

YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ



ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK, UYGULAMA VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRLÜĐÜ

Bu rehber Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Hastanesi
Yoğun Bakım Ünitesi bölümlerinde alıőan Hemőirelerimize kaynak olması
amacıyla düzenlenmiőtir.

Sağlık Hizmetleri MüdürlüĐü

Sağlık Hizmetleri MüdürlüĐü EĞitim ve Geliőim Hemşiresi



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	2 / 21

İÇİNDEKİLER

1. AMAÇ.....	3
2. HASTANE HAKKINDA.....	3
3. HASTA ZİYARET SAATLERİ.....	3
4. HASTA HAK VE SORUMLULUKLARI	3
5. YOĞUN BAKIM MİSYONUMUZ.....	4
6. REANİMASYON "KRİTİK=YOĞUN BAKIM" KAVRAMI VE YAPILANMA ÖZELLİKLERİ.....	4
7. YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ TANIMI, GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI	5
7.1 Yoğun Bakım Hemşiresi Tanımı.....	5
7.2 Yoğun Bakım Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları	5
8. ÇALIŞMA KOŞULLARI VE ÖZLÜK HAKLARI	6
9. TEHLİKELİ ATIKLAR	7
10. EL HİJYENİ.....	9
11.1 Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar;.....	10
11.2 Kesici Delici Alet Yaralanmaları ve Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas Durumunda Yapılması Gerekenler	10
11.3 Koruyucu Ekipmanın Uygun Kullanımı	11
12. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN GENEL İŞLEYİŞ SÜRECİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ 12	
12.1. Hastanın Yoğun Bakıma Kabul Edilmesi.....	12
12.2. Yoğun Bakım Hastalarının Beslenmesi	12
12.2.1. Enteral Beslenme	12
12.2.1.1. Enteral Beslenmede Kullanılan Solüsyonlar	13
12.2.1.2. Enteral Nutrisyonun Endikasyonları	13
12.2.1.3. Enteral Beslenme Yöntemleri	13
12.2.1.4. Enteral Beslenmenin Avantajları	13
12.2.1.5. Enteral Beslenmenin Komplikasyonları	13
12.2.1.6. Enteral Beslenme Yapılan Hastada Hemşirelik Yaklaşımları	13
12.2.2. Parenteral Beslenme.....	14
12.2.2.1. Periferik Parenteral Beslenme.....	14
12.2.2.2. Santral Parenteral Beslenme	14
12.2.2.3. Parenteral Beslenme Komplikasyonları.....	15
12.2.2.4. Parenteral Beslenmede Hemşirelik Yaklaşımı	15
13. İLAÇ UYGULAMALARI.....	15
14. VENTİLATÖRDEKİ HASTANIN BAKIMI	16
14.1. Ventilatör Modları	16
14.2. Mekanik Ventilasyon' da Hasta Takibinde Dikkat Edilecek Noktalar	16
14.3. Mekanik Ventilasyon İşlem Basamakları.....	17
15. YATAĞA BAĞIMLI HASTA BAKIMI.....	18
15.1. Yatağa Bağimli Hastada Olası Komplikasyonlar	18
15.2. Yatağa Bağimli Hastada Dikkat Edilecek Noktalar	18
15.3. Yatağa Bağimli Hasta Bakımı İşlem Basamakları.....	19
KAYNAKLAR.....	21



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	3 / 21

1. AMAÇ

Hastanemizin yoğun bakım uygulamalarında esas alınacak uygulamaları belirlemek üzere bu bölümlerde çalışan hemşirelere ve bu bölümlerde çalışmaya yeni başlamış olan hemşirelere bir kılavuz hazırlanmasına karar verilmiştir.

Kılavuzlar yılda bir kez gözden geçirilecek, yoğun bakım ile ilgili bilgilerin, ilaç ve tıbbi cihaz teknolojisindeki gelişmelerin doğrultusunda güncelleştirilecektir. Bu kılavuz, alınması gereken minimum önlemleri içerir. Çalışan ve hasta güvenliği açısından temel koşulları oluşturmayı ve her hastaya aynı koşullarda aynı standart tedaviyi vermeyi, bakım hizmetlerinin kurumun hedeflerine uygun kalitede sürdürülmesini amaçlar. Hastada alınacak sonucu garanti etmeyeceğine dikkat çekilir.

2. HASTANE HAKKINDA

Üniversitemiz hastanesinin temeli 1976 yılında dönemin Başbakanı Süleyman Demirel tarafından atılmıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın Eskişehir' deki 300 yataklı Göğüs Hastalıkları Hastanesinin Üniversitemize devri ile hastane kuruluş çalışmaları tamamlanarak Temmuz 1977' de Eskişehir' de Anadolu Üniversitesi' ne bağlı Tıp Fakültesi Hastanesi faaliyete geçmiş, hasta kabulü yapılarak rutin sağlık hizmetlerine başlanmıştır.

1991 yılı Eylül-Ekim aylarında eski hastane binasında birkaç Anabilim Dalı dışındaki tüm birimler Meşelik Kampüsüne taşınmıştır. 1993 yılı sonunda 900 yataklı hastane bitirilerek taşınma işlemleri tamamlanmıştır. 18 Ağustos 1993 gün ve 21672 sayılı resmi gazetede yayınlanan 496 sayılı kanun hükmünde kararname ile Eskişehir Osmangazi üniversitesi kurulmuş ve Anadolu üniversitesinden ayrılarak Eskişehir Osmangazi üniversitesine bağlanmıştır.

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Eskişehir merkezinin yanında Bilecik, Afyon, Kütahya' nın yer aldığı bölgede üniversite hastanesinin gerektirdiği tüm hizmetleri hastalarımıza sunmaya devam etmektedir.

3. HASTA ZİYARET SAATLERİ

Hastanemizde hasta ziyaret günlerimiz her gün 18:00 - 19:00 saatleri arasında yapılmaktadır.

Yoğun Bakım Ünitelerinde yatan hastalarda rutin ziyaret yasaktır. Gerekli durumlarda her yoğun bakımın yönetici hekimi tarafından hastanın 1.derece yakınlarına 1 kişi ile sınırlı olmak kaydıyla bölümün uygun gördüğü saatte ziyarete karar verilmektedir.

4. HASTA HAK VE SORUMLULUKLARI

HASTA HAKLARI;

- 1- Her türlü hizmetten faydalanma ve bilgilendirilme hakkı
- 2- Eşitlik içinde saygı ve itibar görme hakkı
- 3- Her türlü sağlık durumu ile ilgili bilgilendirilme hakkı
- 4- Mahremiyet hakkı
- 5- Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirme hakkı
- 6- Planlanan tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı
- 7- Sosyal ve psikolojik destek alma hakkı
- 8- Sağlık kuruluşunun usul ve esaslarını bilme hakkı
- 9- Dini hizmetlerden yararlanma hakkı
- 10- Hastanın şikâyet ve önerilerini ulaştırma ve yanıt alma hakkı
- 11- Bilgilerin gizli tutulması hakkı

HASTA, REFAKATÇİ VE HASTA YAKINI OLARAK SORUMLULUKLARI;

- 1- Genel sorumluluklar: Sağlıklı bir yaşam için verilen tavsiyelere uyma,
- 2- Sağlık çalışanlarını bilgilendirme: Sağlık çalışanları ile işbirliği içerisinde olma, tüm yakınmalarınız, görmüş olduğunuz tedaviler, kullandığınız ilaçlar ve sağlığınızla ilgili tüm bilgileri doğru ve eksiksiz verme,
- 3- Tedavi ile ilgili önerilere uyma:
 - a) Tedavinizle ilgili tavsiyeleri dikkatle dinleme, önerilere uyum sağlayamama durumunuz olduğunda bunu sağlık çalışanına bildirme,



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	4 / 21

- b) Gereksiz tıbbi girişim ve tedavi talebinde bulunmama,
 - c) Tıbbi gereklilik olmadan ve gerçeğe aykırı belge, rapor veya doküman düzenlenmesini istememe,
- 4- Sosyal güvenlik durumu: Sosyal güvenlik kapsamındaki yükümlülüklerle ve kurumlarca belirlenmiş olan sevk zincirine uyma,
- 5- Hastane kurallarına uyma:
- Randevularınıza uyma,
 - Hastane malzemelerine verdiğiniz zararları karşılama,
 - Hastane personelinin, diğer hastaların, refakatçilerin ve ziyaretçilerin haklarına saygı gösterme,
 - Somut olay ve belgelere dayanmadan sağlık çalışanlarımızı ve kuruluşumuzu yıpratıcı şekilde hakaret ve suçlayıcı beyanda bulunmama,
 - Diğer hastaların da hakları olduğunu bilme ve bu haklara saygı gösterme,
 - Hastalığınızın öyküsüyle ilgili olarak tıbbi tedavi ekibine doğru bilgiler verme,
 - Hastanemizde bulunduğunuz süre içinde sigara ve alkol kullanım yasağına uyma,
 - Tedavi ekibinin bilgisi dışında başka ilaç kullanmama,
 - Odalarınızda bulunan araç gerecin kullanımına dikkat etme,
 - Vizit ve yemek saatlerinde odalarınızda bulunma,
 - Doktorunuz ve servis sorumlu hemşiresinin izni olmadan servisten uzaklaşmama,
 - Hastanemizde karşılaştığınız sizi rahatsız eden durumlarla ilgili şikâyet, öneri ve memnuniyetinizi yazılı olarak Hasta Hakları birimine yapma,
 - Yanınızda kıymetli eşya ve fazla para bulundurmama,
 - Hastane vezneleri dışında herhangi bir yere ödeme yapmayıp ve ödemeler karşılığında makbuz isteme,
 - Küçük çocukları hasta ziyareti için getirmeme,
 - Çalışan hakları ve güvenliği konularını ihlal etmeniz durumunda yasal*

5. YOĞUN BAKIM MİSYONUMUZ

Yoğun bakım ünitelerimizde hastaların sosyo ekonomik durumuna bakılmaksızın herkese eşit ve aynı tedaviyi uygulamak bize verilmiş olan imkanları sonuna kadar kullanarak hastalığın tedavisinin mümkün olup olmadığına bakılmaksızın hastanın tedavisini yapmak, uygulanacak tedavinin amacı olan iyileşmenin doğal süreci başlayıncaya kadar ya da toksik veya enfektif orjinli ajan elimine edilinceye kadar yaşam desteğine devam etmek temel yükümlülüğümüzdür.

6. REANİMASYON "KRİTİK=YOĞUN BAKIM" KAVRAMI VE YAPILANMA ÖZELLİKLERİ

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

Yoğun bakım ünitelerinin basamak tanımları, asgari donanım, personel ve hizmet standartları "Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ" de yapılmıştır.



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	5 / 21

7. YOĞUN BAKIM HEMŞİRESİ TANIMI, GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

7.1 Yoğun Bakım Hemşiresi Tanımı

Yoğun bakım hemşiresi, karmaşık ve yaşamı tehdit edici problemleri olan hastaların tanılamasını yapmak, hastaları sürekli izlemek, kaliteli ve ileri yoğun bakım ve tedavi girişimleri uygulamak, hasta ve yakınları ile terapötik ilişki kurmak, koruyucu, iyileştirici ve rehabilite edici girişimleri uygulamaktan sorumlu hemşiredir.

7.2 Yoğun Bakım Hemşiresi Görev, Yetki ve Sorumlulukları

Hemşirelerin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

1. Hemşirelik bakımı:

- Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.
- Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.
- Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.
- Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.
- Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.
- Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.
- Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.
- Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.
- Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.
- Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonunu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.
- Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.
- Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.
- Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

- Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.
- Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.
- Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.
- Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.
- Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.
- Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.
- Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	6 / 21

- h) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.
- i) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an üniteye hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.
- j) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir.

8. ÇALIŞMA KOŞULLARI VE ÖZLÜK HAKLARI

Sağlık hizmetleri kesintisiz devam eden sağlık hizmetidir. Mesai saatleri dışında hizmetin sürekliliği nöbetle sağlanır. Günlük çalışma saatleri 657 DMK'ya göre düzenlenir. Gündüz mesai saatleri 08.00-20.00, gece nöbeti çalışma saati ise 08:00-20:00 / 20.00-08.00 olarak uygulanmaktadır. Yıllık izin, ölüm, nikah, mazeret, şua, babalık, kongre izinleri için insan kaynakları birimine başvurulur. Burada doldurulan formu önce kendiniz imzaladıktan sonra çalıştığınız birim sorumlusu ve Sağlık Hizmetleri Müdür Yardımcılarının imzasına sunulur. Yıllık izin formları en az 15 gün öncesinde doldurularak teslim edilmelidir.



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	7 / 21

9. TEHLİKELİ ATIKLAR

SAĞLIK KURULUŞLARINDAN KAYNAKLANAN ATIKLARIN SINIFLANDIRILMASI

EVSEL NİTELİKLİ ATIKLAR		TIBBİ ATIKLAR			TEHLİKELİ ATIKLAR	RADYOAKTİF ATIKLAR
A: Geri Dönüşmeyen Evsel Atıklar	B: Ambalaj Atıkları	C: Enfeksiyöz Atıklar	D: Patolojik Atıklar	E: Kesici Delici Atıklar	F: Tehlikeli Atıklar	G: Radyoaktif Atıklar
Sağlıklı insanların bulunduğu kısımlar, hasta olmayanların muayene edildiği bölümler, ilk yardım alanları, idari birimler, temizlik hizmetleri, mutfaklar, ambar ve atölyelerden gelen atıklar: B, C, D, E, F ve G gruplarında anılanlar hariç, tıbbi merkezlerden kaynaklanan tüm atıklar.	Tüm idari birimler, mutfak, ambar, atölye v.s den kaynaklanan tekrar kullanılabilir, geri kazanılabilir atıklar: ➤ Kâğıt ➤ Karton ➤ Mukavva ➤ Plastik ➤ Cam ➤ Metal v.b.	Enfeksiyöz ajanların yayılımını önlemek için taşınması ve imhası özel uygulama gerektiren atıklar: Başlıca kaynakları; I. Mikrobiyolojik laboratuvar atıkları; ➤ Kültür ve stoklar ➤ Enfeksiyöz vücut sıvıları Seroloji atıklar ➤ Diğer kontamine laboratuvar atıkları (lam-lamel, pipet, petri v.b) II. Kan kan ürünleri ve bunlarla kontamine olmuş nesneler III. Kullanılmış ameliyat giysileri (kumaş, önlük ve eldiven v.b) IV. Diyaliz atıkları (atık su ve ekipmanlar) V. Karantina atıkları VI. Bakteri ve virüs içeren hava filtreleri, VII. Enfekte deney hayvanı leşleri, organ parçaları, kanı ve bunlarla temas eden tüm nesneler	Anatomik atık dokular, organ ve vücut parçaları ile ameliyat, otopsi v.b. tıbbi müdahale esnasında ortaya çıkan vücut sıvıları: ➤ Ameliyathaneler morg, otopsi, adli tıp gibi yerlerden kaynaklanan vücut parçaları, organik parçalar, plasenta, kesik uzuvlar v.b (insani patolojik atıklar) ➤ Biyolojik deneylerde kullanılan kobay leşleri	Batma, delme sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklar: ➤ Enjektör İğnesi, ➤ İğne İçeren Diğer Kesiciler ➤ Bisturi ➤ Lam-Lamel ➤ Cam Pastör Pipeti ➤ Kırılmış Diğer Cam v.b.	Fiziksel veya kimyasal özelliklerinden dolayı ya da yasal nedenler dolayısı ile özel işleme tabi olacak atıklar; ➤ Tehlikeli kimyasallar ➤ Sitotoksik ve sitostatik ilaçlar ➤ Amalgam atıkları ➤ Genotoksik ve sitotoksik atıklar ➤ Farmasötik atıklar ➤ Ağır metal içeren atıklar ➤ Basıncılı kaplar	Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre toplanıp uzaklaştırılır.



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	8 / 21



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	9 / 21

10. EL HİJYENİ

Neden önemli?

Nazokomiyal enfeksiyonların önlenmesinde uygulanabilir en basit ve en etkili yöntemdir.

El hijyeni endikasyonları?

ÖNCE	SONRA
Hasta ile temas	Hasta ile temas
Hasta çevresindeki yüzeylerle temas	Hasta çevresindeki yüzeylerle temas
Her türlü invaziv girişim	Her türlü invaziv girişim
Eldiven giyme	Eldivenlerin çıkartılması
İlaçların hazırlanması	Kan, kanlı sekresyon ile kontamine olma olasılığı olan herhangi bir alet veya objeye temas
Yemek	Diğer vücut sekresyonları ile temas
İşten ayrılma	Tuvalet

El hijyeni, ama nasıl?

Ellerde gözle görülür kirlenme varlığında,

- Nonantimikrobiyal sabun ve su (sosyal el yıkamada kullanılır)
- Antimikromiyal sabun ve su (hijyenik el yıkama-cerrahi el yıkamada kullanılır)

Ellerde gözle görülür kirlenme yoksa;

- Alkol bazlı el antiseptikleri kullanılmalıdır.

Eldiven kullanımı;

- Yanlış güven hissi!
- El hijyeni uyumu azaltan bir uygulama!

Eldiven kullanımı öncesinde ve sonrasında mutlaka el antisepsisi sağlanmalıdır

- Eldivenler yıkanmamalı
- Tekrar kullanılmamalı
- Eldiven üstüne antiseptik solüsyon uygulanmamalı
- Hasta ile temas sonrasında eldivenler çıkartılmalı
- Bir başka hastaya aynı eldiven ile temas edilmemeli
- Hastadaki işlemler temiz alandan kontamine alana doğru yapılmalı
- Aynı hastada kontamine vücut alanından temiz alana geçişte eldivenler değiştirilmelidir.

El antiseptiklerinin avantajları;

- Mikroorganizmalara
- Çok etkili
- Daha hızlı etki
- Daha ucuz
- Durulama esnasında su kaynaklı tekrar kontaminasyon riski yok

SABUN;

- Deterjan özelliği nedeniyle ellerdeki kir ve organik maddeleri uzaklaştırır.
- Deride kuruluk, irritasyon yapabilir
- Kontamine olabilir ve sağlık personelinin ellerinide kontamine edebilir
- Sıvı sabun kaplarına ilave yapılmamalıdır.

ALKOL;

- Alkol bazlı ürünlerin etkisi hızla başlar; ancak kalıcı etkinlik yoktur.
- Ellerde gözle görülür kir, kan olduğunda alkollerin kullanımı uygun değildir.

KLORHEKSİDİN;

- Klorheksidinin kalıcı etkisi vardır.
- Kalıcı etki 4-6 saat gibi uzun süreler devam etmektedir.
- Klorheksidinin, tüberküloz basiline ve rotavirüse etkinliği alkole göre daha azdır.
- Klorheksidinin %1 den yüksek konsantrasyonlarıyla göz temasında konjunktivit eve kornea



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	10 / 21

hasarı oluşabilir.

- İç yada orta kulak cerrahisinde kullanımı ototoksisiteye neden olabilir. Beyin dokusu ve meninkslerle direkt temasından kaçınılmalıdır..

- Sık kullanımı dermatite neden olabilir.

- Alerjik reaksiyonlar nadirdir.

İYOT VE İYODOFORLAR;

- Kalıcı etkileri vardır.
- Süresi birkaç çalışmada 30-60 dk olarak belirtilmiştir..
- Organik madde varlığında inaktive olur.

11. KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI-KAN VE VÜCUT SIVILARIYLA BULAŞMA VE KORUNMA ÖNLEMLERİ NEDEN ÖNEMLİ?

Kontamine kesici-delici aletler hem sağlık personeli hem de hastalar için enfeksiyon riski!!!

11.1 Kan Yoluyla Bulaşan Enfeksiyonlar;

- Hepatit B
- Hepatit C
- Hepatit D
- HIV

Bulaş riskleri;

Hepatit B virüsü (HBV);

- HBsAg-pozitif, HBeAg pozitif; %37-62
- HBsAg-pozitif, HBeAg-negatif: %23-37
- Hepatit B, cansız yüzeyler üzerinde oda sıcaklığında en az bir hafta canlılığını korur.
- Kronik hepatit gelişme riski (%3-10)
- Siroz, hepatosellüler karsinom
- Hepatit B enfeksiyonu için Hepatit B taşıyıcılığı gereklidir.

Hepatit C virüsü;

- Hepatit C: %2-3
- Hepatit C, ortamda uzun süre canlı kalmaz
- Kronik hepatit (% 80-90)
- Siroz
- Hepatosellüler karsinom

HIV;

- İğne batması; %0,3
- Mukozal temas; %0,09 (%0,006-%0,5)
- HIV, ortamda uzun süre canlı kalmaz
- Tedavi alamayanlarda AIDS' e progresyon
- Antiretroviral tedavi ile sonuçlar başarılı

11.2 Kesici Delici Alet Yaralanmaları ve Kan ve Vücut Sıvılarıyla Temas Durumunda Yapılması Gerekenler

- Yaralanmanın meydana geldiği cilt bölgesi su ve sabunla yıkanmalı,
- Mukozal temas durumunda, kan veya vücut sıvısı ile temas eden mukoza bölgesi bol su ile yıkanmalıdır,

- Yaralanmanın meydana geldiği bölge sıkılarak kanatılmamalıdır,

- Yaralanmanın meydana geldiği bölgenin yıkandıktan sonra antiseptik solüsyonla silinmesinde sakınca yoktur (el korunma sağlamıyor),

- Yaralanmanın meydana geldiği bölgeye çamaşır suyu vb kostik maddeler ve dezenfektan solüsyonlar sürülmemeli,

- Yaralanan kişinin markerları bilinmiyor ise hemen kan alınarak HBs Ag, ANTİ HBs Ab, ANTİ HCV Ab bakılmalı.

YARALANMA SONRASINDA YAPILMASI GEREKENLER;

- İlk müdahaleyi yap (su ve sabunla yıka)



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	11 / 21

- Birim sorumlusuna ulaş
- Yaralanma formu doldur
- Enfeksiyon kontrol komitesine bildir
- Personel sağlığı birimine ulaş

KORUNMA ÖNLEMLERİ;

- Her hastaya enfekte olduğu kabul edilerek yaklaşılmalıdır.
- Kanla her türlü vücut sıvısı ve ter dışında her türlü vücut salgısı ile ,
- Mukoza ile
- Bütünlüğü bozulmuş ciltle temas sırasında,
- Eldiven giyilmeli,
- Eldivenler çıkartıldıktan sonra eller yıkanmalıdır.
- Standart önlemlere uyulmalıdır.
- Disposable iğneler kullanıldıktan sonra kapakları tekrar takılmamalı
- İğneler enjektörden çıkartılmamalı, eğilip bükülmemelidir.
- Tıbbi atık-evsel atık ayrımı doğru şekilde yapılmalıdır.
- Kullanılmış iğne, enjektör, bistüri vb kesici delici atıklar delinmeye dayanıklı sağlam

kutulara atılmalıdır.

- Eldiven yırtılırsa eldiven derhal değiştirilmelidir.
- Atık kapları toplanırken çok dikkatli olunmalıdır.

11.3 Koruyucu Ekipmanın Uygun Kullanımı

Giyinme sırası:

Önlük;

- Malzemesi uygulanacak işleme göre seçilmeli,
- Uygun tip ve boyut seçilmeli,
- Arkadan bağlanmalı,
- Eğer çok küçük ise iki tane önlük giyilmeli (Biri önden diğeri arkadan)

Maske;

- Burnu, ağzı ve çeneyi tamamen içine almalıdır,
- Yüze uygunluk tam olmalıdır,
- N95 gibi özel tip maskeler için yüze uyum testi yapılmalı,
- Tükrük veya sekresyonlarla ıslandığı zaman değiştirilmelidir,
- Tekrar kullanılmamalıdır,
- Ortak kullanılmamalıdır.

Gözlük-yüz koruyucu;

- Gözleri ve yüzü tam olarak kapatmalıdır,
- Yüze uygunluk tam olmalıdır,
- Yüze oturmalı ancak sıkıkmamalıdır.

Eldiven;

- Eldivenler en son giyilmelidir,
- Doğru tip ve boyutta eldiven seçilmelidir,
- Eldiven giymeden önce eller yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovalamalı,
- Önlüğün kol manşetleri üzerine çekilmelidir.

Çıkarma sırası:

Eldiven;

- Elin üzerinden sıyrılarak içi dışına çevrilir,
- Diğer eldivenli el ile tutulur,
- Eldivensiz parmakla bilekten diğer eldiven sıyrılır,
- İçi dışına çevrilerek her iki eldivenden oluşan küçük bir torba şeklinde atılır. Gözlük-yüz

koruyucu;

- Eldivensiz ellerle çıkartılır.

Önlük;

- Önlük çıkartılırken omuz kısımlarından tutulur,
- Kontamine dış yüz içe çevrilir,



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	12 / 21

- Yuvarlanarak katlanır,
- Çıkarıldığında sadece temiz taraf görünmelidir.

Maske;

- Maske bağları (önce alttaki) çözülür,
- Maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmemelidir,
- Bağlardan tutularak atılır.

12. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNİN GENEL İŞLEYİŞ SÜRECİNDE HEMŞİRENİN ROLÜ

12.1. Hastanın Yoğun Bakıma Kabul Edilmesi

Yoğun Bakıma yatışı yapılan hastaya "Yoğun Bakım Ünitesi İşleyişi Prosedürü" çerçevesinde uygulama yapılır.

12.2. Yoğun Bakım Hastalarının Beslenmesi

Yoğun bakım hastalarında beslenme bozukluğu, hastaların iyileşme süreçlerini doğrudan etkileyen önemli değişikliklerden birisidir. Yoğun bakım hastaları protein- enerji malnütrisyonuna girmeye oldukça yatkın bir hasta grubudur ve bu durum nozokomiyal enfeksiyon ve multipl organ yetmezliği gibi durumlara yol açarak hem yoğun bakımda kalış süresinin uzamasına, hem de morbidite ve mortalitede artışa neden olmaktadır. Bu nedenle nutrisyon desteği yoğun bakım tedavisinin rutin bir gerekliliktir ve yoğun bakım hastalarında beslenme yetersizliklerinden korunulması ve tedavi edilmesinde hayati bir role sahiptir. Hasta yoğun bakıma ilk geldiğinde malnütrisyonludur veya kritik hastalığa karşı metabolik yanıt sonucu malnütrisyon gelişebilir. Bu yanıt substrat metabolizmasında bozukluklara yol açarak vücut kompozisyonunda değişikliklere ve nutrijent eksikliklerinin belirgin hale gelmesini sağlar. Vücudun altta yatan hastalığa ve hasara metabolik cevabı birçok sitokin (intelökin-1, interlökin-6 ve tümör nekrozis faktör-alfa) ve karşı etkili hormonların (katekolaminle, kortizol, glukagon ve growth hormon) artmış üretim ve salınması şeklindedir. Tüm bu etkiler vücut enerji depolarının hızlı kaybına neden olan hiperkatabolizmayla sonuçlanır. Hastaya zamanında ve yeterli miktarda nutrisyon desteği sağlanmazsa enerji ve protein açığı ortaya çıkar. Nutrisyon desteğinin yeterince sağlanamadığı yoğun bakım hastalarında ortaya çıkan sonuçlar, hastanın prognozunda da önemli rol oynarlar. Bunlar;

- Yağ ve kas dokusu kitlesinin azalması ile ağırlık kaybı
- İmmün cevapta bozulma, enfeksiyon riskinin artması,
- Hipoalbuminemi, kan onkotik basıncının düşmesi sonucu ödemler,
- Yara iyileşmesinde gecikme,
- Cerrahi insizyon, sütür ve anostomozlarda komplikasyonlar,
- Gastrointestinal bozukluklar,
- Kas güçsüzlüğü,
- Kardiyak debi, myokardiyal kontraktilite ve kompliance azalması,
- Metabolik asidoz,
- Respiratuvar fonksiyon bozuklukları,
- Ventilatör desteğindeki hastalarda spontan solunumuna geçişte güçlükler,
- İyileşme ve hastanede kalış süresinin uzaması şeklinde özetlenebilir.

Beslenme desteği mümkün olan en kısa zamanda, mümkünse ilk resüsitasyon girişimleri tamamlandıktan ve hastaların genel durumlarının dengeli bir hale getirilmesinden hemen sonra başlanmalıdır. Beslenme desteği alacak hasta belirlendikten sonra, beslenme desteğinin hangi yoldan verileceğinin saptanması gerekmektedir. En sık kullanılan yöntem enteral ve parenteral yöntemdir.

12.2.1. Enteral Beslenme

Hastanın gastrointestinal sistem fonksiyonu yeterli olduğunda tercih edilen ilk yöntemdir. enteral beslenme daha güvenlidir ve prognozu daha iyidir. Enteral yolla beslenmenin intestinal fizyolojinin devamlılığını sağladığı, barsak villus atrofisini engellediği, intestinal permabilitiyi azalttığı, intestinal perfüzyonu uyarak iskemik reperfüzyon hasarına karşı koruyucu olduğu, çeşitli hasarlara karşı barsak bariyerinin devamlılığını sağladığı, lokal ve sistemik immün cevabı düzelttiği ve epitelyal proliferasyonu arttırdığı bildirilmiştir. Hastanın enteral beslenmeyi tolere edip etmediğini değerlendirmek amacıyla abdominal distansiyon, karında şişlik ve rahatsızlık hissi, bulantı, kusma, aspirasyon ve abdominal raduolojik görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Enteral besinler oral



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	13 / 21

ya da tüp olmak üzere 2 yolla verilebilir.

12.2.1.1. Enteral Beslenmede Kullanılan Solüsyonlar

Enteral ürünlerin seçiminde hastada var olan ek sorunlar(diyabet, böbrek yetmezliği vb), yaş, kalori gereksinimi, sıvı gereksinimi, sistem fonksiyonlarına ilişkin durumu, ürünlerin karbonhidrat yağ ve protein içeriği, kalori/azot oranı, elektrolit, vitamin, eser element ve mineral içeriği, osmolaritesi, lif içeriği, kalorik dansitesi, bakteriyolojik olarak güvenilirliği, fiyatı gibi birçok faktör göz önünde bulundurulmalıdır.

- Polimerik ürünler,
- Oligomerik ve manomerik ürünler,
- Hastalığa özel ürünler,
- Spesifik içerikli ürünler,
- Pediyatrik ürünler.

12.2.1.2. Enteral Nutrisyonun Endikasyonları

• Nörolojik ve psikiyatrik hastalıklar (kafa travmaları, koma, ağır depresyon, anoreksiya nevroza, müsküler distrofi vb)

- Özefagus hastalıkları
- GİS hastalıkları
- Organ yetmezlikleri
- Preoperatif hazırlık
- Postoperatif beslenme

12.2.1.3. Enteral Beslenme Yöntemleri

• Ağız Yoluyla Enteral Beslenme

• Tüple enteral beslenme (Naogastrik, Nazoduodenal, Nazojejunal)

• Gastrostomik Enteral Beslenme (Operatif gastrostomi, Perkütan endoskopik gastrostomi-PEG)

• Jejunostomik Enteral Beslenme

12.2.1.4. Enteral Beslenmenin Avantajları

- Total Parenteral Beslenme (TPN) ile normal beslenme arasında yaklaşım oluşturur.
- Barsak fonksiyonlarının kısa sürede normale dönmesine yardımcı olur.
- Enfeksiyon riskinin düşük olması ve gereksinimleri karşılaması açısından daha güvenlidir.
- Fizyolojiye uygundur.
- Uygulanması kolaydır.
- TPN'ye göre daha ucuzdur.
- Metabolik ve septik komplikasyon görülme oranı azdır.
- Yol açabileceği mortalite ve morbidite oranı azdır.
- Az personelle uygulanır.
- Hazırdır.

12.2.1.5. Enteral Beslenmenin Komplikasyonları

Enteral beslenme hastanın asıl tedavisine yardımcı olma ve iyileşme sürecine katkıda bulunma gibi yararlarının yanında uyulamada gereken dikkat gösterilmediğinde bazı riskleri ve komplikasyonları da olan bir destek tedavisidir. Bu komplikasyonlar;

• Gastro intestinal komplikasyonlar (diyare, bulantı-kusma, konstipasyon),

• Mekanik komplikasyonlar (aspirasyon tüpünün yerleştirilmesi ilre ilişkili komplikasyonlar ve tüp tıkanması,

• Metabolik komplikasyonlar (hiponatremi, hipernatremi, dehidratasyon, hiperglisemi, hiperkalemi, hipofosfotemi vb).

12.2.1.6. Enteral Beslenme Yapılan Hastada Hemşirelik Yaklaşımları

• Verilen ürünün kontaminasyonuna neden olabilecek faktörler konusunda önlemler alınmalıdır.

• Hastanın bilinci açık ise enteral tüpün yerleştirilme nedeni, uygulama ve beslenme işlemi hakkında bilgi verilmelidir.

• Tüpün yeri oskültasyon işlemi, mide içeriği ya da radyolojik yöntemlerle tüpün yerinin görüntülenmesi ile kontrol edilmelidir.



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	14 / 21

- Bilinci kapalı ya da immobil hastalara beslenme öncesi hasta 30-45 derece yarı oturur pozisyon verilmelidir.
- Beslenmeye başlanılan ilk saatlerde 4 saatte bir, daha sonra 8 saatte bir gastrik rezidüel volüm kontrol edilmelidir.
- Günlük diyare, konstipasyon, abdominal distansiyon, kusma varlığı dikkatle izlenmelidir.
- Hastaların kilo, biyokimyasal ve hematolojik parametreleri, karaciğer fonksiyon testleri, eser elementleri takip edilmelidir.
- Hastada sıvı volüm fazlalığı yada eksikliğini belirlemek amacıyla aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır.
- Yatak başı tüm setler ve beslenme torbası 24 saatte bir değiştirilmelidir.
- Besinler önerilen süreden daha uzun süre asılı kalmamalıdır. 4 saatte bir beslenme ürünleri yeniden hazırlanmalıdır.
- Açılmış olan ve daha sonra kullanılacak beslenme ürünü buzdolabında saklanmalı, verilecek besinler oda ısısında olmalı ve yavaş verilmelidir.
- Beslenme tüpleri nozokomiyal infeksiyonları önlemek amacıyla steril yada filtre edilmiş-kaynamış soğumuş ılık su ile düzenli olarak yıkanmalıdır.
- Tüpü beslenme uygulanmadığında, mideye hava girmesini önlemek amacıyla beslenme tüpü klempelenmelidir.
- Enteral tüp ile ilaç uygulanması öncesinde ve sonrasında en az 30 dk beslenmeye ara verilmelidir.
- Enteral yolla ilaç uygulanacak ise hekim istemine göre varsa sıvı formu, sıvı formu bulunmuyorsa tablet formu yeteri kadar steril yada filtre edilmiş, kaynamış soğumuş su ile seyreltilerek hastaya verilmelidir.
- Enteral beslenen hastalarda düzenli olarak ağız bakımı verilmelidir.
- Hastada bulantı, kusma varsa hekim istemine göre antiemetikler, konstipasyon varlığında gaita yumuşatıcılar veya barsak stimülanları kullanılmalıdır.
- Tüpün tıkanması durumunda öncelikle ılık su ile yıkama yapılmalı, yetersiz olduğunda hekim istemi ile pankreatik enzimler ile sodyum bikarbonat kullanılmalıdır.
- Stoma çevresi kızarıklık, ısı artışı, renk değişikliği ve cilt bütünlüğü açısından düzenli olarak gözlenmelidir.
- Uygulama öncesi ve sonrası eller yıkanmalıdır.
- Beslenme uygulamasına ilişkin bilgiler kayıt edilmelidir.
- Hasta için planlanmış olan beslenme ilgili Diyetisyen ile bağlantı kurularak gerekli hesaplamalar yapıldıktan sonra eğer hazır beslenme ürünleri kullanılacak ise hastane eczanesi (Tel:1021)'nde olan ürünler için hekim tarafından order girişi yapıldıktan sonra personel tarafından ürünün bölüme getirilmesi ile başlanır. Hastaya verilmesi planlanan beslenme ürünü hazırlanarak gelecek ise, Diyetisyen aracılığı ile Mama Mutfağı'nda hazırlanan ürün personel tarafından bölüme getirtilerek hasta beslenmesine başlanır.

12.2.2. Parenteral Beslenme

Yoğun bakımda hastalar besin maddelerini enteral yol ile alamadığında, emilimde yetersizlikler olduğunda veya enteral yol ile yeterince kalori alamadığında parenteral beslenmeye geçilmelidir. Bu yöntem yoğun bakım hastalarında tek başına veya enteral beslenmeye ek olarak uygulanabilmektedir.

Amerikan Parenteral ve Enteral Beslenme Birliği (ASPEN), hasta yoğun bakıma alındıktan sonra ilk 24 saat veya 48 saat içinde, enteral beslenmenin yapılamadığı durumlarda parenteral beslenmeyi önermektedir. Parenteral besinler hastaya periferik ya da santral yoldan verilebilir.

12.2.2.1. Periferik Parenteral Beslenme

Beslenme desteği 7-10 gün sürecek, beslenme durumu iyi olan hastalarda kısa süreli uygulanan ve öncelikli tercih edilmesi gereken yöntemdir. Periferik parenteral beslenme için genelde ön kolda iyi durumda olan periferik bir damar seçilmeli, kısa periferik kateter kullanılmamalıdır. Kateter ve kanül yerleştirilmesinden sonra ve kan dolaşımına engel olmayacak şekilde kapatılmalıdır. Kateter yerleştirildikten sonra uygulama bölgesi flebit açısından sık sık kontrol edilmelidir.

12.2.2.2. Santral Parenteral Beslenme

Bu yol, subklavian ya da juguler ve aracılığıyla vena kava superior ve sağ atriüma giriş olanağı



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	15 / 21

sağlar. Ozmolaritesi >850mOsm/L ve beslenme tedavisi 7-10 günden daha uzun olacak hastalarda santral ve yolu tercih edilir. Santral kateterler hastada türüne göre haftalar, aylar hatta yıllarca kalabilme kolaylığı sağlar. Kopmlıkasyonların yüksek olması nedeniyle bazilik veya sefalik venler kullanılması önerilmemektedir.

Parenteral beslenmede, hastanın toplam kalori gereksiniminin %30-70' i glikozdan, %3-15' i aminoasitten, %15-30' unu yağlardan sağlayan, ayrıca içinde vitaminler, majör elektrolitler, eser elementler ve su olan ürünler tercih edilmeli, beslenmeye glukoz intoleransı olmayan hastalarda 40-50ml/saat hızında başlanmalıdır. 6 saatte bir hız arttırımı yapılarak hedeflenen hıza ulaşılmalıdır. Total parenteral beslenme solüsyonları sonlandırılırken de 4-6 saat süreyle infüzyon 40- 50ml/saat hızında uygulandıktan sonra kesilmeli, aniden kesilmemelidir.

12.2.2.3. Parenteral Beslenme Komplikasyonları

Parenteral beslenme uygulanması sırasında oluşabilecek komplikasyonlar; mekanik, septik ve metabolik olmak üzere 3 başlıkta incelenebilir.

- Mekanik komplikasyonlar; kateteri yerleştirememe, yanlış yere yerleştirme, kateterde tıkanma, santral ven trombozu ve/veya tromboemboli, lokal hematoma veya apse, giriş yerinden veya tünelden kanama, arteriyel ponksiyon veya laserasyon, kateter embolisi vb.

- Septik komplikasyonlar; kateterden kaynaklanan enfeksiyonlar
- Metabolik komplikasyonlar; hiperglisemi, hipoglisemi, elektrolit dengesizlikleri, hepatik komplikasyonlardır.

12.2.2.4. Parenteral Beslenmede Hemşirelik Yaklaşımı

Parenteral beslenen hastalarda dikkat edilecek noktalar şunları içermelidir;

- Santral ven kateteri yerleştirilirken hekime yardımcı olunmalı, uygulama sırasında aseptiye ve pozisyona dikkat edilmeli, kullanılacak araç-gereçler hazır bulundurulmalıdır.

- Tek lümenli kateterler sadece Total Parenteral Nutrisyon (TPN) için kullanılmalı, aynı kateter başka bir kan alma/verme, antibiyotik ve kemoterapi gibi başka tedaviler için kullanılmamalıdır.

- Uygulama sırasında parenteral beslenme setlerinin bütünlüğü bozulmamalıdır. Bağlantı açıldığında beslenme torbası atılmalıdır.

- Parenteral beslenme solüsyonunda renk, koku vb değişiklik gözlemlendiğinde infüzyon sonlandırılmalıdır.

- Parenteral beslenme solüsyonları ve setleri açıldıktan sonra 24 saatten fazla kullanılmamalıdır. Torba ve setler aseptik tekniklerle 24 saatte bir değiştirilmelidir.

- Parenteral beslenme sırasında infüzyon hızı, verilen sıvı miktarı saatlik kayıt edilmelidir.
- Parenteral beslenme kateterlerinin bağlantı yerleri ve setler kıvrılma ve sızıntı yönünden saatlik izlenmelidir.

- Sıvı dengesini değerlendirmek için hastanın kilo ve aldığı çıkardığı takibi yapılmalıdır.
- Hastanın biyokimyasal ve hematolojik takipleri, karaciğer fonksiyon testleri ve INR izlenmelidir.

- Hastanın garıta sıklığı ve tipi takip edilerek kayıt edilmelidir.
- Hasta parenteral beslenme nedeniyle oral alamıyorsa düzenli olarak ağız bakımı yapılmalıdır.
- Vital bulguları düzenli olarak izlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- Parenteral beslenme sırasında infüzyon hızı, verilen sıvı miktarı saatlik kayıt edilmelidir.
- Kateter bakımında steril teknikler göz önünde bulundurulmalı, kateterin çıkış yeri kızarıklık, ödem, akıntı yönünden gözlenmeli ve steril gaz bez ile örtülerek flasterle sabitlenmelidir.

- Parenteral beslenme yapılan kateterde enfeksiyon düşünülüyorsa kültür alınmalıdır.
- Parenteral beslenme kararı verilen hastaya hazırlanacak TPN isteği hekim tarafından yapıldıktan sonra hastane Beslenme Destek Ünitesi (Tel: 2724) tarafından hazırlanan solüsyon personel tarafından bölüme getirilerek bölüm hemşiresi tarafından hastaya takılmak üzere imza karşılığında teslim alınır. Teslim alınan solüsyon torbası üzerindeki hasta bilgileri kontrol edilerek ve yeni infüzyon pompası seti takılarak hastaya takılır.

13. İLAÇ UYGULAMALARI

İlaç ve sıvı tedavisinde hangi ilacın hangi miktarda kullanılacağına hekim karar verir. Tedavinin başlatılması gereken izlemin yapılması ve tedavinin sürdürülmesinden hemşire sorumludur.

İlaç uygulamaları ile ilgili bilgiler ayrıntılı olarak "İlaç Uygulamaları ve Sıvı Tedavisi



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	16 / 21

Hemşire Rehberi" nde anlatılmıştır.

14. VENTİLATÖRDEKİ HASTANIN BAKIMI

14.1. Ventilatör Modları

Kontrollü Solunum (CMV=Continuous Mandatory Ventilation):

Kontrollü solunumda bütün aktivite ventilatördedir. Hastanın spontan solunumu yoktur. Volüm ve basınç kontrollü olarak uygulanır.

Yarı Solunum Desteği Veren Ventilatör Modları

AMV (Asist Mandatory Ventilation): Yardımcı zorunlu solunum modudur, hastanın spontan solunumu yetersizdir. İnspirasyon fazını hasta başlatır, ventilatör desteği ile inspirasyon devam eder. Tidal volüm ventilatör tarafından, frekans ise hasta tarafından belirlenir.

A/C Ventilasyon (Asist Control): Ventilatör hastanın solunum eforuna cevap verir. Solunum eforu yoksa daha önceden belirlenen sayı ve hızda solunumu devam ettirir. Alarm limitleri değerlendirilir.

IMV (intermittent Mandatory Ventilation): Aralıklı zorunlu solunum modudur. Spontan ve kontrollü solunum kombinasyonudur. İki ventilasyon aralığında hasta soluyabilir.

SIMV (Synchronize intermittent Mandatory Ventilation): Hastaya uyumlu aralıklı ventilasyon modudur. Spontan ile Asist kontrol solunumun kombinasyonudur. Ventilatör, belirli zaman aralığı içinde ayarlanan solunum sayısını ve volümü zorunlu olarak hastaya verir, zorunlu ventilasyon aralığında hasta solur, frekansı ve tidal volümü hasta kendisi belirler.

PSV (Pressure Support Ventilation): Basınç destekli ventilasyon modudur. Basınç hekim tarafından ayarlanır, tidal volüm ve frekansı hasta belirler. Solunum eforu olduğunda ventilatör tetiklenir ve solunumu destekler. Basınç belirlenen düzeye çıktığında inspirasyon sona erer, ekspirasyon başlar.

SIMV + PS: Ventilatör spontan solunuma istenen düzeyde basınç desteğinde bulunur.

Özel Destek Modları:

PEEP: Ekspirasyon sonu pozitif basınç uygulamasıdır. Ekspirasyon sırasında küçük hava yolları açık tutulur, kollabe olmuş alveoller açılır.

CPAP: Sürekli pozitif basınç uygulamasıdır. Spontan solunumdaki hastalara uygulanır. Etkisi PEEP gibidir.

14.2. Mekanik Ventilasyon' da Hasta Takibinde Dikkat Edilecek Noktalar

- Mekanik ventilasyon takibi yoğun bakım ekibinin (hekim, hemşire) sorumluluğundadır.
- Tüm işlemler süresince hasta mahremiyeti korunmalı ve güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Hasta ile bilinç durumuna göre uygun iletişim teknikleri kullanılarak iletişim sağlanmalıdır.
- Hastaya yapılacak tüm işlemler sırasında aseptik koşullara uyulmalıdır.
- Mekanik ventilasyon parametreleri hastanın özelliklerine göre (yaş, kilo, hastalık, kan gazı, spontan solunumu olup olmaması vb.) hekim tarafından ayarlanmalıdır.
- Mekanik ventilasyonda izlenen hastanın baş yüksekliği herhangi bir kontrendikasyon yok ise (vertebra/ pelvis yaralanma ya da ameliyatları/ hipotansiyon vb.) 30- 45° olmalıdır.
- Mekanik ventilasyon boyunca endotrakeal tüpün seviyesinin ön dişler hizasından kadınlarda 20- 21 cm, erkeklerde 21- 23 cm olmasına dikkat edilmelidir.
- Mekanik ventilasyon boyunca endotrakeal tüp cuff basıncının 20-30 cm H₂O arasında olması sağlanmalıdır.
- Solunum devreleri, gözle görülebilen kirlenme veya mekanik fonksiyon bozukluğu olmadıkça değiştirilmemelidir.
- Ventilatör devresine su birikmesi önlenmelidir. Su gözlenmişse entübasyon tüpüne uzak olan girişten ayrılarak su atık kabına boşaltılmalıdır. Boşaltılırken aseptik tekniklere uyuma dikkat edilmelidir.
- Hasta mekanik ventilasyonda iken ısı nem filtresi veya aktif nemlendirici ile mutlaka alınan havanın nemlenmesi sağlanmalıdır. Hastada aktif nemlendirici kullanılıyor ise mutlaka steril su ile yapılmasına ve steril suyun 24 saatte bir değiştirilmesine dikkat edilmelidir.
- Hastanın hemşirelik değerlendirmesi sistemsal olarak hastanın genel sağlık durumunun değerlendirmesi standardına göre yapılmalıdır.
- Hastanın tüm hemşirelik bakımı uygulamaları yatağa bağımlı hasta bakımı standardına uygun



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	17 / 21

şekilde yürütülmelidir.

- Ventilasyon devamlılığı arterial kan gazı sonuçlarına göre hekim tarafından düzenlenmelidir.

14.3. Mekanik Ventilasyon İşlem Basamakları

- Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
- Hasta kimlik doğrulaması yapılır.
- Uygulama öncesi ilgili hemşirelik tanılama formu kullanılarak sistem tanılması ve klinik durum değerlendirilir.
 - Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
 - Kullanıma hazır bulundurulmuş ventilatör hasta başına çekilir.
 - Sırt üstü pozisyonda entübe edilen hasta ventilatöre bağlanır.
 - Hastaya pozisyon verme standardına uygun şekilde hastanın pozisyonu verilir. Hasta pozisyonunun her değişiminde tüpün yeri ve eşit havalandırması kontrol edilir.
 - Hasta monitörize edilir ve yaşam bulguları saatlik olarak takip edilir.
 - Mekanik ventilasyon uygulanan hastaya gerekebilecek acil ilaç ve malzemeler hastaya yakın bir yerde, kolay ulaşılabilir şekilde hazır bulundurulmalıdır.
 - Monitörde okunan tüm parametreler hastanın genel durumu ve görünümü ile uyumlu olmalıdır. Hastada cildin rengi, göğüs hareketlerinin ventilatöre uyumu, solunum seslerinin oskültasyonu, tüp tespit seviye kontrolü saatlik izlenir ve kaydedilir.
 - Mekanik ventilatörde yüksek basınç / düşük basınç/ düşük volüm alarmı gibi sorunlar görülebilir. Bu durumda aşağıdaki girişimlerin uygulanması sağlanır.
 - a. Ventilatör bağlantıları kaçak olup olmadığı veya kıvrılıp kıvrılmadığı yönünden kontrol edilir.
 - b. Hastanın şuur durumu ve ventilatöre yanıtı değerlendirilir ve hastanın toleransına bağlı olarak uygun solunum moduna alınması sağlanır.
 - c. Hava yolunda sekresyon varsa hasta aspire edilir.
 - d. Alarm limitleri değerlendirilir.
 - Mekanik ventilasyon ihtiyacı azalan, temel patolojisi düzelen, hemodinamik ve laboratuvar bulguları normal olan hastada mekanik ventilasyon desteği azaltılarak sonlandırılır.
 - Solunum fonksiyonlarıyla ilgili olarak;
 - a. Hastanın pozisyonu hastaya pozisyon verme standardına uygun şekilde verilmelidir.
 - b. Endotrakeal tüp bakımı/ trakeostomi bakımı standartları doğrultusunda ilgili girişimler uygulanır.
 - c. Gerekirse kapalı ve açık tüm aspirasyon işlemleri aspirasyon uygulama standardına göre uygulanmalıdır.
 - d. Ağız bakım standardına uygun olarak ağız bakımı verilir.
 - e. Fizyoterapist ile işbirliği yapılarak postüral drenaj uygulama standardının uygulanması sağlanır.
 - Dolaşım fonksiyonları ile ilgili olarak;
 - a. Hastanın santral venöz kateter/ periferik venöz kateter/ arter kateteri varsa kateter bakım standartlarına uygun olarak bakım uygulanır.
 - b. Eğer santral venöz kateter veya arter kateteri varsa distaldeki nabızlar ek olarak kontrol edilir.
 - Gastrointestinal sistemle ilgili olarak;
 - a. Hastanın nazogastrik sonda takılması, bakımı ve çıkarılması standardı doğrultusunda bakımı ya da gerekirse değişimi yapılır.
 - b. Hastada gastrostomi/ jejunostomi varsa stomalı hasta bakım standardı doğrultusunda bakımı yapılır.
 - c. Hasta gastrik drenajda ise drenaj içeriği ve miktarı değerlendirilir.
 - d. Hastanın hekim istemine göre TPN veya enteral yolla beslenmesi TPN ve enteral beslenme standardına uygun olarak yapılır.
 - Genitoüriner sistemle ilgili olarak;
 - a. Hastada üriner kateter var ise üriner kateter takılması ve bakım standardı doğrultusunda bakım uygulanır.
 - b. Hastanın idrar çıkışı gözlenir. İdrar çıkışı yoksa mesane doluluk açısından palpe edilerek değerlendirilir.



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	18 / 21

- c. Hastanın aldığı- çıkardığı sıvı miktarı, aldığı- çıkardığı takip standardı doğrultusunda değerlendirilir.
- Cilt bütünlüğü ile ilgili olarak;
 - a. Hastanın hijyenik bakımı yatak içinde tam vücut banyosu uygulama standardına uygun olarak yapılır.
 - b. Tüm vücut, basınç ülseri açısından değerlendirilir. Gerekli hemşirelik girişimleri basınç ülseri önleme ve bakım standardına göre yapılır.
 - c. Yara ve dren bölgeleri değerlendirilir, gerekli bakım ve takipler yapılır.
 - d. Ödem değerlendirmesi ödem izlem ve bakım standardına göre yapılır.
 - Hasta Güvenliği kapsamında;
 - a. Kullanılan bütün monitörlerin alarm limitleri parametrelerin normal aralıklarının alt ve üst değerlerine göre ayarlanır.
 - b. Yatak kenarları kaldırılır ve yatak olabildiğince alçak seviyede tutulur.
 - c. Hastanın yatağa bağımlı olması ile ilgili olarak kas- iskelet sisteminde gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi için fizyoterapi ekibi işbirliği ile yatak içi aktif- pasif egzersizler uygulanır.
 - d. Hasta düşme yönünden değerlendirilir ve düşmelerin önlenmesi standardına uygun girişimler uygulanır.
 - e. Hastaya hareket kısıtlaması yapılıyor ise kısıtlama uygulanan ekstremitenin kontrolü kurum politikasına uygun şekilde yapılır.
 - f. Hastanın ağrısı değerlendirilir ve ağrıyı azaltmaya yönelik ağırlı hasta izlem standardına uygun girişimler planlanır.
 - g. Hastanın bilinci açıksa, uygulanacak girişimler hakkında bilgi verilir.
 - h. Hastaya bağlı cihaz ve kabloların bağlantı yerleri kontrol edilerek zarar vermesi engellenir.
 - i. Ortamdaki uyaranlar azaltılarak gereksiz gürültüler engellenir.
 - j. İnvaziv girişimler öncesi hekim istemi ile uygun görülen analjezik ilaçlar uygulanır.

15. YATAĞA BAĞIMLI HASTA BAKIMI

Yatağa bağımlılık; bireyin kendi gereksinimlerini karşılayabilme ve topluma aktif katılımı için her gün bağımsızca başarabileceği ve üstlenebileceği günlük yaşam aktivitelerinin bir kısmının veya tamamının yapılamaması durumudur.

15.1. Yatağa Bağımlı Hastada Olası Komplikasyonlar

Nörolojik-emosyonel	Davranış ve Oryantasyon Bozukluğu, Denge Bozukluğu, Depresyon, Uykusuzluk, Anksiyete
Üriner-Renal	Diürezis, Üriner enfeksiyon, idrar yapmada zorluk, üriner staz, böbrek taşı
Gastrointestinal	Fekal İmpaksiyon, Kolon Obstrüksiyonu, Anoreksiya, Konstipasyon
Solunum	Hipostatik Pnömoni, Göğüs Kafesi Genişlemesinde Azalma, Sekresyon Birikimi, Solunum Asidozu.
Kardiyovasküler	Taşikardi, Kardiyak Arrest, Sistemik veya Pulmoner, Emboli, Ortostatik Hipotansiyon, Trombüs Oluşumu.
Kas-iskelet	Atrofi, Kontraktür, Deformite, Fraktür, Kuvvetsizlik, Sırt Ağrısı, Osteoporoz, Ayak düşmesi, Elektriksel aktivitede ve uyarılmada eksiklik
Deri	Basınç ülserleri, ödem

15.2. Yatağa Bağımlı Hastada Dikkat Edilecek Noktalar

- Tüm bakım ve girişimler, ilgili hemşirelik girişimleri formuna kaydedilmelidir.

- Bilinci kapalı hastalarda işitme duyusunun en son kaybedilen duyu olduğu göz ardı edilmemelidir.
- Enfeksiyonlara yönelik komplikasyonların önlenmesinde hastane Enfeksiyon Kontrol Komitesinin belirlediği standartlara uyulmalıdır.

15.3. Yatağa Bağımlı Hasta Bakımı İşlem Basamakları

- Eller, el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.
- Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.
- Hastanın bilinci açıksa işlemler hakkında bilgilendirilir.
- Yaşam bulguları yaşam bulguları ölçüm standartlarına göre hastanın durumuna/ hekim istemine uygun sıklıkla kontrol edilir.
- Bilinç durumu hasta değerlendirme standardına göre değerlendirilir.
- Hastanın günlük sistem tanılaması yapıldıktan sonra hemşirelik bakım planına göre bakım gereksinimleri belirlenir.

• **Bakım Gereksinimlerine Göre Hemşirelik Bakımı:** *Günlük özbakım* gereksinimleri standardı, ağız bakımı, göz bakımı, kulak bakımı, saç bakımı, yatak içinde tam vücut banyosu, ayak bakımı, perine bakımı, enteral beslenme, trakeostomi bakımı, endotrakeal tüp bakımı, stomalı hasta bakımı, periferik damar yolu bakımı, santral katater bakımı, üriner kateter takılması ve bakımı, ödem izlem ve bakımı, sırt masajı uygulama, hastaya pozisyon verme, bacak-ayak egzersizleri, postural drenaj, derin solunum, öksürme egzersizi, aspirasyon, basınç ülseri önleme ve bakımı standartlarına uygun şekilde yapılmalıdır.

• **Deriye Yönelik Komplikasyonların Önlenmesi:** Yatağa bağımlı hastalarda immobilizasyona bağlı basınç ve yetersiz beslenme nedeni ile basınç ülseri gelişebilir. Basınç ülserinin önlenmesi için basınç ülseri önleme ve bakım standardına uygun hemşirelik girişimleri planlanmalıdır.

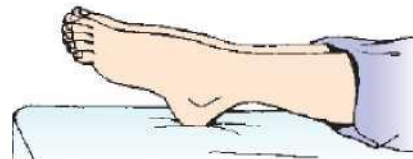
• **Kas-İskelet Sistemine Yönelik Komplikasyonların Önlenmesi:** Yatağa bağımlı hastalarda immobilizasyona bağlı yanlış pozisyonlar, egzersiz azlığı/ olmaması, eklem hareketlerinin olmaması gibi nedenlerle kontraktür, deformite, osteoporoz, fraktür (Bkz. Şekil 1) ve ayak düşmesi (Bkz. Şekil 2) gibi komplikasyonlar gelişebilir.

Kas-iskelet sistemine yönelik komplikasyonların önlenmesi için;

- a. Temel koruyucu pozisyonlar hastaya pozisyon verme standardına uygun olarak verilir.
- b. Fizyoterapi ekibi ile işbirliği yapılarak yatak egzersizlerinin düzenli uygulanması sağlanır



Şekil 1. Fraktür. Kaynak: DeLaune SC, Ladner PK. (2002). *Fundamentals of Nursing Standarts & Practise*. Delmar & Thomson Learning, Second Edition, p. 972



Şekil 2. Ayak Düşmesi. Kaynak: Rosdahl CB, Kowalski MT. (2012). *Textbook of Basic Nursing*. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, 10th Edition, p.658.



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	20 / 21

Kardiyovasküler Sisteme Yönelik Komplikasyonların Önlenmesi: Yatağa bağımlı hastalarda dik duruş pozisyonunun azlığı, yavaş venöz akımı ve kalbin iş yükünün artması nedeni ile ortostatik hipotansiyon ve trombüs gibi komplikasyonlar gelişebilir. Kardiyovasküler sisteme ait bu komplikasyonların önlenmesi için;

- Temel koruyucu pozisyonlar pozisyon uygulama standardına uygun olarak verilir. Kontrendike değilse semi-fowler ya da fowler pozisyonu verilir.
- Fizyoterapi ekibi ile işbirliği yapılarak yatak egzersizlerinin düzenli uygulanması sağlanır.
- Hastanın sıvı alması sağlanır ve kanın viskozitesi artırılır.
- Yatak içinde elastik bandaj veya çorap uygulanır,
- Hasta mümkünse en erken dönemde ayağa kaldırılmaya çalışılır.

• **Solunum Sistemine Yönelik Komplikasyonların Önlenmesi:** Yatağa bağımlı hastalarda immobilizasyona bağlı olarak solunum kaslarında gelişen kuvvetsizlik, göğüs kafesinin genişlemesine ve ventilasyonun azalmasına neden olur. Bronşlarda ve akciğerlerde immobilizasyona bağlı olarak gelişen mukus birikimi, bronş duvarının kuruması ve siliaların fonksiyonlarını yitirmesi ile hipostatik pnömoniye neden olabilir. Yatağa bağımlı hastalarda solunum sistemine ait bu komplikasyonların önlenmesi için;

- Sekresyonları harekete geçirmek ve göğüs kafesinin genişlemesini sağlamak için derin solunum, öksürme egzersizleri ve postural drenaj standardına uygun girişimler yapılır.
- Aspirasyon standardına uygun olarak sekresyonların aspirasyonu sağlanır.
- Hipostatik pnömoni belirtileri yönünde hasta gözlenir (ateş, öksürük, göğüs ağrısı, yeşil balgam, lökositoz, röntgende akciğerde infiltrasyon).
- Solunum seslerini değerlendirmek için 2-4 saatte bir anterior, posterior, lateral akciğer alanları oskülte edilir.
- Oda havası nemlendirilir.
- Ağız bakım standardına uygun olarak ağız bakımı verilir.
- Solunumu destekleyici pozisyonlar pozisyon uygulama standardına uygun olarak verilir.
- Gerekli durumlarda postural drenaj uygulama standardına göre uygulama yapılır.

• **Gastrointestinal Sisteme Yönelik Komplikasyonların Önlenmesi:** Yatağa bağımlı hastalarda metabolizma yavaşlaması ve buna bağlı iştahsızlık, negatif hidrojen dengesinin oluşması, fiziksel aktivitenin azalması, beslenmenin değişmesi, hastanın sürgü kullanmaktan rahatsız olarak defekasyonu engellemesi gibi nedenlerle konstipasyon, hipoproteinemi, malnütrisyon ve anoreksiya gibi komplikasyonlar görülebilir. Gastrointestinal sisteme ait bu komplikasyonların önlenmesi için;

- Günlük ve haftalık kilo takibi yapılır.
- Aldığı-çıkardığı takibi standardına uygun şekilde yapılır.
- Hasta oral alıyorsa çiğnemesi ve yutması kolay olan yiyecekler yemesi sağlanır ve sık aralarla azar azar yemesi önerilir.
- Kontrendike değilse günde 1,5-2 lt sıvı alımı sağlanır.
- Hasta malnütrisyon belirtileri yönünden gözlenir.
- Sürgü kullanımı için hasta teşvik edilir.
- Defekasyona çıkıp çıkmadığı kontrol edilir.
- Fizyoterapi ekibi işbirliği ile aktif-pasif hareketler yaptırılır.
- Nutrisyon destek ekibi işbirliği ile yüksek protein karbonhidrat ve sıvı içeren besinlerin



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	21 / 21

verilmesi sağlanır.

• **Renal (Üriner) Sisteme Yönelik Komplikasyonların Önlenmesi:** Yatağa bağımlı hastalarda, ördek ve sürgü kullanımının hastalar tarafından zor olması, kateterizasyonun komplikasyonlu bir uygulama olması, hiperkalsemi, supine pozisyonda idrarın renal pelviste toplanması ve durgunlaşmış partiküller, kristaller halinde çökerek böbrek taşı meydana gelmesi, immün sistemin zayıflaması gibi nedenlerle, idrar yapmada zorluk, üriner staz, böbrek taşı ve üriner enfeksiyon gibi komplikasyonlar görülebilir. Renal sisteme ait bu komplikasyonları önlemek için;

- Hastaya fizyoterapi ekibi işbirliği ile aktif-pasif hareketler yaptırılır.
- Mümkünse kateterizasyon yerine ördek ya da sürgü kullanımı için hasta teşvik edilir.
- Sıvı alımı mümkün olduğu ölçüde artırılır.
- İnvaziv üriner sistem girişimlerinde aseptik kurallara dikkat edilir.

• **Nörolojik-Emosyonel Duruma Yönelik Komplikasyonların Önlenmesi:** Yatağa bağımlı hastalarda, uyaran yoksunluğu, duygusal ve sosyal izolasyon, yalnızlık, ölüm korkusu, statü ve işlerini, çevresini kaybetme korkusu, bağımlılık psikolojisi (sürekli başkalarına ihtiyaç duyma) gibi nedenlerle davranış ve oryantasyon bozukluğu, depresyon, uykusuzluk ve anksiyete gibi komplikasyonlar görülebilir. Mental sisteme ait bu komplikasyonların önlenmesi için;

- Mümkünse hasta bireyle konuşularak düşüncelerini açıklamasına imkan sağlanır.
 - Yapılan tedavi ve uygulamalar hakkında hastaya bilgi verilir.
 - Hasta ve ailesi ile olumlu ilişkiler kurulur ve işbirliği yapılır.
 - Hastanın bakımına ve bakım kararlarına mümkün olduğu oranda katkıda bulunması izin verilerek, hastanın kendini aktif hissetmesi sağlanır.
 - Gerekirse psikiyatri konsültasyonu istenir.
 - Mümkünse hasta etraftakilerle ilgilenebileceği bir odaya alınır.
- g. Yalnızlık ve yaşamdan uzak kalma hissini en aza indirecek şekilde hastayla iletişim kurulur.

KAYNAKLAR

- Yoğun Bakım Hastalarında Beslenme, Koçaşlı. S, Derleme, 2013
- Yoğun Bakım Hastalarında Enteral ve Parenteral Nutrisyon, Çekmen. N, Dikmen. E
- file:///C:/Users/onkolojVDesktop/B%3%96L%3%9CMLER%C4%B0N%20EL%20K%C4%B0TAPLARI/Parenteral%20N%C3%BCtrisyon.html
- T.C. . Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, Hemşirelik Bakım Standartları Eğitim Modülü, 2014

HAZIRLAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
--	--	-----------------------



YOĞUN BAKIM HEMŞİRE REHBERİ

DOKÜMAN NO	YB.RH.01
YAYIN TARİHİ	20.04.2017
REVİZYON NO	01
REVİZYON TAR.	06.06.2022
SAYFA	22 / 21