, ultrason tomografi vs. görüntüleme tetkikleri için ilgili birimlerle bağlantı kurulur, istem kağıdı hekim tarafından doldurulur. İşlem bilgisayara girilerek hastanın durumuna uygun olarak yerinde ya da 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 formuna kayıt edilir.(ağız bakımı, el – yüz bakımı, vücut bakımı ent. tüp bakımı, kataterlerin bakımı, pozisyon, postural drenaj, bası yarası, ödem, aspirasyon) Her hasta için bası yarası değerlendirme formu doldurulur. Bası yarasının derecesine ve doktor istemine göre bakımı planlanır ve yapılır. Tüm yapılan tedavi ve bakımlar yoğun bakım takip ve tedavi formuna kayıt edilir. Kontrole tabi ilaçlar nöbet tesliminden önce kontrol edilerek Narkotik- Anestezik –Psikoprop –Trombolik ilaç devir teslim defterine kayıt edilir. Kontrole tabi malzemeler nöbet tesliminden önce kontrol edilerek malzeme devir teslim tutanağına kayıt edilir. Kontrole tabi olan buzdolabı ısı göstergesi ve oda nem ve ısı göstergesi kontrolü yapılır ve tutanaga kayıt yapılır ve teslim edilir.

Nöbet değişimi sırasında nöbeti devreden hemşire, nöbeti devralan hemşirelere hastaları yatak başında ve vizit yaparak devreder. Hemşire nöbet teslim defteri doldurularak nöbet teslim edilir.

Kısıtlama gerektiren hasta bakımı:

Ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek, hastaları sakinleştirmek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendine zarar vermesini önlemek, yataga bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek, takip ve tedavinin sağlanabilmesi için, hasta hekimin onayı ile kısıtlama altına alınır.

Hasta kısıtlama talimatına uygun olarak kısıtlama rıza belgesi doldurularak alınır.

HASTANIN TRANSFERİ

Hasta yoğun bakım ünitesinden çıkış talimatlarına uygun hale geldiğinde servise nakil sağlanır.

Hasta sevk işlemleri Hasta Transfer Talimatına uygun şekilde yapılır.

Yoğun bakımda yatan hastaların herhangi bir nedenle (ileri tetkik, tedavi vb.) bir başka kuruma sevk edilmesine ilgili branş hekimi karar verir.

Hastaya ait epikriz eksiksiz olarak doldurulur.

Hastanın sevk edileceği karşı hastane ilgili branş hekimi ile hastayı sevk eden uzman hekim iletişim kurar, hasta gideceği hastaneye hasta sevk formu ile birlikte gönderilir.

Hastanın servisten diğer hastaneye hangi araçla ve nasıl gideceğine ilgili branş hekimi karar verir.

Hasta eğer yoğun bakımdan tedavisinin devamı yada tetkik için başka bir sağlık kuruluşuna sevk ediliyorsa 112 ambulansıyla gönderilir.112 komuta merkez aranarak hasta hakkında bilgi verilir ve dolduran sevk formunun faksı komuta merkeze çekilir, Hasta eve veya kendi isteğiyle sevk/taburcu oluyorsa ve hastanın durumuna göre hastane ambulansı ile gönderilir.(Hasta Sevk Ve Taburcu Talimatına göre)

Diğer kliniklere devir edilecek hastalar, devir protokolüne uygun şekilde nakli sağlanır.

Dahili birimler yoğun bakım ünitesinde 3.basamak genel yoğun bakım ünitesine nakil olacak hastaların gerekli işlemleri yapılarak nakli sağlanır.

Kurum Dışı Hasta Transferi:

yoğun bakımda tedavi edilmekte olan hastanın kurumumuzda yapılamayan ileri bir tetkik ,kendisi veya yakınlarının isteği ile başka bir sağlık kuruluşuna transferi yapılır. Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim transfer kararını verir.

Hasta ve/veya hasta yakınlarını transfer hakkında bilgilendirir.

Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim, hastanın transfer edileceği hastanede hastayı izleyecek ve tedavi edecek hekim ile sözlü ve/veya yazılı iletişime geçer.

Başka hastaneden hastanemize transfer edilecek hastalarla ilgili ambulans koşulları hastanın klinik durumuna göre oluşturulur.

Öncelikle transfer edilecek hastanenin hastanın tedavi ve bakımı için gerekli şartları sağlayıp sağlayamayacağına karar verilir. HASTA TRANSFER PROSEDÜRÜ hastanın son klinik durumu, uygulanan tedavi, ameliyat ve girişimler, hastanın tedavi ve bakımında gelecekte gerekebilecek koşulları içeren özet bir "Epikriz Formu", laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları ve "Ambulansla Hasta Transfer Formu" hastanın transfer edileceği hastaneye iletilmek üzere hasta yakını / ambulans yetkilisine verilir.

Hastanın tedavi ve bakımını üstlenecek hastaneden, şartların hazır olduğu ve hastanın kabul edilebileceğine dair sözlü onay alındıktan sonra transfer işlemine başlanır.

Hastanın hekimi transfer kararı ile ilgili sözlü onayı hasta ve/veya yakınlarından alır.

"Ambulansla Hasta Transfer Formu" / "Ambulansla sağlık kuruluşuna verilmek üzere (ilk nüshası) doldurur.

Ayrıca hastanın transfer nedeni "Hemşire İzlem Formu"na hemşire tarafından kaydedilir.

Hastanın dışarıdan getirdiği belgelerin aslı - Hastanın kendi kullandığı ilaçları, özel eşyaları teslim edilir.

Sorumlu hemşire/servis hemşiresi transferden sorumlu ambulans görevlileri ile hastanın transferi için gerekli koşul ve ekipman hakkında görüşür.

Hasta taburculuk işlemleri:

Klinik doktoru tarafından taburculuğuna karar verilen hastaların yakınlarına telefonla ulaşılarak hastanın çıkışı hakkında bilgi verilir.

Hasta taburcu ve eğitim formu doldurularak hastaya verilir.

Medikal tedavisi ve diyet programı hekim tarafından düzenlenen hastaya gerekli eğitim verilerek taburcu olması sağlanır.

Hastanın bilgisayardan ve protokol defterine çıkışı yapılır.

Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hastanemizde bulunan organ nakli komitesine bildirilir.

Hasta exitus oldu ise ex protokollerine uygun şekilde işlemler yapılır ve morga gönderilir.

Monitorizasyonu:

Hasta yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvpgibi) edilir ve hayati işlevleri alınır.

Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir ve kayıt edilir. Anormal bir ritm yada nabız değerleri hekime haber verilir.

Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir.

Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

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:

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:

Postop dönem

Serebral dönem

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

Pa O₂ <70 mmHg. FiO₂:0.21 iken

Pa CO₂>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.

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

Pulseoksimetre ile hastanın oksijen saturasyonu takip edilir.

Eloktrolit takibi yapılır.

Alığı çıkardığı izlenir.

Gerektiğinde kan gazı kontrolü yapılır.

Gerektiğinde sedasyon uygulanır.

Sık pozisyon verilir.

Respiratöre ait parametreler saatte bir hasta takip formuna kayt edilir.

Enfeksiyon riskini minumuma indirmek için:

Hasta steril tekniğe uygun şekilde aspira edilir.

Ventilatörün bakımı ve devrelerinin değişimi belirli aralıklarla yapılır.

Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

Sedasyon ve analjezi uygulanması:

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
- Midazolon
- Propofal
- Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.

Hastanın nöromüsküler blokajı ve sedasyonu gerektiği takdirde anestezi uzmanı tarafından planlanır ve takip edilir. Sedasyonlu hasta takibinde glaskow koma skalası değerlendirilmeyip sedatize olduğu belirtilir.

Ventilatördeki Hastanın Extübasyon Süreci;

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 H2O) <-10
- PH>7.30
- Solunum sayısı/dk.<45
- Dadika 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 ayrılması 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.

Skorlama Sistemleri ile Hastaların Takibi: Sadece 3. basamak yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen APACHE II ve SAPS II skorlama sistemleri ile değerlendirilir. 1. basamak yoğun bakımlar skorlama sistemleri ile değerlendirme yapmaktan muaftırlar. Çocuk yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen PRİMS III, SOFA ve PELOD skorlama sistemleri ile değerlendirilir.

Agrı değerlendirme:

Hastanın sosyo- demografik bilgilerini, hastalıklarını ve kullandığı ilaçları içeren ayrıntılı öykü alınır. Ağrı ile ilgili öyküde, ağrının yeri, şiddeti, niteliği (keskin, künt, batıcı, yanıcı, ezici, zonklayıcı vb.), başlangıç süresi, ağrıyı arttıran/ azaltan durumlar ve hastanın ağrıya yanıtına ait bilgiler alınır. Hastanın sözüne itimat edilir, hasta "ağrım var" diyorsa mutlaka değerlendirilir. Ağrıya yönelik hemşirelik bakım planı hazırlanır ve plan doğrultusunda; Ağrıya yönelik pozisyon verilir. Extiremiteler yastıkla desteklenir. Ağrıyla baş etme yolları anlatılır. Ağrı kaynaklı endişeler konuşarak giderilir. Ağrının devamlılığı kontrol edilerek hekime bilgi verilir. Doktor onayıyla analjezik uygulanır. Ağrısı, hijyenik bakımını yapmasına engel oluyorsa, protokollere uygun bakım verilir. Ağrının nedenine ve lokalizasyonuna göre sıcak ya da soğuk uygulama yapılır. Uygulamalardan sonra hayati belirtiler ve ağrı düzeyi yeniden değerlendirilir. Kullanılan malzemeler temizlenip kaldırılır. Elde edilen tüm gözlem bulguları kayıt edilir.

- Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge, hastanın kendi ifadesidir.
- Ağrı değerlendirmesi ağrı öncesi ve uygulama sonrası yapılır.
- Ağrı skoru ve hemşirelik girişimleri Ağrı Değerlendirme Formuna ve hemşire bakım planına kayıt edilir.

Düşme Riskinin Önlenmesi: 2. Ve 3. Seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş arası bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır. 1. Basamak yoğun bakımlarda yatan hastalar Düşme Riski Değerlendirme ve İzleme Formundaki kriterlere göre değerlendirilmektedir. Risk görülen durumlarda hastalar Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır.

Bası Yarası (dekübit) Takibi: Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanımlanması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için; Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracağı için hastanın pozisyonu gündüzece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir. Hastaya pozisyon verilirken uygun malzemenin kullanılması, yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışsız olmasına dikkat edilir. Sabah – akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır. Hasta belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp 30dk oturması sağlanır. Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır. Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır. Bası yarası riski olan hastalara visco elastik yatak kullanılır. Enteral parenteral beslenme iyi şekilde sağlanır.

Nütrisyon Takibi: Gerek hastalığı iyileştirebilmek, gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı komplikasyonları ortadan kaldırmak için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmekte bu nedenle beslenme desteği yapılmaktadır.

Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır.

- Önceden varolan malnütrisyonun önlenmesi,
- Daha ileri düzeyde kayıpların önlenmesi,
- Katabolizma etkilerinin en aza indirilmesi,
- Katabolizmayı önlemek,
- Mortalite ile komplikasyon oranlarını azaltmak

Kimlere başlanır:

İdeal vücut ağırlığının %80'ine sahip veya son 6 ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybeden, Serum albumini 3 g/dl altında olan

Serum transferin 150 mg/dl altında olan,

Derinin antijenik uyarılara cevabı azalmış,

Lenfosit sayısı 1200 den az olan hastalar Nutrisyonel destek almalıdır.

Metabolik asidoz

Respiratuar asidoz

Hipoperfüzyon

Hipovolemi

Şok Düzeltilmeden Nutrisyonel Destek Tedavisi Başlatılmamalıdır.

Hastanın hekimi tarafından Nutrisyon uygulanacak yolun belirlenmesinin ardından (Oral Nutrisyon, Enteral Nutrisyon (EN), Parenteral Nutrisyon (PN), Kombine Nutrisyon (oral-ental, enteral-parenteral) Hastanın günlük alması gereken kalori miktarı, verilecek nutrisyon ürünü, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar karşısında günlük öneri verilmektedir. İlk 24-48 saatte enteral beslenemeyen hastalara parenteral beslenme başlanır. En kısa dönemde tekrar enteral nütrisyon hedeflenir, Tüm besinleri içeren hazır birleşim preparatları tercih edilir ve hedef kalori ihtiyacına ulaşılmaya çalışılır. 24 saatlik infüzyon halinde verilen TPN sırasında sıvı, elektrolitler, eser elementler, vitamin ve glutamin desteği dikkatle değerlendirilir. Hangi yolla beslenirse beslensin, beslenme tedavisi için ortaya konan hedeflere ulaşma durumunun belirlenmesi ve uygulanan tedavinin olası komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla yakın ve kapsamlı, klinik ve laboratuvar izlem uygulanır. Tedavi hedefleri ve sonuçları kararlı duruma geçene kadar, bu veriler güncellenir.

Enteral Beslenme Yöntemleri

Bolus beslenme: Her 3-4 sa bir 200-300ml, 30 dk aşacak şekilde. 350 ml'den fazla önerilmez. İnfüzyon ile beslenme: 20cc/sa infüzyon başlanır, 4 saatte bir gastrik rezidü bakılır, rezidü<150-250ml doz iki katına çıkarılarak arttırılır. Hedef 80-120ml/sa, 24 saat devamlı

Periyodik beslenme: Barsak istirahati ve postabsorptif süreye izi verecek şekilde periodik aralıklı beslenme Seçilen solüsyon ve hastanın gereksinimlerini karşılayacak miktar belirlenir Sulandırmadan, 25-50 ml/saat ile başlanır.

Enteral beslenme sırasında hastanın başını en az 30-45 0 yükselt

Sorun çıkmadığı sürece her 8-12 saatte bir infüzyon hızının iki katına çıkılır veya her 8 saattebir 10 ml artırılır

Gastrointestinal intolerans (karın ağrısı, bulantı, diyare, distansiyon) gelişirse bir adım geri dönülür, sorun düzeldikten sonra tekrar artırılır

Hedef miktara ulaşıncaya kadar gerekli ilaveler ek olarak parenteral yolla yapılır.

İnvazif İşlemler

- İntravenöz katater
- Entübasyon
- İdrar sondası
- Santral ven kataterizasyonu
- Femoral ve brakial sheat
- Gecici diyaliz kateteri
- Nazogastirik sonda
- Total parenteral nütrüsyon
- Terakeostomi
- Gecici kalp pili
- Derin nazal oksijen kanülü
- Arteriyel kateterizasyon

Rehabilitasyon Süreci

Hastaların yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini de artırmayı hedeflemektedir.

Entübe hastalar hareket kabiliyetleri kısıtlandığı için sürekli yatmaya bağlı bası yaraları oluşmakta bu hastalarda fizyoterapistler ile iletişime geçilerek konsulte edilir. Beslenme düzeni oluşturmak için anestezi doktorlarına ve diyetisyenlere danışılmaktadır. Entübe hastalar ve yoğun bakım hastaları yaşamlarının bir cihaza ve tanımadıkları sağlık personeline bağlı olduğunu düşünürler ve ölüm olasılığını da yakından hissederler. Bu duygu, streslerini artırır. Hatta bu durum yoğun bakım psikozuna girmelerine de neden olabilir. İyi iletişim kurulan ve gereksinimleri karşılanan hastaların yoğun bakım psikozuna girme riski de azalmaktadır. Bu sebeple psikiyatri doktorlarından da yardım alınmaktadır.

Terminal Dönem Hasta Takibi

Hastalarımızın her gün fiziksel bakımı (ağız bakımı, vücut banyosu, cilt bakımı, pozisyonlar, perinal bakım) yapılır. Ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı, Ağrıyı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmayı ya da rahatlatmayı sağlayacak analjezikler ve tıbbi tedavi uygulanır. Kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, Bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmeyi, son anlarında ailesiyle görüştürerek psikolojik rahatlığı saygıdeğer ya da itibarlı bir şekilde ölümünü sağlamak amaçlanır.

Hemşirenin terminal dönemdeki hasta yakınlarına yaklaşımı

Aile bireylerinin yaşadıkları duyguların doğal olduğunu anlamalarına yardımcı olur,
Hasta ailesi etkin dinlenir, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri için desteklenir,
Ailenin mümkün olduğu kadar hasta bakımına katılması sağlanır,
Hastanın hastalığı hakkında aileye açıklayıcı bilgiler verir,
Hasta ailesine bilgi verilirken tıbbi terimlerden uzak, açık ve anlaşılır bir dil kullanır,
Hastanın şikâyetlerinin giderildiği ve bakımının en iyi şekilde yapıldığı hakkında onlara güvence verir, Hastanın geçireceği evreler aileye anlatılır,
Hastanın görünüşüne özen gösterilir,

Hasta ailesinin öfkesi anlayışla karşılanır,
Zor kararlarda aileye yardım edilir. Beyin ölümü gerçekleşikten sonra organ bağı, vasiyet gibi kararların alınmasında destek olunur,
Ölüm haberi uygun ortamda verilir ve aşırı duygu yüklü ifadeler kullanılmaz,
Ölüye fiziksel bakım verildikten sonra ailenin görmesi sağlanır,
Güven duygusunu zedelememek için elden gelen tüm çabaların gösterildiği söylenir
Aile, gerekirse destek gruplarına yönlendirilir,
Ölen hastanın yası anlayışla karşılanır.Şiddetli kontrol yitimi olmadıkça sedatif verilmemeli, yaslarını yaşamalarına müsaade edilmelidir.

Exitus Süreci:

Hekim tarafından ex olduğu tespit edildikten sonra;

- Ex gündüz olmuş ise morga, gece ve hafta sonu olmuş ise nöbetçi süpervisor bilgilendirilir, onun aracılığı ile nöbetçi memura haber verilir.
- Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.
- Ex olan hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire tarafından çıkarılır. Çene ve ayaklar bağlanır, çarşaf ile sarılır, üzerine ex kartı yazılıp, Klinik ve Yoğun Bakımlarda Ex Süreci Talimatına uygun olarak transferiyapılır.
- Çıkış evrakları(Yoğun Bakım Epikrizi, dizi pusulası, yatış-çıkış evrakı)hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.
- Hasta yakınları telefonla hastaneye çağrılır. Ex haberi verilir.
- Bilgisayardan, protokol ve tedavi defterinden çıkışı yapılıp, kat sekterine dosya teslim edilir.
- Hasta yakınına ulaşılamadığında başhemşire yardımcısına ve sosyal yardım uzmanına haber verilir.

Enfeksiyonların Kontrolü ve İzlenmesi:

Yoğun bakım ünitelerinin temizliği risk düzeyine göre temizlik planına uygun yapılır.
İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.
Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.
Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.

Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir. Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır. Üreme olup olmadığı takip edilir.

Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastalarda enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda üç kez kan kültürü alınır.

Santral katateri olan hastaların kataterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir, takibi yapılır.

İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun gördüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir.

Üreme olup olmadığı kontrol edilir.

Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir.

Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.

Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir.

İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.

Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.

Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.

Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.

Ambular kullanım sonrası sterilizasyon ünitesine gönderilir.

Laringoskop bıçak "blade" kısımları steril edilir veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

YBÜ ziyaretçiler için geçerli kurallara uyulması sağlanır. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı olarak denetlenir.

Enfeksiyon bulguları olan hastaların üniteye girişi engellenir.

İzolasyon gereken hastalar için gerekli izolasyon önlemleri alınır.

Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Dahiliye Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

Yoğun Bakımda İzole Hasta Takibi

- Yatan hastalarda enfeksiyon gelişmesini önlemek yada var olan enfeksiyonun çalışan ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde izole etmek amacıyla, İzolasyon Yöntemleri Talimatı ve Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı'na uygun şekilde takip ve tedavisi yapılır.
- Hastanın sonuçlarına göre izolasyon sınıfı belirlenir.
- Hastanın odası ayrılır. Kapısına uygun izolasyon kartı yerleştirilir.
- Hasta tabelasına kırmızı izole hasta etiketi yapıştırılır.
- Hastanın dosyasına kırmızı etiket yapıştırılarak izole olduğu belirtilir.
- Hasta izolasyon odasında ise sürekli havalandırılır, oda Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak dezenfeksiyonu yapılır.
- Hastanın takip ve tedavisi yapılırken eldiven, maske, bone ve önlük kullanılır.
- İşlem öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanır.
- Hastanın çarşafı çamaşırhaneye giderken ayrı kırmızı poşet ile gönderilir.
- Tedavisi enfeksiyon doktoru ile görüşülerek belirlenir.
- Hastanın hekim önerisi doğrultusunda kültür, hemogram ve CRP takibi yapılır.
- Hasta hekimi, hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından takip edilir.
- Hasta taburcu olduktan sonra oda, yatak ve kullanılan malzemeler Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak temizlik yapılır.

İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

- Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi
- Narkotik, Anestezi, Psikotrop, Trombolitik ilaç devir teslim tutanağı
- Dahili birimler Yoğun Bakım Hasta Takip ve tedavi Çizelgesi

KALP DAMAR CERRAHİSİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

AMAÇ: Kalp ve Damar Cerrahi (KDC) Yoğun Bakım Ünitesine yatış kriterleri taşıyan hastaların yatışından itibaren tedavi, takip ve bakım hizmetlerini etkin ve kaliteli hale getirecek yöntemler belirlemek, verilen sağlık hizmetini en üst düzeye çıkarmaktır

KAPSAM: Bu prosedür, Kalp ve Damar Cerrahi (KDC) Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edilen hastaların bakım ve tedavisine yönelik faaliyetleri kapsar.

SORUMLULAR:

KDC Hekimleri

KDC sorumlu hemşiresi

KDC hemşireleri

Anestezi hekimi ve anestezi teknisyeni

Ameliyathane hemşireleri

TANIMLAR:

KDCYB : Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım

CABG: Koroner Arter By-pass Greft

MVR: Mitral Kapak Replasmanı

VT: Ventriküler Taşikardi

AF: Atrial Fibrilasyon

BT: Bilgisayarlı Tomografi

EKG: Elektrokardiyografi

NG: Nazogastrik Sonda

PN: Parenteral Nutrisyon

AVR: Aort Kapak Replasmanı

VF: Ventriküler Fibrilasyon

SVT: Supraventriküler Taşikardi

CPR: Kardiyopulmoner Resüstasyon

MR: Manyetik Rezonans

KOAH: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı

EN: Enteral Nutrisyon ,

HASTANIN KABULÜ:

KDC Yoğun Bakım Ünitesine Hastaların Kabul Edildiği Yerler;

- Acil Servis
- Poliklinik Muayenesi sonucunda yatışına karar verilen hastalar.
- Servisler (Klinikler)

- Başka hastaneler.(Acil servis aracılığı ile)
- Koroner Anjiyografi, Anjiyo Laboratuvarından
- Koroner yoğun bakımdan
- KDC ameliyathanesinden

KDCYB Hasta Kabul Kriterleri

Hasta kabulü “**KDC Yoğun Bakım Kabul Kriterleri**”ne uygun olarak yapılır.

Ameliyathaneden: Kardiyovasküler ameliyat geçirmiş olan hastalar. KDCYB’ına yatırılırlar.

Yatan Hasta Katından: Koroner by-pass ameliyatı(CABG), kalp kapağı değişimi/tamiri ameliyatları(AVR-MVR), aort cerrahisi ameliyatları, konjenital kalp ameliyatları, periferik damar hastalığı nedeniyle ameliyat uygulanmak üzere servise yatırılan, preoperatif hazırlıkları sırasında medikal tedaviye yanıtız göğüs ağrısı gelişen koroner arter hastaları acil girişim öncesi KDCYB’ına alınır.

Açık kalp ameliyatı geçirmiş ve postoperatif erken dönem sonrası servise çıkarılmış hastalar; genel durum bozukluğu olan, renal sistemde problemi gelişen (oligüri, anüri, şiddetli elektrolit imbalansı, idrar çıkış hızının 0.5ml/kg/saatın altına düşmesi vb.), solunum sıkıntısı gelişen veya reentübasyon gereken hastalar, düşük kalp debisi sendromu, hemodinamik bozukluk oluşturan hızlı ventrikül cevaplı AF ya da SVT atakları, bilinç değişiklikleri, pleji ya da parezi gelişimi, VF ya da tekrarlayan CABG atakları, perikardiyal effüzyon/tamponad, pnömotoraks varlığında KDCYB’ına alınarak tedavi edilirler.

Koroner Anjiyografi, Anjiyo Laboratuvarından: Koroner anjiyografi ve invaziv işlemler sırasında; akut iskemiye yol açan koroner arter diseksiyonu gelişimi, koroner arter içinde guide-wire kırılması/kopması, açılmamış stent kalması, koroner rüptür sonrası hemodinamiyi bozan tamponad oluşması durumunda ve acil operasyon kararı alınan hastalar ameliyat öncesi KDCYB’ına alınır.

Acil Servisten: Açık kalp ameliyatı geçirerek taburcu edilmiş olan ya da ameliyat randevusu verilmiş hastalardan kardiyak sorunları nedeniyle acil servise başvuranlar (CPR uygulananlar stabil olduktan sonra) tedavi için KDCYB’ına alınır. Aort diseksiyonlu hastalar BT ve MR sonrası stabil durumda iseler ameliyat öncesi KDCYB’ına alınarak hazırlanırlar

KVC Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarının Kabul Edilmeden Yatış Öncesi İşlemleri:

Yatış Öncesi İşlemler 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.

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

Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

Hasta ameliyathaneden gelecek ise yatağına alınarak yoğun bakıma gelir.

Kayıt süreci:

Mesai saatlerinde kat sekreteri mesai dışında ise acil hasta kabulden hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır.

Hekim tedavi talimatında (order) hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir.

Bilgisayara hastaya ait tedavi talimatında (order) bulunan ilaç – malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır.

Hasta tanıtım bilekliği hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

HASTA RIZASININ ALINMASI:

Yoğun bakım hasta bildirim ve onam belgesi hastanın şuuru açıksa kendisine, kapalı ise yakınlarından birisine (mümkünse birinci derece yakınına, birinci derece yakını yok ise yakınlık derecesine göre en yakınına) doldurtularak imzalatılır.

Eğer hastanın yanında hasta yakını yok veya ulaşılamıyor ise onam formu hastanın bilinci açıksa hastaya, bilinci kapalı ise tedavi eden doktor, sorumlu hemşire veya nöbetçi hemşire ile birlikte yakınının olmadığı belirtilerek imzalanır.

Hastaya operasyon planlanıyor ise işleme özel onam imzalatılır.

İmza veren kişi okuyup anladığını ve kabul ettiğini kendi el yazısı ile belirtir.

KLİNİK SÜREÇLER:

KDC YB ünitesinde 8 yatak bulunmaktadır. 7 gün 24 saat hasta kriterlerine uygun, hastaların kabulü ve takibi yapılır.

Monitorizasyonu:

Hasta cerrahi yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır.

Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize edilir ve hayati işlevleri alınır.

Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir ve kayıt edilir. Anormal bir ritm ya da nabız değerleri hekime haber verilir.

Pulse oksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Açık kalp ameliyatı olan hastalarda hasta yatağı ile gelir ve ilk olarak arter monitörizasyonu yapılarak tansiyonu görülür.

HASTANIN TIBBİ BAKIM İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ:

Hasta açık kalp ameliyatı olduysa;

Hasta ameliyat salonundan çıkacağı zaman anestezi teknisyeni tarafından yoğun bakım hemşirelerine haber verilir. Yoğun bakım hemşiresi, hasta için gerekli olabilecek malzemelerin (ısıtıcı battaniye, aspiratör, ventilatör, monitör vb.) çalışır durumda olmalarını sağlar, gerekli ayarlamaları yapar ve ortamı hazırlar.

Önceden hazırlanmış olan hasta yatağı, ameliyathane yardımcı personeli tarafından ameliyathaneye götürülür.

Hasta ameliyathaneden yoğun bakım yatağına alınmış, ambuya bağlanarak vital bulguları ve solunumu takip edilerek anestezi teknisyenleri/anestezist, KDC hekim ve yardımcı personel ile birlikte KDCYB'ına alınır.

KDCAD-YB'ına gelen hasta, KDCYB hemşiresi tarafından ventilatöre ve monitöre bağlanır. Vital bulguları izlenerek

“Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”na kaydedilir.

Ameliyathaneden gelen hastanın yoğun bakıma kabulü, en az iki hemşire ve bir yoğun bakımı hekimi ile birlikte yapılır.

Anestezi Teknisyeni / 1. Hemşire:

Hastayı transport respiratörden ayırıp, mod'ları ayarlanmış ve kontrol edilmiş respiratöre bağlar.

Akciğerlerin havalanıp havalanmadığına, respiratörde ve hastada problem olup olmadığına dikkat eder.

Dren şişeleri; hasta üzerinden alınır, klemp açılır, hastanın vücudundan çıkış yönüne göre ayrılarak zemine bırakılır.

Drenaj şişesinin bacasının açıklığını kontrol eder. Kapalı ise açar.

Toraks ve mediasten drenaj sistemini negatif basınca bağlar.

Drenaj miktarını kaydeder. Dren şişelerinin seviyesini gerekirse işaretle.

Drenaj hortumlarını tıkanmamasını sağlar.

2 adet dren şişesi var ise 1 ve 2 olarak numaralandırarak **“Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”na kaydeder** miktarını kontrol eder.

İdrar torbasının klemp açılarak yatak kenarına tespit edilir.

Hastanın vücut ısısının ısıtıcı battaniye ile normale dönmesini sağlar yatak başı 45 ve 60 derece arasında olacak şekilde hasta yatağını ayarlar.

Kan ve kan ürünlerinin gerekli olup olmadığını öğrenir, gerekiyorsa teminini **“Kan ve Kan Bileşenlerinin İstemi ve Uygulanması Prosedürü”ne** uygun olarak sağlar.

2. Hemşire:

Öncelikli olarak arter monitörizasyonunu yaparak **“Monitörizasyon Talimatına”** göre monitörize eder. EKG, 1.basınç transduceri, 2.basınç transducerini yerleştirip tüm parametrelerin en kısa sürede ve yanlışsız görülmesini sağlar.

Anestezi hekimi veya anestezi teknisyeninden hastayı teslim alır. Teslim esnasında anestezi hekimi veya teknisyeni; hastanın geçirdiği ameliyat, ameliyat esnasında vital bulguların seyri, geçirilmiş hastalık, kısa anamnez, özel takip gerektiren durumlar, total sirkülatauar arrest yapılan hastalarda bilinç durumu ve ekstremiteler hareketleri, ameliyat esnasında kan gazlarının seyri, akciğerlerin durumu ve solunum problemleri, nörolojik problemler, kan ve kan ürünü kullanımı (taze kan, yedek kan kullanımı ve pompa kanı), hastanın kanamaya olan eğilimi, protamin açığı, elektrolit dengesi, ameliyat esnasında herhangi bir inotrop ya da vazodilatör ajan kullanılıp kullanılmadığı, ve ameliyathane dengesi vb. konularda bilgi verir.

Ameliyathaneden perfüzlere takılı gelen infüzyonları, infüzyon hatlarını ve takılı olduğu üçlü muslukların açıklığını kontrol eder. Hekim tarafından istemi yapılmış olan idame sıvısı santral venöz katetere takar. Yeni istemi yapılan sıvı, infüzyon ve elektrolit replasmanlarını uygular. İlaç uygulamalarını 8 doğru kuralına uygun olarak yapar, pozitif inotropik etkili ya da güçlü vazodilatör ilaçların tek bir hattan gönderilmesini sağlar, bu hattan hızlı infüzyonu engelleyerek ilaçların kontrolsüz gitmesini önler.

Hekim tarafından istemi yapılan diğer tedavileri düzenler ve uygular.

Kan gazı için veya diğer laboratuvar tetkikleri için kan alır. **“Kan Gazı Ölçüm ve Cihaz Kullanım Talimatı”na** uygun olarak ölçüm yapılır, sonuç çıktıları hasta dosyasına koyar sonuca göre değişiklikleri formda belirtir.

Hastaya ait tüm bulguları **“Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”na** kaydeder.

Yeni yatışı olan hastalar için;

KDCYB hemşiresi, yatacak hasta ile ilgili ön bilgileri alarak gerekli hazırlığı yapar. İzolasyona alınan hastaların bakımı **“İzolasyon Prosedürü”**ne uygun olarak yapılır.

Hasta KDCYB'ına getirildiğinde yatağına alınır, kıyafetleri, varsa takıları çıkartılır hasta etejerine yerleştirilir. Değerli eşyaları **Hasta Eşyaları Teslim Formu** doldurularak hasta yakınlarına teslim edilir.

Hasta kimlik bilgileri ve kol bandı kontrol edilir. Takılmamışsa **“Kimlik Belirleme Talimatı”**na uygun olarak takılır. Hasta uyanık durumda ise her işlemden önce işbirliğini sağlamak için bilgi verilir.

Hasta **Monitörizasyon Talimatı’na** göre monitörize edilir.

Hastanın vital bulguları değerlendirilerek sonucu **“Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”**na kaydedilir. Entübe takip edilen hastaların vital bulguları 30 dk. bir, diğer hastaların 60 dk. bir takip edilir.

Aldığı çıkardığı takibi yapılır.

Damar yolu açık değil ise **“Branül Takılması, Bakımı, Çıkarılması ve Talimatı”**na uygun olarak açılıp, hekim istemine göre uygun sıvı tedavisi başlanır. İstenilen tahlil var ise kan örneği alınarak laboratuara gönderilir.

Arter kateterizasyonu yapılacak ise **“Arteriyal Kateterizasyon ,Kan Örneği Alma, Bakımı ve Çıkarılması Talimatı”**na uygun yapılır.

Santral venöz kateterizasyonu yapılacak ise **“Santral Venöz Kateter Takılması, Kan Alma, Bakımı ve Çıkarılması Talimatı”**na uygun yapılır.

Üriner kateterizasyon yapılacak ise **“Üriner Kateterizasyon Talimatı”**na uygun yapılır.

Hastanın EKG’si çekilerek genel durumuna göre uygun pozisyon verilir.

Hastanın bilinci açık ise **Hasta Ön Değerlendirme Formu** doldurulur. Bilinci kapalı ve entübe olan hastaların **Hasta Ön Değerlendirme Formu** yakınlarından bilgi alınarak doldurulur.

Hasta entübe ve ventilatöre bağlı ise bakımı **“Ventilatöre Bağlı Hastaya Bakım Talimatı”**na uygun olarak yapılır.

Hasta yoğun bakımda entübe edilecek ise uygun hazırlık yapıp hekim asiste edilir.

Düşme riski olan hastalarda **“Hasta Düşmelerini Önleme Talimatı”**na uygun davranılır.

Basınç yarası oluşmaması için **“Basınç Yaralarının Önlenmesi, Değerlendirilmesi ve Bakımı Prosedürü”** ne uygun hareket edilir.

Kısıtlama uygulanan hastalarda **“Kısıtlama Uygulama Talimatı”**na uygun davranılır.

Bilinç durumuna göre gerekli ise hasta, Glasgow Koma Skalası ile değerlendirilip **“Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”**na kaydedilir.

Dolaşım takibi yapılması gereken ekstremitelerin nabızları kontrol edilerek Kalp **“Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hasta Takip Formu”** na kayıt edilir.

Pnömotorax veya plevral effüzyon gelişen hastalara **“Göğüs Tüpü Takılması Talimatı”**na uygun olarak hazırlık yapılarak hekim asiste edilir.

Hastanın diyeti KDCYB hekimi veya hemşiresi tarafından belirlenip, elektronik hasta kaydına girilerek takibi yapılır.

Hastadan alınması gereken kültür antibiyogram varsa **“Mikrobiyolojik Örnek Alma Talimatı”**na uygun olarak alınır ve laboratuvara gönderilir.

Günlük gereksinimlerini karşılayamayan hastalara **“Temel Hijyen Talimatı”** doğrultusunda bakım verilir. Planlanan bakımlar **“Hasta Bakım Planı Talimatı”**na uygun olarak **Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı Yoğun Bakım Hasta Takip Formu’na** kaydedilir.

Hastaya kullanılacak sarf malzemeler elektronik hasta kaydına girilerek hasta üzerine işlenir ve hastane tıbbi malzeme biriminde hazırlanarak KDCYB personeli tarafından KDCYB’a getirilir.

KDCYB’da tedavi ve izlem sürecindeki hastalarda yaşam belirtileri azalmış ya da kaybolmuşsa KDC ekibi tarafından **“Kardiyopulmoner Resüsitasyon Prosedürü”**ne uygun olarak gerekli müdahaleler yapılır.

Hemşirelik bakımının sürekliliğini sağlamak için nöbet teslimleri **“Nöbet Değişiminde Hasta ve Servis Teslim Talimatı”**na göre hasta başında yapılır.

Nöbet teslimi:

KDC Yoğun bakımda nöbet teslimi 08.00 ‘ de ve 16.00’ da yapılır.

Her gün saat 08.00’de ve 16:00 vardiyadaki hemşireler tarafından hastalar *sorumlu hemşireye* ve vardiyaya gelen hemşirelere hasta başında **Kalp damar cerrahisi Yoğun Bakım Hasta Takip Formu** üzerinden bütün ayrıntıları ile teslim edilir.

Sorumlu hemşire veya kıdemli hemşire tarafından hemşirelerin hasta paylaşımı yapılır.

Servis ile ilgili rutin kontroller her vardiyada belirlenen hemşire tarafından yapılır ve kaydedilir (Buzdolabı ısı kontrolü, demirbaş malzeme vb.).

Her vardiyada belirlenen hemşire tarafından yoğun bakımdaki narkotikler sayılır ve **Narkotik İlaç Devir Teslim Formuna’na** kaydedilir.

Yoğun bakımda bulunan acil çantası ve acil arabası her vardiyada kontrol edilir **Acil Arabası Kontrol Formu'na** kaydedilir. Demirbaş malzeme kontrolü yapıp sayımı yapılır **Malzeme Teslim Tunağına** kayıt edilir.

KVC Yoğun Bakım Ünitesinde yatan hastalar yoğun bakım hekimi tarafından günde en az iki kez ve gerektiğinde yoğun bakım hemşiresi ile birlikte değerlendirilir.

Tedavi ve Tetkiklerin İstemleri

Tedavi istemleri **Kalp Damar Cerrahisi Yoğun Bakım Hasta Takip Formu'**nun DİREKTİFLER kısmına KDC hekimi tarafından yazılır.

İstemlerin yazılmasında tarih, saat, ilaçların isimleri, farmasotik şekilleri, dozları, veriliş yolları, hekim adı mutlaka belirtilir.

Doktor tarafından yapılan ilaç istemleri formun İLAÇ UYGULAMALARI bölümüne hemşire tarafından geçirilerek saatleri planlanır.

İstemler tatil günleri dâhil olmak üzere günlük olarak düzenlenir.

Hastanın beslenme şekli hekimi tarafından belirlenerek hastanın hemşiresine bildirilir, yoğun bakım hemşiresi tarafından günlük diyeti düzenlenir. Enteral veya parenteral beslenme yapılan hastalar için ise yazılan istem uygulanır.

Hastadan istenen radyolojik tetkiklerin organizasyonu asistan doktor tarafından yapılır. Probel üzerinden istemini yapar radyoloji bölümü ile bağlantı kurarak yatak başında ya da radyoloji Ünitesinde yapılması gereken tetkikler için randevu alınır.

Konsültasyon istemleri probel üzerinden ilgili bransa hekim tarafından yapılır.

Yapılan konsültasyona ilişkin tedavi protokolü hakkında, ilgili konsültasyon hekimi hastanın hekimine bilgi vererek probel üzerinden önerilerini belirtir. Önerilen tedavileri KDC hekimi düzenler ve takibini yapar.

Konsültan hekim tarafından tedavi öncesi herhangi bir tetkik istenmesi halinde, istemi KDC hekimi yapar. Tetkiklerin sonuçları KDC hekim tarafından takip edilir ve konsültan hekim ile birlikte hastaya ait tedavi planlanır. Bransa ait spesifik ilaç kullanımı branş hekiminin imzası ile isteme eklenir.

Ziyaretçi:

KDCYB ünitesine hasta ziyaretçileri **Kalp Cerrahisi Yoğun Bakımı Ziyaretçi Giriş Çıkış Kuralları** talimatına göre yapılır. Ziyaretçiler bekleme salonunda bekletilirler. .

Hekim ve sorumlu hemşire tarafından hasta yakınları, hastanın durumu hakkında bilgilendirilirler.

Hasta ve yoğun bakım ünitesi uygun olduğunda hasta yakınlarının hemşire eşliğinde hastayı görmesi sağlanır.

Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

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 O₂ <70 mmHg. FiO₂:0.21 iken

Pa CO₂>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 şifte 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.
- ✓ Gerekliğinde kan gazı kontrolü yapılır.
- ✓ Gerekliğinde 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.
- ✓ Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

Sedasyon ve analjezi uygulanması:

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
- ✓ Midazolon
- ✓ Propofal
- ✓ Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.
- ✓ Hastanın nöromüsküler blokajı ve sedasyonu gerektiği takdirde anestezi uzmanı tarafından planlanır ve takip edilir.

✓ Ventilatördeki Hastanın Extübasyon Süreci;

- ✓ 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
- ✓ İspirasyon gücü (cm H₂O) <-10
- ✓ PH>7.30
- ✓ Solunum sayısı/dk.<45
- ✓ Dadika ventilasyonu (1/dk)<18
- ✓ Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden ayrılması T parçası ile spontan solunum CPAP-PSV modu ile olur. T parçası ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir. Her defasında ventilatörden ayrılması 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.

SKORLAMA SİSTEMLERİ İLE HASTALARIN TAKİBİ:

KDCYBÜ ' sinde Hastalık Şiddeti ve tahmini mortalite açısından Euro SCORE elektronik ortam üzerinden doldurulur.

Düşme Riskinin Önlenmesi:

KDCYB düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek **Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına** göre gerekli önlemler alınır.

Bası Yarası (dekübit) Takibi:

KDCYB bası ülseri riski açısından değerlendirilir.

Risk ölçeği olarak **Braden Risk Değerlendirme Ölçeği** kullanılır.

"Basıç Yaralarının Önlenmesi, Değerlendirilmesi ve Bakımı Prosedürü" ne uygun olarak gerekli müdahale yapılır.

İnvazif İşlemler

- ✓ İntravenöz katater
- ✓ Entübasyon
- ✓ İdrar sondası
- ✓ Santral ven kataterizasyonu
- ✓ Sheet
- ✓ Nazogastirik sonda
- ✓ Total parenteral nütrüsyon
- ✓ Terakeostomi
- ✓ Arteriyel kateterizasyon

Rehabilitasyon Süreci

Hastaların yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini de artırmayı hedeflemektedir.

Entübe hastalar hareket kabiliyetleri kısıtlandığı için sürekli yatmaya bağlı bası yaraları oluşmakta bu hastalarda fizyoterapistler ile iletişime geçilerek konsulte edilir. Beslenme düzeni oluşturmak için anestezi doktorlarına ve diyetisyenlere danışılmaktadır. Entübe hastalar ve yoğun bakım hastaları yaşamlarının bir cihaza ve tanımadıkları sağlık personeline bağlı olduğunu düşünürler ve ölüm olasılığını da yakından hissederler. Bu duygu, streslerini artırır. Hatta bu durum yoğun bakım psikozuna girmelerine de neden olabilir. İyi iletişim kurulan ve gereksinimleri karşılanan hastaların yoğun bakım psikozuna girme riski de azalmaktadır. Bu sebeple psikiyatri doktorlarından da yardım alınmaktadır.

Nütrisyon Takibi

Gerek hastalığı iyileştirebilmek, gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı komplikasyonları ortadan kaldırabilmek için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmekte bu nedenle beslenme desteği yapılmaktadır. Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır.

- Önceden varolan malnütrisyonun önlenmesi,
- Daha ileri düzeyde kayıpların önlenmesi,
- Katabolizma etkilerinin en aza indirilmesi,
- Katabolizmayı önlemek,
- Mortalite ile komplikasyon oranlarını azaltmak

Hastanın hekimi tarafından Nutrisyon uygulanacak yolun belirlenmesinin ardından (Oral Nutrisyon, Enteral Nutrisyon (EN), Parenteral Nutrisyon (PN), Kombine Nutrisyon (oral-enteral, enteral-parenteral) Hastanın günlük alması gereken kalori miktarı, verilecek nutrisyon ürünü, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar karşısında günlük öneri verilmektedir. İlk 24-48 saatte enteral beslenemeyen hastalara parenteral beslenme başlanır. En kısa dönemde tekrar enteral nütrisyon hedeflenir, Tüm besinleri içeren hazır birleşim preparatları tercih edilir ve hedef kalori ihtiyacına ulaşılmaya çalışılır. 24 saatlik infüzyon halinde verilen TPN sırasında sıvı, elektrolitler, eser elementler, vitamin ve glutamin desteği dikkatle değerlendirilir. Hangi yolla beslenirse beslensin, beslenme tedavisi için ortaya konan hedeflere ulaşma durumunun belirlenmesi ve uygulanan tedavinin olası komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla yakın ve kapsamlı, klinik ve laboratuvar izlem uygulanır. Tedavi hedefleri ve sonuçları kararlı duruma geçene kadar, bu veriler güncellenir.

Terminal Dönem Hasta Takibi

Hastalarımızın her gün fiziksel bakımı (ağız bakımı, vücut banyosu, cilt bakımı, pozisyonlar, perinal bakım) yapılır. Ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı, Ağrıyı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmayı ya da rahatlatmayı sağlayacak analjezikler ve tıbbi tedavi uygulanır. Kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, Bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmeyi, son anlarında ailesiyle görüştürerek psikolojik rahatlığı saygıdeğer ya da itibarlı bir şekilde ölümünü sağlamak amaçlanır.

Exitus Süreci:

Hekim tarafından ex olduğu tespit edildikten sonra;

- ✓ Ex gündüz olmuş ise morga, gece ve hafta sonu olmuş ise nöbetçi süpervisor bilgilendirilir, onun aracılığı ile nöbetçi memura haber verilir.
- ✓ Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.
- ✓ Ex olan hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire tarafından çıkarılır. Çene ve ayaklar bağlanır, çarşaf ile sarılır, üzerine ex kartı yazılıp, Klinik ve Yoğun Bakımlarda Ex Süreci Talimatına uygun olarak transferi yapılır.
- ✓ Çıkış evrakları (Yoğun Bakım Epikrizi, dizi pusulası, yatış-çıkış evrakı) hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.
- ✓ Hasta yakınları telefonla hastaneye çağrılır. Ex haberi verilir.

- ✓ Bilgisayardan, protokol ve tedavi defterinden çıkışı yapıp, kat sekterine dosya teslim edilir.
- ✓ Hasta yakınına ulaşılamadığında başhemşire yardımcısına ve sosyal yardım uzmanına haber verilir.

Enfeksiyonların Kontrolü ve İzlenmesi

Yoğun bakım ünitelerinin temizliği risk düzeyine göre temizlik planına uygun yapılır.

İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.

Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.

Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.

Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir. Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır. Üreme olup olmadığı takip edilir. Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastalarda enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda üç kez kan kültürü alınır.

Santral katateri olan hastaların kataterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir, takibi yapılır.

İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun gördüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir. Üreme olup olmadığı kontrol edilir. Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir.

Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.

Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir.

İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.

Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.

Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.

Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.

Ambular kullanım sonrası sterilizasyon ünitesine gönderilir. Laringoskop bıçak "blade" kısımları steril edilir veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

YBÜ ziyaretçiler için geçerli kurallara uyulması sağlanır. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı olarak denetlenir.

Enfeksiyon bulguları olan hastaların üniteye girişi engellenir. İzolasyon gereken hastalar için gerekli izolasyon önlemleri alınır.

Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Dahiliye Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

Yoğun Bakımda İzole Hasta Takibi

- ✓ Yatan hastalarda enfeksiyon gelişmesini önlemek yada var olan enfeksiyonun çalışan ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde izole etmek amacıyla, İzolasyon Yöntemleri Talimatı ve Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı'na uygun şekilde takip ve tedavisi yapılır.
- ✓ Hastanın sonuçlarına göre izolasyon sınıfı belirlenir.
- ✓ Hastanın odası ayrılır. Kapısına uygun izolasyon kartı yerleştirilir.
- ✓ Hasta tabelasına kırmızı izole hasta etiketi yapıştırılır.
- ✓ Hastanın dosyasına kırmızı etiket yapıştırılarak izole olduğu belirtilir.
- ✓ Hasta izolasyon odasında ise sürekli havalandırılır, oda Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak dezenfeksiyonu yapılır.
- ✓ Hastanın takip ve tedavisi yapılırken eldiven, maske, bone ve önlük kullanılır.
- ✓ İşlem öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanır.
- ✓ Hastanın çarşafı çamaşırhaneye giderken ayrı kırmızı poşet ile gönderilir.
- ✓ Tedavisi enfeksiyon doktoru ile görüşülerek belirlenir.
- ✓ Hastanın hekim önerisi doğrultusunda kültür, hemogram ve CRP takibi yapılır.
- ✓ Hasta hekimi, hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından takip edilir.
- ✓ Hasta taburcu olduktan sonra oda, yatak ve kullanılan malzemeler Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak temizlik yapılır.

KDC Yoğun Bakım Taburculuk Kriterleri

Ameliyat sonrası KDC yoğun bakıma alınarak bakımları ve tedavileri yapılan hastalar yoğun bakım hekiminin uygun gördüğü zamanda KDC servisine gidebilecek konuma gelirler. Hastaların KVCYB'dan servise çıkarılması veya eve taburcu edilmesi kararı aşağıda belirtilen kriterlere göre verilir:

- ✓ Şuuru açık, oryante ve koopere olmalıdır.
- ✓ Hemodinamik parametreleri stabil, önemli intravenöz inotropik desteğe ihtiyacı olmamalıdır. Vital bulgular normal sınırlarda ve stabil olmalıdır.
- ✓ Beslenmede oral alımı tolere ediyor olmalıdır.
- ✓ EKG için yeni iskemi belirtileri olmamalı ve malign aritmileri bulunmamalıdır.

- ✓ Solunum rahat olmalı, dispne ve takipnesi bulunmamalıdır.
- ✓ Kan gazı ve elektrolitleri optimum değerlerde olmalıdır. KOAH'lı hastalar haricinde PaO₂>70 mmHg, PCO₂<45 mmHg, son takiplerinde saatlik diürezisi 0,5-1 ml/kg'ın üzerinde olmalıdır. Günlük diürezisi>1000ml)
- ✓ Göğüs drenaj tüpleri çekilmiş olmalı veya saatlik drenajı<50ml/saatin altında olmalıdır.
- ✓ Hb>8g/l, Hct>%25 olmalıdır.

KDC-YB'dan Hasta Çıkışı

Hastanın taburculuk kararı, KDCYB hekimi "**KDC Yoğun Bakım Taburculuk Kriterleri**"ne uygun olarak verir. Bu karar alındıktan sonra hastanın durumunda oluşabilecek değişiklikler KDC hekimi tarafından en kısa zamanda yeniden planlama yapılır.

Yoğun bakım hemşiresi hasta hakkında gerekli günlük bilgileri alır ve transfer işlemlerini başlatır.

KDC servisine transfer edilecek hasta "**Hasta Transfer Prosedürü**"ne göre transfer edilir. KDCYB hemşiresi servis hemşiresine hastanın durumu hakkında bilgilendirir.

Başka bir hastaneye gönderilecek hastalar "**Hasta Transfer Prosedürü**"ne göre transfer edilir. Hasta diğer kuruma ambulans ile transfer edilir. Ambulans hekimi ve sağlık çalışanı hastanın tedavisi ve genel durumu hakkında bilgilendirilir.

Ex olan hastalar için "**Eksitus Kabulü, Hazırlığı ve Teslimi Prosedürü**"ne göre hareket edilir.

KORONER YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

AMAÇ

Koroner yoğun bakım ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartlarının sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için işleyişin tanımlanması.

KAPSAM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Koroner Yoğun Bakım Ünitesini kapsar.

SORUMLULAR:

- Koroner yoğun bakım ünitesi sorumlu hekimi
- Koroner yoğun bakım ünitesi sorumlu hemşiresi
- Koroner yoğun bakım ünitesi hemşire ve sağlık memurları
- Koroner yoğun bakım ünitesi tıbbi sekreter
- Koroner yoğun bakım ünitesi personel (temizlik elemanları)

TANIMLAR

YOĞUN BAKIM: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.

UYGULAMA

HASTANIN KABULÜ

Koroner Yoğun Bakım Ünitesine Hastaların Kabul Edildiği Yerler ;

- Acil Servis
- Poliklinik Muayenesi sonucunda yatışına karar verilen hastalar.
- Servisler (Klinikler)
- Hastanemizin 3.basamak yoğun bakımlarında yer olmadığı için kabul edilen hastalar.
- Başka hastaneler.(Acil servis aracılığı ile)

Koroner Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Kabul Kriterleri:

- Akut koroner sendrom(Unstable Angina ,Pektoris , Myokart Enfarktüsleri)
- Kalp Kapak hastalıkları
- A.V Blokları – Dal Blokları
- Kalp yetmezlikleri (Dilate kardiyomyopati , kanjestif kalp yetmezliği)

- Ritim bozuklukları (Antriyal Fibrilasyon ,Ventriküler Taşikardi , Supravatriküler Taşikardi , Ventriküler Fibrilasyon , Antriyal Taşikardi.vs..)
- Perikardit – Endokardit –Myokardit
- Akciğer ödemi
- Kardiyojenik şok
- Arrest (Kardiyo Pulmoner Arrest)
- Hipertansif aciller
- Geçici ve kalıcı pacemaker gereksinimi olan hastalıklar
- Digital zehirlenmeleri

Koroner Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarının Kabul Edilmeden yatış öncesi işlemleri:

Yatış Öncesi İşlemler 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.

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

Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

Kayıt süreci:

Poliklinik sekreteri mesai dışında ise acil hasta kabulden hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır. Protokol defterine kayıt edilir.

Yoğun bakım protokol defterine hasta kaydı yapılır.

Hekim tedavi talimatında (order) hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir.

Bilgisayara hastaya ait tedavi talimatında (order) bulunan ilaç – malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır. Hasta tanıtım bilekliği hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

HASTA RIZASININ ALINMASI:

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

Eğer hasta yoğun bakımdan anjiyo laboratuvarına alınacak ise Doktor tarafından primer PTCA(perkütan Transmülan Koroner işlemleri)koroner anjiyografi veya geçici poce maker gibi girişimsel işlemler düşünülen hastaların hazırlıkları yapılır. Hasta ve yakınları bilgilendirilerek onam (rıza) imzaları ve hastanın koroner anjiyografi laboratuvarına uygun şekilde transferi sağlanır.

KLİNİK SÜREÇLER:

Koroner yoğun bakım ünitesinde 11 yatak bulunmaktadır. 7 gün 24 saat hasta kriterlerine uygun, hastaların kabulü ve takibi yapılır.

Monitorizasyonu:

Hasta koroner yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvpgibi) edilir ve hayati işlevleri alınır.

Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir ve kayıt edilir. Anormal bir ritm yada nabız değerleri hekime haber verilir.

Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir.

Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi:

12 derivasyonlu EKG si çekilir. Hastanın anamnezi alınır(ön değerlendirme formu)

Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa, oksijen inhalasyonu başlanır.

Hastanın yok ise iv yol açılır var ise çalışır durumda olduğu kontrol edilir. Çalışmıyorsa tekrar iv yol açılır. İhtiyaç varsa 2. Damar yolu açılır.

Hastanın acil kliniğinde kanları alındı ise sonuçları sağlanır. Alınmadı ise acil profili kardiyak enzim – troponin profili, hemogram kanları doktor istemine göre alınır ve acil laboratuvarına gönderilir. Klinik hemşiresi tarafından sonuçları takibi yapılır. Klinik doktoru sonuçları hakkında bilgilendirilir.

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

Hastanın başlangıç vital bulguları alınır hasta takip formuna kaydedilir. Anormal değerler anında sorumlu hekime haber verilir.

Hastanın göğüs ağrısı değerlendirilir.

Hastanın kan şekeri ölçümü yapılır ve sonucuna göre değerlendirme yapılır.

Doktorun belirlediği order hastanın takip formuna geçilir, tedavi saatleri düzenlenir. Order uygun şekilde tedavi ve infüzyonları hazırlanarak takılır.

Hasta yakınlarına hasta hakkında yeterli bilgi ve açıklama klinik doktoru tarafından verilir.

Hasta yakınlarına Hasta ihtiyaç listesi verilir temini sağlatılır.

Hasta yakınlarına kısaca yoğun bakım kuralları hakkında bilgi verilir.

Hasta yakınları hekim tarafından tıbbi acıdan bilgilendirilir.

Doktor tarafından primer PTCA(perkütan Transmülan Koroner işlemleri)koroner anjiyografi veya geçici poce maker gibi girişimsel işlemler düşünülen hastaların hazırlıkları yapılır. Hasta ve yakınları bilgilendirilerek onam (rıza) imzaları ve hastanın koroner anjiyografi laboratuvarına uygun şekilde transferi sağlanır.

Bakımın planlanması ve izlenmesi:

Hastanın durumunun aciliyetine göre hastanın tedavisinin 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. Konsültasyon bilgisayara girilerek ücretlendirme ilgili hekime işlenir.

Hastanın röntgen, ultrason tomografi vs. görüntüleme tetkikleri için ilgili birimlerle bağlantı kurulur, istem kağıdı hekim tarafından doldurulur. İşlem bilgisayara girilerek hastanın durumuna uygun olarak yerinde ya da 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 formuna kayıt edilir.(ağız bakımı, el –yüz bakımı, vücut bakımı ent. tüp bakımı, kataterlerin bakımı, pozisyon, postural direneç, dekübit, ödem, aspirasyon)

Her hasta için bası yarası değerlendirme formu doldurulur. Bası yarasının derecesine ve doktor istemine göre bakımı planlanır ve yapılır.

Tüm yapılan tedavi ve bakımlar yoğun bakım takip ve tedavi formuna kayıt edilir.

Kontrole tabi ilaçlar nöbet tesliminden önce kontrol edilerek Narkotik- Anestezik –Psikoprop –Trombolik ilaç devir teslim defterine kayıt edilir.

Kontrole tabi malzemeler nöbet tesliminden önce kontrol edilerek malzeme devir teslim tutanağına kayıt edilir.

Kontrole tabi olan buzdolabı ısı göstergesi ve oda nem ve ısı göstergesi kontrolü yapılır ve tutanaga kayıt yapılır ve teslim edilir.

Nöbet değişimi sırasında nöbeti devreden hemşire, nöbeti devralan hemşirelere hastaları yatak başında ve ziyaret yaparak devreder. Hemşire nöbet teslim defteri doldurularak nöbet teslim edilir.

Kısıtlama gerektiren hastabakımı:

Ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek, hastaları sakinleştirmek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendine zarar vermesini önlemek, yataga bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek, takip ve tedavinin sağlanabilmesi için, hasta hekimin onayı ile kısıtlama altına alınır.

Hasta kısıtlama talimatına uygun olarak kısıtlama rıza belgesi doldurularak alınır.

HASTANIN TRANSFERİ

Hasta yoğun bakım ünitesinden çıkış talimatlarına uygun hale geldiğinde servise nakil sağlanır.

Hasta sevk işlemleri Hasta Transfer Talimatına uygun şekilde yapılır.

Yoğun bakımda yatan hastaların herhangi bir nedenle (ileri tetkik, tedavi vb.) bir başka kuruma sevk edilmesine ilgili branş hekimi karar verir.

Hastaya ait epikriz eksiksiz olarak doldurulur.

Hastanın sevk edileceği karşı hastane ilgili branş hekimi ile hastayı sevk eden uzman hekim iletişim kurar, hasta gideceği hastaneye hasta sevk formu ile birlikte gönderilir.

Hastanın servisten diğer hastaneye hangi araçla ve nasıl gideceğine ilgili branş hekimi karar verir.

Hasta eğer yoğun bakımdan tedavisinin devamı yada tetkik için başka bir sağlık kuruluşuna sevk ediliyorsa 112 ambulansıyla gönderilir.112 komuta merkez aranarak hasta hakkında bilgi verilir ve dolduran sevk formunun faksı komuta merkeze çekilir, Hasta eve veya kendi isteğiyle sevk/taburcu oluyorsa ve hastanın durumuna göre hastane ambulansı ile gönderilir.(Hasta Sevk Ve Taburcu Talimatına göre)

Diğer kliniklere devir edilecek hastalar, devir protokolüne uygun şekilde nakli sağlanır.

Koroner yoğun bakım ünitesinde 3.basamak genel yoğun bakım ünitesine nakil olacak hastaların gerekli işlemleri yapılarak nakli sağlanır.

Kurum Dışı Hasta Transferi:

Koroner yoğun bakımda tedavi edilmekte olan hastanın kurumumuzda yapılamayan ileri bir tetkik ,kendisi veya yakınlarının isteği ile başka bir sağlık kuruluşuna transferi yapılır. Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim transfer kararını verir.

Hasta ve/veya hasta yakınlarını transfer hakkında bilgilendirir.

Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim, hastanın transfer edileceği hastanede hastayı izleyecek ve tedavi edecek hekim ile sözlü ve/veya yazılı iletişime geçer.

Başka hastaneden hastanemize transfer edilecek hastalarla ilgili ambulans koşulları hastanın klinik durumuna göre oluşturulur.

Öncelikle transfer edilecek hastanenin hastanın tedavi ve bakımı için gerekli şartları sağlayıp sağlayamayacağına karar verilir. HASTA TRANSFER PROSEDÜRÜ hastanın son klinik durumu, uygulanan tedavi, ameliyat ve girişimler, hastanın tedavi ve bakımında gelecekte gerekebilecek koşulları içeren özet bir "Epikriz Formu", laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları ve "Ambulansla Hasta Transfer Formu" hastanın transfer edileceği hastaneye iletmek üzere hasta yakını / ambulans yetkilisine verilir.

Hastanın tedavi ve bakımını üstlenecek hastaneden, şartların hazır olduğu ve hastanın kabul edilebileceğine dair sözlü onay alındıktan sonra transfer işlemine başlanır.

Hastanın hekimi transfer kararı ile ilgili sözlü onayı hasta ve/veya yakınlarından alır.

"Ambulansla Hasta Transfer Formu" / "Ambulansla sağlık kuruluşuna verilmek üzere (ilk nüshası) doldurur.

Ayrıca hastanın transfer nedeni "Hemşire İzlem Formu"na hemşire tarafından kaydedilir.

Hastanın dışarıdan getirdiği belgelerin aslı - Hastanın kendi kullandığı ilaçları, özel eşyaları teslim edilir.

Sorumlu hemşire/servis hemşiresi transferden sorumlu ambulans görevlileri ile hastanın transferi için gerekli koşul ve ekipman hakkında görüşür.

Hasta taburculuk işlemleri:

Klinik doktoru tarafından taburculuğuna karar verilen hastaların yakınlarına telefonla ulaşılarak hastanın çıkışı hakkında bilgi verilir.

Hasta taburcu ve eğitim formu doldurularak hastaya verilir.

Medikal tedavisi ve diyet programı hekim tarafından düzenlenen hastaya gerekli eğitim verilerek taburcu olması sağlanır.

Hastanın bilgisayardan ve protokol defterine çıkışı yapılır.

Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hastanemizde bulunan organ nakli komitesine bildirilir.

Hasta exitus oldu ise ex protokollerine uygun şekilde işlemler yapılır ve morga gönderilir.

Monitorizasyonu:

Hasta koroner yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvpgibi) edilir ve hayati işlevleri alınır.

Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir kayıt edilir. Anormal bir ritm yada nabız değerleri hekime haber verilir.

Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir.

Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

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:

- 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:

- Postop dönem
- Serebral dönem

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

- Pa O₂ <70 mmHg. FiO₂:0.21 iken
- Pa CO₂>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.

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

Pulseoksimetre ile hastanın oksijen saturasyonu takip edilir.

Eloktrolit 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 minumuma indirmek için:

Hasta steril tekniğe uygun şekilde aspira edilir.

Ventilatörün bakımı ve devrelerinin değişimi belirli aralıklarla yapılır.

Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

Sedasyon ve analjezi uygulanması:

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
- Midazolon

- Propofal
- Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.

Hastanın nöromüsküler blokajı ve sedasyonu gerektiği takdirde anestezi uzmanı tarafından planlanır ve takip edilir. Sedasyonlu hasta takibinde glaskow koma skalası değerlendirilmeyip sedatize olduğu belirtilir.

Ventilatördeki Hastanın Extübasyon Süreci;

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 H2O) <-10
- PH>7.30
- Solunum sayısı/dk.<45
- Dadika 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 ayrılması 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.

Skorlama Sistemleri ile Hastaların Takibi: Sadece 3. basamak yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen APACHE II ve SAPS II skorlama sistemleri ile değerlendirilir. 1. basamak yoğun bakımlar skorlama sistemleri ile değerlendirme yapmaktan muaftırlar. Çocuk yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen PRİMS III, SOFA ve PELOD skorlama sistemleri ile değerlendirilir.

Ağrı değerlendirme:

Hastanın sosyo- demografik bilgilerini, hastalıklarını ve kullandığı ilaçları içeren ayrıntılı öykü alınır. Ağrı ile ilgili öyküde, ağrının yeri, şiddeti, niteliği (keskin, künt, batıcı, yanıcı, ezici, zonklayıcı vb.), başlangıç süresi, ağrıyı arttıran/ azaltan durumlar ve hastanın ağrıya yanıtına ait bilgiler alınır. Hastanın sözüne itimat edilir, hasta "ağrım var" diyorsa mutlaka değerlendirilir. Ağrıya yönelik hemşirelik bakım planı hazırlanır ve plan doğrultusunda; Ağrıya yönelik pozisyon verilir. Extremiteleler yastıkla desteklenir. Ağrıyla baş etme yolları anlatılır. Ağrı kaynaklı endişeler konuşarak giderilir. Ağrının devamlılığı kontrol edilerek hekime bilgi verilir. Doktor onayıyla analjezik uygulanır. Ağrısı, hijyenik bakımını yapmasına engel oluyorsa, protokollere uygun bakım verilir. Ağrının nedenine ve lokalizasyonuna göre sıcak ya da soğuk uygulama yapılır. Uygulamalardan sonra hayati belirtiler ve ağrı düzeyi yeniden değerlendirilir. Kullanılan malzemeler temizlenip kaldırılır. Elde edilen tüm gözlem bulguları kayıt edilir.

- Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge, hastanın kendi ifadesidir.
- Ağrı değerlendirmesi ağrı öncesi ve uygulama sonrası yapılır.
- Ağrı skoru ve hemşirelik girişimleri Ağrı Değerlendirme Formuna ve hemşire bakım planına kayıt edilir.

Düşme Riskinin Önlenmesi: 2. Ve 3. Seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş arası bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek Hastaların Düşme

Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır. 1. Basamak yoğun bakımlarda yatan hastalar Düşme Riski Değerlendirme ve İzleme Formundaki kriterlere göre değerlendirilmektedir. Risk görülen durumlarda hastalar Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır.

Bası Yarası (dekübit) Takibi: Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanımlanması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için; Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracığı için hastanın pozisyonu gündüzgece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir. Hastaya pozisyon verilirken uygun malzemeden yapılmış yastık kullanılır. Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışksız olmasına dikkat edilir. Sabah – akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır. Hasta belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp 30dk oturması sağlanır. Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır. Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır. Bası yarası riski olan hastalara visco elastik yatak kullanılır. Enteral parenteral beslenme iyi şekilde sağlanır.

Nütrisyon Takibi: Gerek hastalığı iyileştirebilmek, gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı komplikasyonları ortadan kaldırmak için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmekte bu nedenle beslenme desteği yapılmaktadır.

Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır.

- Önceden varolan malnütrisyonun önlenmesi,
- Daha ileri düzeyde kayıpların önlenmesi,
- Katabolizma etkilerinin en aza indirilmesi,
- Katabolizmayı önlemek,
- Mortalite ile komplikasyon oranlarını azaltmak

Kimlere başlanır:

İdeal vücut ağırlığının %80'ine sahip veya son 6 ay içinde vücut ağırlığının %10'unu kaybeden, Serum albumini 3 g/dl altında olan

Serum transferin 150 mg/dl altında olan,
Derinin antijenik uyarılara cevabı azalmış,
Lenfosit sayısı 1200 den az olan hastalar Nutrisyonel destek almalıdır.

Metabolik asidoz

Respiratuar asidoz

Hipoperfüzyon

Hipovolemi

Şok Düzeltirmeden Nütrisyonel Destek Tedavisi Başlatılmamalıdır.

Hastanın hekimi tarafından Nutrisyon uygulanacak yolun belirlenmesinin ardından (Oral Nutrisyon, Enteral Nutrisyon (EN),Parenteral Nutrisyon (PN),Kombine Nutrisyon (oral-enteral, enteral-parenteral)Hastanın günlük alması gereken kalori miktarı, verilecek nutrisyon ürünü, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar karşısında günlük öneri verilmektedir.ilk 24-48 saatte enteral beslenemeyen hastalara parenteral beslenme başlanır. En kısa dönemde tekrar enteral nütrisyon hedeflenir,Tüm besinleri içeren hazır birleşim preparatları tercih edilir ve hedef kalori ihtiyacına ulaşılmaya çalışılır. 24 saatlik infüzyon halinde verilen TPN sırasında sıvı, elektrolitler, eser elementler, vitamin ve glutamin desteği dikkatle değerlendirilir. Hangi yolla beslenirse beslensin, beslenme tedavisi için ortaya konan hedeflere ulaşma durumunun belirlenmesi ve uygulanan tedavinin olası komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla yakın ve kapsamlı, klinik ve laboratuar izlem uygulanır. Tedavi hedefleri ve sonuçları kararlı duruma geçene kadar, bu veriler güncellenir.

Enteral Beslenme Yöntemleri

Bolus beslenme: Her 3-4 sa bir 200-300ml, 30 dk aşacak şekilde. 350 ml'den fazla önerilmez. İnfüzyon ile beslenme: 20cc/sa infüzyon başlanır, 4 saatte bir gastrik rezidü bakılır, rezidü<150-250ml doz iki katına çıkarılarak arttırılır. Hedef 80-120ml/sa, 24 saat devamlı

Periyodik beslenme: Barsak istirahati ve postabsorptif süreye izi verecek şekilde periodik aralıklı beslenme Seçilen solüsyon ve hastanın gereksinimlerini karşılayacak miktar belirlenir Sulandırmadan, 25-50 ml/saat ile başlanır.

Enteral beslenme sırasında hastanın başını en az 30-45 0 yükselt
Sorun çıkmadığı sürece her 8-12 saatte bir infüzyon hızının iki katına çıkılır veya her 8 saatte bir 10 ml artırılır
Gastrointestinal intolerans (karın ağrısı, bulantı, diyare, distansiyon) gelişirse bir adım geri dönülür, sorun düzeldikten sonra tekrar artırılır
Hedef miktara ulaşıncaya kadar gerekli ilaveler ek olarak parenteral yolla yapılır.

İnvazif İşlemler

- Intravenöz katater
- Entübasyon
- İdrar sondası
- Santral ven kataterizasyonu
- Femoral ve brakial sheat
- Gecici diyaliz kateteri
- Nazogastirik sonda
- Total parenteral nütrüsyon
- Terakeostomi
- Gecici kalp pili
- Derin nazal oksijen kanülü
- Arteriyel kateterizasyon

Rehabilitasyon Süreci

Hastaların yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini de artırmayı hedeflemektedir.
Entübe hastalar hareket kabiliyetleri kısıtlandığı için sürekli yatmaya bağlı bası yaraları oluşmakta bu hastalarda fizyoterapistler ile iletişime geçilerek konsulte edilir. Beslenme düzeni oluşturmak için anestezi doktorlarına ve diyetisyenlere danışılmaktadır. Entübe hastalar ve yoğun bakım hastaları yaşamlarının bir cihaza ve tanımadıkları sağlık personeline bağlı olduğunu düşünürler ve ölüm olasılığını da yakından hissederler. Bu duygu, streslerini artırır. Hatta bu durum yoğun bakım psikozuna girmelerine de neden olabilir. İyi iletişim kurulan ve gereksinimleri karşılanan hastaların yoğun bakım psikozuna girme riski de azalmaktadır. Bu sebeple psikiyatri doktorlarından da yardım alınmaktadır.

Terminal Dönem Hasta Takibi

Hastalarımızın her gün fiziksel bakımı (ağız bakımı, vücut banyosu, cilt bakımı, pozisyonlar, perinal bakım) yapılır. Ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı, Ağrıyı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmayı ya da rahatlatmayı sağlayacak analjezikler ve tıbbi tedavi uygulanır. Kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, Bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmeyi, son anlarında ailesiyle görüştürerek psikolojik rahatlığı saygıdeğer ya da itibarlı bir şekilde ölümünü sağlamak amaçlanır.

Hemşirenin terminal dönemdeki hasta yakınlarına yaklaşımı

Aile bireylerinin yaşadıkları duyguların doğal olduğunu anlamalarına yardımcı olur,
Hasta ailesi etkin dinlenir, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri için desteklenir,
Ailenin mümkün olduğu kadar hasta bakımına katılması sağlanır,
Hastanın hastalığı hakkında aileye açıklayıcı bilgiler verir,
Hasta ailesine bilgi verilirken tıbbi terimlerden uzak, açık ve anlaşılır bir dil kullanır,
Hastanın şikâyetlerinin giderildiği ve bakımının en iyi şekilde yapıldığı hakkında onlara güvence verir, Hastanın geçireceği evreler aileye anlatılır,
Hastanın görünüşüne özen gösterilir,
Hasta ailesinin öfkesi anlayışla karşılanır,
Zor kararlarda aileye yardım edilir. Beyin ölümü gerçekleşikten sonra organ bağışı, vasiyet gibi kararların alınmasında destek olunur,
Ölüm haberi uygun ortamda verilir ve aşırı duygu yüklü ifadeler kullanılmaz,
Ölüye fiziksel bakım verildikten sonra ailenin görmesi sağlanır,
Güven duygusunu zedelememek için elden gelen tüm çabaların gösterildiği söylenir

Aile, gerekirse destek gruplarına yönlendirilir,
Ölen hastanın yası anlayışla karşılanır.Şiddetli kontrol yitimi olmadıkça sedatif verilmemeli, yaslarını yaşamalarına müsaade edilmelidir.

Exitus Süreci:

Hekim tarafından ex olduğu tespit edildikten sonra;

- Ex gündüz olmuş ise morga, gece ve hafta sonu olmuş ise nöbetçi süpervisor bilgilendirilir, onun aracılığı ile nöbetçi memura haber verilir.
- Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.
- Ex olan hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire tarafından çıkarılır. Çene ve ayaklar bağlanır, çarşaf ile sarılır, üzerine ex kartı yazılıp, Klinik ve Yoğun Bakımlarda Ex Süreci Talimatına uygun olarak transferiyapılır.
- Çıkış evrakları(Yoğun Bakım Epikrizi, dizi pusulası, yatış-çıkış evrakı)hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.
- Hasta yakınları telefonla hastaneye çağrılır. Ex haberi verilir.
- Bilgisayardan, protokol ve tedavi defterinden çıkışı yapılp, kat sekterine dosya teslim edilir.
- Hasta yakınına ulaşamadığında başhemşire yardımcısına ve sosyal yardım uzmanına haber verilir.

Enfeksiyonların Kontrolü ve İzlenmesi:

Yoğun bakım ünitelerinin temizliği risk düzeyine göre temizlik planına uygun yapılır.

İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.

Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.

Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.

Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir. Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır. Üreme olup olmadığı takip edilir.

Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastalarda enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda üç kez kan kültürü alınır.

Santral katateri olan hastaların kataterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir, takibi yapılır.

İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun gördüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir.

Üreme olup olmadığı kontrol edilir.

Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir.

Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.

Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir.

İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.

Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.

Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.

Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.

Ambular kullanım sonrası sterilizasyon ünitesine gönderilir.

Laringoskop bıçak "blade" kısımları steril edilir veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

YBÜ ziyaretçiler için geçerli kurallara uyulması sağlanır. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı olarak denetlenir.

Enfeksiyon bulguları olan hastaların üniteye girişi engellenir.

İzolasyon gereken hastalar için gerekli izolasyon önlemleri alınır.

Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Dahiliye Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

Yoğun Bakımda İzole Hasta Takibi

- Yatan hastalarda enfeksiyon gelişmesini önlemek yada var olan enfeksiyonun çalışan ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde izole etmek amacıyla, İzolasyon Yöntemleri Talimatı ve Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı'na uygun şekilde takip ve tedavisi yapılır.
- Hastanın sonuçlarına göre izolasyon sınıfı belirlenir.
- Hastanın odası ayrılır. Kapısına uygun izolasyon kartı yerleştirilir.
- Hasta tabelasına kırmızı izole hasta etiketi yapıştırılır.
- Hastanın dosyasına kırmızı etiket yapıştırılarak izole olduğu belirtilir.

- Hasta izolasyon odasında ise sürekli havalandırılır, oda Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak dezenfeksiyonu yapılır.
- Hastanın takip ve tedavisi yapılırken eldiven, maske, bone ve önlük kullanılır.
- İşlem öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanır.
- Hastanın çarşafı çamaşırhaneye giderken ayrı kırmızı poşet ile gönderilir.
- Tedavisi enfeksiyon doktoru ile görüşülerek belirlenir.
- Hastanın hekim önerisi doğrultusunda kültür, hemogram ve CRP takibi yapılır.
- Hasta hekimi, hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından takip edilir.
- Hasta taburcu olduktan sonra oda, yatak ve kullanılan malzemeler Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak temizlik yapılır.

İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

- Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi
- Narkotik, Anestezi, Psikotrop, Trombolitik ilaç devir teslim tutanağı
- Koroner Yoğun Bakım Hasta Takip ve tedavi Çizelgesi

ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

AMAÇ

Çocuk yoğun bakım ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartlarının sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için işleyişin tanımlanması.

KAPSAM

Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesini kapsar.

SORUMLULAR:

- Çocuk yoğun bakım ünitesi sorumlu hekimi (uzman ve asistan)
- Çocuk yoğun bakım ünitesi sorumlu hemşiresi
- Çocuk yoğun bakım ünitesi hemşire ve sağlık memurları
- Çocuk yoğun bakım ünitesi tıbbi sekreter
- Çocuk yoğun bakım ünitesi personel (temizlik elemanları)

3. TANIMLAR

YOĞUN BAKIM:

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.

UYGULAMA

HASTANIN KABULÜ

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine Hastaların Kabul Edildiği Yerler ;

- Acil Servis
- Servisler (Klinikler)
- Başka hastaneler.(Acil servis aracılığı ile)

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinin Hasta Kabul Kriterleri:

Altta yatan özellikli (ağır,yüksek riskli)hastalığı nedeniyle takibi gereken hastaların yattığı özel yoğun bakımlar, solunum yetmezliği ve /veya çoklu organ işlev bozukluğu gibi tüm komplike hastaların kabul edildiği, solunum desteği, renal replasman tedavisi,plazmaferez gibi destek tedavilerinin yapılabildiği en üst düzeyde tıbbi bakım ve tedavi yapabilen yoğun bakım üniteleridir.1. ve 2. Basamak hastalarının özelliklerine ilave olarak uzun süreli nitelikli gözlem ve girişim,uzun süreli yaşamsal destek gereksinimi bulunan veya çoklu organ yetmezliği gelişmiş hastalar;

- İnvaziv veya noninvaziv mekanik ventilasyon ve ileri solunum monitörizasyonu gereken hastalar

- Ağır sepsis, septik şok, ARDS gibi yakın takip ve tedavi gerektiren akut sorunlar
- Kontrol edilemeyen veya fazla miktarda transfüzyon gereken kanamalar
- Organ bozukluğu yapan zehirlenmeler
- Birden fazla organı ilgilendiren sistemik hastalıkların akut sorunları
- Ciddi santral sinir sistemi patolojisi (ciddi serebral ödem- glaskow koma skoru 7 ve altında olan hastalar)

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Hastalarının Kabul Edilmeden yatış öncesi işlemleri:

Yatış Öncesi İşlemler 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.

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

Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

Kayıt süreci:

Poliklinik sekreteri mesai dışında ise acil hasta kabulden hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır. Protokol defterine kayıt edilir. Yoğun bakım protokol defterine hasta kaydı yapılır. Hekim tedavi talimatında (order) hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir. Bilgisayara hastaya ait tedavi talimatında (order) bulunan ilaç – malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır. Hasta tanıtım bilekliği hazırlanıp hastanın bileğine takılır. Bilekliğe hastayı tanımlayan barkod yapıştırılır. Barkod aynı zamanda gözlem formuna da yapıştırılır.

HASTA RIZASININ ALINMASI:

Yoğun bakım hasta bildirim ve onam belgesi hastanın bilinci açıksa ve 16 yaş üzerindeyse kendisine, kapalı ise yakınlarından birisine (mümkünse birinci derece yakınına, birinci derece yakını yok ise yakınlık derecesine göre en yakınına) doldurtularak imzalatılır. Eğer hastanın yanında hasta yakını yok veya ulaşamıyor ise onam formu hastanın bilinci açıksa / 16 yaş üzerindeyse) hastaya, bilinci kapalı ise tedavi eden doktor, sorumlu hemşire veya nöbetçi hemşire ile birlikte yakınının olmadığı belirtilerek imzalanır.

KLİNİK SÜREÇLER:

Çocuk yoğun bakım ünitesinde 8 yatak bulunmaktadır. 7 gün 24 saat hasta kriterlerine uygun, hastaların kabulü ve takibi yapılır.

Monitörizasyonu:

Hasta çocuk yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvp gibi) edilir ve hayati işlevleri alınır.

Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilir ve kayıt edilir. Anormal bir ritm ya da nabız değerleri hekime haber verilir.

Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir.

Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesi:

- 12 derivasyonlu EKG si çekilir. Hastanın anamnezi alınır (ön değerlendirme formu)
- Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa, oksijen inhalasyonu başlanır.

- Hastanın yok ise iv yol açılır var ise çalışır durumda olduğu kontrol edilir. Çalışmıyorsa tekrar iv yol açılır. İhtiyaç varsa 2. Damar yolu açılır.
- Hastanın acil kliniğinde kanları alındı ise sonuçları sağlanır. Alınmadı ise acil profili kardiyak enzim – troponin profili, hemogram kanları doktor istemine göre alınır ve acil laboratuvarına gönderilir. Klinik hemşiresi tarafından sonuçları takibi yapılır. Klinik doktoru sonuçları hakkında bilgilendirilir.
- Hastaya gerekli ise ve hastanın durumuna göre foley sonda takılır.
- Hastanın başlangıç vital bulguları alınır hasta takip formuna kaydedilir. Anormal degerler anında sorumlu hekime haber verilir.
- Doktorun belirlediği order hastanın takip formuna geçilir, tedavi saatleri düzenlenir. Order uygun şekilde tedavi ve infüzyonları hazırlanarak takılır.
- Hasta yakınlarına hasta hakkında yeterli bilgi ve açıklama klinik doktoru tarafından verilir.
- Hasta yakınlarına Hasta ihtiyaç listesi verilir temini sağlatılır.
- Hasta yakınlarına kısaca yoğun bakım kuralları hakkında bilgi verilir.
- Hasta yakınları hekim tarafından tıbbi açıdan bilgilendirilir.

Doktor tarafından girişimsel işlemler düşünülen hastaların hazırlıkları yapılır. Hasta ve yakınları bilgilendirilerek onam (rıza) imzaları ve hastanın uygun şekilde transferi sağlanır.

Bakımın planlanması ve izlenmesi:

- Hastanın durumunun aciliyetine göre hastanın tedavisinin 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. Konsültasyon bilgisayara girilerek ücretlendirme ilgili hekime işlenir.
- Hastanın röntgen, ultrason tomografi vs. görüntüleme tetkikleri için ilgili birimlerle bağlantı kurulur, istem kağıdı hekim tarafından doldurulur. İşlem bilgisayara girilerek hastanın durumuna uygun olarak yerinde ya da 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 formuna kayıt edilir.(ağız bakımı, el –yüz bakımı, vücut bakımı ent. tüp bakımı, kataterlerin bakımı, pozisyon, postural drenej, dekübit, ödem, aspirasyon)
- Her hasta için bası yarası değerlendirme formu doldurulur. Bası yarasının derecesine ve doktor istemine göre bakımı planlanır ve yapılır.
- Tüm yapılan tedavi ve bakımlar yoğun bakım takip ve tedavi formuna kayıt edilir.
- Kontrole tabi ilaçlar nöbet tesliminden önce kontrol edilerek Narkotik- Anestezik –Psikotrop –Trombolik ilaç devir teslim defterine kayıt edilir.
- Kontrole tabi malzemeler nöbet tesliminden önce kontrol edilerek malzeme devir teslim tutanağına kayıt edilir.
- Kontrole tabi olan buzdolabı ısı göstergesi ve oda nem ve ısı göstergesi kontrolü yapılır ve tutanağına kayıt yapılır ve teslim edilir.
- Nöbet değişimi sırasında nöbeti devreden hemşire, nöbeti devralan hemşirelere hastaları yatak başında ve ziyaret yaparak devreder. Hemşire nöbet teslim defteri doldurularak nöbet teslim edilir.

Kısıtlama gerektiren hastabakımı:

Ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek, hastaları sakinleştirmek, hasta hareketlerini kontrol altında tutarak tüp, dren ve tıbbi araç bağlantılarını çekip çıkarmasını ve kendine zarar vermesini önlemek, yatağına bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek, takip ve tedavinin sağlanabilmesi için, hasta hekimin onayı ve yönlendirmesi ile kısıtlama altına alınır. Kısıtlama yönlendirmesi hasta gözlem formuna hekim tarafından kayıt edilir.

Hasta kısıtlama talimatına uygun olarak kısıtlama rıza belgesi doldurularak alınır.

HASTANIN TRANSFERİ

- Hasta yoğun bakım ünitesinden çıkış talimatlarına uygun hale geldiğinde servise nakil sağlanır.
- Hasta sevk işlemleri Hasta Transfer Talimatına uygun şekilde yapılır.
- Yoğun bakımda yatan hastaların herhangi bir nedenle (ileri tetkik, tedavi vb.) bir başka kuruma sevk edilmesine ilgili branş hekimi karar verir.
- Hastaya ait epikriz eksiksiz olarak doldurulur.
- Hastanın sevk edileceği karşı hastane ilgili branş hekimi ile hastayı sevk eden uzman hekim iletişim kurar, hasta gideceği hastaneye hasta sevk formu ile birlikte gönderilir.
- Hastanın servisten diğer hastaneye hangi araçla ve nasıl gideceğine ilgili branş hekimi karar verir.
- Hasta eğer yoğun bakımdan tedavisinin devamı ya da tetkik için başka bir sağlık kuruluşuna sevk ediliyorsa 112 ambulansıyla gönderilir. 112 komuta merkez aranarak hasta hakkında bilgi verilir ve dolduran sevk formunun faksı komuta merkeze çekilir. Hasta eve veya kendi isteğiyle sevk/taburcu oluyorsa ve hastanın durumuna göre hastane ambulansı ile gönderilir. (Hasta Sevk Ve Taburcu Talimatına göre)
- Diğer kliniklere devir edilecek hastalar, devir protokolüne uygun şekilde nakli sağlanır.
- Çocuk yoğun bakım ünitesinde 3.basamak genel yoğun bakım ünitesine nakil olacak hastaların gerekli işlemleri yapılarak nakli sağlanır.

Kurum Dışı Hasta Transferi:

- Çocuk yoğun bakımda tedavi edilmekte olan hastanın kurumumuzda yapılamayan ileri bir tetkik, kendisi veya yakınlarının isteği ile başka bir sağlık kuruluşuna transferi yapılır. Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim transfer kararını verir.
- Hasta ve/veya hasta yakınlarını transfer hakkında bilgilendirir.
- Hastanın izlem ve tedavisinden sorumlu hekim, hastanın transfer edileceği hastanede hastayı izleyecek ve tedavi edecek hekim ile sözlü ve/veya yazılı iletişime geçer.
- Başka hastaneden hastanemize transfer edilecek hastalarla ilgili ambulans koşulları hastanın klinik durumuna göre oluşturulur.
- Öncelikle transfer edilecek hastanenin hastanın tedavi ve bakımı için gerekli şartları sağlayıp sağlayamayacağına karar verilir. HASTA TRANSFER PROSEDÜRÜ hastanın son klinik durumu, uygulanan tedavi, ameliyat ve girişimler, hastanın tedavi ve bakımında gelecekte gerekebilecek koşulları içeren özet bir "Epikriz Formu", laboratuvar ve radyolojik tetkik sonuçları ve "Ambulansla Hasta Transfer Formu" hastanın transfer edileceği hastaneye iletilmek üzere hasta yakını / ambulans yetkilisine verilir.
- Hastanın tedavi ve bakımını üstlenecek hastaneden, şartların hazır olduğu ve hastanın kabul edilebileceğine dair sözlü onay alındıktan sonra transfer işlemine başlanır.
- Hastanın hekim transfer kararı ile ilgili sözlü onayı hasta ve/veya yakınlarından alır.
- "Ambulansla Hasta Transfer Formu" / "Ambulansla sağlık kuruluşuna verilmek üzere (ilk nüshası) doldurur.
- Ayrıca hastanın transfer nedeni "Hemşire İzlem Formu"na hemşire tarafından kaydedilir.
- Hastanın dışarıdan getirdiği belgelerin aslı - Hastanın kendi kullandığı ilaçları, özel eşyaları teslim edilir.
- Sorumlu hemşire/servis hemşiresi transferden sorumlu ambulans görevlileri ile hastanın transferi için gerekli koşul ve ekipman hakkında görüşür.

Hasta taburculuk işlemleri:

- Klinik doktoru tarafından taburculuğuna karar verilen hastaların yakınlarına telefonla ulaşılarak hastanın çıkışı hakkında bilgi verilir.
- Hasta taburcu ve eğitim formu doldurularak hastaya verilir.
- Medikal tedavisi ve diyet programı hekim tarafından düzenlenen hastaya gerekli eğitim verilerek taburcu olması sağlanır.
- Hastanın bilgisayardan ve protokol defterine çıkışı yapılır.
- Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hastanemizde bulunan organ nakli komitesine bildirilir.
- Hasta exitus oldu ise ex protokollerine uygun şekilde işlemler yapılır ve morga gönderilir.

Monitorizasyonu:

- Hasta çocuk yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkarılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan)hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.
- Hasta başı monitör kullanma talimatına göre monitörize (EKG, tansiyon, nabız, saturasyon, ısı ve cvp gibi) edilir ve hayati işlevleri alınır.
- Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. Ritm takibi ve hız kontrolü yapılır ve değerlendirilirse kayıt edilir. Anormal bir ritm yada nabız değerleri hekime haber verilir.
- Tansiyon manşonu sağ kola uygun yere takılır ve ölçüm yapılır, değerlendirilir, kayıt edilir ve anormal bir sonuç var ise hekime haber verilir.
- Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitörize edilir. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa oksijen inhalasyonu başlanır ve kayıt edilir.

Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

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. Entübasyon endikasyonu belirlenen bilinci açık hastalar için sedasyon amacıyla öncelikle midazolam (0.1mg/ kg/doz) olmak üzere, fentanil (1-2mcg/kg/doz) ya da ketamin (1mg/kg/doz) kullanılabilir Sedatif kullanımı ile yeterli havayolu açıklığı sağlanamayan hastalarda veküronyum (0.1mg/kg/doz) ile kas paralizisi yapılır. Hastaların yaşlarına uygun endotrakeal tüp (ETT) seçiminde ilk 1 yaş için 3.5-4 numara, 1-2 yaş için 4-4.5 numara tercih edilirken, 2 yaş üzeri hastalarda yaş/4 +4 formülünden mm olarak çapı bulunan ETT kullanılır. Kafsız ETT kullanımı sırasında hava kaçığının fazla olduğunda, yaygın akciğer enfeksiyonu veya akut respiratuar distres sendromu (ARDS) olduğunda kafalı ETT tercih edilir. Kafalı ETT kullanılmasına karar verilen hastaların ETT çapı ise yaş/4 +3 formülü yardımıyla bulunur. Her entübasyon girişiminden önce, formülde bulunan değerler 0.5mm küçük ve büyük çapta ETT hazır bulundurulur. Endotrakeal entübasyon sırasında tüpün ağız kenarından uzaklığı; iç çapx3 formülüne göre hesaplanarak bulunur. Endotrakeal tüpün larenkse yerleştirilmesinden sonra doğrulama yöntemi olarak sıklıkla solunum seslerinin bilateral aksiller bölgeden dinlenmesi kullanılır. Daha az sayıda olguda ETT'ün seviyesi akciğer grafisi çekilerek karinanın yaklaşık 2 cm üstünde olacak şekilde ETT itilir veya çekilir.

Entübasyon İşlemi Sırasında:

- Hasta başına pozisyon verilir.
- Hastanın en son beslenme zamanı öğrenilir tok ise N/G sonda ile boşaltılır, acil entübasyon durumunda sellick manevrası uygulanır.
- Hastaya en az iki dk % 100 O2 solutulur.
- Hastanın yaş, kilo anatomik durumuna göre uygun entübasyon tüpü seçilir.
- İşler için gerekli malzemeler hazırlanır.
- Gerekli ise hasta işlem öncesi aspire edilir
- Laringoskop hazırlanır, çalışıp çalışmadığı kontrol edilir
- Uyanık olan hastalar mutlaka sedatize edilmelidir. Hangi ilaçların kullanılacağı konusunda doktorun direktifine göre ilaç uygulanır.
- Laringoskopun sol elle sapından tutulur, ETT sağ elle tutulur ve ucu vokal kordlar arasından geçirilir.
- ET tüpün ucuna balon maske takılarak hasta solutulur, her iki akciğer dinlenir, akciğerlerin eşit havalandığından ve göğsün kalktığından emin olunur.
- Tüp yeri sabitlenir, bantla tespit edilir. Oral entübe edilen hastada tüpün sabitleneceği düzey dudak hizasından (yaş/2)+12 formülü kullanılır.
- İşlem sonrası PA AC grafisi çekilir. Tüpün karinanın 1-2 cm üzerinde olacak şekilde gerekirse tekrar yeri sabitlenir.
- Yapılan işlemin saati form no 4000 – P05 – F01, ETT no ve ETT tüp dudak mesafesi kaydedilir ve her vardiyada kontrol edilir.
- Bir entübasyon girişimi 30 sn den fazla sürdürülmemelidir. İşlem uzarsa hasta tekrar iki dk boyunca %100 O2 ile hasta balon maske ile solutulur

Tüpün trakeada olduğundan emin olmak için:

- ✓ Mükünse end tidal CO2 ölçülerek CO2 varlığı gösterilmesi
- ✓ Göğsün her inspiyumda kalktığı görülmesi
- ✓ Her iki akciğerin havalanması varlığı
- ✓ Mide dinlenerek hava girişinin olmaması

- ✓ Spo2 nin yükselmesi
- ✓ Tüp içinde buhar giriş –çıkışının olması

Tüpün doğru yerde olduğu her vardiyada kontrol edilmelidir.

Entübasyonu gerektiren hastaya ilişkin kriterler:

- Nöromusküler fonksiyon bozuklukları
- Santral sinir sistemine ait patolojiler
- Respirasyonda yetersizlik
- 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) Maske veya nazal kanül ile oksijen verilmesine rağmen arteriyel PO2 de düşme (<50) arteriyel PCO2 (>50) de artma,
- Kardiyak, arrest gelişen tüm hastalar
- Santral sinir sistemi sorunları: Glaskov Koma Skoru<8 olan tüm hastalar
- Fonksiyonel ya da anatomik hava yolu tıkanmaları
- Ağır hemodinamik bozukluk, şok
- Derin sedasyon gereksinimi
- Solunum iş yükünde aşırı artış (yorulma olasılığı) bulunan hastalarda havayolunun güvenceye alınarak solunumun sağlanması

Elektif entübasyon:

- Postop dönem
- Serebral dönem

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

- Yetersiz oksijenasyon ve ventilasyon
- Hava yolunu koruma ve idame ettirme konusunda yetersizlik
- Glaskow koma skalası ≤ 8 altında olan kafa travması hastaları, bilinci bozuk durumlarda
- Klinik kötüleşme ihtimal olan durumlar
- Hastanın mekanik ventilatöre bağlanması, hastayı tedavi eden doktoru ve anestezi uzmanı tarafından, birlikte değerlendirildikten sonra, hekimi tarafından gerçekleştirilir.
- Hastanın durumuna uygun ventilasyon modu seçilir.
- Solunum sesleri değerlendirilir, göğüs hareketlerini ventilatöre uyumu gözlenir.
- Gereklikçe aspirasyon yapılır, her şifte 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.
- Gerekliğinde kan gazı kontrolü yapılır.
- Gerekliğinde 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.
- Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

Sedasyon ve analjezi uygulanması:

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
- Midazolon
- Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.

Hastanın nöromusküler blokajı ve sedasyonu gerektiği takdirde çocuk ve anestezi uzmanı tarafından planlanır ve takip edilir. Sedasyonlu hasta takibinde glaskow koma skalası değerlendirilmeyip sedatize olduğu belirtilir.

Ventilatördeki Hastanın Extübasyon Süreci:

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.)> yaşa uygun normal değerlerde
- PH>7.30
- Solunum sayısı/dk yaşa uygun normal değerlerde
- Dadika ventilasyonu (1/dk)< yaşa uygun normal değerlerde

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden T parçası ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir. Her defasında ventilatörden ayrılması 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.
-

Skorlama Sistemleri ile Hastaların Takibi:

Çocuk yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen PIM ve PRISM III skorlama sistemleri ile değerlendirilir.

Ağrı değerlendirme:

Hastanın sosyo- demografik bilgilerini, hastalıklarını ve kullandığı ilaçları içeren ayrıntılı öykü alınır. Ayrıntılı sistemik anamnez alınır tüm sorgulama kayıt altına alınır. Ağrıya yönelik pozisyon verilir. Extremiteleler yastıkla desteklenir. Ağrıyla baş etme yolları anlatılır. Ağrı kaynaklı endişeler konuşarak giderilir. Ağrının devamlılığı kontrol edilerek hekime bilgi verilir. Doktor onayıyla analjezik uygulanır. Ağrısı, hijyenik bakımını yapmasına engel oluyorsa, protokollere uygun bakım verilir. Ağrının nedenine ve lokalizasyonuna göre sıcak ya da soğuk uygulama yapılır. Uygulamalardan sonra hayati belirtiler ve ağrı düzeyi yeniden değerlendirilir. Kullanılan malzemeler temizlenip kaldırılır. Elde edilen tüm gözlem bulguları kayıt edilir.

Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge, hastanın kendi ifadesidir. Ağrı değerlendirmesi ağrı öncesi ve uygulama sonrası yapılır. Ağrı skoru ve hemşirelik girişimleri Ağrı Değerlendirme Formuna ve hemşire bakım planına kayıt edilir.

Düşme Riskinin Önlenmesi:

2. Ve 3. Seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş arası bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır. 1. Basamak yoğun bakımlarda yatan hastalar Düşme Riski Değerlendirme ve İzleme

Formundaki kriterlere göre değerlendirilmektedir. Risk görülen durumlarda hastalar Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır.

Bası Yarası (dekübit) Takibi:

Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanımlanması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için; Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracağı için hastanın pozisyonu gündüz gece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir. Hastaya pozisyon verilirken uygun malzemeden yapılmış yastık kullanılır. Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışksız olmasına dikkat edilir. Sabah – akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır. Hasta belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp 30dk oturması sağlanır. Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır. Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır. Bası yarası riski olan hastalara visco elastik yatak kullanılır. Enteral parenteral beslenme iyi şekilde sağlanır.

Nütrisyon Takibi:

Gerek hastalığı iyileştirebilmek, gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı komplikasyonları ortadan kaldırabilmek için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmekte bu nedenle beslenme desteği yapılmaktadır.

Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır:

- Önceden varolan malnütrisyonun önlenmesi,
- Daha ileri düzeyde kayıpların önlenmesi,
- Katabolizma etkilerinin en aza indirilmesi,
- Katabolizmayı önlemek,
- Mortalite ile komplikasyon oranlarını azaltmak

Hazırlık aşamasında dikkat edilecekler:

- ✓ Tüm parenteral solüsyonların hazırlanma aşamasında aseptik teknik uygulanır.
- ✓ İlaç sulandırmak için kullanılan solüsyonlar kullanım sonrası atılmalıdır.
- ✓ Hazırlanan solüsyon üzerine tarih, saat, kişi ismi mutlaka yazılmalıdır.
- ✓ Tek kullanımlık olan parenteral solüsyon torbaları (TPN torbası) ve setleri ikinci kez kullanılmamalıdır.
- ✓ TPN torbası içine konulacak ilaçlar varsa, her bir torba için ayrı enjektör kullanılmalıdır. Torbanın giriş yeri en az %70'lik alkol ile silinmelidir.

İnvaziv girişimlerle ilgili tüm bilgiler Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Tedavi Takip Formuna kayıt edilir (Yapan kişi, tarih, saat).

Kimlere başlanır:

Parenteral beslenme, temel olarak belirli bir süre enteral (oral veya tüp) yoldan yeterli miktarda besin alamayacak veya tolere edemeyecek hastalarda endikedir. Ana kriter, hastanın ne kadar süre oral/enteral yeterli besin alamayacağıdır. Tolere edilebilecek süre hastanın yaşına ve beslenme durumuna göre değişir. Örneğin; prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bir bebekte ilk gün başlanabilirken, öncesinde sağlık sorunu olmayan bir çocukta beş gün içinde oral/enteral yoldan yeterli besin alabileceği düşünüldüğünde beklenebilir. Kısa sürede kaybedileceği düşünülen terminal hastalarda, belirgin hidrasyon, elektrolit, asit-baz ve metabolik bozukluğu olan hastalarda PB göreceli olarak kontrendikedir. Metabolik veya hemodinamik bozukluğu olan hastalara PB bu sorunlar düzeltildikten veya kontrol altına alındıktan sonra başlanmalıdır. PB hayat kurtarıcı bir tedavi olabileceği gibi çeşitli ve çok sayıda komplikasyonlara da yol açabilir. Bu nedenle uygun adaylar dikkatle ve özenle seçilmelidir. Çocuklarda PB'nin sıklıkla uygulandığı bazı hastalıklar şöyle sıralanabilir: 1. Cerrahi gastrointestinal sistem (GİS) hastalıkları: gastroşizis, omfalosel, trakeaözefageal fistül, intestinal atreziler, mekonyum ileusu ve peritoniti, malrotasyon ve volvulus, Hirschsprung hastalığı ve enterokolit, diyafragmatik herni gibi. 2. Yenidoğan/süt çocuğunun durdurulamayan/dirençli ishali. 3. İnce bağırsak disfonksiyon ve yetersizlikleri: dirençli ishal, kısa bağırsak sendromu, ağır mukozal zedelenme, radyasyon enteriti, mikrovillus inklüzyon hastalığı, tufting enteropati, intestinal lenfanjiektazi vb. 4. Kronik idiyopatik intestinal psödoobstrüksiyon sendromu. 5. İnflamatuvar bağırsak hastalıkları: Crohn hastalığı, ülseratif kolit. 6. Ağır akut GİS hastalıkları: pankreatit, nekrotizan enterokolit, psödomembranöz enterokolit. 7. Mukozit: kemoterapi, infeksiyonlar, protein intoleransı. 8. İleus/obstrüksiyon: cerrahi ya da cerrahi olmayan. 9. Kemik iliği ve organ

transplantasyonları. 10. Hipermetabolik durumlar: ağır yanıklar, travma, cerrahi. 11. Diğer: anoreksia nervoza, kistik fibrozis, kalp hastalıkları, karaciğer yetmezliği, sepsis, renal yetmezlik. Sayılan bu hastalıklarda PB her zaman endike olmayıp hastanın durumuna göre değişir ve bazılarında (örn. anoreksia nervoza) hala tartışmalıdır. Hastaya PB başlanmasına karar verildikten sonra gereksinimler ve veriliş yoluna karar verilir

Hastanın hekimi tarafından Nutrisyon uygulanacak yolun belirlenmesinin ardından (Oral Nutrisyon, Enteral Nutrisyon (EN), Parenteral Nutrisyon (PN), Kombine Nutrisyon (oral-ental, enteral-parenteral) Hastanın günlük alması gereken kalori miktarı, verilecek nutrisyon ürünü, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar karşısında günlük öneri verilmektedir. İlk 24-48 saatte enteral beslenemeyen hastalara parenteral beslenme başlanır. En kısa dönemde tekrar enteral nütrisyon hedeflenir, Tüm besinleri içeren hazır birleşim preparatları tercih edilir ve hedef kalori ihtiyacına ulaşılmaya çalışılır. 24 saatlik infüzyon halinde verilen TPN sırasında sıvı, elektrolitler, eser elementler, vitamin ve glutamin desteği dikkatle değerlendirilir. Hangi yolla beslenirse beslensin, beslenme tedavisi için ortaya konan hedeflere ulaşma durumunun belirlenmesi ve uygulanan tedavinin olası komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla yakın ve kapsamlı, klinik ve laboratuvar izlem uygulanır. Tedavi hedefleri ve sonuçları kararlı duruma geçene kadar, bu veriler güncellenir.

Enteral Beslenme Yöntemleri :

Bolus beslenme:

Hastanın yaşına, vücut ağırlığına, katabolik derecesine göre belirlenir.

Periyodik beslenme:

Barsak istirahati ve postabsorptif süreye izi verecek şekilde periodik aralıklı beslenme Seçilen solüsyon ve hastanın gereksinimlerini karşılayacak miktar belirlenir yaş, ağırlık ve hidrasyon durumuna göre uygun olan miktar hekim tarafından order edilir. Enteral beslenme sırasında hastanın başını en az 30-45 derece yükseltilir. Gastrointestinal intolerans (karın ağrısı, bulantı, diyare, distansiyon) gelişirse bir adım geri dönülür, sorun düzeldikten sonra tekrar değerlendirilir. Hedef miktara ulaşıncaya kadar gerekli ilaveler ek olarak parenteral yolla yapılır.

İnvazif İşlemler:

- İntravenöz katater
- Entübasyon
- İdrar sondası
- Santral ven kataterizasyonu
- Femoral ve brakial sheat
- Gecici diyaliz kateteri
- Nazogastirik sonda
- Total parenteral nütrüsyon
- Terakeostomi
- Derin nazal oksijen kanülü
- Arteriyel kateterizasyon

Rehabilitasyon Süreci:

Hastaların yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini de artırmayı hedeflemektedir.

Entübe hastalar hareket kabiliyetleri kısıtlandığı için sürekli yatmaya bağlı baskı yaraları oluşmakta bu hastalarda fizyoterapistler ile iletişime geçilerek konsulte edilir. Beslenme düzeni oluşturmak için doktorlarına ve diyetisyenlere danışılmaktadır. Entübe hastalar ve yoğun bakım hastaları yaşamlarının bir cihaza ve tanımadıkları sağlık personeline bağlı olduğunu düşünürler ve ölüm olasılığını da yakından hissederler. Bu duygu, streslerini artırır. Hatta bu durum yoğun bakım psikozuna girmelerine de neden olabilir. İyi iletişim kurulan ve gereksinimleri karşılanan hastaların yoğun bakım psikozuna girme riski de azalmaktadır. Bu sebeple psikiyatri doktorlarından da yardım alınmaktadır.

Terminal Dönem Hasta Takibi:

Hastalarımızın her gün fiziksel bakımı (ağız bakımı, vücut banyosu, cilt bakımı, pozisyonlar, perinal bakım) yapılır. Ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı, Ağrıyı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmayı ya da rahatlatmayı sağlayacak analjezikler ve tıbbi tedavi uygulanır. Kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, Bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmeyi, son anlarında ailesiyle görüştürerek psikolojik rahatlığı saygıdeğer ya da itibarlı bir şekilde ölümünü sağlamak amaçlanır.

Hemşirenin terminal dönemdeki hasta yakınlarına yaklaşımı

- Aile bireylerinin yaşadıkları duyguların doğal olduğunu anlamalarına yardımcı olur,
- Hasta ailesi etkin dinlenir, duygu ve düşüncelerini açıkça ifade etmeleri için desteklenir,
- Ailenin mümkün olduğu kadar hasta bakımına katılması sağlanır,
- Hastanın hastalığı hakkında aileye açıklayıcı bilgiler verir,
- Hasta ailesine bilgi verilirken tıbbi terimlerden uzak, açık ve anlaşılır bir dil kullanır,
- Hastanın şikâyetlerinin giderildiği ve bakımının en iyi şekilde yapıldığı hakkında onlara güvence verir,
- Hastanın geçireceği evreler aileye anlatılır,
- Hastanın görünüşüne özen gösterilir,
- Hasta ailesinin öfkesi anlayışla karşılanır,
- Zor kararlarda aileye yardım edilir. Beyin ölümü gerçekleştikten sonra organ bağışı, vasiyet gibi kararların alınmasında destek olunur,
- Ölüm haberi uygun ortamda verilir ve aşırı duygu yüklü ifadeler kullanılmaz,
- Ölüye fiziksel bakım verildikten sonra ailenin görmesi sağlanır,
- Güven duygusunu zedelememek için elden gelen tüm çabaların gösterildiği söylenir
- Aile, gerekirse destek gruplarına yönlendirilir,

Ölen hastanın yası anlayışla karşılanır.Şiddetli kontrol yitimi olmadıkça sedatif verilmemeli, yaslarını yaşamalarına müsaade edilmelidir.

Exitus Süreci:

Hekim tarafından ex olduğu tespit edildikten sonra;

- Ex gündüz olmuş ise morga, gece ve hafta sonu olmuş ise nöbetçi süpervisor bilgilendirilir, onun aracılığı ile nöbetçi memura haber verilir.
- Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.
- Ex olan hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire tarafından çıkarılır. Çene ve ayaklar bağlanır, çarşaf ile sarılır, üzerine ex kartı yazılıp, Klinik ve Yoğun Bakımlarda Ex Süreci Talimatına uygun olarak transferi yapılır.
- Çıkış evrakları(Yoğun Bakım Epikrizi, dizi pusulası, yatış-çıkış evrakı)hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.
- Hasta yakınları telefonla hastaneye çağrılır. Ex haberi verilir.
- Bilgisayardan, protokol ve tedavi defterinden çıkışı yapıp, kat sekterine dosya teslim edilir.
- Hasta yakınına ulaşamadığında başhemşire yardımcısına ve sosyal yardım uzmanına haber verilir.

Enfeksiyonların Kontrolü ve İzlenmesi:

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

- Üreme olup olmadığı kontrol edilir.
- Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir.
- Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.
- Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir.
- İlaç nebulizatörleri hastaya özeldir.
- Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır.
- Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.
- Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.
- Ambular kullanım sonrası sterilizasyon ünitesine gönderilir.
- Laringoskop bıçak "blade" kısımları steril edilir veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.
- YBÜ ziyaretçiler için geçerli kurallara uyulması sağlanır. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı olarak denetlenir.
- Enfeksiyon bulguları olan hastaların üniteye girişi engellenir.
- İzolasyon gereken hastalar için gerekli izolasyon önlemleri alınır.
- Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Dahiliye Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

Yoğun Bakımda İzole Hasta Takibi

- Yatan hastalarda enfeksiyon gelişmesini önlemek yada var olan enfeksiyonun çalışan ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde izole etmek amacıyla, İzolasyon Yöntemleri Talimatı ve Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı'na uygun şekilde takip ve tedavisi yapılır.
- Hastanın sonuçlarına göre izolasyon sınıfı belirlenir.
- Hastanın odası ayrılır. Kapısına uygun izolasyon kartı yerleştirilir.
- Hasta tabelasına kırmızı izole hasta etiketi yapıştırılır.
- Hastanın dosyasına kırmızı etiket yapıştırılarak izole olduğu belirtilir.
- Hasta izolasyon odasında ise sürekli havalandırılır, oda Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak dezenfeksiyonu yapılır.
- Hastanın takip ve tedavisi yapılırken eldiven, maske, bone ve önlük kullanılır.
- İşlem öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanır.
- Hastanın çarşafı çamaşırhaneye giderken ayrı kırmızı poşet ile gönderilir.
- Tedavisi enfeksiyon doktoru ile görüşülerek belirlenir.
- Hastanın hekim önerisi doğrultusunda kültür, hemogram ve CRP takibi yapılır.
- Hasta hekimi, hemşiresi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından takip edilir.
- Hasta taburcu olduktan sonra oda, yatak ve kullanılan malzemeler Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak temizlik yapılır.

İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

1. Kan ve Kan Bileşenleri Transfüzyonu Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi
2. Narkotik, Anestezi, Psikotrop, Trombolitik ilaç devir teslim tutanağı
3. Çocuk Yoğun Bakım Hasta Takip ve tedavi Çizelgesi
4. Türkiye Milli Pediatri Derneği Ve Yandal Dernekleri İşbirliği İle Çocuk Sağlığı Ve Hastalıklarında Tanı Ve Tedavi Kılavuzları, 2014.
5. Çaltık A, Kendirli T, İnce E . Çocuk yoğun bakım hastalarında endotrakeal entübasyon deneyimleri.
6. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2006; 59:93-97.
7. <https://www.uptodate.com/contents/emergency-endotracheal-intubation-in-children>. Güncelleme: 2016

<http://www.cocukyogunbakim.org/dokumanlar.asp> Güncelleme: 2017

ANESTEZİ YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

AMAÇ: Koroner yoğun bakım ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartlarının sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için işleyişin tanımlanması.

KAPSAM : CBÜ Hastanesi Anestezi Yoğun Bakım Ünitesini kapsar.

SORUMLULAR:

- Anestezi yoğun bakım ünitesi sorumlu hekimi
- Anestezi yoğun bakım ünitesi sorumlu hemşiresi
- Anestezi yoğun bakım ünitesi hemşire ve sağlık memurları
- Anestezi yoğun bakım ünitesi tıbbi sekreter
- Anestezi yoğun bakım ünitesi personel (temizlik elemanları)

TANIMLAR:

YOĞUN BAKIM: 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.

Pulsoksimetre: Perifer venlerdeki oksijen doymuşluk düzeylerini ve nabız hızını girişimsel olmayan bir biçimde elde etmemize yarayan alettir.

Elektrokardiyografisi(EKG): Cilde yapıştırılan elektrotlar aracılığı ile kalbin elektriksel aktivitesinin özel kâğıtlara yazdırılma işlemine denir. Kalbin elektriksel haritasının resmidir.

GİRİŞ-ÇIKIŞ KURALLARI:

- Yoğun bakım çalışanları, diğer ilgili sağlık personeli, hastanın ilgili doktorları, teknik ekip ve 112 ekibi yoğun bakım ünitesine el dezenfektanı ile ellerini dezenfekte ettikten sonra girebilir.

Anestezi yoğun Bakım Ünitesine Hastaların Kabul Edildiği Yerler ;

- Acil Servis
- Servisler (Klinikler)
- Başka hastaneler.(Acil servis aracılığı ile

YBÜ Hasta Kabul – Yatış Kriterleri:

- Yoğun bakım, hayatı tehdit eden ciddi hastalığı olan olguların tedavisini ve bakımını içerir. Yoğun bakım ünitesine hasta yatış kararında “yapılacak tedaviden yarar görme olasılığı bulunan olguların alınması” önceliği esastır.
- Genel olarak tanısı ne olursa olsun;
 - 2 saatten daha sık hemşire bakımı gerektiren hastalar,
 - Yeni entübe edilmiş, invaziv monitörizasyon gereken hastalar,
 - Agresif tedavilerin başlanacağı veya kesileceği hastalar,
 - Kardiyopulmoner Resüstasyon (CPR) uygulanmış ve hayatı tehdit edici komplikasyon olasılığı olan hastalar, mutlaka yoğun bakım ünitesinde izlenmelidir.

Yatışa Karar Verenler:

- Hastayı takip eden primer hekim ile yoğun bakım nöbetçi hekimi hasta yatışı için öncelik kriterlerine ve boş yatak durumuna göre mutabık olarak hasta yatışına karar verirler.

Yatışa Karar Verilirken İzlenen Yollar:

- Yoğun Bakıma yatırılmak üzere öncelikle Yatış Kriterlerinde yazılı olan 1. 2. ve 3. öncelikli hastalar değerlendirilir. Yoğun Bakımda yer varsa bu hastalar doğrudan kabul edilir. 4. öncelik grubu hastaları yoğun bakıma alınmazlar (hekim onayına göre alınabilirler).
- Yoğun Bakımda yer olmaması durumunda öncelikle genel durumu düzelmiş hastalar ve 4 Dereceden olan hastalar Yoğun Bakımdan çıkarılırlar(hekim onayına göre).

Yatış Sürecinde İzlenecek Politika Aşağıdadır:

- Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınırken diğer hemşire tarafından aşağıdaki işlemler sırasıyla yapılır.

Kayıt Süreci:

Acil servis, klinikler veya diğer hastanelerden sevkli gelen hastaların yoğun bakım ünitesine yatmasına uzman doktor

tarafından karar verilir. Yoğun bakım ünitelerinde yer varsa hasta;

- Acilden geliyorsa, dosyası acil sekreterliğinde düzenlenir. Hemşire nezaretinde yoğun bakım hemşiresine (Hastanın Güvenli Transferi'ne uygun) teslim edilir.
- Klinikten geliyorsa, hasta dosyası ile birlikte klinik hemşiresi nezaretinde, ilgili yoğun bakım hemşiresine (Hastanın Güvenli Transferi'ne uygun) teslim edilir.
- Hastanın klinikten sekreter tarafından çıkışı yapıldıktan sonra, bilgisayara ve protokol defterine kaydı yapılır,
- Order üzerine yoğun bakıma ait kaşe basılır. Kaşede; YB yatış - çıkış ve YB protokolü yazılarını içerir,
- Orderda hastaya ait eksik yada yanlış kimlik bilgisi varsa eklenir veya düzeltilir,
- HBYS ye hastaya ait orderında bulunan ilaç-malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır.

Hastanın kimlik tanımlayıcısını Kimlik Tanımlama ve Doğrulama Prosedürü' ne uygun şekilde hazırlanıp yatak başına takılır.

- Eğer hasta yakını varsa yoğun bakıma yatan hastanın yatış formundaki kimlik ve adres bilgileri kontrol edilir, eksiklikler tamamlanır ve ulaşılabilecek bir yakınının telefon ve ismi alınır.
- Hastanın eşyaları Hastane Giriş Kağıdı Formu doldurularak hasta yakınına teslim edilir, teslim imzaları alınır. Kimsesi olmayan hastaların eşyaları nöbetçi memura imza karşılığı teslim edilir.
- Riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rıza alınması için ilgili onam formu hasta/hasta yakınına okutulup imzalatılır(Anestezi Yoğun Bakım Onam Formu) Acil durumlarda da Aydınlatılmış Onam Alma Talimatına göre davranılır.
- Hayati tehlikesi olan hastada acil durumlarda riskli girişimsel işlemler yapılır ve hasta yakınına telefonla bilgi verilir, gerekli onam hasta yakınına bilgilendirme yapılarak okutulup, onaylatılır.
- Hasta yakınlarına doğrudan bilgilendirici bir uygulamanın, yoğun bakım ünitesi girişinde görevli personel (varsa hekim, yoksa hemşire) tarafından yapılacağı hasta yakınına anlatılır.

Yatış Süreci:

Yatağa alınan hastaya aşağıdaki işlemler sırasıyla yapılır.

- Hastanın üzerindeki giysiler çıkarılır, hasta yakınına yoksa nöbetçi memura teslim edilmek için bir poşete konularak üzerine hasta ismi yazılır. Hastanın üzerinden çıkarılan değerli eşya ve paralar şahit eşliğinde sayılarak kayıt altına alınır.(Hastanın yoğunbakıma kabulü bittikten sonra)
- Hasta monitörize edilir; monitördeki nabız, tansiyon, oksijen satürasyonu, CVP, parametrelerinin alt-üst limitleri ayarlanır. Hasta sırt üstü yatırılır, bağlantı aparatları monitördeki yerlerine takılır, hastaya EKG kabloları bağlanır, tansiyon manşonu takılır ve pulsoksimetre probunu hastanın parmağına takılır, cihazın güç kablosu topraklı prize takılır, cihazın açma/kapama anahtarı açılır, hasta monitörden izlenir. Hastanın tansiyonu, nabız, saturasyonu (Spo2), derecesi hemşire gözlem formuna saat belirtilerek kaydedilir.
- Yoğun bakımlarda kullanılan hemşire gözlem formları: Yoğun Bakım Ünitesi Hemşire Gözlem Formu; Genel Yoğun Bakım Ünitesi ve Reanimasyon ünitesi kullanılmaktadır.)

Hastanın genel durumu uygun ise hastadan bilgi alınır, hastanın genel durumu kötü ise hasta yakınından bilgi alınarak Hemşirelik Süreci Hasta Tanımlama formu doldurulur.

- Eğer hasta entübeli ise, solunum problemi mevcut ise solunumu değerlendirilerek yüzeysel veya yok ise hekim kararıyla aşağıdaki sıralamaya uygun olarak mekanik ventilatöre bağlanır;
 - Merkezi sistemden oksijen ayarlanır, cihaz açma/kapama düğmesinden açılır,
 - Hastanın kilosu ve solunum sayısı, Flow-Rate oranı hekim tarafından ayarlanır.

Cihazın bağlantı hortumuna, anestezi bakteri filtresi eklenir, entübasyon tüpüne bağlanır cihaz otomatik olarak çalışır. Bu esnada ambulama işlemi yapılır.

- Damar İçi Katater Uygulama Talimatına göre hastanın damar yolu açılır.
- Yoğun bakıma başka bir hastaneden, hastanenin diğer klinik ve yoğunbakımlarından gelen her hasta için kan- idrar varsa trakea kültürü alınır.
- Hastanın gerekli ise idrar ve nazogastrik kataterizasyonu yapılır.
- Hastanın elektrokardiyografisi (EKG) çekilir. EKG çekimi sırasında;
 - Hasta yatakta sırt üstü yatırılır.
 - Hastanın boynundaki, kolundaki ve bileklerindeki takılar çıkarılır.
 - Hastanın bel üstü bölgesi, el ve ayak bilekleri açılır.
 - Eğer çorap varsa çıkartılır veya bilekler ortaya çıkarılacak biçimde sıyrılır.
 - Elektrot diskleri kollara, bacaklara ve göğsün ön yüzüne yerleştirilir.

- Özel EKG jeli veya alkollü pamuk deri ile elektrotlar arasına, kaydın daha iyi olması için sürülür.

Çekim sırasında hasta hareket etmemeli ve konuşmamalıdır.

- Yoğun bakımda yatırılan hasta acil müdahalesi yapıldıktan sonra kişisel bakım ihtiyaçları tespit edilir. Hastaların her gün silme banyosu ve ağız bakımı (gerekli sıklıkla) yapılır.
- Haftada iki kez yatak banyosu verilir.

Hasta Tedavisi:

- Hastanın yanında getirdiği ilaçları Hastanın Yanında Getirdiği İlaçlara Ait Teslim Tutanağı formuna miyad kontrolleri yapılarak adet belirtilerek yazılır, gerekli imzalar alınır. Hastanın hekimi tarafından kontrol edilerek hasta tabelasına order edilir.
- Hastaya uygulanacak tıbbi tedaviler ve bakımlar ilgili hekim tarafından Hasta Tabelası'na order edilir.
- Ordera uygun şekilde mayi ve infüzyonlar hazırlanır ve takılır.
- Nabız, derece, tansiyon, solunum takibi doktor istemine göre yapılır ve hemşire gözlem formuna kayıt edilir. Ayrıca ölçülen hasta derecesi Derece Kağıdı Formuna kayıt edilir.
- İlaçların muhafazası, raf düzenlemesi vb. İlaç-Sarf Malzeme Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü'ne ve ilaç listelerine uygun olarak yapılır.
- Hastaya yapılan tüm tedaviler İlaç-Sarf Malzeme Güvenliği ve Yönetimi Prosedürü'ne ve Yoğun Bakım Hasta Güvenlik Planı'na uygun olarak yapılır hemşire gözlem formu'na kayıt edilir ve imzalanır.
- Hasta için özel bir durum geliştiğinde ve hekiminin hasta başına gelemediği durumlarda hekimler tarafından uygulanacak tedaviye yönelik sözel ya da telefonla verilen talimatlar için Sözel Order Formu Sözel Order Talimatı'na uygun şekilde doldurulur. Hemşire gözlem ve tedavi defterine kayıt edilirken tedavinin sözel orderla alındığı kayıt edilir.
- Hastaya ait hemşire gözlem formu çıkartılır.
- Order, hemşire gözlem formuna geçilir. Yapılan tedaviler işaretleme kuralına göre işaretlenir.(Antibiyotikler yeşil, serum ve tedaviler kırmızı, diğer tüm ilaçlar mavi)Antibiyotiğin kaçınıcı günü olduğu belirtilir.
- Hasta, sorumlu hekimi ya da yoğun bakım nöbetçi hekimi tarafından değerlendirilir gerekirse diğer konsültasyon veya radyoloji hizmetlerinin istemi yapılır.
- Hastanın vital bulguları hemşire gözlem formuna yazılır.
- Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar varsa Hastanın Yanında Getirdiği İlaçlara Ait Teslim Tutanağı doldurulur ve hekiminin order ettiği ilaçlar tedaviye eklenir.
- Hastanın primer ve yoğunbakım doktoru tarafından ziyaret notları günlük olarak Yoğunbakım Hasta Takip formuna kaydedilir.
- Organ bağıışı birimi tarafından yoğun bakımlar günde iki kere ziyaret yapılarak olası beyin ölümü tespitleri yapılır ve ziyaretlerle ilgili kayıtlar ilgili forma kaydedilir.

HASTANIN TRANSFERİ

Hasta yoğun bakım ünitesinden çıkış talimatlarına uygun hale geldiğinde servise nakil sağlanır. Hasta sevk işlemleri Hasta Taburcu Talimatına uygun şekilde yapılır.

Yoğun bakımda yatan hastaların herhangi bir nedenle (ileri tetkik, tedavi vb.) bir başka kuruma sevk edilmesine ilgili branş hekimi karar verir.

Hastaya ait epikriz eksiksiz olarak doldurulur.

Hastanın sevk edileceği karşı hastane ilgili branş hekimi ile hastayı sevk eden uzman hekim iletişim kurar, hasta gideceği hastaneye hasta sevk formu ile birlikte gönderilir.

Hastanın servisten diğer hastaneye hangi araçla ve nasıl gideceğine ilgili branş hekimi karar verir.

Hasta eğer yoğun bakımdan tedavisinin devamı yada tetkik için başka bir sağlık kuruluşuna sevk ediliyorsa 112 ambulansıyla gönderilir.112 komuta merkez aranarak hasta hakkında bilgi verilir ve dolduran sevk formunun faksı komuta merkeze çekilir, Hasta eve veya kendi isteğiyle sevk/taburcu oluyorsa ve hastanın durumuna göre hastane ambulansı ile gönderilir.(Hasta Sevk Ve Taburcu Talimatına göre)

Diğer kliniklere devir edilecek hastalar, devir protokolüne uygun şekilde nakli sağlanır.

Koroner yoğun bakım ünitesinde 3.basamak genel yoğun bakım ünitesine nakil olacak hastaların gerekli işlemleri yapılarak nakli sağlanır.

Hasta taburculuk işlemleri:

Klinik doktoru tarafından taburculuğuna karar verilen hastaların yakınlarına telefonla ulaşılarak hastanın çıkışı hakkında bilgi verilir.

Hasta taburcu ve eğitim formu doldurularak hastaya verilir.

Medikal tedavisi ve diyet programı hekim tarafından düzenlenen hastaya gerekli eğitim verilerek taburcu olması sağlanır.

Hastanın bilgisayardan ve protokol defterine çıkışı yapılır.

Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hastanemizde bulunan organ nakli komitesine bildirilir.Hasta exitus oldu ise ex protokollerine uygun şekilde işlemler yapılır ve morga gönderilir.

Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

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 O₂ <70 mmHg. FiO₂:0.21 iken
- Pa CO₂>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. Gerektikçe aspirasyon yapılır, her şifitte 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.
- Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

Sedasyon ve analjezi uygulanması:

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
- Midazolon
- Propofol
- Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.

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

Ventilatördeki Hastanın Extübasyon Süreci;

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
- İspirasyon gücü (cm H2O) <-10
- PH>7.30
- Solunum sayısı/dk.<45
- Dadika 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 ayrılması 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.

Skorlama Sistemleri ile Hastaların Takibi: Sadece 3. basamak yoğun bakımlarda hastalar hastalık şiddetini belirleyen APACHE II ve SAPS II skorlama sistemleri ile değerlendirilir. 1. basamak yoğun bakımlar skorlama sistemleri ile değerlendirme yapmaktan muaftırlar.

Düşme Riskinin Önlenmesi: 2. Ve 3. Seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş arası bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır. 1. Basamak yoğun bakımlarda yatan hastalar Düşme Riski Değerlendirme ve İzleme Formundaki kriterlere göre değerlendirilmektedir. Risk görülen durumlarda hastalar Hastaların Düşme Riskinin Azaltılması Talimatına göre gerekli önlemler alınır.

Bası Yarası (dekübit) Takibi: Yatak yaralarını önlemeye yönelik olarak öncelikle risklerin tanımlanması, basıncın etkilerinin azaltılması, beslenme durumunun belirlenmesi, uzun süren yatak istirahatinden kaçınılması ve deri bütünlüğünün korunması gerekir. Riskli hastalarda ilk önleyici girişim; basınç, sürtünme ve tahriş gücünün etkisini azaltmaktır. Bunun için; Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracağı için hastanın pozisyonu gündüz gece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir. Hastaya pozisyon verilirken uygun malzemeden yapılmış yastık kullanılır. Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışksız olmasına dikkat edilir. Sabah – akşam mümkün oldukça her pozisyon sırasında bası bölgelerinin kontrolü yapılır. Hasta belirli aralar ile yataktan sandalyeye alınıp 30dk oturması sağlanır. Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır. Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır. Bası yarası riski olan hastalara visco elastik yatak kullanılır. Enteral parenteral beslenme iyi şekilde sağlanır.

Rehabilitasyon Süreci

Hastaların yaşam süresi ile birlikte yaşam kalitesini de artırmayı hedeflemektedir. Entübe hastalar hareket kabiliyetleri kısıtlandığı için sürekli yatmaya bağlı bası yaraları oluşmakta bu hastalarda fizyoterapistler ile iletişime geçilerek konsulte edilir. Beslenme düzeni oluşturmak için anestezi doktorlarına ve diyetisyenlere danışılmaktadır. Entübe hastalar ve yoğun bakım hastaları yaşamlarının bir cihaza ve tanımadıkları sağlık personeline bağlı olduğunu düşünürler ve ölüm olasılığını da yakından hissederler. Bu duygu, streslerini artırır. Hatta bu durum yoğun bakım psikozuna girmelerine de neden olabilir. İyi iletişim kurulan ve gereksinimleri karşılanan hastaların yoğun bakım psikozuna girme riski de azalmaktadır. Bu sebeple psikiyatri doktorlarından da yardım alınmaktadır.

Nütrisyon Takibi: Gerek hastalığı iyileştirebilmek, gerekse malnütrisyonu ve ona bağlı komplikasyonları ortadan kaldırmak için hastaların yeterli ve dengeli beslenmeleri gerekmekte bu nedenle beslenme desteği yapılmaktadır. Nütrisyon desteğinin amaçları şunlardır.

- Önceden varolan malnütrisyonun önlenmesi, Daha ileri düzeyde kayıpların önlenmesi,
- Katabolizma etkilerinin en aza indirilmesi,
- Katabolizmayı önlemek,
- Mortalite ile komplikasyon oranlarını azaltmak

Hastanın hekimi tarafından Nutrisyon uygulanacak yolun belirlenmesinin ardından (Oral Nutrisyon, Enteral Nutrisyon (EN), Parenteral Nutrisyon (PN), Kombine Nutrisyon (oral-ental, enteral-parenteral) Hastanın günlük alması gereken kalori miktarı, verilecek nutrisyon ürünü, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar karşısında günlük öneri verilmektedir. İlk 24-48 saatte enteral beslenemeyen hastalara parenteral beslenme başlanır. En kısa dönemde tekrar enteral nutrisyon hedeflenir, Tüm besinleri içeren hazır birleşim preparatları tercih edilir ve hedef kalori ihtiyacına ulaşılmaya çalışılır. 24 saatlik infüzyon halinde verilen TPN sırasında sıvı, elektrolitler, eser elementler, vitamin ve glutamin desteği dikkatle değerlendirilir. Hangi yolla beslenirse beslensin, beslenme tedavisi için ortaya konan hedeflere ulaşma durumunun belirlenmesi ve uygulanan tedavinin olası komplikasyonlarının önlenmesi amacıyla yakın ve kapsamlı, klinik ve laboratuvar izlem uygulanır. Tedavi hedefleri ve sonuçları kararlı duruma geçene kadar, bu veriler güncellenir.

Terminal Dönem Hasta Takibi

Hastalarımızın her gün fiziksel bakımı (ağız bakımı, vücut banyosu, cilt bakımı, pozisyonlar, perinal bakım) yapılır. Ölüm sürecinde olan hastaların yaşam kalitesini artırmayı, Ağrıyı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmayı ya da rahatlatmayı sağlayacak analjezikler ve tıbbi tedavi uygulanır. Kişisel, kültürel ve dinsel değerlere, inançlara ve alışkanlıklara duyarlı kalarak bakım vermeyi, Bireyin mümkün olduğunca bağımsızlığını sürdürmeyi, son anlarında ailesiyle görüştürerek psikolojik rahatlığı saygıdeğer ya da itibarlı bir şekilde ölümünü sağlamak amaçlanır.

Exitus Süreci:

Hekim tarafından ex olduğu tespit edildikten sonra;

- Ex gündüz olmuş ise morga, gece ve hafta sonu olmuş ise nöbetçi süpervisor bilgilendirilir, onun aracılığı ile nöbetçi memura haber verilir.
- Eğer hasta adli vaka ise hastane polisine haber verilir.
- Ex olan hastanın üzerindeki kanül, katater, NG Sonda, foley sonda, entübasyon tüpü hemşire tarafından çıkarılır. Çene ve ayaklar bağlanır, çarşaf ile sarılır, üzerine ex kartı yazılıp, Klinik ve Yoğun Bakımlarda Ex Süreci Talimatına uygun olarak transferi yapılır.
- Çıkış evrakları (Yoğun Bakım Epikrizi, dizi pusulası, yatış-çıkış evrakı) hazırlanır. Doktoru tarafından doldurulup, imzalanır.
- Hasta yakınları telefonla hastaneye çağrılır. Ex haberi verilir.
- Bilgisayardan, protokol ve tedavi defterinden çıkışı yapıp, kat sekterine dosya teslim edilir.
- Hasta yakınına ulaşamadığında başhemşire yardımcısına ve sosyal yardım uzmanına haber verilir.

Enfeksiyonların Kontrolü ve İzlenmesi:

- Yoğun bakım ünitelerinin temizliği risk düzeyine göre temizlik planına uygun yapılır.
- İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.
- Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.
- Eldiven çıkarıldıktan sonra eller yıkanır.
- Hastaların dren yerleri günlük takip edilir. Miktarı, rengi, kokusu kontrol edilip kaydedilir. Miktar olarak fazla, kokulu ve pürülan drenajı olan drenlerden doktor uygun görürse kültür alınır. Üreme olup olmadığı takip edilir. Enfeksiyon açısından önemli bir bulgu olan ateş takibi sık yapılır. 37.5 C ve üzeri ateşi olan hastalarda enfeksiyon kontrol komitesinin önermesi durumunda üç kez kan kültürü alınır.
- Santral katateri olan hastaların kataterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir, takibi yapılır.
- İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun gördüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir. Üreme olup olmadığı kontrol edilir. Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir. Yatak, monitör kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.
- Nazal oksijen kataterleri ve oksijen maskeleri hastaya özeldir.
- İlaç nebülizatörleri hastaya özeldir.
- Nebülizasyonda tek dozluk ampuller kullanılır. Sistemdeki tüm nemlendiricilerde steril su kullanılır ve bu sular günlük olarak değiştirilir.
- Aspirasyon sondaları tek kullanımlıktır.

Ambular kullanım sonrası sterilizasyon ünitesine gönderilir. Laringoskop bıçak "blade" kısımları steril edilir veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

YBÜ ziyaretçiler için geçerli kurallara uyulması sağlanır. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı olarak denetlenir.

Enfeksiyon bulguları olan hastaların üniteye girişi engellenir. İzolasyon gereken hastalar için gerekli izolasyon önlemleri alınır.

Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için Enfeksiyon Uzmanı ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.

Yoğun Bakımda İzole Hasta Takibi

- Yatan hastalarda enfeksiyon gelişmesini önlemek yada var olan enfeksiyonun çalışan ve hasta güvenliğini sağlayacak şekilde izole etmek amacıyla, İzolasyon Yöntemleri Talimatı ve Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Kontrol Talimatı'na uygun şekilde takip ve tedavisi yapılır.
- Hastanın sonuçlarına göre izolasyon sınıfı belirlenir.
- Hastanın odası ayrılır. Kapısına uygun izolasyon kartı yerleştirilir.
- Hasta tabelasına kırmızı izole hasta etiketi yapıştırılır.
- Hastanın dosyasına kırmızı etiket yapıştırılarak izole olduğu belirtilir.
- Hasta izolasyon odasında ise sürekli havalandırılır, oda Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak dezenfeksiyonu yapılır.
- Hastanın takip ve tedavisi yapılırken eldiven, maske, bone ve önlük kullanılır.
- İşlem öncesi ve sonrası el hijyeni sağlanır.
- Hastanın çarşafı çamaşırhaneye giderken ayrı poşet ile gönderilir.
- Hasta taburcu olduktan sonra oda, yatak ve kullanılan malzemeler Hastane Temizlik Talimatı'na uygun olarak temizlik yapılır.