

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	1 / 15

1.AMAÇ: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine alınan her hastanın tedavi ve bakımlarının en iyi düzeyde yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesini kapsar.

3. KISALTMALAR

ÇYBÜ: Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

ASKOM: İl Acil Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Komisyonu

AKS: Akut Koroner Sendrom

HBTC: Hasta Başı Test Cihazı

CVP: Cantral Venöz Basınç

EKG:Elektrokardiyogram

SGA:Subjektif Global Değerlendirme

GİS: Gastrointestinal Sistem

GKS:Glaskow Koma Skalası

NİBP:İnvaziv Olmayan Kan Basıncı

ESPEN:Avrupa Klinik Nutrisyon Ve Metabolizma Cemiyeti

NRS 2002: Nutrisyonel Risk Taraması

TPN: Total Parenteral Beslenme

4.TANIMLAR

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

Epikriz: Hastaneden çıkarken verilen ve hastalığın özelliklerini, seyrini, yapılan tetkik ve tedavi ile ilgili bilgileri ve hasta ile ilgili nihai kararları içeren belge.

Order: Doktorun yazılı olarak verdiği tedavi talimatı.

5.SORUMLULAR:

- Sorumlu Öğretim Üyesi,
- Asistan Doktor,
- Sorumlu Hemşire,
- Hemşire,

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	2 / 15

- Acil Tıp Teknisyeni,
- Sağlık Memuru,
- Hasta Bakıcı,
- Temizlik Personeli,
- Sekreter,

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. HASTA KABULÜ:

6.1.1. Yoğun Bakım Ünitesine Hasta Sevkinin Yapıldığı Yerler:

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

6.1.2. Yoğun Bakım Ünitelerinin Hasta Kabul Kriterleri:

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

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

6.1.3.Yatış Öncesi İşlemler:

- ❖ Hasta, hekim tarafından değerlendirilir. Hekim yoğun bakım öğretim üyesi ile görüşerek hastanın yatışını planlar.
- ❖ Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta için, hastanın yatışını yapan doktor ile görüşülerek hastanın genel durumuna uygun olarak yatağı hazırlanır.(Oksijen, monitörizasyon, infüzyon pompası, kataterizasyon,solunum cihazı v.b)
- ❖ Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemşire ve personel tarafından yatağa alınır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	3 / 15

6.1.4. Kayıt Süreci :

- ❖ Sekreter tarafından hastanın bilgisayara yatış kaydı yapılır.
- ❖ Hekim tedavi planında hastaya ait eksik bilgi varsa eklenir veya düzeltilir. Bilgisayara hastaya ait tedavi planında bulunan ilaç-malzeme ve hizmetlerin girişi yapılır.
- ❖ Hasta kimlik tanımlayıcı hazırlanıp hastanın bileğine takılır.

6.2. HASTANIN TIBBİ BAKIM İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

- ❖ Hastanın yoğun bakıma kabulünden sonra muayene edilerek gerekli laboratuvar ve görüntüleme tetkikleri izlenir.
- ❖ Sonuçları ile beraber tekrar değerlendirilir.
- ❖ Gerekli ise ilgili bölümlerden konsültasyon istenir.
- ❖ Tedavisi planlanır.

6.3. BAKIMIN PLANLANMASI VE İZLENMESİ

- ❖ Doktor orderi, **Hemşire Gözlem Formuna** kaydedilir ve tedavi saatleri düzenlenir.
- ❖ Hastanın ihtiyacına göre ağız, yüzü ve tüm vücut bakımı yapılır.
- ❖ Haftada bir veya ihtiyaca göre saç ve vücut banyoları yaptırılır.
- ❖ Hastaya günde iki defa veya gerektiğinde ağız bakımı yapılır.
- ❖ Hastanın durumu değerlendirilir. İhtiyacına göre 2 saatte bir aspirasyonu yapılır, ihtiyaca göre aspirasyon sıklığı değiştirilir.
- ❖ Kateter, entübasyon tüpü bakımları yapılır.
- ❖ Hastaya pozisyon verilmesinde sakınca yoksa 2 saatte bir pozisyon verilir.
- ❖ Doktor istemine göre kan ve diğer tetkikler için numune alınır.
- ❖ Bütün bu yapılan işlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.

6.4. HASTA TRANSFERİ

- ❖ Solunum yetmezliği ortadan kalkan hastalar,
- ❖ Şuuru açılıp, yer ve zaman kavramı doğal hastalar,
- ❖ Organ fonksiyonları normale dönen hastalar,
- ❖ Kalp-damar sistem bulguları durağanlaşan hastalar başka birimlere transfer edilebilir.

6.4.1. Durumlarına göre servis veya yoğun bakım için yatak sorgusu yapılır.

6.4.2. Hasta yakınlarına bilgi verilir.

6.4.3. Eğer servise çıkacak ise bayan(özellikle anne) refakatçi gerekeceğinden hasta yakınlarına durum bildirilir.

6.4.4 Hasta taburcu edilecekse hasta yakınları çağrılır. Çıkış işlemleri yapıldıktan sonra hasta tekerlekli sandalye, sedye veya kot ile personel eşliğinde çıkarılır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	4 / 15

6.4.5. Nakil durumunda hasta transfer formu doldurulur.

6.4.6. Nöbetçi doktor tarafından epikrizi yazılır, imzalanır. Dosyaya konulur.

6.4.7. Hastanın hemşiresi tarafından ilgili servis hemşiresine hasta teslimi yapılır.

6.5. TABURCULUK

❖ ÇYBÜ hemşiresi veya asistanı tarafından hastada var olan invazif kateterler çekilir ve hasta giydirilir. Hastanın epikrizi ile hasta yakını talep ederse hastanede yapılan tüm tetkiklerin birer kopyası verilir.

❖ ÇYBÜ hemşiresi hastaya taburculuk eğitimi verir. Hasta taburcu ve eğitim formunu iki nüsha halinde doldurur. Bir nüshasını hastaya verir, bir nüshasını da hasta dosyasına koyar.

❖ Hastanın evde kullanması gereken ilaçlar ne sıklıkta kullanacağı, hangi bölümlerin kontrolüne gideceği yoğun bakım asistan doktoru tarafından yakınına anlatılır.

❖ Direkt eve taburcu olan hastaların taburculuk işlemleri HBYS üzerinden ÇYBÜ sekreteri tarafından yapılır.

6.6. KURUM DIŞI SEVK PROSEDÜRÜ

❖ Başka hastaneye gönderilmesi gereken hastalar için birimiyle irtibata geçilir ve yer ayarlanması talebinde bulunulur. Klinik durum halinde ASKOM aracılığı ile yoğun bakım doktoru merkezdeki doktor ile temas kurarak hastanın durumu hakkında bilgi verir. Gerekli evraklar doktor ve sekreter tarafından doldurulur. Transfer edilecek hastanın klinik seyrini de içeren ayrıntılı epikriz hastayla beraber gönderilir.

❖ Hasta transferleri ASKOM aracılığı ile 112'den gelen ambulans çalışanları tarafından yapılır.

❖ Doktor tarafından sağlık tesisleri arası vaka nakil talep formu 2 nüsha halinde doldurulur. Bir formu hasta epikrizi ile beraber sağlık görevlisine verir. Diğer nüshası ise hasta dosyasına konulur.

6.7. KLİNİK SÜREÇLER

6.7.1. Monitörizasyon

❖ ÇYBÜ'ne kabul edilen hastanın temel monitorizasyonu yapılır.

❖ EKG, ritim, oksijen satürasyonu, tansiyon ölçümü ya da invazif arteriyel kan basıncı monitorizasyonu ÇYBÜ hemşireleri tarafından hastanın yoğun bakıma ilk girişinden itibaren yapılır ve çocuk yoğun bakım hasta izlem formuna kaydedilir.

❖ Hastanın genel durumuna göre santral venöz basınç, intrakranial basınç, monitorizasyonu, kapnograf ölçüm monitorizasyonu yapılır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	5 / 15

6.7.2. Ventilatördeki Hasta İzlemi

❖ ÇYBÜ’de hasta entübasyon kararı yoğun bakım öğretim üyesi veya yoğun bakım kıdemli asistanı tarafından verilir.

❖ Entübasyon kriterleri:

- ❖ Hava yollarının korunması
- ❖ Sekresyon temizliğinin yapılması
- ❖ İnvasif mekanik ventilasyon gereksinimin doğması

❖ Entübe olan hastanın mekanik ventilatöre bağlanma kriterleri:

- 1-Solunum işindeki artmanın solunum yetersizliğine neden olma eğilimi
- 2-Solunum yetersizliğin olması
- 3-Solunum durması

❖ Entübe olan ve mekanik ventilatör desteği olan hastalar yoğun bakım doktoru tarafından mekanik ventilatöre bağlanır. Ventilatör parametreleri modu hastanın bilinç durumuna, kan gazı parametrelerine ve klinik tanıya göre ayarlanır

• Kan gazında istenen parametreler:

- PH:7.35-7.45
- PCO2:35-45 mmhg
- Baz açıklığı:-2.5 ile 2 arasında olmalıdır

Entübe olan hastada iş tanımlaması

- ❖ Doktor, entübe olan ve mekanik ventilasyona bağlanan hastanın solunum seslerini dinler ve her iki akciğerin solunuma eşit katıldığından emin olur.
- ❖ Endotrakeal tüpün dudak kenarı, hemşire tarafından **Hemşire Gözlem Formuna** kaydedilir.
- ❖ Her şifte hemşire tarafından dudak kenarı kontrol edilir. Tüp dislokasyonları varlığında endotrakeal tüp önceden belirtilen seviyeye getirilir: Hemşire orofarinksi aspire eder ve endotrakeal tüpü serbest bırakır. Doktor balonu indirir ve tüpü belirtilen seviyeye geri çeker ve ya ileri iter. Takibinde hemşire yeniden endotrekeal tüpü bağlarla sabitler.
- ❖ Yoğun bakım doktoru hastanın solunum sesleri değerlendirilir, göğüs hareketlerin ventilatörle olan uyumunu gözler. Hasta-ventilatör uyumsuzluk nedenlerini araştırır ve ihtiyaç

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	6 / 15

halinde hastanın sedasyonuna karar verir.

❖ Mekanik ventilatör monitöründen hastaya verilen ve hastadan çıkan verileri (Tidal volum, dakika vetnilasyonu, solunum sayısı, zirve basıncı, plato basıncı...) kontrol eder. Verilerin birbiriyle olan uyumsuzluk hallerinin nedenini araştırır ve gerektiğinde müdahalede bulunur.

❖ Kan gazı sonuçlarına, hasta kliniğine ve ventilatör verilerine göre mekanik ventilator parametrelerini ayarlar.

❖ Mesai saatleri içinde ventilatör ayarları ve ventilatörle ilişkili problemlerin çözümü yoğun bakım öğretim üyesi veya yoğun bakım asistan doktoru tarafından yapılır. Mesai saatleri dışında nöbetçi asistan doktor tarafından ayarlar yapılır ve ihtiyaç halinde öğretim üyesi veya doktor aranır.

❖ Hemşire tarafından sekresyonun durumuna göre endotrakeal tüp aspirasyonu yapılır. Her şiftte hastayı teslim alan hemşire yatak başı panelde bulunan merkezi sistem aspiratörünü kontrol eder.

❖ Entübe hasta başında bir ambu ve maske hazır bulunur. Her şiftte çalışıp çalışmadığı hemşire tarafından kontrol edilir.

❖ Entübe hastada enteral beslenme öncelikle tercih edilir. Enteral beslenme intoleransı olan veya GİS problemi olan hastalarda parenteral beslenme verilir. Beslenme türü ve kalori miktarı doktor tarafından belirlenir ve order olarak verilir, hemşire tarafından uygulanır.

Mekanik ventilatöre bağlı hastanın güven ve konforunu sağlamak ve enfeksiyon riskini azaltmak için uyulması gereken kurallar.

a-) Hastaların entübasyon tüpü ve trekeostomi cuff basıncı manometre ile günlük kontrol edilir balonuna yapılan her müdahale sonrasında ölçülmesi. Basıncı düşük olanların balonları şişirilmesi, yüksek olanların ise indirilmesi

b-) Hasta gövdesinin >30 derecede tutulması

c-) Enteral beslenen hastalarda rezidü takibi yapılması

d-) Hastanın başında çalışır durumda ambunun hazır bulundurulması

e-) Ajitasyonu ve mekanik ventilatör uyumsuzluğu olan hastaların sedasyonun sağlanması

f-) Self ekstübasyonların gelişmemesi için hasta kısıtlanmasının, sedasyonun ve diğer güvenlik önlemlerin alınması

g-) Aspiratörlerin çalışır halde bulunması

h-) Hastaya dokunulmadan önce ve sonrasında enfeksiyon önleme talimatları ile el yıkama talimatlarına uyulması.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	7 / 15

ı-) Nemlendirici ve bakteri filtresinin kullanılması.

i-) Kirli devrelerin değiştirilmesi

j-) Hastanın steril koşullarda aspire edilmesi

l-) Ağrısı olan hastalara analjezik tedavi verilir

m-) Sedasyon tedavisi uygulanan hastaların günde bir kez sedasyonun kesilmesi ve bilinç durumun kontrol edilmesi

n-) Bilinci açık, oryante ve koopere olan hastalarla iletişim kurulması, ağrısı olup olmadığı kontrol edilmeli. Bilinci açık olan hastaların annelerinin refakat etmesi.

o-) Hastalara tam bir vücut bakımı verilmesi.

ö-) Günlük hastalar ekstübasyon açısından değerlendirilmesi.

6.8. SEDASYON VE ANALJEZİ UYGULAMASI

❖ ÇYBÜ' de yatan hastaların sedasyon ve analjezi ihtiyaçları ÇYBÜ hemşireleri ve hekimleri tarafından izlemleri sırasında günlük değerlendirilir ve yoğun bakımda çalışan doktor tarafından karar verilir.

❖ ÇYBÜ doktoru karaciğer ve böbrek hastalığı olan hastalarda sedasyon ve analjezi için doz ayarlanmasına gider ve eliminasyon yoluna göre ilaç türüne karar verir.

❖ Tedavi planına göre sedasyon ve analjezi için ilaçlar devamlı infüzyon, belirli zaman dilimlerinde ilaç uygulanması veya lüzum halinde (hastanın ağrısına veya anksiyetesine göre) hastaya ilaç uygulanması şeklinde verilir.

❖ Doktor yazılı orderinde ilacın ismini, uygulama miktarını, uygulama yolunu ve uygulama sıklığını belirtir. ÇYBÜ hemşiresi tarafından ilk tedavisine başlanır. Hemşire ve doktor takibine göre ilaç dozlarında değişikliğe gidilir.

❖ Sedasyon tedavisi hastanın kliniğine, alttaki kronik hastalıklarına ve epilepsi hikayesine göre azaltılarak veya birden kesilir. Hastanın ağrısına göre ilaç dozları azaltılır ve ya kesilir. İlacı kesme ve ya azaltma doktor orderiyle yapılır.

❖ Uygulanan ilaçlar ÇYBÜ hasta takip formuna ve narkotik ilaç teslim defterine kaydedilir.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	8 / 15

6.9. HASTAYI VENTİLATÖRDEN AYIRMA

- ❖ Dolaşım durumu tabii ise
- ❖ Batında aşırı şişkinlik yoksa
- ❖ Metabolik bozukluk yoksa
- ❖ Solunum hareketlerinde düzensizlik yoksa
- ❖ Öksürük ve yutkunma refleksi yeterli ise
- ❖ Enfeksiyon durumunun kontrol altında ise
- ❖ Bilinç durumu ve kas gücü yeterli ise.

Solunum kriterleri;

- ❖ Vital kapasite (ml/kg.)>5
- ❖ PaCO₂<50mm hg
- ❖ PH>7.30 Solunum sayısı/dk.<25-40 (yaşa göre değerlendirilmelidir)
- ❖ P Tepe<15 FiO₂<50 PEEP

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

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

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	9 / 15

6.10. SKORLAMA SİSTEMLERİ İLE HASTALARIN TAKİBİ

- ❖ ÇYBÜ yatan 3.Basamak hastalar hastalık şiddetini belirleyen Pelod 2, Prism 3 ve sofa skorumla sistemleri ile asistan doktor tarafından değerlendirilir.
- ❖ ÇYBÜ doktoru ve hastaların bilinç durumunu çocuk yoğun bakım ünitesi hasta takip çizelgesinde bulunan GKS ile değerlendirir. Doktor hasta kabul notunda giriş GKS belirtilir. Takipte GKS’de görülen değişiklikleri izlem formunda belirtir.

ORGAN YETMEZLİĞİ TANIMLAMA SKORLARI

Pediatric Sequential Organ Failure Assessment (Psofa); PELODS ve PELOD-2 gibi pediatrik hastalarda organ disfonksiyonunu gösteren skorlamalardan biridir. PELODS ve PELOD-2 kapsayıcılık ve ölçeklendirme açısından yetersiz olması nedeniyle geliştirilmiştir. Daha önceden SOFA’nın pediatrik hastalara adapte etmeye yönelik çalışmalar mevcuttur. Ancak bu çalışmalarda kardiyovasküler ve renal sisteme ait subskorlar tam olarak geliştirilememiştir. pSOFA’nın PELOD-2 ‘den bir diğer farkı ise paO2/fiO2 oranına ek olarak saO2/fiO2 oranının da kullanılmasıdır. Skorumla sistemi oluşturulurken PELOD skorunda elde edilen skor 1 puan olarak kabul edilip; 2-4 arası puanlar ise erişkin SOFA kriterlerine göre uyarlanmıştır. Parametreler 24 saatte bir hesaplanıp en kötü değerler baz alınmıştır.

Tablo : pSOFA skoru değerlendirmesi

Değişkenler	0	1	2	3	4
PaO2/FiO2	≥400	300-399	200-299	100-199	<100
SpO2/FiO2	≥292	264-291	221-263	148-220	<148
Trombosit (mm³)	≥150	100-149	50-99	20-49	<20
Bilirubin(mg/dl)	<1,2	1,2-1,9	2,0-5,9	6-11,9	>12
Ortalama arter basıncıveinotrop ihtiyacı (mmHg)	<1 ay≥46 1-11 ay≥55 12-23ay≥60 24-59ay≥62 60-143ay≥65 144-216ay≥67	<1 ay<46 1-11 ay<55 12-23ay<60 24-59ay<62 60-143ay<65 144-216ay<67	Dopamin veya dobutamin ≤5mcg/kg/dk	Dopamin>5 veya adrenalin veya noradrenalin <0.1mcg/kg/dk	Dopamin>15 veya adrenalin veya noradrenalin >0.1mcg/kg/d

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	10 / 15

	>216ay≥ 70	>216ay<70			k
GKS	15	13-14	10-12	6-9	<6
Kreatinin (mg/dl)	<1 ay<0,8	<1 ay0,8-0,9	<1ay1,0-1,1	<1 ay: 1,2-1,5	<1 ay≥1,6
	1-11 ay<0,3	1-11 ay:0,3-0,4	1-11ay0,5-0,7	1-11 ay:0,8-1,1	1-11 ay≥1,2
	12-23ay <0,4	12-23ay0,4-0,5	12-23ay0,6-1,0	12-23ay: 1,1-1,4	12-23ay ≥1,5
	24-59ay <0,6	24-59ay0,6-0,8	24-59ay0,9-1,5	24-59ay: 1,6-2,2	24-59ay≥2,3
	60-143ay <0,7	60-143ay:0,7-1	60-143ay1.1-1.7	60-143ay: 1,8-2,5	60-143ay ≥2,6
	144-216ay<1,0	144-216ay: 1-1,6	144-216ay:1,7-2,8	144-216ay2,9-4,1	144-216ay≥4,2
	>216ay<1,2	>216ay1,2-1,9	>216ay2,0-3,4	>216ay: 3,5-4,9	>216ay≥5

DÜŞME RİSKİNİN ÖNLENMESİ

- ❖ 2. ve 3. seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar ile 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar, düşme riski yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik prosedüre göre gerekli önlemler alınır.
- ❖ Yetişkin hastalarda itaki düşme ölçeği kullanılarak düşme değerlendirilir. 16 yaş altı hastalarda ise harizmi düşme ölçeği kullanılarak hasta değerlendirilir, düşme riski önleme talimatına göre gerekli önlemler alınır.

Bilinç Durumu

- ❖ Doktoru ve hemşiresi hastaların bilinç durumunu GKS ile değerlendirir. Doktor hasta kabul notunda giriş GKS belirtilir. Takipte GKS’de görülen değişiklikleri izlem formunda belirtir.

Ağrı Değerlendirilmesi

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi’nde yatan hastaların ağrı değerlendirmesi ve ağrı takibinde , hastanın klinik durumu ve yaşına göre; 0-12 ay için NIPS Ağrı Değerlendirme Skalası, 1-7 Yaş için Yüz Skalası; 7 yaş üzeri için Nümerik Skala; 4 ay-3 yaş için Davranışsal Ağrı Skalası; entübe, sedatize hastalarda ise Davranışsal Ağrı ölçeği kullanılmaktadır.

6.11. Sepsis Ve Organ Yetmezliğinin Değerlendirilmesi Tanı Kriterleri

Sepsis; enfeksiyon tarafından uyarılan immun sistem anormalliği, mikrodolaşım bozukluğu ve uç organ yetmezliği ile birlikte olan sistemik enflamatuvar yanıt sendromu ile karakterize klinik bir sendromdur. Erişkin sepsis ve septik şok tanımlamalarında değişiklikler yapılmış olmakla birlikte, pediatrik sepsis ve septik şok tanı kriterleri için 2005 yılında uluslararası uzlaş konferansında yapılan tanımlar hala geçerliliğini korumaktadır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	11 / 15

TANIMLAR:

SIRS (Sistemik İnflamatuvar Yanıt Sendromu): En az bir tanesi anormal vücut ısısı ya da lökosit sayısı olmak üzere aşağıdakilerden iki tanesinin varlığı SIRS tanısı için yeterlidir;

- Ateş veya hipotermi: vücut ısısı $> 38,5^{\circ}\text{C}$ ya da $< 36^{\circ}\text{C}$
- Taşikardi: Harici uyaranlar, ağırlı durumlar veya taşikardi yapabilecek kronik ilaç kullanımı olmaksızın ortalama kalp hızının yaşa göre normal sınırların 2 SD üzerinde olması veya başka şekilde açıklanamayan 0,5-4 saat boyunca devam eden dirençli taşikardi ya da 1 yaş altı çocuklarda harici vagal uyarı, beta bloker ilaç kullanımı, konjenital kalp hastalığı veya başka şekilde açıklanamayan kardiyak depresyon sonucu gelişen bradikardi
- Takipne: Ortalama solunum hızının yaşa göre normal değerlerin 2 SD üzerinde olması ya da nöromüsküler hastalık veya anestezi nedeniyle olmayan mekanik ventilatör ihtiyacı
- Lökosit sayısı: Lökosit sayısının yaşa göre normal değerlerin üzerinde ya da altında olması veya olgunlaşmamış nötrofil oranının %10'un üzerinde olması

Sepsis: Şüpheli ya da kanıtlanmış enfeksiyonla birlikte SIRS

Septik şok: Sepsis ve kardiyovasküler fonksiyon bozukluğunun bir arada olması

Kardiyovasküler fonksiyon bozukluğu kriterleri:

(1 saatte 40 ml/kg izotonik sıvı uygulanmasına rağmen)

- Hipotansiyon: Yaşa göre $< 5p$ veya < 2 SD olması veya
- Kan basıncını normal sınırlarda tutabilmek için vazodilatör ilaç kullanıma gereksinimi (dopamin $> 5 \mu\text{g/kg/dk}$, veya dobutamin veya adrenalin veya noradrenalin) veya
- Aşağıdaki bulgularda en az ikisinin varlığı
- Açıklanamayan metabolik asidoz, baz açığı $> 5 \text{ mEq/L}$
- Arteriyel laktat düzeyinin normalin 2 katından fazla artışı
- Oligüri: İdrar çıkışının $< 0.5 \text{ mL/kg/saat}$
- Uzmanmış kapiller geri dolum zamanı $> 2 \text{ sn}$
- Santral ve periferel ısı farkının $> 3^{\circ}\text{C}$

Ağır Sepsis: Sepsis + kardiyovasküler fonksiyon bozukluğu veya ARDS veya ≥ 2 organ fonksiyon bozukluğunun olması durumudur.

Organ fonksiyon bozukluğu kriterleri:

Solunum

- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$: < 300 (konj kalp hastalığı veya kronik akciğer hastalığı yokluğunda) veya
- $\text{PaCO}_2 > 65 \text{ mmHg}$ veya bazal değerin 20 mmHg $\uparrow$ veya
- Oksijen saturasyonunu $\geq \% 92$ için $\text{FiO}_2 \geq \% 50$ olması veya

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	12 / 15

- Mekanik ventilasyon ihtiyacı (invaziv veya noninvaziv)

Nörolojik

- GKS < 11 veya
- Akut bilinç durum değişikliği (GKS $\geq$ 3 bazale göre düşme)

Hematolojik Sistem

- Trombositlerin < 80.000 olması veya kronik hematoloji ve onkoloji hastaları için son üç gündeki en yüksek değerine göre % 50 azalması veya
- INR > 2

Renal

- Kreatinin >2 kat artması(yaş için normal üst sınırın) veya
- Başlangıç kreatinin değerinin 2 kat artması

Karaciğer

- Total Bilirubin $\geq$ 4 mg/dl (Yenidoğan dışı) veya
- ALT'nin yaşa göre üst sınırının 2 katı artması

6.12. BASIYARASI TAKİBİ

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

Bunun için;

- ❖ Devamlı aynı pozisyonda kalma yatak yarası oluşumunu hızlandıracağı için hastanın pozisyonu gündüz-gece 2-3 saat ara ile değiştirilir. Her pozisyon değişiminde deri gözlemlenir, masaj yapılır ve kaydedilir,
- ❖ Yatak takımlarının temiz, kuru ve kırışsız olmasına dikkat edilir,
- ❖ Sabah - akşam bası bölgelerinin kontrolü yapılır,
- ❖ Deriye nemlendirici ve besleyici kremler uygulanır,
- ❖ Sürtünme noktalarına (topuk, dirsek) koruyucu pedler kullanılır,
- ❖ Enteral paranteral beslenmenin iyi sağlanması.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	13 / 15

6.13. İNVAZİV İŞLEMLER

Yoğun bakımda yapılan tüm işlemler sterilizasyon şartları hazırlanarak yapılır.

- ❖ Entübasyon
- ❖ Trakeostomi
- ❖ İdrar sondası
- ❖ Nazogastrik sonda
- ❖ Kateterizasyon (santral diyaliz)
- ❖ Invaziv arter kateterizasyonu
- ❖ Intrakronial basınç monitörizasyonu
- ❖ Endoskopik girişimler (bronkoscopi, gastroskopi)

6.14. REHABİLİTASYON SÜRECİ

6.13.1. Yoğun bakımda rehabilitasyon hastanın bireysel ihtiyaçlarına göre değişir ve bu basit bir mobilizasyon programından mekanik ventilasyondan ayırmaya kadar değişebilir.

6.13.2. Yoğun bakım ünitesinde rehabilitasyon yaklaşımları fizyolojik ve / veya klinik sonuç ölçümleri ile hasta bireyin en iyi günlük fonksiyonel ve yaşam kalitesi düzeyine ulaştırılmasını hedefler.

6.13.3. Yoğun bakım ünitesindeki hastalar fizik tedavi doktorları ile konsüte edilerek tedavileri düzenlenir.

6.12.4. Hastaların fizik tedavileri anneler ile birlikte yapılır.

6.12.4 İhtiyacı olan hastalara göğüs fizyoterapisi yoğun bakım hemşiresi ya da annesi tarafından yapılır.

6.15. NÜTRİSYON TAKİBİ

- ❖ Hasta yoğun bakıma geldiğinde hemodinamik durumu stabil ise enteral beslenmeye hemen başlanır.
- ❖ Enteral beslenme hastanın yaşı, kilosu, hastalığı (metabolik hastalık, laktöz intoleransı, inek sütü alerjisi) göz önünde bulundurularak uygun mama doktoru tarafından belirlenerek

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	14 / 15

başlanır. Herhangi bir sakınca olmadığı sürece anne sütü tercih edilir.

- ❖ Enteral beslenme az miktarda başlanır, üç dört saatte bir gastrik rezüdü kontrol edilir ,verilen mamayı tolera ederse beslenme arttırılır.
- ❖ Enteral beslenme hastanın durumuna göre (gastrik rezüdü, aspirasyon, diyare gibi) aralıklı veya sürekli olarak ayarlanır.
- ❖ Erken dönemde enteral beslenme olasılığı yoksa veya beslenme hedeflerine ulaşamayacaksa TPN başlanmalıdır.
- ❖ TPN' nin osmolaritesi hastanın periferik veya santral yoluna göre ayarlanır.
- ❖ Günlük biyokimya sonucuna (kan şekeri ,sodyum, potasyum, kalsiyum, magnezyum gibi) göre TPN ayarlanır.
- ❖ Günlük alması gereken kaloringin %70 ini enteral almaya başladığında TPN kesilir.

6.16. ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

- ❖ Yoğun bakım ünitelerinin temizliği, risk düzeyine göre temizlik planına göre yapılır.
- ❖ İntravenöz ilaç uygularken veya intravenöz katater takılırken asepsi kurallarına uyulur.
- ❖ Hastaya müdahale etmeden önce eldiven giyilir, iki hasta arası temasta eldiven değiştirilir.
- ❖ 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. 38 C ve üzeri ateşi olan hastalardan kan kültürü alınır.
- ❖ Santral kateteri olan hastaların kateterleri çıkarıldıktan sonra kültüre gönderilir.
- ❖ İdrar sondası olan hastalardan enfeksiyon kontrol komitesinin uygun görüldüğü tarih aralıklarında idrar kültürü gönderilir.
- ❖ Yoğun bakımdan her çıkan hastadan sonra yatak çarşafı değiştirilir. Yatak, monitor kabloları, NİBP manşonu ve etejerleri dezenfektanla silinir.
- ❖ Nazal oksijen 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 sonrasında sterilizasyon ünitesine gönderilir.
- ❖ Laringoskop bıçak 'blade' kısımları steril edilerek veya yüksek düzey dezenfeksiyon işlemi uygulanır.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	YB.PR.02
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	ÇOCUK YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	15 / 15

- ❖ YBÜ’nde ziyaretçiler çocuk yoğun bakım ziyaretçi kabul kriterlerine uyar. Ancak, hastayla temas öncesi el yıkama uygulaması sıkı şekilde denetlenir.
- ❖ Kültüründe üreme tespit edilen hastalar için enfeksiyon hastalıkları doktoru ile görüşülerek uygun tedavi planlanır.
- ❖ İzolasyon gerektiren hastalar için izolasyon talimatına göre gereken önlemler alınır.
- ❖ ÇYBÜ yatan hastalar hergün enfeksiyon hemşiresi tarafından değerlendirilir. Kateter, idrar sondası ve entübasyon gerekliliği için hastalar tekrar gözden geçirilir. Gerekliliği ortadan kalkan santral kateterler ve sondalar çekilir. Kliniğinde düzelme olan hastanın ekstübasyonu planlanır.
- ❖ İlgili enfeksiyon hemşiresi tarafından yoğun bakım enfeksiyonları Hastane enfeksiyonları Hasta Takip Formuna Kaydedilir. Enfeksiyonu olan hastalar izolasyon önlemleri yazılı düzenlemesine göre önlemler alınmasını sağlar.

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- **HB.FR.115 Çocuk Yoğun Bakım Hasta İzlem Formu**
- **HB.FR.122 Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Hasta Takip Çizelgesi**
- **HB.FR.11 Hemşire Gözlem Formu**
- **HB.FR.04 Hasta Transfer Formu**
- **HB.FR.27 Sağlık Tesisleri Arası Vaka Talep Ve Nakil Formu**
- **EN.TL.02 İzolasyon Talimatı**
- **HB.TL.12 Özellikli Hasta Bakım Talimatı**
- **HB.PR.04 Hasta Düşmelerinin Önlenmesine Yönelik Prosedür**
- **HB.FR.25 İtahi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği**
- **HB.FR.35 Harizmi II Düşme Riski Değerlendirme Ölçeği**
- **DS.PL.01 Risk Düzeyine Göre Temizlik Planı**
- **HB.FR.03 Hasta Taburcu Ve Eğitim Formu**
- **HB.TL.11 El Yıkama Talimatı**
- **İY.FR.06 Narkotik İlaç Teslim Defteri**
- **EN.FR.21 Hastane Enfeksiyonları Takip Formu**
- **HB.FR.113 Çocuk Yoğun Bakım Ziyaretçi Kabul Kriterleri**