 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975</b>	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.14</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>00</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>00</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>1/9</b>

1. **AMAÇ:** Erciyes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Merkezinde yatan özellikli hasta grubuna dâhil hastaların tüm tıbbi ve psikolojik destek, bakım ve tedavilerinin kesintisiz sürdürülebilmesini sağlamaktır.

2. **KAPSAM:** Bu talimat tüm yataklı klinikleri, hastane çalışanlarını ve hastaları kapsar.

3. **KISALTMALAR:**

4. **TANIMLAR:**

**Özellikli Hasta Grubu:** Hastanede sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık çalışanları ve kullanılacak ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemler içeren ve disiplinler arası işbirliği gerektiren hasta gruplarını ifade eder.

5. **SORUMLULAR:** Tüm doktorlar, tüm hemşireler, sağlık çalışanları.

6. **FAALİYET AKIŞI:** Hastanemizin özellikli hasta grubunda terminal dönem hastalar, geriatri hastaları onkoloji hastaları ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar bulunmaktadır.

6.1. **TERMİNAL DÖNEM HASTA BAKIM SÜRECİ:**

6.1.1. **Hizmet Sunum Süreçleri:**

6.1.1.1. Hastanemize acil servis ve ya polikliniklerimizden başvuran hastaların doktorlarımız tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra yapılan değerlendirme sonucuna göre prosedüre uygun hasta yatış işlemleri uygulanır.

6.1.1.2. Terminal dönemdeki hastaya ani gelişebilecek durumlarda daha hızlı müdahale edebilmesi için hemşire bankosunun yakınındaki bir odaya yatırılır.

6.1.2. **Özel Bakım Uygulamaları Ve İşlemler:**

6.1.2.1. **Bireysel Öz Bakım:**

6.1.2.1.1. Terminal dönemdeki hastalar kendi bakımlarını yapamayabilir.

6.1.2.1.2. Bakmakla sorumlu hemşire bu gereksinimlerine yardımcı olmalı, gerektiğinde kendi yapmalıdır.

6.1.2.1.3. Ağız burun ve gözlerin bakımı yapılır.

6.1.2.1.4. Ağız ve burunda sekresyon varsa temizlenir, gerekirse ağız içi aspire edilir.

6.1.2.1.5. Burun delikleri nemlendirilir, hastaya yan yatış pozisyonu verilir.

6.1.2.1.6. Çatlak oluşumunu engellemek için dudaklara nemlendirici kremler sürülür.

6.1.2.1.7. Takma dişleri varsa çıkarılarak **değerli eşya teslim tutanağı** ile ailesine teslim edilir.

6.1.3. **Ağrılı Hastada Bakım**

6.1.3.1. Terminal dönemdeki hastaların birçoğunda özellikle kanser hastalarında görülen bir bulgudur.

Hastaların birçoğu ölümden çok ağrıdan korkar.

6.1.3.2. Hemşire tarafından **“Ağrı Tanımlama ve Takip Formu”** ile ağrı değerlendirmesi yapılır.

6.1.3.3. Ağrı kesicilerin türü, miktarı, veriliş yöntemi doktor tarafından belirlenerek **“Order Düzenleme ve Uygulama Talimatı”**na göre order edilir. İlaçların yanı sıra ağrının kontrolünde hasta ile iş birliğinin sağlanması da çok önemlidir.

Ağrı kontrolünde temel amaç ağrının hafifletilmesi, ortadan kaldırılması ya da şiddetinin azaltılmasıdır.

6.1.4. **Yorgunluğu Olan Hastada Bakım:**


6.1.4.1. Yaşamın sonuna yaklaşan hastalarda görülen en rahatsız edici belirtilerden biride güçsüzlük ve yorgunluktur.

6.1.4.2. Kanser ve diğer kronik hastalıklarda ortaya çıkan bu belirtinin nedeni, doku oksijenlenmesinin azalmasıdır.

6.1.4.3. Güçsüzlüğün ve yorgunluğun fiziksel nedeni ağrı, enfeksiyonlar ve uykusuzluktur. Psikolojik nedeni ise anksiyete ve depresyondur.

6.1.4.4. Bu hastaların dinlenmesi sağlanmalı, temel ihtiyaçlarının giderilmesine yardımcı olunmalıdır.

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEMŞİRE</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
-----------------------------------	---	--------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	HB.TL.14
		YAYIN TARİHİ:	HAZİRAN 2018
	<b>ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI</b>	REVİZYON NO:	00
		REVİZYON TARİHİ:	00
		SAYFA NO:	2/9

### 6.1.5.Hareket Kabiliyetinin Azaldığı Durumlarda Bakım:

6.1.5.1.Hareket azalmasına bağlı olarak kaslarda zayıflama görülür.

6.1.5.2.Hastalar mümkün olduğu kadar yardım ve destek verilerek hareket ettirilmelidir.

6.1.5.3.Sık sık pozisyonları değiştirilmeli, yatak yaralarını önlemek için havalı yataklar kullanılmalıdır.

6.1.5.4.Hastalara egzersiz yaptırılır, yatakla temas eden bölgelere masaj yapılır.

### 6.1.6.Dispne Ve Solunum Sıkıntısı Olan Hastada Bakım:

6.1.6.1.Hastaların %50'sinde görülen solunum sıkıntısını gidermek için oksijen tedavisi uygulanır.

6.1.6.2.Hastalara bilinci açıksa dik oturur ya da yarı dik oturur pozisyon verilir.

6.1.6.3.Ağızda sekresyon birikmemesi için ağız ve boğaz aspire edilir. Gerekirse solunan hava nemlendirilir.

### 6.1.7.Ateş, Titreme Ve Terlemesi Olan Hastada Bakım:

6.1.7.1.Terminal dönemdeki hastaların çoğunda ateş görülür.

6.1.7.2.Yüksek ateşi olanlara soğuk uygulama yapılır.

6.1.7.3.Hastalar, periferik dolaşım bozulduğu için yüksek ateşe rağmen üşür.

6.1.7.4.Üşüyen hastalara sıcak uygulama yapılır. Hastaya, uygun antipiretikler verilmelidir.

6.1.7.5.Terleyen hastaların yatak takımları değiştirilir.

### 6.1.8.Taşikardisi Olan Hastada Bakım:

6.1.8.1.Hastaların nabzında bozulmalar görülür.

6.1.8.2.Terminal dönem hastalarında özellikle ölüme yakın dönemde bradikardi, şoklarda taşikardi görülür.

6.1.8.3.Hastaların vital bulguları sık sık alınır, gerekirse monitörize edilir.

### 6.1.9.Tromboz Ve Patolojik Cilt Bulguları Olan Hastada Bakım:

6.1.9.1.Terminal dönem hastalarında dolaşım bozukluğuna bağlı olarak nekroz ve trombozlar gelişebilir. Yatağa bağımlı hastalarda ise en önemli sorun yatak yaralarıdır.

6.1.9.2.Hastalara sık sık pozisyon değişikliği yapılır.

6.1.9.3.Mümkünse hastalar hareket ettirilir, basınç noktalarına simitler konur ve masaj yapılır.

## 6.2.ONKOLOJİ HASTA BAKIM SÜRECİ:

6.2.1.Hizmet Sunum Süreçleri: Hastanemize acil servis ve ya polikliniklerimizden başvuran hastaların doktorlarımız tarafından değerlendirilmesi yapıldıktan sonra yapılan değerlendirme sonucuna göre prosedüre uygun hasta yatış işlemleri uygulanır.

### 6.2.2.Özel Bakım Uygulamaları Ve İşlemler:

6.2.2.1.Alopesi : Kemoterapötik ilaçların ve başa uygulanan radyasyon alanının genişliğine ve dozuna bağlı olarak saç, aynı zamanda kaş, kirpik ve tüm vücut kıllarının kaybıdır. Alopesi için;

- Hastaya saç kaybı olacağı, ancak tedavi bitiminden sonra yeniden çıkacağını açıklanır.
- Saçların çıkarken yapı ve renk yönünden farklılık olabileceğine ilişkin hasta uyarılır.
- Hastaları şapka, eşarp, bone, peruk gibi değişik materyaller konusunda bilgilendirilir.
- Kemoterapiden önce saçların kısaltılması önerilir.
- Kalan saçlar için sık şampuan uygulamaması ve yumuşak fırça kullanılması önerilir.
- Saç kaybı arttıkça, kalan saçları traş ettirebileceği konusunda öneride bulunulur.
- Kafa derisi güneşi engelleyen şapkalarla veya bone ile sıcak ve soğuktan korunmalıdır.
- Aile üyeleriyle beklenen fiziksel değişiklikleri görüşerek hastanın nasıl kabulleneceği konusunda aile üyelerine tavsiyelerde bulunularak manevi destek sağlanır.

6.2.2.2.Deri Bütünlüğünde Bozulma: Kemoterapi ve radyoterapinin etkisiyle vücudun deri tabakasındaki iritasyon, kızarıklık, kaşıntı ile kendini gösteren değişimdir. Deri bütünlüğü bozulan hastalar için;

- Nemli ve kirli deride, deri bütünlüğü bozulması ve enfeksiyon riski fazla olduğundan alan temiz ve kuru tutulmalıdır.
- Deri hassas olduğundan tedavi alanını ovuşturmamalı ve kaşımamalıdır.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>BAŞHEMŞİRE</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI**

DOKÜMAN KODU:	HB.TL.14
YAYIN TARİHİ:	HAZİRAN 2018
REVİZYON NO:	00
REVİZYON TARİHİ:	09
SAYFA NO:	3/9

- Kimyasal iritan maddelerle kolayca travmatize olduğunda alan, ılık su ve parfümsüz yumuşak sabunla hafifçe yıkanmalı, yumuşak bir havlu ile kurulayıp havalandırılmalıdır.
- Metal element içeren maddeler irritasyonu arttırdığı gibi radyasyon ışınlarının dağılmasına da neden olacağından talk pudrası, losyon ve deodorant kullanılmamalıdır.
- Radyasyon alan derideki kesikler yavaş iyileştikten ve enfeksiyona eğilim olduğundan jilet yerine elektrikli veya pilli traş makinası kullanılmalı, bölge kırmızı ve ağrılı ise traş olunmamalı kadın hastalarda ise manikür yaptırılmamalıdır. İritasyon ve reaksiyonu önlemek için; teri emici, yumuşak ve bol giysiler giyilmelidir.
- Bölgeyi aşırı sıcak ve soğuktan, direkt gün ışığından korumak için uzun kollu elbise ve geniş kenarlı şapkalar giyilmeli, ayrıca güneş ışığını bloke eden kremler kullanılmalı, cilde doğrudan sıcak ya da soğuk kompres uygulamasından kaçınılmalıdır.
- Yatağa bağımlı hastalarda basınç bölgelerini gözleyerek hastanın pozisyonunu 2 saatte bir değiştirilmelidir.
- Yatağa bağımlı hastalarda bası **yarası değerlendirme ve takip formu** ile hasta değerlendirilmelidir.
- Ekstremiteleri yükselterek ödemi önlenmelidir.
- Deride kızarıklık, hiperpigmentasyon, kaşıntı, kuruluk, dermatit, akne oluşabileceği, dil, mukoz membran ve el ekleminde koyulaşmalar olabileceği söylenmelidir.
- Fotosensivite nedeniyle güneşte fazla kalmanın sakıncalı olduğu söylenmelidir.
- Ciltte ve tırnakta renk değişikliği olabileceğinden hastanın istediği renkte tırnak cilası kullanabileceği, bu bozukluğun zamanla düzeleceği söylenmelidir.
- Tırnakların kısa olması, pamuklu giysilerin tercih edilmesi konusunda hastayı bilgilendirilmelidir.
- Cilt kuru ve temiz tutulmalıdır. İrrite edici losyon ve kremleri kullanılmamalıdır.
- Soğuk kompres, antihistaminik ve kortikosteroid kullanılabilir. Kaşıntıyı arttırmamak ve cilt bütünlüğünü bozmamak için özellikle kaşımamak gerektiğini hastaya anlatılmalıdır.


**6.2.2.3.Yorgunluk:** Kanserli hastalarda sık görülen sorunlardan biri olan yorgunluk, kemoterapinin yan etkisi olarak ortaya çıkan bulantı, kusma, diyare, ağrı, immobilité, anemi ve malnütrisyon gibi faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıkan bir semptomdur. Yorgunluğu olan hastalar için;

- Hastanın bakım gereksinimlerini kısa sürede tamamlanmalıdır.
- Bakımın sağlanmasında ve sürdürülmesinde hasta teşvik edilmeli, gerekiyorsa yardım edilmelidir.
- Uykusuzluğa neden olabilecek çevresel faktörleri önlemelidir.
- Hastanın gece en az 7-8 saat uyuması, gündüz uyku periyotları oluşturulmasını ve aktivite kısıtlaması sağlanmalıdır.
- Tedavinin tipine göre hafif egzersizler seçilmeli, enerji seviyesinin artmasına yardımcı olunmalıdır.
- Hastanın enerjisinin yüksek olduğu zamanlarda önemli aktivitelerini yapması, ancak bunu sonradan daha fazla yorgunluk hissetmesine neden olacak şekilde yapmaması ve günlük yaşam aktivitesine göre yeterli beslenmesi sağlanmalıdır.
- Hastanın dinlenik olduğu zaman, örneğin sabahları en besleyici besinleri alması, sert zor ve çok çığnenen besinlerin verilmemesi, sık sık ve azar azar beslenmesi, dinlenme periyotlarının verilmesi, proteinden zengin ve bol kalorili besinlerin seçilmesi önerilmelidir.,
- Yıkılan hücrelerin ve artık ürünlerin uzaklaştırılabilmesi için günde en az 8-10 bardak su almasını önerilmelidir.

**HAZIRLAYAN:  
BAŞHEMŞİRE**

**KONTROL EDEN:  
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:  
BAŞHEKİM**

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	HB.TL.14
		YAYIN TARİHİ:	HAZİRAN 2018
	ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI	REVİZYON NO:	00
		REVİZYON TARİHİ:	00
		SAYFA NO:	4/9

**6.2.2.4.Anemi:** Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, beslenme bozukluğuna bağlı olarak gelişen bir tablodur. Anemisi olan hastalar için;

- Yorgunluk, baş dönmesi, titreme ya da taşipne gibi anemi belirtileri gözlemlenir.
- Ortostatik hipotansiyon baş dönmesi varsa, özellikle yatarken ve kalkarken yavaş hareket etmesi söylenir.
- Halsizlik ve dispneyi gözlemlenir, gerekirse oksijen tedavisi uygulanır.
- Hemoglobün ve hematokriti düzenli aralıklarla kontrol edilir.
- Bilgi eksikliği varsa anemi belirtileri konusunda bilgilendirilir.

**6.2.2.5.Nötropeni:** Kemoterapi nedeniyle kemik iliği baskılanan hastanın nötrofil sayısının 500mm<sup>3</sup>–1000 mm<sup>3</sup> olmasıdır.

- “İzolasyon Önlemleri Talimatı”na gerekli önlemler alınır.
- Hasta/yakınına “El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı”na göre eğitim verilir.
- Nötropenik beslenme konusunda hastaya diyet listesiyle birlikte eğitim verilir.
- Hasta odasında canlı veya kurutulmuş çiçek bulundurulmaz
- Ziyaretçi kısıtlaması yapılır.
- El hijyeni ve maske kullanımı sağlanır.
- Hasta odasındaki tıbbi aletler steril ve dezenfekte edilir.
- Port ve kateter kontrolü ve bakımı her gün yapılır.
- Nötropenik ateş durumunda hemen doktora bilgi verilip kan kültürü alınır ve gerekli müdahale yapılır.
- -Hasta odasının havasını temizlemek için hepafiltreler kullanılır.
- -Düzenli aralıklarla ateş takibi yapılır.


**6.2.2.6.Trombositopeni:** Kemik iliği depresyonu, kemoterapi, DIC ve pıhtılaşma faktörlerinin yetersiz yapımı nedeniyle kanamaya eğilimin artmasıdır. Trombositopenisi olan hastalar için;

- Hasta banyo yaptırılırken ve dolaştırılırken çarpma, düşme gibi travmalardan korunmalıdır.
- Burun temizliğinin travmatik olmamasına dikkat edilmelidir.
- Ağız bakımı için yumuşak materyal kullanması önerilmelidir
- Vazodilatasyon yapacağı için alkollü içkiler yasaklanmalıdır.
- Aspirin ve non steroid antiinflatuar ilaçlar kullanılmaması sağlanmalıdır.
- IM enjeksiyonlardan kaçınılmalı, gerekli ise işlemten sonra 3-5 dakika basınç uygulanmalıdır.
- Konstipasyon oluşumunu önlemek için hastanın bol sebze meyve yemesi sağlanmalıdır.
- Deride peteşi ekimoz kontrolü yapılmalıdır.
- Diş eti, burun, idrar, dışkı kanaması gibi normal olmayan kanamaları yakından takip edilmeli
- hasta ve hasta yakınına konu ile ilgili eğitim verilmelidir.
- Gereksiz invaziv işlemlerden kaçınılmalıdır.

**6.2.2.7.Stomatit:** Ağız ve orafarenksteği ülseratif lezyonlar, oral inflamasyon, kemoterapi (immünosupresyon), bulantı kusma, oral hijyen yetersizliği, nötropeni, trombositopeni ve dehidratasyon nedeniyle gelişebilir.Stomatiti olan hastalar için;

- Oral kavite her gün kırmızılık, beyazlık, sarılık yönünden kontrol edip değerlendirilmelidir.
- Hastaya uygun ağız bakımını öğretilmelidir.
- **Lezyon yoksa:** 4 saatte bir yumuşak diş fırçası ile dişleri fırçalanmalıdır ve order edilen gargaralar ile gargara yapılması sağlanmalıdır.
- **Lezyon varsa;** 2 saatte order edilen gargaralarla ağız bakımı yapıp arkadan dudakları nemlendirilmelidir.
- Hastanın öğünlerden önce ve sonra ağız bakımını yapması sağlanmalıdır.

HAZIRLAYAN: BAŞHEMŞİRE	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---------------------------	---	------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	HB.TL.14
		YAYIN TARİHİ:	HAZİRAN 2018
	<b>ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI</b>	REVİZYON NO:	00
		REVİZYON TARİHİ:	00
		SAYFA NO:	5/9

- Sıvı dengesi sürdürülmelidir.
- Sıcak yiyeceklerden kaçınarak, yumuşak, protein ve vitamin yönünden zengin yiyecekler önerilmelidir.
- Asitli, tuzlu, baharatlı besinlerden kaçınılması önerilmelidir.
- Alkol ve sigara kullanılmamasını önerilmelidir.
- Dudaklar kuru ise vazelin ya da E vitaminli preperatlar ile yumuşatılmalıdır.
- Diş protezlerinin uygun olup olmadığının değerlendirilmeli, rahatsız ediyorsa takılmaması gerektiğini öğütlenmelidir.
- Yumuşak diş fırçası kullanılmasını önerilmelidir.
- Eğer ağızda kanama varsa bunu önlemek için hastaya ağızına küçük bir buz parçası almasını önerilmelidir.
- Ağrı için doktor istemine göre lokal aneljezik kullanılması önerilmelidir.
- \*Takma diş bakım ve kullanım hakkında eğitim verilmelidir.

**6.2.2.8.Diyare:** Kemoterapi, anksiyete, stres gibi nedenlerle GİS'in aktif olarak bölünen epitelyal hücrelerinin hasarıdır. Diyare olan hastalar için;

- Günlük dışkılama
- Barsak alışkanlıkları tanılanmalıdır.
- Aldığı çıkardığı sıvı takibi ve kaybedilen sıvıyı yerine koyulmalıdır.
- Dışkı kültüründe üreme yoksa doktor istemine göre antidiyaretik ilaçları verilmelidir.
- Perine bölgesini iritasyon, travma ve kanama açısından gözlemlenmelidir.
- Bölgeyi ılık suyla temizlendikten sonra hafifçe kurulmalıdır.
- Dışkı sayısını kaydetmek ve dışkıyı kanama yönünden gözlemlenmelidir.
- Az lifli, pişmiş yiyecekleri menüye alınmalıdır.
- Sütü ürünlerden sakınmasını sağlanmalıdır, potasyum kaybı olacağından sakıncası yoksa muz, portakal, patates verilmelidir.
- Diyetteki yağ miktarını azaltılmalıdır.
- Fazla sıcak ve soğuk olmayan az şekerli yiyecekleri az ve sık olarak alması sağlanmalıdır.
- Diyare düzeldiğinde lifli besinlerin diyetle azar azar eklenmesini sağlanmalıdır.


**6.2.2.9.Konstipasyon:** Kemoterapinin nörotoksik etkisi, narkotik ajanların kullanımı, hareketsizlik, yeme alışkanlığında değişiklikler, dehidratasyon, hipokalsemi nedenleri ile gelişebilir. Konstipasyon olan hastalar için;

- Lifli besinleri önerilmelidir.(sebze, meyve, yulaf vb.),
- Sakıncası yoksa sıvı alımını artırılmalıdır.(günde en az 2lt),
- Aktivite önerilmelidir.
- Düzenli defekasyon alışkanlığı kazandırmaya çalışılmalıdır.
- Dışkılama, barsak sesleri, bulantı, abdominal distansiyon gibi paralitik ileus belirtilerini izlenip ve kaydedilmelidir.
- Nonfarmakolojik uygulamalar yarar sağlamadığında eğer sakıncalı değilse doktor istemine göre laksatifler verilmelidir.

**6.2.2.10.Bulantı-kusma:** Bulantı ve kusma genellikle kemoterapi tedavisi nedeniyle görülür. Bulantı tedaviden sonraki ilk 6 saat içinde ortaya çıkmaktadır. Bulantı-kusması olan hastalar için;

- Bulantı ve kusmanın şekli ve oluş biçimi açısından hasta tanılanmalıdır.
- Çıkarılan miktarı, içerik, renk açısından değerlendirerek kaydedilmelidir.
- Dehidratasyon belirtileri açısından hastayı gözlemlenmelidir.

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEMŞİRE</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
-----------------------------------	---	--------------------------------

 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975</b>	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.14</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>00</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>00</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>6/9</b>

- Antiemetik ilaçları en az yarım saat önce verilmelidir.
- Ağız bakımının sık verilmesini, protez varsa tedavi sırasında çıkartılması sağlanmalıdır.
- Bulantı ve kusma sırasında ağızdan nefes almanın faydaları anlatılmalıdır.
- Vücut ağırlığı, aldığı çıkardığı sıvı miktarını değerlendirilmelidir.
- Kemoterapiyi düşünmek bile bulantıya sebep olabileceğinden, tedaviden önce ve tedavi sırasında gevşeme tekniklerinin kullanılması önerilmeli ve öğretilmelidir.
- Fiziksel çevrenin temiz ve kokusuz, hasta giysilerinin rahat olmasına özen gösterilmelidir.
- Uygulamanın rahat bir pozisyonda yapılması sağlanmalıdır.
- Öğünlerin azar azar sık sık alınması ve iyice çiğnenmesi önerilmelidir.
- Öğünlerde sıvı alımından kaçınılması önerilmelidir.
- Tatlı, kızartma, baharatlı, yağlı gıdalardan kaçınılması önerilmeli ve kompleks karbonhidratların yararlı olabileceği konusunda bilgi verilmelidir.
- Yiyeceklerin özellikle kuru gıdalardan seçilmesine dikkat edilmelidir.
- Yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktiviteler yapması önerilmelidir.

**6.2.2.11.İştahsızlık:** İştahsızlık, yiyeceklerin sindirimi, besin alımı yetersizliği, kullanılan ilaçlar ve aktivite azlığı, bulantı, kusma, stomatit, depresyon ve bazı kemoterapötik ilaçlar nedeniyle görülmektedir. İştahsızlığı olan hastalar için;


- İştahsızlık gelişebileceği konusunda hasta ve ailesine eğitim verilmelidir.
- Diyetisyenle işbirliği yapılarak beslenme programı planlanmalıdır.
- Yüksek kalorili ve proteinli besinlerin alınmasına cesaretlendirilmelidir.
- Az ve sık aralarla beslenme önerilmektedir.
- Açlık hissettiği anda yemek yemeye cesaretlendirilmelidir.
- Her öğünden önce ağız bakımını sağlamalıdır.
- Hastanın sevdiği bir ortamda sevdiği ile birlikte, az ve sık yemesini sağlanmalıdır.
- Ortamda hoş olmayan ya da hastanın hoşlanmadığı kokuları engellenmelidir.
- Yemekleri iştahı uyandıracak görüntüde sunulmalıdır.
- Yemeklerin hazırlandığı ortama hastanın girmemesi sağlanmalıdır.
- Rahat, sakin, hafif müzikli bir ortam sağlanması gibi uygulamalar yapılmalıdır.
- Beslenmesi oral yolla karşılanmıyorsa intravenöz ya da enteral yolla beslenmesi sürdürülmelidir.

**6.2.2.12.Ağrı:** Hastalık veya tedavinin etkilerinin yüze yansması olarak ifade edilir. Ağrısı olan hastalar için;

- Doktor önerisine göre, DSÖ'ün önerdiği tedaviyi uygulanmalıdır.
- Hafif ağrı için narkotik olmayan analjezikler + adjuvan tedavi
- 2. Orta şiddetli ağrı için zayıf narkotikler + nonopioid – adjuvan tedavi
- 3. Şiddetli ağrı için güçlü narkotikler + nonopioid ilaçlar + adjuvan tedavi
- Nonfarmakolojik uygulamalar arasında pozisyon değiştirmesi sağlanmalıdır.
- Masaj yapmak, sıcak ya da soğuk uygulama, ılık banyolar, çevrenin sessiz ve sakin olması sağlanmalıdır.
- Gevşeme tekniklerini öğretilmeli, radyo dinlemesi, televizyon seyretmesi sağlanmalıdır.
- Okuma, müzik dinleme, hayal kurmayı önerilmelidir.
- Hastanın ağrısı “**Ağrı Tanımlama ve Takip Formu**” ile değerlendirilmelidir.

**6.2.2.13.Anksiyete ve Depresyon:** Kanserin herhangi bir evresinde görülen davranışlarda şu faktörler etkili olmaktadır; geçmiş hastalık deneyimleri ve uyum yetileri, gelecek planlarının tehdit edilme derecesi, hastalığa ilişkin sosyal ve kültürel tutumlar ve dini inanışlar, genel kişilik özellikleri, aile içinde üstlenilen rol modelleri, yaşam şekli ve sosyo ekonomik durumları, sosyal destek sistemleri ve bunlara ulaşılabilirlik düzeyleri, hastalığın

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEMŞİRE</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
-----------------------------------	---	--------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	HB.TL.14
		YAYIN TARİHİ:	HAZİRAN 2018
	<b>ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI</b>	REVİZYON NO:	00
		REVİZYON TARİHİ:	69
		SAYFA NO:	7/9

boyutu ve semptomların varlığı, duyu düşüncelerini açıklama yetenekleri, tanının konduğu yaş ve gelişim düzeyleri. Anksiyete ve depresyonu olan hastalar için;

- Hasta ve ailesi ile olumlu bir iletişim ve işbirliği sağlamalıdır.
- Hastanın kaybaldığını hissettiği kontrolünü yeniden sağlamak ya da birinin hastanın çevresine hakim olduğu duygusu verilmelidir.
- Geçmişteki baş etme yöntemlerini değerlendirilmeli uygun yöntemin kullanılması sağlamalıdır.
- Hasta ve ailesine yeterli psiko-sosyal destek sağlanmalıdır.

### 6.3.GERİATRİ HASTA BAKIM SÜRECİ:

- Geriatri (65 yaş ve üstü) hasta bakımının amacı sağlık ve fonksiyonel performansının korunması, sürdürülmesi, konforunun sağlanması, bakım ve tedavilerinin yapılmasıdır.
- Hastanemize Acil Servisi veya polikliniklerinden başvuran hastaların doktor tarafından değerlendirilmesi yapılır. Yapılan değerlendirme sonucunda yatışına karar verilen hastanın **“Poliklinik ve Yatan Hasta İşlemleri Talimatına”** na göre kliniğe yatışı yapılır.
- Geriatri hasta bakımı multidisipliner yaklaşım gerektirir. Doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar, psikolog, fizyoterapist, diyetisyen yer alır.
- Yatış işlemleri yapılan hastanın vital bulguları alınır ve doktorun order ettiği tedavi hemşire tarafından uygulanır.

#### 6.3.1.Özel Bakım Uygulamaları:

##### 6.3.1.1.Beslenme

- Sindirim sistemindeki değişiklik, ağız ve diş sağlığındaki değişimler nedeniyle beslenmesi etkilenir.
- Beslenme rejiminin zenginleştirmek, öğünleri sık ve azar azar sunmak, parenteral/enteral beslenmesini sağlamak, protezlerin ağız yapısına göre uygun olmasını sağlamak hasta için yararlı olur.

##### 6.3.1.2.Hijyen Bakımı

- Yaşlı hastalarda meydana gelen değişiklikler nedeniyle deri bakımı ve genel hijyen önemlidir.
- Deri altı yağ dokusu azaldığı ve deri elastikiyetini kaybettiği için yatak yarası riski fazladır. Yatak yarasını önlemek **“Bası Yaralarını Önleme Talimatı”**na göre hareket edilir.

##### 6.3.1.3.Ayak Bakımı

- Yaşlı hastalarda dolaşım yetersizliği ve diyabet nedeniyle ayak bakımı önemlidir.
- Ayaklar her gün ılık sabunlu su ile yıkanır ve pamuklu bir havlu ile silindikten sonra tırnaklar düz olarak kesilmelidir.
- Çıplak ayakla dolaşılmamalı pamuklu sıkmayan çorap kullanılmalıdır.
- Parmak arası terlikler tercih edilmemelidir.


##### 6.3.1.4.Boşaltım

- Yaşlı hastalarda boşaltım problemleri sık sık tekrarlayan üriner enfeksiyonlar, konstipasyon, diyare, üriner ve fekal inkontinastır.
- İki saatte bir mesanenin boşaltılması, sıvı alımının artırılması, perineal kasların güçlendirilmesine yönelik egzersizler yapılması önerilir.
- Konstipasyonu önlemek için sulu ve lifli besin alımının artırılması,doktor orderi ile laksatiflerin verilmesi sağlanır.
- Diyare durumunda günlük dışkılama sayısı ve dışkının özelliklerini, AÇT takibi, az lifli yiyecekler alması sağlanmalıdır.

##### 6.3.1.5.Bulantı Kusma

- Kusmanın şekli ve oluş biçimi, dehidratasyon belirtileri açısından hastayı takip edilmelidir.
- Ağız bakımı vermek varsa protezlerin çıkartılması sağlanmalıdır.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>BAŞHEMŞİRE</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.14</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>00</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>00</b>
		<b>SAYFA NO:</b>	<b>8/9</b>

- Vücut ağırlığı, aldığı-çıkarıldığı takibi yapılmalıdır.
- Fiziksel çevrenin temiz, kokusuz olmasını sağlanmalı, hasta odasını havalandırılmalıdır. Yemekten sonra dinlenmesi ve yavaş aktivite yapması önerilmelidir.
- Doktor istemi ile antiemetik ilaçları yemeklerden yarım saat önce uygulanmalıdır.

#### 6.3.1.6.Hareket

- Yaşlı hastaların kas koordinasyonu ve gücünün azalması hareket kısıtlılığına neden olmaktadır.
- Beden ve solunum egzersizleri,yürüyüş önerilir. Günlük aktivite ve işlerinin kendisinin yapması teşvik edilir.
- Güvenli hareket için ev ve çevre düzenlenmesi yapılmalıdır.

#### 6.3.1.7.Uyku

- Yaşlı hastaların gece sık sık tuvalete gitmeleri, sinir sisteminde oluşan değişiklikler ve kronik hastalıklar uyku probleminde neden olmaktadır.
- Gece hafif yemek yemeleri, yatmadan önce az sıvı tüketmeleri, gündüz az uyumaları, ortamın ısı, aydınlatma, gürültü açısından düzenlenmesi yapılmalıdır.

#### 6.3.1.8.Ağrı

- Hastanın ağrısı “**Ağrı Tanımlama ve Takip Formu**” ile değerlendirilerek doktor order’ na göre tedavi uygulanır. Masaj yapma, sıcak yâda soğuk uygulama, ılık banyo vb. gibi yöntemler uygulanabilir.

#### 6.3.1.9.Anksiyete ve Depresyon

- Hasta ve ailesi ile olumlu iletişim kurmak, gerekli psikolojik destek sağlamak, baş edilemeyen depresyonda doktor istemi ile antidepresan ilaçlar verilebilir.


### 6.4.BAĞIŞIKLIK SİSTEMİ BASKILANMIŞ HASTA BAKIM SÜRECİ:

Solid veya hemotojen malignansi tanısıyla izlenen tüm hastalar, nötropenik hastalar, HIV/AIDS olguları, yanık, solid organ veya kemik iliği nakli yapılan olgular, immünsüpresif tedavi alan tüm hastalar, konjenital veya sonradan kazanılmış immün yetmezliği olan hastalar bu gruba dâhildir.

- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaya yönelik risk faktörleri ve hastada gelişen her yeni bulgu dikkate alınmalıdır.
- Hastanın vital bulguları hastanın durumuna göre uygun sıklıkta değerlendirilmelidir.
- Hastanın bakım ve tedavisi ile ilgilenen sağlık personeli ve aile bireyleri her temas öncesi ve sonrası “**El Hijyeni ve Eldiven Kullanım Talimatı**”na göre el hijyeni sağlamalıdır.
- Üst solunum yolu enfeksiyonu olan sağlık personeli ve aile bireylerinin hasta ile temasında cerrahi maske gibi koruyucu önlemler alınmalıdır.
- Hasta tercihen diğer hastalardan/enfekte hastalardan ayrı tek kişilik odada yada diğer bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarla aynı odada kalmalıdır.
- Hastanın ateşi ( $>38^{\circ}\text{C}$  ve  $<36^{\circ}\text{C}$ ) olduğunda veya açıklanamayan genel durum bozukluğu olduğunda doktora haber verilir enfeksiyon belirti ve bulguları değerlendirilir.
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalarda altta yatan hastalık (solid veya hematogen malignansi, immün yetmezlik vb), immünosüpresif tedavinin dozu ve süresi, Humoral ve hücrel immunité durumu (geçirilmiş hastalık, asılanmış olması), Deri ve mukoza bütünlüğünün bozulması (kemoterapi ve radyoterapiye bağlı mukozit), kemik iliği transplantasyonu, İmmün sistemi baskılayan enfeksiyon varlığı ( HIV, CMV, hepatit virüsleri gibi), Malnütrisyon, Hastanın psikolojik durumunun kötü olması, Yaş(çocuk ve yaşlılarda), Sigara, alkol ve uyuşturucu maddelerin kullanımı, ilaçların yan etkisi enfeksiyon eğilimini arttıran faktörlerdir.

<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>BAŞHEMŞİRE</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---	---	--------------------------------------



 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975</b>	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>HB.TL.14</b>
		<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>HAZİRAN 2018</b>
	<b>ÖZELLİKLİ HASTA BAKIM TALİMATI</b>	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>00</b>
		<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>00</b>
<b>SAYFA NO:</b>		<b>9/ 9</b>	

#### 6.4.1.Enfeksiyon Belirtileri:

##### 6.4.1.1.Genel Belirtiler

- Ateş, halsizlik,
- İnvaziv girişim yerlerinde (santral venöz katater, sonda, aspirasyon vb) ateş, ağrı, kızarıklık, hassasiyet, ödem, akıntı gözlenmesi
- **Deri ve Müköz Membranlar (cilt, mukoz membran, saç, tırnak, basınç bölgeleri ve biyopsi ve/veya cerrahi operasyon bölgeleri)** -Eritem, selülit, egzama, hassasiyet, döküntü, vasküler lezyon, apse, ağrı
- **Ağız ve Oralfarenks** - Ağrı, eritem, mukozit, plaklar, nekroz, veziküller, eksuda, büyümüş lenf nodülleri, kaşıntı
- **Solunum Sistemi** - Öksürük, göğüs ağrısı, Akciğer seslerindeki değişiklik, dispne
- **Gastrointestinal Sistem** - Karın ağrısı, bulantı kusma, disfaji, diyare, rektal hassasiyet
- **Ürogenital Sistem** - Dizüri, Hematüri, Sık idrara çıkma, kaşıntı, ağrı, vaginal akıntıda değişiklik, yanma, lezyonlar, ülserasyonlar
- **İskelet Sistemi** - Hassasiyet, ağrı, fonksiyon kaybı
- **Nörolojik sistem** - Baş ağrısı, ense sertliği
- **Ateş 38C° üzerinde ise kan, idrar ve gerekli görülen kültürler “Tıbbi Laboratuvar Transfer ve Kabul Talimatı”na göre alınır ve tam kan sayımı ve mutlak nötrofil sayısı değerlendirilir.**

#### 7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

7.2. Sağlıkta Kalite Standartları

7.3. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

<b>HAZIRLAYAN: BAŞHEMŞİRE</b>	<b>KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN: BAŞHEKİM</b>
-----------------------------------	---	--------------------------------