

2019

ÖZEL ORDU SEVGİ HASTANESİ YAŞAM BULGULARI ÖLÇÜM STANDARTLARI REHBERİ

Beden Isısı Ölçümü

Nabız Ölçümü

Kan Basıncı Ölçümü

Solunum Sayısı Alma

Ağrılı Hasta İzlemi



profesyonel ekip,
kaliteli hizmet...

ÖZEL ORDU
Sevgi
HASTANESİ

Beden Isısı Ölçümü

AMAÇ

Bireyin beden ısısının, uygun ölçüm yolunu kullanarak doğru bir şekilde belirlenmesidir.

TEMEL İLKELER

- Ölçüm yapılacak bölgeyi belirlemek için hasta değerlendirilir ve uygun ölçüm yeri/ aracı kullanılır.
- Cıvalı termometrelerin kullanımı, kırılma durumunda insan sağlığı için oluşturduğu tehlikelerden dolayı yasaklanmıştır.
- Ölçüm için kullanılan termometrelerin kalibrasyonları uygun şekil ve sıklıkta yapılmalı, kaydı tutulmalıdır.
- **Beden ısısının ölçüm sıklığı:**

a. Hasta kabulünde,

b. Stabil hastalarda 4 saatte bir

c. İnvaziv girişimlerden önce ve sonra,

d. Vital bulguları etkileyebilecek hemşirelik uygulamalarından önce ve sonra,

e. Yoğun bakım hastalarında saatte bir

f. Sıcak ya da soğuk uygulamadan 30 dakika sonra,

g. Post- operatif dönemde;

İlk bir saatte 15 dakikada bir, ikinci 1 saatte 30 dakikada bir, 3. Bir saatte ,saatte 1 .sonra rutin takibe geçilir

Daha sonraki saatlerde, hastanın ameliyat tipi ve durumuna göre hekim direktifine uygun hareket edilir

h. Çocuk hastaların sağlık durumunda sık ve ani değişimler olabilir, bu nedenle daha sık izlem gerektirebilir. Çocuk hastaların beden ısısı ölçüm sıklığına çocuğun durumuna göre karar verilir.

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 2 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	--------------

Tablo 1. Beden Isısını Ölçmede Kullanılan Vücut Bölgeleri ve Normal Değerler (4)

Bölgeler	Normal Değerler
Oral	37.0 °C
Rektal	37.5 °C
Aksiller/ Frontal	36.7 °C
Timpanik yol	37.0 °C

Tablo 2. Çocuklarda Vücut Sıcaklığının Normal Değerleri (4)

Yaş	Vücut Sıcaklığı (C)
2 yaş	37.1- 37.3
6 yaş	36.9
14 yaş	36.4- 36.6
1 yaş ve altı	37.3
4 yaş	36.9- 37.2

Tablo 3. Kullanılan Ölçüm Aracına Göre Ortalama Bekleme Süreleri (1)

Ölçüm Aracı Bekleme Süresi
Digital Termometre 1- 2 dk
Timpanik Termometre 1- 2 sn

Tanımlar

Hipotermi: Beden ısısının 36 °C' nin altında olmasıdır.

Hipertermi (Febris = Pyrexia): Beden ısısının 37,2 °C' nin üzerinde olmasıdır.

Continued Fever (Sürekli ateş): Beden ısısı sürekli 37°C' nin üzerinde olup günlük oynamalar 1°C' den azdır (örn; tifo).

Remittand Fever (Dalgalı ateş): Beden ısısı sürekli olarak 37°C' nin üzerinde olup günlük oynamalar 1°C' den fazladır, ancak ateş düştüğü zaman bile 37 °C üzerinde değer ölçülür (örn; pnömoni).

İntermittent Fever (Aralıklı ateş): Beden ısısının günlük oynamaları 1 °C' den fazla olup, ateş düştüğünde normal düzeye inmektedir. Genellikle üşüme ve titreme ile yükselir ve ardından terleme oluşur (örn; kolesistit, piyelonefrit, tonsillit).

Ondülans Fever (Febris undulans): Beden ısısı birkaç gün içerisinde yavaş yavaş yükselir. Bir süre yüksek kaldıktan sonra, yine birkaç gün içinde düşer. (örn; bruselloz).

Rekürren Fever (Tekrarlayan ateş): İki veya üç günlük dönemler halinde intermittan karakterli ateşlenme ve normal vücut sıcaklığı dönemleri görülür (örn; sıtma).

Dikkat Edilecek Noktalar

Oral Yolla Ölçüm Yapılmayan Durumlar: Bilinçsiz hastalarda, 0- 5 yaş arası çocuklarda, ağızdan solunum yapan hastalarda, oksijen tedavisi uygulanan hastalarda, ağız ve burun ameliyatı olanlar ya da ağız enfeksiyonu olan hastalarda, sıcak- soğuk içecek/ yiyecek, sigara tüketimi ve sakız çiğnedikten hemen sonra (20 dakika beklenmesi gerekir) oral yol kullanılmamalıdır.

Aksiller Yolla Ölçüm Yapılmayan Durumlar: Çok zayıf hastalarda, koltuk altı enfeksiyonu olan hastalarda aksiller yol kullanılmamalıdır. Terli olan hastalarda bölge tampona edilerek kurulandıktan sonra ölçüm yapılmalıdır.

Rektal Yolla Ölçüm Yapılmayan Durumlar: Rektum ameliyatı olan hastalarda, diyaresi olan hastalarda, rektum ve perianal bölge yara/ enfeksiyonu olan hastalarda, defekasyondan hemen sonra rektal yol kullanılmamalıdır. Prematüre bebeklerde ve yenidoğanlarda, beş yaştan küçük çocuklarda intrakraniyal basıncı arttırabileceği ve perforasyon riski yaratabileceği için rektal yol ile beden ısısı ölçümü yapılmamalıdır.

Kulak Yoluyla Ölçüm Yapılmayan Durumlar: Kulak ameliyatı geçirmiş hastalarda, kulak enfeksiyonu varlığında, kulak kanalı buşonu varlığında ve hastanın üzerine yattığı kulaktan ölçüm yapılmamalıdır.

Frontal Yolla Ölçüm Yapılmayan Durumlar: Ölçüm yapılacak bölgede saç olmamalı ve bölge terli ise tampona edilerek kurulmalıdır.

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
2. Kimlik doğrulaması yapılır.

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 4 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	--------------

3. Kullanılacak cihazların kalibrasyonları ve bakımları kontrol edilir.
4. Hastaya/ ailesine uygulama hakkında bilgi verilir.
5. Hasta mahremiyeti sağlanır.
6. Ölçüm yapılacak bölgeyi saptamak için hasta değerlendirilir.
7. Ölçüm için uygun pozisyon verilir.
 - a. Oral ölçüm için; oturur ya da sırt üstü pozisyon
 - b. Aksiller ölçüm için; oturur, sırt üstü, yan yatış pozisyonu
 - c. Rektal ölçüm için; sim's pozisyonu
 - d. Timpanik ölçüm için; oturur ya da yan yatış pozisyonu
8. Ölçüm için hazırlanılır.
 - a. Oral yolla ölçüm yapılacaksa termometre hastanın ağızına, dilin alt sağ ya da sol yanına yerleştirilir (Bkz. Resim 1).
 - b. Aksiller ölçüm yapılacaksa bölge terliyse tampere edilerek kurulanır ve termometre koltuk altında deriye tam olarak temas edecek şekilde yerleştirilir.
 - c. Rektal ölçüm yapılacaksa işlem öncesi eldiven giyilir. Yetişkinlerde 3.5- 3.8 cm, 5 yaştan büyük çocuklarda 2- 2.5 cm yağlayıcı bir madde ile yağlanır. Baş ve işaret parmağı kullanarak anüs açılır.



9. Elektronik termometrenin düğmesine basılır.
10. Timpanik ölçüm yapılacaksa cihazın çalışıp çalışmadığı kontrol edilir ve cihaz çalışıyorsa cihazın ucuna prob yerleştirilir (Bkz. Resim2).



11. Timpanik ölçüm yapılacaksa, yetişkinlerde kulak kepçesi yukarı ve geriye doğru 3 yaş altı çocuklarda ise aşağı ve geriye doğru çekilerek prob yerleştirilir (Bkz. Resim 3).



12. Sinyal sesi duyuluncaya kadar termometrenin ucu yerinde bırakılır ve termometrenin göstergesindeki sıcaklık değeri okunur.

13. Frontal bölgeden ölçüm yapılacaksa, termometrenin kullanım kılavuzu bilgileri dikkate alınarak ölçüm yapılır (Bkz. Resim 4).



Nabız Ölçümü

AMAÇ

Kalbin dakikadaki atım sayısı, ritmi ve dolgunluğunun doğru ve uygun teknikle ölçülmesidir.

TEMEL İLKELER

- Nabız, alttan kemikle desteklenen yüzeye yakın büyük arterlerden alınır.
- Çocuklarda nabız kontrolü için brakiyal/femoral arter kullanılır. İki ya-şından küçük çocuklarda apikal nabız alınır.

- Nabız alınan durumlar;

a. Hasta kabulünde,

b. Stabil hastalarda 4 saatte bir

c. İnvaziv girişimlerden önce ve sonra,

d. Vital bulguları etkileyebilecek hemşirelik uygulamalarından önce ve sonra,

e. Yoğun bakım hastalarında saatte bir

f. Sıcak ya da soğuk uygulamadan 30 dakika sonra,

g. Post- operatif dönemde;

İlk bir saatte 15 dakikada bir, ikinci 1 saatte 30 dakikada bir, 3. Bir saatte ,saatte 1. sonra rutin takibe geçilir

Daha sonraki saatlerde, hastanın ameliyat tipi ve durumuna göre hekim direktifine uygun hareket edilir

Tanımlar

Bradikardi: Nabız hızının dakikada 60' in altında olmasıdır.

Taşikardi: Nabız hızının dakikada 100' ün üzerinde olmasıdır.

Filiform Nabız (İpliksi Nabız): Nabzın şiddetinin, dolgunluk hissini azalması veya kaybolmasıdır. Nabız sayısı 130 'un üzerinde ve belli belirsiz hissedilir.

Nabız Defisiti: Radial ve apikal nabız arasındaki farktır. Bu fark kalbin yaptığı zayıf atımların perifere yansımaması sonucu oluşur. Eğer defisit nabız tespiti yapılacaksa (aritmide) aynı anda bir kişi apekten nabız sayısını değerlendirirken, ikinci kişi radial arterden nabız sayısını değerlendirir

(Bkz. Resim 1). İşleme başlama ve sonlandırma komutunu genellikle nabzı apekten değerlendiren kişi verir.

Disritmi: Atımların düzenli ve eşit aralıklı olmamasıdır.

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 7 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	--------------

Tablo 1. Yaşa Göre Normal Nabız Sayıları (5)

Yaş	Nabız Sayısı/ dk (Min Max)	Ortalama Nabız Sayısı / dk
Yenidoğan	100 -170	120
1-11 ay	80 - 160	120
2 yaş	80 - 130	110
4 yaş	80 - 120	100
6 yaş	70 - 115	100
8 yaş	70 - 110	90
10 yaş	70 - 110	90
12 yaş kız	70 - 110	90
12 yaş erkek	70 - 105	85
14 yaş kız	65 – 105	85
14 yaş erkek	60 - 100	80
16 yaş kız	60- 100	80
16 yaş erkek	55 - 95	75
18 yaş kız	55 - 95	75
18 yaş erkek	50- 90	70



Dikkat Edilecek Noktalar

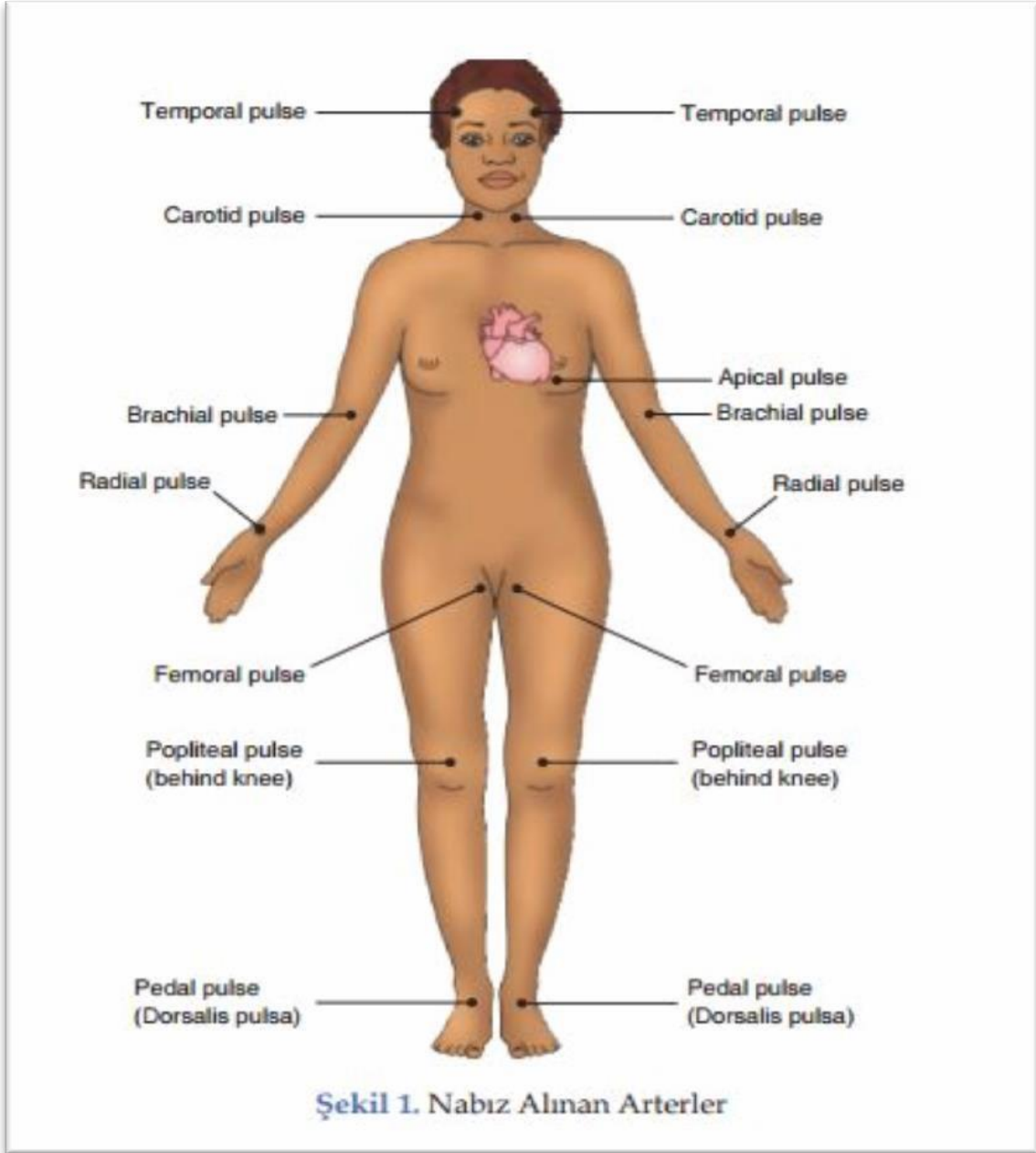
- Nabız sayma işleminden önce hasta en az 15, tercihen 30 dakika dinlendirilmelidir.
- Periferik nabız alırken başparmak kullanılmamalıdır.
- Çocuklarda, nabız sayımı beden ısısından önce yapılmalıdır.
- İnvaziv girişimler, arteriovenöz fistül vb. varsa o arterden nabız alınmamalıdır.

İŞLEM BASAMAKLARI

A. Periferik Nabız Alma

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
 2. Kimlik doğrulaması yapılır.
 3. Hastaya/ ailesine uygulama hakkında bilgi verilir.
 4. Nabız ölçümü öncesi hastanın durumu ve nabız hızını etkileyecek faktörler değerlendirilir.
 5. Hasta ayakta olmamalı, dinlenmiş olmalıdır.
 6. Hastaya ölçüm bölgesine uygun pozisyon verilir.
 - a. Radial arterden ölçüm yapılacak bilek açılır. Hastanın elinin gevşek olması sağlanır. Hastaya rahat edebileceği supine ya da fowler pozisyonu verilir. Hasta supine pozisyonunda ise eli göğüs üzerine ya da abdomen üstüne el bileğini bükmeden avuç içi vücuda bakacak şekilde yerleştirilir. Hasta oturuyorsa dirseği desteklenerek 90° açı oluşturacak şekilde ve bileği bükülmeden tutulur.
 - b. Brakial, temporal ve karotis arterden nabız alınacak ise hastaya rahat edebileceği supine ya da fowler pozisyonu verilir.
 - c. Femoral, dorsalis pedis ve posterior tibial arterden ölçüm yapılacaksa supine pozisyonu verilir.
- Popliteal arterden ölçüm yapılacaksa prone pozisyonu verilir

d. .



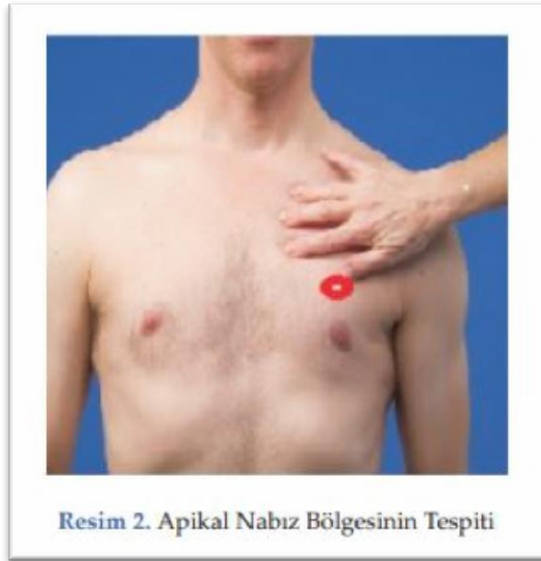
7. İşaret, orta ve yüzük parmağı arter üzerine, başparmak bileğin üstüne gelecek şekilde parmakların uç kısımları fazla basınç uygulamadan yerleştirilir.

8. Nabız ilk kez ölçülecekse ve düzensiz ise; apekten steteskop ile 1 dakika sayılır. Nabız düzenli ise 30 saniye sayılır ve iki ile çarpılarak kalp atımsayısı bulunur. Her atımın dolgunluğu ve ritmi değerlendirilir.

9. Değerlendirilme sonucu elde edilen bulgular kaydedilir.
10. Hasta/ ailesi sonuç hakkında bilgilendirilir.
11. Malzemeler kaldırılır.
12. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.

B. Apikal Nabız Ölçümü

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
2. Kimlik doğrulaması yapılır.
3. Hastaya/ ailesine uygulama hakkında bilgi verilir.
4. Hasta mahremiyeti sağlanır.
5. Hastaya supine veya semi-fowler pozisyonu verilir.
6. Hastanın mahremiyeti korunarak göğüs bölgesindeki giysiler açılır.
7. Kalbin apeksi tespit edilir (Bkz. Resim 2)



8. Steteskobun diyaframı avuç içinde ısıtılır ve belirlenen noktaya yerleştirilir.
9. Kalp atımları dinlenir ve bir dakika sayılır.
10. Nabzın değerlendirilmesi sonucunda elde edilen bulgular kaydedilir.
11. Hasta/ ailesi sonuç hakkında bilgilendirilir.
12. Malzemeler kaldırılır.
13. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.

Kan Basıncı Ölçümü

AMAÇ

Hastanın arteriyal kan basıncının doğru ve uygun teknikle ölçülmesi ve değerlendirilmesidir.

TEMEL İLKELER

- Ölçümden önce en az 15 dakika hasta dinlendirilir.
- Kan basıncının ölçüldüğü durumlar:

a. Hasta kabulünde,

b. Stabil hastalarda 4 saatte bir

c. İnvaziv girişimlerden önce ve sonra,

d. Vital bulguları etkileyebilecek hemşirelik uygulamalarından önce ve sonra,

e. Yoğun bakım hastalarında saatte bir

f. Sıcak ya da soğuk uygulamadan 30 dakika sonra,

g. Post- operatif dönemde;

İlk bir saatte 15 dakikada bir, ikinci 1 saatte 30 dakikada bir, 3. Bir saatte ,saatte 1. sonra rutin takibe geçilir

Daha sonraki saatlerde, hastanın ameliyat tipi ve durumuna göre hekim direktifine uygun hareket edilir

- Sistemik arter basıncı ölçüm bölgeleri:

Brakial arter,

Popliteal arter,

Dorsalis pedis arteri.

Tanımlar

Sistolik Kan Basıncı: Sol ventrikülün kasılması sonucu kanın, yüksek bir basınçla aorta gönderilmesi ile en yüksek düzeye ulaşan arter basıncına sistolik basınç (büyük tansiyon) denir.

Diastolik Kan Basıncı: Ventrikülün gevşemesi ile en düşük seviyeye inen arter basıncına diastolik basınç (küçük tansiyon) denir.

Korotkoff Sesler: Kan basıncı ölçülürken tansiyon aletinden duyulan kanın damar çeperlerine yaptığı basıncın sesidir.

Dikkat Edilecek Noktalar

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 12 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

- Kullanılan manşon, yaşa uygun seçilmelidir (Bkz. Tablo 1).

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 13 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

- İki kol arasında 10 mmHg' dan daha fazla bir fark varsa alt ekstremiteden de ölçüm yapmak gerekir.

Tablo 1. Yaşa Göre Uygun Tansiyon Aleti Manşon Boyutu (4)

Yaş Manşon Genişliği (cm)	
Prematüre ve yenidoğan	2,5 cm
1–4 Yaş	4 cm
5–10 Yaş	9 cm
10 Yaş ve Üstü	12,5 cm
Obezlerde	14 cm

- Kullanılan aletin kalibrasyonu yapılmalıdır.
- Ölçüm yapılan ekstremitte kalp hizasında tutulmalı ve alttan desteklenmelidir.
- Hastanın ölçümden önceki 30 dakika içinde sigara veya kafeinli içecekler tüketmemesi gerekir.
- Kıyafet üzerinden ölçüm yapılmamalı ve ölçüm yapılan ekstremitedeki kıyafet sıkı olmamalıdır.
- Steteskopun diyafram kısmı manşonun içine sokulmamalıdır.
- Hastada temas yolu ile bulaşan bir hastalık varsa kullanılan alet kişiye özel olmalıdır.
- Kan basıncı ölçülecek ekstremitede aşağıdaki durumlarda herhangi biri varsa ölçüm yapılmamalıdır:
 - a. Tromboembolitik tedavi,
 - b. Mastektomi,
 - c. Arteriovenöz fistül,
 - d. Amputasyon,
 - e. Kontraktür,
 - f. Ödem,
 - g. Açık yara,
 - h. Fraktür,
 - i. Paralizi,
 - j. Derin ven trombozu,
 - k. IV infüzyon tedavisi vb.
- Ölçüm sırasındaki koşullar kan basıncı için önemlidir:

Gerçek değerden daha düşük değer ölçümüne neden olan hatalar:

- Kullanılan manometrenin kalibrasyonunun yapılmamış olması (ibrenin 0 değerinin altında olması),
- Ölçüm yapan kişide işitme sorunu olması,

- Çevrede gürültü olması,
- Steteskobun kulaklığının yanlış yerleştirilmesi,
- Steteskop alıcısının manşonun altına sıkıştırılması,
- Steteskop alıcısının ölçüm yapılan arterin tam üzerinde olmaması,
- Manşon boyutunun hastaya uygun olmaması,
- Tansiyon aletinin bağlantı borularında ya da steteskobun iletim borusunda çatlak/kıvrılma olması,
- Hastada aritmi olması,
- Manşon havasının çok hızlı boşaltılması,
- Manşonun en yüksek basınç değerine kadar şişirilmesi,
- Ekstremitenin kalp seviyesinden yukarıda olması.

Gerçek değerden daha yüksek değer ölçümüne neden olan hatalar:

- Kullanılan manometrenin kalibrasyonunun yapılmamış olması (ibrenin 0 değerinin üstünde olması),
- Kan basıncının herhangi bir fiziksel aktiviteden hemen sonra ölçülmesi,
- Manşon havasının çok yavaş boşaltılması,
- Manşon boyutunun hastaya göre dar olması,
- Manşonun çok gevşeksarılması,
- Ekstremitenin kalp seviyesinden aşağıda olması.
- Sesler tam olarak duyulamamış ya da ölçülen değer çok yüksek/ düşük ise, yeniden ölçüm yapılmalıdır. Ancak iki ölçüm arasında manşon tamamen çıkarılmalı ve 1- 2 dk beklenmelidir. Böylece kan dolaşımı normale döner ve gerçek değer doğru olarak ölçülebilir.
- Kan basıncı ilk muayenede her iki koldan da değerlendirilmelidir.

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Kullanılacak cihazların kalibrasyonları ve bakımları kontrol edilir.
2. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
3. Hasta/ ailesine uygulama hakkında bilgi verilir, işlem sırasında konuşmaması ve bacak bacak üzerine atmaması söylenir.
4. Hastaya rahat edebileceği ve ölçüm yapılacak bölgeye uygun pozisyon verilir (Bkz. Tablo 2).

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 15 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

Tablo 2. Kan Basıncı Ölçüm Yerine Göre Pozisyon Seçimi (8)

Ölçüm Yeri Pozisyon

Brakiyal Arter Supine / Fowler / Semifowler

Popliteal Arter Prone

Dorsalis Pedis Arteri Supine

5. Brakiyal arterden ölçüm yapılacaksa;

- Hastanın kolu kalp seviyesinde, düz olarak ve avuç içi yukarı bakacak şekilde bir nesne ile desteklenerek yerleştirilir.
- Ölçüm yapılacak kol, giysilerin sıkmadığından emin olunarak tamamen açık olacak şekilde hazırlanır.
- Dirsek ön çukurundaki brakial arter parmak uçlarıyla hissedilir.
- Manşon brakial arterin palpe edildiği bölgeden 2,5 cm ya da 3 cm yukarıda olacak şekilde kola sarılır.

Brakial arter yeniden belirlenir (Bkz. Resim 1)



Resim 1. Brakial Arterden Kan Basıncı Ölçümü

e.

6. Popliteal arterden ölçüm yapılacaksa;

a. Hastanın bacağına sıkı giysiler çıkarılır.

b. Hastanın bacağı, kalp seviyesinde olacak şekilde düz pozisyona getirilir.

c. Dizin arkasında yer alan popliteal arter parmak uçları ile palpe edilir.

d. Manşon, popliteal arterin hissedildiği bölgeden 2,5 cm ya da 3 cm yukarıda olacak şekilde bacağın üst bölümüne sarılır (Bkz. Resim 2).



Resim 2. Popliteal Arterden Kan Basıncı Ölçümü

7. Dorsalis pedis arterinden ölçüm yapılacaksa;

a. Hastanın ayak ve bacağına sıkı giysiler çıkarılır.

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 17 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

- b. Hastanın bacağı, kalp seviyesinde olacak şekilde düz pozisyona getirilir.
- c. Ayağın üst bölümünde yer alan dorsalis pedis arteri parmak uçları ile palpe edilir.
- d. Manşon, dorsalis pedis arterinin hissedildiği bölgeden 2,5 cm ya da 3 cm yukarıda olacak şekilde ayak bileğinin üzerine sarılır (Bkz. Resim 3).

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 18 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------



8. Steteskopun kulaklığı kulağa, alıcısı ise ölçüm yapılacak arter üzerine yerleştirilir. Korotkoff seslerinin net olarak duyulması için steteskop diyaframının giysilere ve manşona değmemesine dikkat edilir.
9. Puvar avuç içine alınır, baş ve işaret parmağı kullanılarak ayar düğmesi ölçüm yapan kişiye doğru çevrilerek kapatılır.
10. Bir elle steteskop ölçüm yapılacak arter üzerinde tutulurken, diğer elle avuç içindeki puvar düzenli ve hızlı bir biçimde şişirilmeye başlanır. Sol elle radial arter palpe edilirken, sağ el ile tansiyon aletinin puvarı şişirilir. Radial arterin pulsasyonu hissedilmediği değerden 30 mmHg üzerine kadar manşon şişirilir.
11. Ayar düğmesi ölçüm yapan kişiden uzak tarafa çevrilerek açılır ve manşonun havası, boşalma hızı saniyede 2-3 mmHg olacak şekilde yavaş ve düzenli olarak boşaltılır. Manşon uzun süre şişirilmiş bırakılırsa venöz sistemde dönüş azalacağı için korotkoff sesler güç duyulur.
12. Manşonun havası boşalırken korotkoff sesinin ilk duyulduğu andaki manometre değeri sistolik kan basıncı, kaybolduğu andaki manometre değeri diyastolik kan basıncıdır.
13. Manşon hastanın kolundan çıkarılır.
14. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
15. Steteskop kulaklıkları temizlenir.
16. Ölçülen kan basıncı değerleri kaydedilir.
17. Yüksek olan koldaki kan basıncı hastanın kan basıncı olarak kabul edilmelidir.
18. Bireyin kan basıncı değeri yaş grubu ve önceki değeri ile karşılaştırılır (Bkz. Tablo 3).

Tablo 3. Yaşa Göre Normal Kan Basıncı Değerleri (9)

Yaş	Sistolik (mmHg) Min- Max	Diastolik (mmHg) Min- Max
1- 6 ay	84- 110	51- 71
7-12 ay	90- 110	53- 73
1- 4 yaş	90- 112	54- 73
5 yaş	94- 113	56- 73
6- 10 yaş	96- 121	57- 79
11- 18 yaş	105- 140	60- 90
Erişkin	90- 139	60- 89

Solunum Sayısı Alma

AMAÇ

Hastanın solunum sayısının, ritminin ve niteliğinin doğru ve uygun teknikle belirlenmesi ve değerlendirilmesidir.

TEMEL İLKELER

- Solunumun sayıldığı durumlar;

a. Hasta kabulünde,

b. Stabil hastalarda 4 satte bir

c. İnvaziv girişimlerden önce ve sonra,

d. Vital bulguları etkileyebilecek hemşirelik uygulamalarından önce ve sonra,

e. Yoğun bakım hastalarında saatte bir

f. Sıcak ya da soğuk uygulamadan 30 dakika sonra,

g. Post- operatif dönemde;

İlk bir saatte 15 dakikada bir, ikinci 1 satte 30 dakikada bir, 3. Bir saatte , saatte 1. sonra rutin takibe geçilir

Daha sonraki saatlerde, hastanın ameliyat tipi ve durumuna göre hekim direktifine uygun hareket edilir

Tablo 1. Yaşa Göre Normal Solunum Hızları (4)

Yaş	Solunum Sayısı/ dk
Yenidoğan	30- 50
1 Yaş	20- 40
3 Yaş	20- 30
6 Yaş	16- 22
10 Yaş	16- 20
14 Yaş	14- 20
18 Yaş (Erişkin)	16- 20
İleri Yaş	12- 24

Solunum sayısı, nabız sayma işleminin hemen arkasından, hastaya hissettirilmeden sayılır. Bu nedenle nabız saymak için kola pozisyon verilip nabız sayıldıktan sonra beklemeden solunum hızı sayılır.

Tanımlar

Apne: Solunumun geçici olarak durmasıdır.

Bradipne: Solunum sayısının dakikada 12' nin altına inmesidir.

Takipne: Solunum sayısının dakikada 20' nin üzerine çıkmasıdır.

Hiperpne: Solunum derinliğinin artmasıdır. Hipoventilasyon ve apnenin ardından hiperpne görülür.

Hipopne: Solunum derinliğinin azalmasıdır.

Dispne: Nefes darlığıdır.

Hiperventilasyon: Solunum hızı ve derinliğinin artmasıdır.

Hipoventilasyon: Solunum hızı ve derinliğinin azalmasıdır.

Kussmaul Solunum: Aralıklı dispne ve hiperventilasyon ile seyreden ve hava açlığı olarak tanımlanan, gürültülü solunumdur. Diyabetik ketoasidozda görülür.

Cheyne Stokes Solunum: Solunum derinliğinde ritmik dalgalanmaların olmasıdır (Apne ve hiperventilasyon periyotları). Özellikle intrakranial kanamalarda ve terminal dönemdeki hastalarda görülür. Biot Solunum: Solunum 2-3 solunumda bir normalin dışında yavaşlar. Kandaki oksijen konsantrasyonu ile ilgilidir.

Wheezing: Hışırtılı solunumdur.

Stridor: İnspirasyonun sesli olmasıdır.

Dikkat Edilecek Noktalar

- Solunum sayılmadan önce hasta en az 15 dakika dinlendirilmelidir.
- Hastaya solunumunun sayıldığı hissettirilmemelidir.
- Solunum istirahat halinde ve 1 tam dakika sayılmalıdır.
- 4 yaşına kadar çocuklarda abdominal solunum görüldüğünden göğüs hareketleri takip edilmelidir.
- Hastada solunumu etkileyebilecek durumların olup olmadığına dikkat edilmelidir.

a. Takipneye neden olan durumlar: Aktivite artışı, anksiyete, korku, ağrı, hipertermi

b. Bradipneye neden olan durumlar: Uyku, opioid türü ilaçlar (örn; morfin), kafa travması, beyinde lezyon, hipotermi

İŞLEM BASAMAKLARI

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 21 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.
2. Kimlik doğrulaması yapılır.
3. Hasta/ ailesine uygulama hakkında bilgi verilir.
4. Hasta mahremiyeti sağlanır.
5. Hastaya rahat bir pozisyon verilir (sırt üstü ya da fowler).
6. Solunum ölçümü, nabız sayma işleminin hemen arkasından hastaya hissettirmeden bir el radial nabız üzerinde olacak şekilde yapılmalıdır (Bkz. Resim 1).



7. Abdominal bölgenin ya da göğüs kafesi hareketlerinin görülebilir olmasına dikkat edilir.
8. Göğüs iniş çıkışları rahatça görüldükten sonra saatin saniye göstergesi kontrol edilir. Her inspirasyon (soluk alma) ve ekspirasyon (soluk verme) periyodu bir respirasyon (solunum) olarak kabul edilir.
9. Tüm yaş gruplarında solunum bir tam dakika sayılmalıdır.
10. Solunum ölçümü sırasında solunum derinliği de gözlenir.
11. Bireyin normal solunum değeri ile ölçülen solunum değeri karşılaştırılır.
12. Solunum sayısı, derinliği, tipi ve düzenli olup olmadığı kaydedilir.
13. Hasta/ ailesi sonuç hakkında bilgilendirilir.
14. Malzemeler kaldırılır.
15. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.

Ağrılı Hasta İzlemi

AMAÇ

Ağrı değerlendirme skalaları kullanılarak hastanın ağrısının değerlendirilmesi ve uygun hemşirelik yaklaşımının planlanması ve uygulanmasıdır.

TEMEL İLKELER

- Ağrı değerlendirmesinde en güvenilir gösterge, hastanın kendi ifadesidir.
- Bağımsız/ alt düzey bağımlı hastalarda günde 2x1, orta/ üst düzey bağımlı hastalarda günde 4x1 değerlendirilir. Ayrıca hastanın ağrısı ortadan kalkana veya hedeflenen seviyeye düşene kadar, yapılan tedavi göz önünde bulundurularak değerlendirme sıklığı ayarlanır (Bkz. Tablo 1).

Tablo 1. Hastada Ağrı Değerlendirme Sıklığı (2)

Tedavi/ Girişim	Ağrı Değerlendirme Sıklığı	
Tedaviler	Oral Tedaviler	• Uygulamadan 1- 2 saat sonra
	IV Tedaviler	• Uygulamadan 15- 60 dk sonra
	Non-farmakolojik Girişimler	• Uygun aralıklarla
Cerrahi Girişimler	Majör cerrahilerde	• İlk 6 saat için her saat, • İkinci 6 saat için 2 saatte bir kez, • Takip eden 12 saat için 4 saatte bir kez, • İlk 24 saatten sonra hastanın bağımlılık düzeyine göre değerlendirilir.
	Orta ölçekli cerrahilerde	• İlk 2 saat için 15 dakikada 1 kez, • Takip eden 4 saat için saatte bir kez
	Minimal cerrahilerde	• İlk 1 saat için 15 dakikada 1 kez

Tanımlar

Ağrı: Olası veya var olan doku hasarına eşlik eden veya bu hasar ile tanımlanabilen, hoş olmayan, duyuşsal ve emosyonel bir deneyimdir.

Somatik Ağrı: Sabit, genellikle iyi lokalize edilebilen, daha yoğun ızdırap verici bir ağrıdır. Daha çok duyuşsal liflerle taşınırlar. Kemik metastaz ağrıları bu tip ağrılara en iyi örneklerdir.

Visseral Ağrı: Derinden gelen, iyi lokalize edilemeyen, sıkıştırıcı ağrılardır. Daha çok sempatik liflerle taşınırlar. Yansıyan (safra kesesi ağrılarının sırtta hissedilmesi şeklindeki) ağrılar bu tip ağrılardır.

Nöropatik Ağrı: Merkezi ya da çevresel sinir sisteminin hasar görmesi sonucunda ortaya çıkan ağrıya verilen isimdir. Yanıcı ve şok şeklindeki şiddetli ağrılardır.

Psikojenik Ağrı: Ağrıya neden olabilecek yapısal veya fonksiyonel bir neden olmaksızın ortaya çıkan veya ağrı kaynağının oluşturabileceği ağrının çok ötesinde bir şiddette hissedilen ağrı duyusudur.

Fantom Ağrı: Eksik vücut bileşenlerinden gelen gerçek olmayan ağrıdır. Ampüte edilen ekstremitelere ağrıları,

bu gruba örnektir.

Postoperatif Ağrı: Cerrahi travma ile başlayıp, giderek azalan ve doku iyileşmesi ile sona eren akut ağrıdır. Etkileyen faktörler:

- Hastanın cerrahi girişime fizyolojik, psikolojik ve farmakolojik olarak hazırlanması,
- Cerrahi girişim yeri, süresi, özelliği, insizyon derecesi,
- İntraoperatif travmanın derecesi,
- Anestezi uygulamaları,
- Postoperatif bakımın niteliği ve kalitesi,
- Preoperatif dönemde hastanın ölüm, anestezi vb. konulardaki korkularınıdır.

Dikkat Edilecek Noktalar

- Kontrol altına alınamayan ağrı, olası acil bir durum olarak değerlendirilmeli ve hekime bildirilmelidir.

İŞLEM BASAMAKLARI

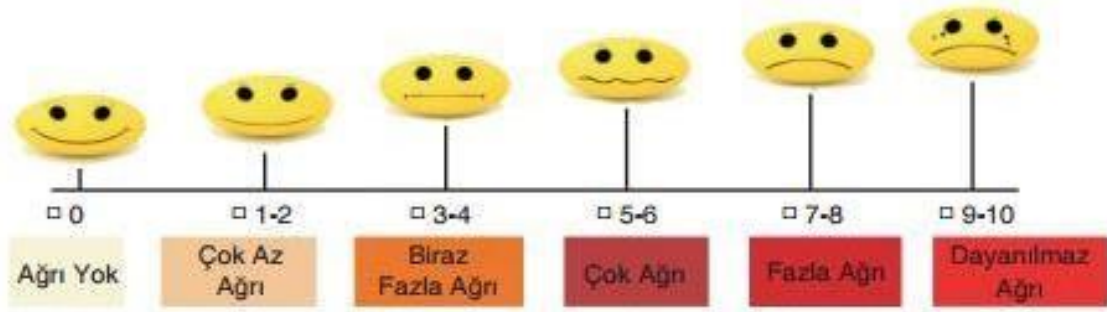
- Hastanın sosyo-demografik bilgilerini, hastalıklarını ve kullandığı ilaçları içeren ayrıntılı öykü alınır. Ağrı ile ilgili öyküde, ağrının yeri, şiddeti, niteliği (keskin, künt, batıcı, yanıcı, ezici, zonklayıcı vb.), başlangıç süresi, ağrıyı arttıran/ azaltan durumlar ve hastanın ağrıya yanıtına ait bilgiler alınır.
- Vital bulgularla birlikte değerlendirilir, ağrı var denir ise ağrı tanılama formu ilave edilerek prosedüre göre takip edilir
- Hastanın yaşına ve genel durumuna uygun ağrı değerlendirme skalası kullanılır ve ağrı değerlendirilir.
- Hastanın sözüne itimat edilir, hasta "ağrım var" diyorsa mutlaka değerlendirilir



Şekil 1. 7 Yaş Üzeri Çocuklarda, Erişkin ve Bilinci Açık Hastada Sayısal/Sözlü/Vizüel Ağrı Ölçeği

Tablo 2. Entübe/ Sedatize Hastada Davranışsal Ağrı Ölçeği (2)

Kategoriler	1	2	3	4
Yüz İfadesi	Relax	Kısmen Relax	Kısmen Sert	Sert
Üst Ekstremiteler Hareketleri	Hareket Yok	Kısmen Hareket Var	Parmaklarda Fleksiyon	Ekstremiteler Retrakte
Mekanik Ventilasyon Uyumu	Tolere	Öksürüyor Ama Tolere	Ventilatör ile Savaşıyor	Ventilatör Kontrolü Kaybolmuş



Şekil 2. Bilinç Durumu Açısından Uyanık Olmayan ve Bilişsel Yetisi Sınırlı Olan Hastalarda Yüz Skalası

Tablo 3: Kendi Ağrısını İfade Edemeyen ve İletişim Kurulamayan 7 Yaş Altı Çocuklarda ve Postoperatif Dönemde Flacc Ağrı Ölçeği (2)

Kategoriler	0	1	2
Yüz İfadesi (Face)	Özel bir ifade yok	Hafif Kaşlarını Çatma Yüzünü Ekşitme	Yüzünü Buruşturma Dişlerini Sıkma
Bacaklar (Legs)	Normal Pozisyonda	Gergin, Rahatsız	Sağa Sola Tekmeler Savurma
Hareketler (Activity)	Sakin	Öne- Arkaya Dönme	Yay Gibi Kıvrılma, Silkinme
Ağlama (Cry)	Ağlama Yok	Sızlanma, İnleme Şeklinde Ağlama	Bağıra Bağıra Ağlama, Çığlıklar Atma
Avutma (Consolability)	Rahat	Sarıltma ve Dokunmayla Avutulabilme	Hiçbir Şekilde Avutulamama

Tablo 4. 0- 12 Ay Çocuklarda NIPS Ağrı Ölçeği (2)

Kategoriler	0	1	2
Yüz İfadesi	Sakin Yüz, Doğal İfade	Gergin Yüz Kasları, Kıvrık Alın ve Çene	
Ağlama	Sessiz, Ağlamıyor	Hafif İnilti, Aralıklı Ağlama	Çığlık, Feryat, Yüksek Sesli Sürekli Ağlama
Solunum Şekli	Her Zamanki Alışılmış Solunum	Değişken, Düzensiz, Her Zamankinden Hızlı Solunum, İç Çekme	
Kollar	Kas Rijiditesi Yok, Sıklıkla Gelişigüzel Kol Hareketleri	Gergin, Düz Kollar, Sert ve/ veya Hızlı Ekstansiyon/ Fleksiyon	
Bacaklar	Kas Rijiditesi Yok, Sıklıkla Gelişigüzel Bacak Hareketleri	Gergin, Düz Bacaklar, Sert ve / veya Hızlı Ekstansiyon/ Fleksiyon	
Uyanıklık Hali	Sessiz, Huzurlu, Uyuyor ve/veya Sakin	Canlı, Huzurlu ve Sakinleştirilemeyen	

5. Hastanın ağrısı sırasında aldığı pozisyon gözlemlenir ve ağrısına uygun rahat edebileceği pozisyon verilir. Pozisyon bazı durumlarda tıbbi tanıya ilişkin ipucu verebilir.

6. Hasta uyanıklardan uzak tutulur.

7. Ağrının özellikleri değerlendirilir (keskin, künt, batıcı, yanıcı, ezici, zonklayıcı vb.).

8. Ağrı etkenine (cerrahi, kanser vb.) uygun değerlendirme Tablo 1 dikkate alınarak yapılır.

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 26 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

9. Ağrıyı dindirmek/azaltmak için non-farmakolojik girişimler (gevşeme, masaj, mizah, müzik, dikkati başka yöne çekme vb.) uygulanır.

10. Order edilen farmakolojik ajanlar uygulanır.

11. PCA (hasta kontrollü analjezi) uygulanıyor ise; uygulama şekli, bolus dozu, lock-out süresi, total dozu kaydedilir.

12. İlaç uygulamaları sırasında ilacın türüne ve veriliş şekline ilişkin olarak olası yan etkiler (sedasyon, solunum depresyonu, bulantı/ kusma, dispepsi vb.) gözlenir ve kaydedilir.

13. Sıcak ya da soğuk uygulama, ağrının nedenine ve lokalizasyonuna göre sıcak ya da soğuk uygulama standardına göre yapılır.

14. Hemşire/ hekim hasta ve ailesini ağrı değerlendirmede kullanılan teknikler, tedavi alternatifleri ve tedavi planı hakkında bilgilendirilmelidir.

Uygun ağrı skalasını kullanarak kendi ağrı seviyesini nasıl ölçeceği ve ne zaman haber vereceği, ağrı tedavi planı ve hedeflenen ağrı seviyesi hakkında eğitim vermelidir.

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 27 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 28 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 29 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------

KOD	HB. RH. 02	YAY. TRH.	01.01.2019	REV. TRH	---	REV. NO	00	SAYFA NO	Sayfa 30 / 30
-----	------------	-----------	------------	----------	-----	---------	----	----------	---------------