

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:HB-TL-95 Yayın Tarihi :23.10.2025
	YAŞAM BULGULARI VE ERKEN UYARI SKORU İŞLEYİŞ TALİMATI	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :1/7

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRÜ		KALİTE YÖNETİCİSİ		BAŞHEKİM

1. AMAÇ VE KAPSAM

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:HB-TL-95 Yayın Tarihi :23.10.2025
	YAŞAM BULGULARI VE ERKEN UYARI SKORU İŞLEYİŞ TALİMATI	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :2/7

Bu talimatın amacı, **hayati bulguların** (Bilinç Düzeyi, Vücut Sıcaklığı, Nabız, Solunum Hızı, Kan Basıncı, Oksijen Saturasyonu ve Ağrı) standart, doğru ve güvenilir yöntemlerle ölçülmesini, kayıt altına alınmasını ve hastanın durumundaki kritik değişikliklerin **zamanında tespit edilip** ilgili birimlere bildirilmesini sağlayarak **hasta güvenliğini** ve bakım kalitesini en üst düzeyde tutmaktır. Yoğunbakım üniteleri hariç yatan hasta bakım sürecini kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

Bilinç: Bilinç, kişinin kendisinin ve çevresinin farkında olması, yeni uyarılara karşı uyum sağlayabilmesidir. Bilinç seviyesi doğrudan ölçülmez. Bilinç seviyesini değerlendirmek için uyarılara karşı hastanın verdiği bazı davranışsal tepkilerden yararlanılır. HBYS üzerinden bilinç düzeyi değerlendirilirken hastanın; uyanıklık hali, sese ve ağrılı uyarana yanıtı değerlendirilir.

Solunum Hızı: Kişinin bir dakikada alıp-verdiği soluk sayısıdır

Vücut Sıcaklığı: Fizyolojik aktivitelerin sürdürülebilmesi için her canlı belirli bir vücut sıcaklığına sahiptir. Bu sıcaklık ortalama olarak 36,5-37 derecedir.

Nabız: Kalp hızının ve ritminin göstergesidir. Kalbin sol ventrikülünün sistolü sırasında aortaya attığı kanın, damar duvarına yaptığı basıncın deri yüzeyinden hissedilmesidir.

Kan Basıncı: Kalbin sistolü sırasında sol ventrikülün aortaya attığı kanın aort duvarında yaptığı basınca karşılık, damar duvarının verdiği direncin mmHG cinsinden değerine denir.

Oksijen Saturasyonu: Oksijen büyük oranda kanda hemoglobine bağlı olarak taşınır. Az bir kısmı ise erimiş haldedir. Kandaki oksijenin hemoglobine bağlı olarak taşınan miktarına oksijen satürasyonu denir.

Ağrı: vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek veya potansiyel doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanan, **hoşa gitmeyen** duysal ve duygusal bir deneyimdir. Ağrı, tamamen **subjektiftir** ve bir hastanın ağrısının şiddeti hakkındaki ifadesine daima inanılmalıdır.

Dk: Dakika

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

3.REFERANS DOKÜMANLAR

Hastaların İlk ve Yeniden Değerlendirilmesi

Mavi Kod İşleyiş Prosedürü

4.UYGULAMA

4.1 Bilinç Durumunun Değerlendirilmesi

Bilinç düzeyi, beyin işleyişini gösteren klinik parametredir ve hastanın genel durumu hakkında önemli bilgiler verir. Bilinç düzeyi değerlendirilirken hastanın; uyanıklık hali, sese ve ağrılı uyarana yanıtı değerlendirilir.

- Uyanıklık Hali:** Uyanık, farkında, zamana, yere ve kişiye oryante; yazılı ya da sözlü kelimeleri anlayabilir, yazılı ya da sözlü iletişim sağlayabilir.
- Ağrılı Uyarana Yanıt:** Hastanın sözel uyaranlara cevap vermemesi ve basit komutları yerine getirememesi durumunda motor yanıtlarının izlenmesi amacı ile belirli bölgelere uygun şekilde verilen

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:HB-TL-95 Yayın Tarihi :23.10.2025
	YAŞAM BULGULARI VE ERKEN UYARI SKORU İŞLEYİŞ TALİMATI	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :3/7

ağrılı uyarılara hastanın yanıtının değerlendirilmesi.

- **Sözel Uyarana Yanıt:** Sözel uyarana karşı verilen cevap ve oryantasyon, ileri serebral bütünlüğü gösterir. Başlangıçta hastaya seslenilir. Eğer hasta cevap veriyorsa daha sonra oryantasyon durumunu değerlendirmek üzere uygun sorular (isim, yer, mekan, tarih vb) yöneltilir. Hasta normal ses tonu ile uyarılmaya yanıt vermezse daha yüksek bir ses ile uyarın tekrarlanır. Konuşamayan hastalar için (endotrakeal tüpü olan hastalar gibi) el yazısı ya da baş veya göz kapaklarını hareket ettirmesi istenerek bilinç değerlendirmesi yapılabilir.

Değerlendirme sonucu HBYS üzerinden yaşam bulgularına kaydedilir.

4.2 Solunum Sayısının Değerlendirilmesi

solunum hızı, bir dakikada gerçekleşen nefes sayısıdır. Solunum hızı, ateş, hastalık ve diğer tıbbi durumlarda artabilir ya da azalabilir.

Solunum Tipleri aşağıdaki gibidir;

- **Takipne (Taşipne):** Solunum hızının normalin üzerinde olmasıdır. Solunum hızlı ve yüzeyseldir; fakat düzenlidir.
- **Bradipne:** Solunum hızının normalin altına inmesidir. Solunumun derinliği normal ve düzenlidir. Bu durum, bazı ilaçların ve hastalıkların yan etkisi olarak ortaya çıktığından, iyi bir özgeçmiş alınmalıdır.
- **Apne:** Solunumun, geçici bir süre durmasıdır. Kalıcı olarak solunumun durması solunum arresti olarak adlandırılır.
- **Hiperventilasyon:** Solunumun hızı ve derinliğinin artmasıdır. Sadece solunum derinliğinin artması hiperpne olarak tanımlanır. Aşırı fiziksel güç sonucu ortaya çıkar. Hasta ile iletişim kurularak hastaya derin ve yavaş yavaş soluk alıp vermesi söylenmelidir. Bu durum, solunum hızını düşürmede yardımcı olacaktır.
- **Dispne:** Soluk alıp verme sırasındaki solunum güçlüğüdür. Bunun sonucunda kanın oksijenlenmesi bozulur. Solunum sırasında çok çaba harcandığından burun kanatları solunuma katılır ve yüz kızarır.
- **Hemoptizi:** alt solunum yollarından (trakea, bronşlar veya akciğer parankimi) kaynaklanan kanın öksürükle birlikte **dışarı atılması** durumudur.

Solunum hızı değerlendirilirken hasta haberdar edilmemelidir. Solunum, istemli olarak kontrol edilebilen tek vital bulgudur. Hasta, solunumunun sayıldığını bilirse nefes alıp verme şeklini ve hızını bilinçli olarak değiştirebilir (hızlandırabilir veya yavaşlatabilir).

Ölçüm, hastanın istirahat halinde ve rahat olduğu bir zamanda yapılmalıdır. Hastanın fiziksel aktivite, ağrı, korku, anksiyete, öfke veya yemek yeme gibi durumları varsa, ölçümden önce bir süre (en az 5-10 dakika) dinlenmesi sağlanmalıdır.

Kişinin göğüs hareketleri ile veya oskültasyonla en az 30 saniye boyunca sayılır. Solunum sayımı, genellikle **nabız sayımı bittikten hemen sonra**, el hala bilekte veya göğüste tutularak ve hasta hala nabzının sayıldığını düşünürken yapılmalıdır.

Solunum sayısı ve tipi HBYS üzerinden yaşam bulguları bölümüne kaydedilir.

4.3 Vücut Sıcaklığı

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:HB-TL-95 Yayın Tarihi :23.10.2025
	YAŞAM BULGULARI VE ERKEN UYARI SKORU İŞLEYİŞ TALİMATI	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :4/7

Fizyolojik aktivitelerin sürdürülebilmesi için her canlı belirli bir vücut sıcaklığına sahiptir. Bu sıcaklık ortalama olarak 36,0-37,3 derecedir.

- **Hipertermi:** Vücut sıcaklığının ölçüldüğü yere göre ortalamadan 1°C daha yüksek olmasıdır. Normal ortalama vücut sıcaklığı 37°C'dir. Sıcaklık ölçümünün; rektal 38°C, oral 37.8°C, aksiller 37.5°C'nin üzerinde oluşu çoğu kaynakta hipertermi olarak tanımlanmaktadır.
- **Hipotermi:** Vücut sıcaklığının normal değerlerin altına düşmesidir. Metabolizma hızının yavaşlayarak kan dolaşımının bozulması sonucu olur.

Hastanın yaşına, bilinç durumuna ve genel sağlık durumuna en uygun bölge seçilmelidir:

- **Oral Ölçüm**

- Yenidoğanda
- 1-6 yaş arası çocuklarda
- Şuursuz, konfüze hastalarda, epilepsi, tetanisi olan hastalarda
- Ağız içi ameliyat olanlarda,
- Oksijen tedavisi alan hastalarda kullanılmamalıdır.
- 15-30 dakika öncesine kadar sıcak-soğuk yiyecek ve içecek alınmamış olmalıdır.
- Sigara içilmemiş olmalıdır.

- **Rektal Ölçüm**

Vücut ısısı aniden çok farklı değişim gösteren hastalıklarda, şuursuz hastalarda tercih edilir.

- Rektum operasyonu geçirenlerde
- AGE tanısıyla yatan hastalarda
- Prematüre bebeklerde kullanılmaz.
- Perianal bölge hastalığı olanlarda veya bu bölge ameliyatı geçirenlerde kullanılmaz.

- **Aksiller Ölçüm**

- Bilinci kapalı hastalarda,
- 0-6 yaş grubu çocuklarda,
- Oral vücut ısısı ölçülemediği durumlarda kullanılır.
- Koltuk altı çevresel faktörlerden kolaylıkla etkilendiği için ölçümde en az tercih edilen yoldur.
- Koltuk altının terli olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Terli ise ovuşturulmadan spançla silinir.

- **Timpanik Membran Ölçüm**

- Kulak ameliyatı olanlarda,
- Kulak enfeksiyonu olanlarda,
- Serebral enfeksiyon belirtisi olan hastalarda kullanılmaz.
- Hasta kulağının üzerine yatmış ise o kulaktan ölçüm yüksek çıkabilir.
- Ölçümden önce işitme cihazlarının çıkarılması gerekir.

Ölçüm yöntemi ve sonucu HBYS üzerinden yaşam bulguları bölümüne kaydedilir.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:HB-TL-95 Yayın Tarihi :23.10.2025
	YAŞAM BULGULARI VE ERKEN UYARI SKORU İŞLEYİŞ TALİMATI	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :5/7

4.4 Nabız

- Kalp hızının ve ritminin göstergesidir. Kalbin sol ventrikülünün sistolü sırasında aortaya attığı kanın, damar duvarına yaptığı basıncın deri yüzeyinden hissedilmesidir.
- Yetişkinde 1 dakikada 100 vuruşun üzerinde olan nabız taşikardi,
- 1 dakikada 60 vuruşun altında olan nabza bradikardi,
- Nabzın ritmik olmamasına aritmi denir
- Ritmik nabız düzenli nabızdır.
- Zayıf ve ipliksi nabız filiform nabız olarak değerlendirilir.

Nabız apikal ve periferel alınır. Hasta işlemiden önce 15 dk dinlendirilir. Nabız düzensizse 1 dk alınır, periferel nabız alımında baş parmak veya tek parmak kullanılmaz.

Çocuklarda nabız ölçümü, derece alma işleminden önce yapılır, Arterio-venöz fistül, anjio varsa o arter üzerinden nabız alınmaz. Atrial fibrilasyonda ve 2-3 yaş altındaki çocuklarda nabız apekten 1 dk sayılır. Ölçülen değer ve tipi HBYS üzerinden yaşam bulguları bölümüne kaydedilir.

4.5 Kan Basıncı

Kalbin sistolü sırasında sol ventrikülün aortaya attığı kanın aort duvarında yaptığı basınca karşılık, damar duvarının verdiği direncin mmHg cinsinden değerine denir.

- **Sistolik Kan Basıncı:** Sol ventrikül sistolde iken kanın büyük bir basınçla, arteriyel sisteme geçtiğinde arter içindeki en yüksek basınçtır.
 - **Diastolik Kan Basıncı:** Ventriküllerin diyastolü sırasında, arter içindeki kanın basıncına denir.
- Sistemik arter kan basıncı kolda brakial arter, bacakta popliteal veya dorsalis pedis üzerinden ölçülür. İlk kez yapılan ölçümlerde iki koldan da ölçüm yapılır, yüksek olan koldan ölçümlere devam edilir. Ölçümden önce hasta 5 dk dinlendirilir Ölçümden 30 dk önce sigara ve kafeinli içeceklerin içilmemesi söylenir. Ölçüm aygıtında manometre "0" konumunda olmalıdır. Ölçüm sırasında steteskobun diafram kısmı manşetin içine yerleştirilmemelidir. Manşet giysi üzerine yerleştirilmemelidir. Ölçüm aygıtının içindeki hava her kalp atımında 2-3mmHg hızla indirilir. Bulaşıcı hastalıklarda kişiye özel tansiyon aleti kullanılır. Ölçüm sonucu HBYS üzerinden yaşam bulguları bölümüne kaydedilir.

4.6 Oksijen Saturasyonu:

Oksijen büyük oranda kanda hemoglobine bağlı olarak taşınır. Kandaki oksijenin hemoglobine bağlı olarak taşınan miktarına oksijen satürasyonu denir.

- **Siyanoz:**Vücuttaki derinin ya da mukoza zarlarının mavimsi bir renge dönüşmesi anlamına gelen fiziksel bir belirtidir. Vücut dokusuna daha az oksijenin ulaşması sebebiyle oluşur. Bu mavimsi renk el ve ayak tırnak yatakları yanı sıra dudak ve dil üzerinde de belirgindir.

Hastaların oksijen satürasyonunun değerlendirmek amacıyla iyi perfüze olan;

- El parmağı
- Ayak parmağı
- Burun bölgesi
- Alın bölgesi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:HB-TL-95 Yayın Tarihi :23.10.2025 Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :6/7
	YAŞAM BULGULARI VE ERKEN UYARI SKORU İŞLEYİŞ TALİMATI	

- Kulak memesinde kullanılmaktadır.

Hemşire tarafından hastaya işlemin ne amaçla yapıldığı açıklanmalı ve hastanın soruları cevaplandırılmalıdır. Endişe duyan hastalarda hemşire probu önce kendi parmağına yerleştirerek acı ve ağrı vermediği konusunda hastayı bilgilendirebilir ve rahatlatılabilir. Problar hastanın ayak ve el parmaklarına yerleştirilecekse, hastada renkli tırnak cilası varsa silinmeli, yapay tırnak çıkartılmalıdır. Yerleştirilen probun ekstremitedeki kan akımına engel olmamasına dikkat edilmeli ve probun yerleştirildiği bölge hemşire tarafından değerlendirilmelidir. Oksijensatürasyonu kulaktan ölçülecekse propun ışık kaynağı kulak memesi üstüne gelecek şekilde yerleştirilir.

Ölçüm sonucu HBYS üzerinden yaşam bulguları ekranına kaydedilir.

4.7 Ağrı

Vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan, gerçek veya potansiyel doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanan, **hoşa gitmeyen** duyuşsal ve duygusal bir deneyimdir. Ağrı, tamamen **subjektiftir** ve bir hastanın ağrısının şiddeti hakkındaki ifadesine daima inanılmalıdır.

Hasta ilk geldiğinde ilgili ağrı skalası ile değerlendirilerek kayıt altına alınır. Hastaların İlk Ve Yeniden Değerlendirme Prosedüre göre belirlenen periyotlarda yapılan değerlendirmeler HBYS üzerindeki yaşam bulguları bölümünde takip edilir. Orta ve üzeri ağrı tespit edilen hastalarda HBYS üzerinden ağrı değerlendirme skalasına kaydedilir.

• Ağrı Değerlendirmesinde Kullanılan Skalalar

- NIPS Ağrı Skalası (Prematüre ve yeni doğanlar değerlendirilir.)
- VASS Ağrı Skalası (7 yaş ve üstü/ iletişim kurabilen hastalar değerlendirilir.)
- Yüz Ağrı Skalası (1-7 yaş arası/iletişim kuramayan hastalar değerlendirilir.)
- DAS Ağrı Skalası (Entübe/sedatize hastalarda kullanılır.)

4.8 Hayati Bulguların Ölçüm Sıklığı

Ayaktan ve yatan hastalarda hayati bulguların ölçüm sıklığı "Hastaların ilk ve Yeniden Değerlendirilmesi Prosedürü ne" göre yapılmaktadır. Değerlendirme sonucu erken uyarı skorlamasına göre risk tespit edilen hastalar aşağıdaki şekilde takip edilir.

4.9 Erken Uyarı Skorlaması

Yatarak tedavi gören ve durumu kötüleşen hastanın çalışanlar tarafından erken fark edilmesi ve önlenabilir kötü sonuçları azaltmak için erken uyarı sistemi oluşturulmuştur. Değerlendirmenin objektif bir şekilde yapılması karar verme sürecinde önemli rol oynamaktadır.

Aşağıda belirtilen değişiklik ve akut olarak gelişen durumlar erken uyarı kriterleri olarak değerlendirilir.

• Erken Uyarı Kriterleri

SKOR	3	2	1	0	1	2	3
VÜCUT SICAKLIĞI	35,5-35,9			36,0-37,2		37,3-37,7	37,8-40
KALP HIZI	40-49	50-59		60-99	100-109	110-119	120-140
SİSTOLİK KB	65-89			90-139	140-149	150-159	≥160
SOLUNUM SAYISI	8-11			12-20		21-25	26-35

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No:HB-TL-95 Yayın Tarihi :23.10.2025
	YAŞAM BULGULARI VE ERKEN UYARI SKORU İŞLEYİŞ TALİMATI	Revizyon No :00 Revizyon Tar:.... Sayfa No :7/7

O2	80-91	92-95		96-100			
SATURASYONU							
DESTEK O2		EVET		HAYIR			
BİLİNÇ DURUMU	Konvülzyon Ses ve ağrılı uyarana yanıt yok	Sözel uyarana yanıt yok Ağrılı uyarana yanıt yok Tepkisiz		YANIK			

• **Erken Uyarı Skorlamasında;**

- Yaşam bulguları değerlendirmesine göre 0-3 puan çıkan hastalar Hastaların İlk Ve Yeniden Değerlendirmesi Prosedürü'nde belirtilen sürelerde değerlendirilmeye devam edilir.
- 4-5 puan çıkan hastalar sorumlu hemşireye/şift sorumlusuna bilgi verilerek 30 dakikada bir yaşam bulguları değerlendirilmeye başlanır.
- Değerlendirme sonucu 6 puan çıkan hastalar monitörize edilerek sürekli takibe alınır. Sorumlu hemşire/şift hemşiresine ve primer hekimine haber verilir. Hekime hastanın genel durumu, skoru ve yaşam bulguları hakkında bilgi verilir. Primer hekimin değerlendirmesine göre gerekirse konsültasyon talebinde bulunulur. Yaşam bulguları 15 dakikada bir HBYS üzerinden yaşam bulguları bölümüne kaydedilir.
- Skoru 7 ve üzeri çıkan hastalar monitörize sürekli takip edilerek primer hekimine ve yoğun bakım/nöbetçi hekim bilgilendirilir. Hekime hastanın genel durumu, skoru ve yaşam bulguları hakkında bilgi verilir. Hekim değerlendirmesine göre ilgili yoğun bakım ünitesine transferi veya farklı kuruma sevki sağlanır. Yaşam bulguları 15 dakikada bir HBYS üzerinden yaşam bulguları bölümüne kaydedilir.
- Hastanın bilincinin kaybolması, solunumunun veya dolaşımının durması durumlarında ise primer hemşiresi tarafından "Mavi Kod İşleyiş Prosedürü"nü uygulamaya geçer.

Tüm sağlık çalışanlarına, erken uyarı sistemi, hastanın kötüleşme olasılığına işaret eden fizyolojik belirtiler saptandığında bunu anlamaları ve müdahalede bulunmalarını sağlamak amacıyla eğitimler verilir.

5-SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından tüm sağlık çalışanları ve hekimler sorumludur.