

T.C.
AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**NÖROŞİRÜRJİ SERVİSİNDE YATAN HASTALARDA
DOKTOR İSTEM FORMLARI İLE HEMŞİRE TAKİP FORMLARI
ARASINDAKİ UYUM**

Hem. Mehtap SAYMALI

**CERRAHİ HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Yrd. Doç. Dr. Adem ASLAN**

2006 - AFYON

ÖNSÖZ

Afyon Kocatepe Üniversitesi Rektörü Sn. Prof. Dr. Halim SÖZBİLİR'e, Üniversite Dekanı Sn. Prof. Dr. Mustafa SOLAK'a ,Üniversite Hastanesi Başhekimi ve Cerrahi Hastalıklar Anabilim Dalı Başkanı Sn. Prof. Dr. Osman Nuri DİLEK' e Üniversite Hastanesi Müdürlüğü ve Başhemşireliğine, Üniversite Hastanesi Nöroşirürji Bölümü hekimleri Yard. Doç. Dr. Murat COŞAR, Yard. Doç. Dr. Olcay ESER hocalarıma, mesleki yaşamımda bana yol gösteren tüm hocalarıma, Nöroşirürji kliniği asistan ve hemşirelerine, hastane arşiv çalışanlarına, tüm iş arkadaşlarıma, araştırmam süresince gösterdiği sabır ve desteğinden dolayı danışman hocam Yar. Doç. Dr. Adem ASLAN hocama, her zaman ve her konuda olduğu gibi tez çalışmam süresince de benden destek ve yardımlarını esirgemeyen aileme, teşekkür ederim.

Mehtap SAYMALI

İÇİNDEKİLER

Kabul ve Onay.....	II
Önsöz.....	III
İçindekiler.....	IV
Simgeler ve Kısaltmalar	VII
Tablolar.....	VIII
ÖZET.....	IX
SUMMARY.....	X
1. GİRİŞ	1
1. 1. Hemşirelik Rol Ve İşlevleri.....	3
1. 1. 1. Hemşirenin Yasal Sorumlulukları.....	4
1. 1. 2. Hasta Dosyaları Arşivi.....	5
1. 1. 3. Hemşirelik Kayıtları ve Yararları.....	6
1. 2. Yaşamsal Bulgular.....	8
1. 2. 1. Vücut Isısı.....	9
1. 2. 1. 1. Vücut Isısının Oral Yoldan (Ağız Yoluyla) Ölçülmesi.....	10
1. 2. 1. 2. Vücut Isısının Rektal Yoldan Ölçülmesi	11
1. 2. 1. 3. Vücut Isısının Aksillar Yoldan (Koltuk Altı Yoluyla) Ölçülmesi.....	11
1. 2. 2. Nabız.....	12
1. 2. 2. 1. Nabzın Sayılması.....	13
1. 2. 3. Solunum.....	13
1. 2. 3. 1. Solunumun Sayılması	14

1. 2. 4. Kan Basıncı (Tansiyon Arteriyel).....	14
1. 2. 4. 1. Kan Basıncının Ölçülmesi.....	15
1. 3. İlaç Uygulamaları.....	15
1. 3. 1. İlaç İstemi.....	16
1. 3. 2. Oral Yol İle İlaç Uygulaması.....	18
1. 3. 3. Parenteral Yol İle İlaç Uygulamaları.....	18
1. 3. 3. 1. İntradermal Enjeksiyon (Deri İçi)	19
1. 3. 3. 2. Subkutan Enjeksiyon (Deri Altı).....	19
1. 3. 3. 3. İntramüsküler İlaç Uygulama.....	19
1. 3. 3. 4. İntravenöz İlaç Uygulamaları.....	22
1. 3. 3. 5. İntravenöz Sıvı Tedavisi.....	23
1. 3. 3. 6. İntravenöz Sıvıların Akış Hızının Düzenlenmesi.....	24
1. 3. 3. 7. Alınan ve Çıkarılan Sıvının Kaydı.....	25
1. 3. 3. 8. İntravenöz Tedavinin Koplikasyonları.....	26
1. 4. Nöroşirurjide Hemşirelik Bakımı.....	28
1. 4. 1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım.....	28
1. 4. 2. Ameliyat Sonrası Bakım.....	29
1. 4. 3. Kafa İçi Basınç Artışı (KİBA).....	32
1. 4. 3. 1. KİBA' nın Belirti ve Bulguları.....	33
1. 4. 3. 2. KİBA' nın Belirti ve Bulgularının İzlenmesi.....	33
1. 4. 3. 3. KİBA'ya Neden Olan Durumların Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri.....	34
2. GEREÇ VE YÖNTEM.....	36
3. BULGULAR.....	37

4. TARTIŞMA.....	40
5. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	45
KAYNAKLAR.....	47
EKLER.....	52
Ek 1. Doktor istem ve hemşire takiplerinin karşılaştırma formu.....	52
Ek 2. Glaskow Koma Skalası.....	53
Ek 3. A.K.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi Dr. İstem Formu.....	54
Ek 4. A.K.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşire Takip Formu.....	55
Ek 5. A.K.Ü. Araştırma ve Uygulama Hastanesi Hemşire İlaç Uygulama Formu.....	56

KISALTMALAR

AKÜ : Afyon Kocatepe Üniversitesi

C : santigrad

cc : santimetreküp

cm : santimetre

Dr. : doktor

E.Ş.P.T. : ekstremite, şuur, pupilla takibi

et. : ve

I.V. : İntravenöz

KBB : Kulak Burun Boğaz

KİBA : Kafa İçi Basınç Artışı

mm Hg : milimetre civa

ml. : mililitre

NaCl : sodyumklorür

örn. : örnek

S : sayı

TA. : tansiyon arteriyel

vb. : ve benzeri

% : yüzde

TABLÖLAR

Tablo 1. Doktor İstemine Uygun Yapılan ve Yapılmayan Hemşirelik Uygulamaları.....	37
--	----

ÖZET

Araştırma; nöroşirurji servisinde yatan hastalarda doktor istem formları ile hemşire takip formları arasındaki uyumun saptanması amacıyla tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırma örneklemini; Şubat-2004 ile Aralık- 2005 tarihleri arasında nöroşirurji servisinde yatan hastalar oluşturmaktadır. Nöroşirurji arşivinin taranmasıyla 50 hasta dosyasına ulaşılmıştır.

Hastanın protokolü, adı, soyadı, yaşı cinsiyeti, adresi, tanısı, yattığı bölüm ve yatış süresinin de belirtildiği bir form hazırlanmıştır.

Formda, hastanın yatışından itibaren bir haftadaki, doktor isteminde yer alan yaşam bulguları; ateş, nabız, tansiyon, solunum, EŞPT, mayi takibi ve ilaç uygulamaları ile hemşire takip ve uygulama formları karşılaştırılmıştır.

Verilerin değerlendirilmesinde yüzdeler, sayılar ve aritmetik ortalama kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen bulgulara göre; ateş takibinin %13,90, nabız, tansiyon, solunum takibinin %11,92 oranında isteme uygun yapılmadığı bulunmuştur.

Mayi takibi %6,94, aldığı çıkardığı takibi %24,61, ekstremiteler, şuur, pupilla takibinin %40 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Oral ilaçlar %4,18, parenteral ilaç uygulamaları %2,88 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Anahtar kelimeler: Doktor istem formu, Hemşire takip formu

SUMMARY

The aim of this study is to determine the accordance of charging patients in neurosurgery clinic between the physician's request form and nurse follow-up form.

The study materials were chosen from the charging patients in neurosurgery clinic between February 2004 and December 2005. We evaluated the file of 50 patients from neurosurgery clinic archive.

We prepared a form which include the name, surname, age, gender, address, diagnosis, duration of charge, protocole number, and department of the chosen patients.

We compared in our form the accordance between the physician's follow-up form (include the vital signs: fever, arterial pulse, arterial blood pressure, extremity-consciousness-pupilla follow-up, parenteral and oral drug therapies follow-up) and nurse follow-up form in the first week of patient charging.

We evaluated the datas with percent and arithmetic mean numbers.

The results of study declared that fever follow-up 13.90%, arterial pulse, arterial blood pressure and breathing follow-up 11,92% had not been applied according to the physician's request form.

Parenteral therapy follow-up 6.94%, follow-up of liquid that the patient took in and took out orally and parenterally 24.61%, and extremity-consciousness-pupilla follow-up 40% had not been applied according to the physician's request form.

Oral drugs 4.18%, parenteral drugs 2.88%, had not been applied according to the physician's request form.

Key words: Physician's request form, nurse follow-up form

1. GİRİŞ

İnsanın sağlık bakımını en üst düzeyde alma hakkı olduğunu, bunun karşılanmasının ise hemşirelerin sorumluluğu olduğunu biliyoruz. Hemşirelerin sorumlulukları, bakım, tedavi ve koordinasyonu içerirken, işlevleri bağımlı ve bağımsız olarak iki grupta yer alır. Bağımsız işlevleri, “profesyonel hemşirelik” tanımlaması içinde yer alan hasta değerlendirmesine dayalı hemşirelik tanısı koyma, tanı ve bakımın amacına uygun hemşirelik uygulamalarını yapmaya yöneliktir. Hemşirenin bağımlı işlevleri ise, hekim istemlerini yerine getirilmesini içerir (1,2,3,4).

Hemşirenin en önemli sorumluluk alanının bakım olduğu ve bunu önerilen tedaviyi uygulama sorumluluğunun izlediği bilinmektedir. Hemşireler ister resmi, ister özel kurumlarda çalışsınlar, hemşirelik mesleğinin işlevlerini yerine getirmede temel kaynağı sağlayacak olan hemşirelik yasalarıdır (5,6).

Hemşireler başta hemşirelik yasası olmak üzere ilgili yasa ve yönetmeliklerle hekim istemlerini yerine getirme sorumluluğunu taşırlar. Bu sorumluluk hastanın güvenliği ve korunması için hemşirenin istemi yerine getirmede bazı önlemler almalarını gerektirmektedir (1).

Hemşirenin bağımlı işlevleri, 6283 sayılı Hemşirelik Kanunu’ nun (25 şubat 1954) dördüncü maddesinde, hemşirenin görev ve yetkileri (yetkileri) başlığı altında: “Hemşireler müdavi tabip tarafından tavsiye edilen tedavi tedbirlerini uygulamaya yetkilidirler” şeklinde tanımlanmıştır (7).

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği’nin (1983) 132’ inci Maddesi’ inde hemşirenin görev ve yetkisi için: “...hastanın tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dahilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler” ifadesi yer almaktadır (1,6,7).

Hemşirenin eyleminden oluşabilecek zarar doğrudan hastayı etkilediği gibi, hemşireyi (bireysel sorumluluk), onu çalıştıran hastane ve hemşirelik yöneticilerini de etkileyebilir. Yöneticilerin hesap verme yükümlülüğü olarak da tanımlanabilecek bu durum, Borçlar Yasasının 55/1 maddesinde yöneticilerin, çalışanı yeterli hale

getirme ve yeterliliğini ispat etme zorunluluğu olarak dile getirilmektedir. Böylelikle bir taraftan hemşireler istemi almadan bireysel sorumlu oldukları gibi, kendilerini işe alan ve çalıştıran her kademe yöneticilerle birlikte hukuki yükümlülük taşımaktadırlar (1,6,8,9).

Hemşirenin bu sorumluluklarını yerine getirebilmesi için hemşirelik süreci ile birlikte kayıt sistemini bilmesi ve uygulaması gerekmektedir. Ancak Türkiye’ de yapılan incelemeler ve gözlemler yeterli kayıt tutulmadığını göstermektedir. İşlemlerin ve sonuçların kayıt edilmemesi ekip üyelerinde endişe ve huzursuzluk oluşturmakta, hasta bakımını geciktirmekte ya da yanlış uygulamalar yapılabilmektedir. Örneğin, aldığı çıkardığı takibi sonuçlarının net olarak kaydedilmemesi hastanın durumunun yanlış değerlendirilmesine ve sıvı elektrolit dengesinin bozulmasına neden olacaktır. Diğer önemli bir gereklilikte kayıtların hemşireye yönelik suçlamalarda yasal dayanak oluşturmasıdır. Burada hemşirenin bağımlı fonksiyonlarını yazılı olarak alması kendine dosya oluşturması önemlidir (2).

Jo Anne Wolf, bir dergide “eğer tıbbi kayıtlar olmasaydı tıbbi ilerlemeler de olmazdı dersem abartmış sayılmam” şeklindeki sözü ile kayıtların önemini belirtmektedir (10).

Araştırmamız, Nöroşirürji servisinde yatan hastalarda doktor istem formları ile hemşire takip formları arasındaki uyumun incelenmesi; hemşire ve hekimlerin konunun önemine dikkatlerinin çekilmesi; daha sonra bu konuyla ilgili yapılacak mesleki çalışmalara temel olması amacıyla yapılmıştır.

1. 1. HEMŞİRELİK ROL VE İŞLEVLERİ

Hemşirelik, bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını ve esenliğini korumak, geliştirmek, hastalık halinde iyileştirmek amacıyla yönelik olarak; hemşirelik hizmetlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesinden, bu hizmetleri yerine getirecek kişilerin eğitiminden sorumlu; bilim ve sanattan oluşan bir sağlık disiplini (3,11).

Günümüzde hemşireliğin temel yapısı değişmemiş ve gelecekte de belirgin bir değişme göstermeyecekse de sosyal, fizik ve ekonomik koşullar, sağlık bakımındaki değişiklikler, bilimsel ve teknolojik gelişmelere bağlı olarak hemşirenin fonksiyonlarını değiştirmiş, değiştirmeye de devam edecektir (2,6).

Hemşirenin rol ve sorumluluklarında en büyük değişiklik, belirli durumlarda hasta ve özürlüyü muayene ederek sorunların kaynaklarını saptama, tanı koyma, akut durumlarda girişimde bulunma, tedavi etmedir. Sağlık ekibi içinde hemşirenin bağımlı, bağımsız işlevlerinin genişliği toplumlara göre değişir (12).

Hemşirenin bağımlı fonksiyonları hekim istemini uygulamaya yönelik olanlardır. Tanı ve tedavi işlemlerine yardım etme gibi. Ayrıca sorumluluklar açısından, belirli sürelerde, belirli malzemelerle, hizmet için başvuran bireye ihtiyacı olan bakımı vermesi için, çalıştığı kurumun kural ve prosedürlerine uymak zorundadır (7,13,14,15).

Bağımsız fonksiyonları; hemşirelik mesleğine özgü bilgi, beceri ve sorumluluklarına yönelik olup, çağdaş hemşireliğin en önemli boyutudur. Hemşire öncelikle birey hakkında topladığı verileri değerlendirip bir hemşirelik tanısına ulaşır. Daha sonra buna çözüm getirecek olan hemşirelik girişimlerini planlar ve uygulamaya geçer (3,7,13,15).

Mesleki fonksiyonlarını yerine getirirken; birey, aile ve toplumun bakımını sağlar. Tedavinin uygulanmasında bizzat sorumluluk alarak hekim istemlerini yerine getirir ve tedaviye katılır. Hastaya ilaç verilmesi istendiğinde, ilacın alınmasını engelleyen bir durum varsa, bunun farkına varıp, hekime haber vermek yine hemşirenin

sorumluluğudur. Çeşitli düzeylerdeki formal hemşirelik eğitimine katıldığı gibi, birey, aile ve toplumun sağlığına yönelik olarak sağlık eğitimi verir. Sağlık ve hemşirelikle ilgili politikaların oluşturulmasına katılır. Hemşirelik mesleğinin her alanında araştırma yapar, sonuçları uygulamaya yansıtır, sağlık alanında yapılan araştırmalara katılır ve işbirliği yapar. Araştırma işlevleri içinde istatistiksel veriler toplar, kayıt tutar, gözlemleri analiz eder ve değerlendirir (4-7,13-15).

Hemşirenin en önemli sorumluluk alanının bakım olduğu ve bunu önerilen tedaviyi uygulama sorumluluğunun izlediği bilinmektedir (5). Bakım olgusu, bir başkasına yönelme, onunla birlikte olma, ona yardım etme, koruma, görev duygusuyla değil, şefkat ve saygı duyarak işini yapma gibi davranışlarla ifadesini bulur. Bunun karşısında olan “tedavi” yanlısı hemşireler ise, hasta için önemli olan şeyin tedavi olduğunu iddia etmektedirler. Ülkemizde hemşireler yeni yeni bu konulara eğilmekte, bakım- tedavi tartışması ve araştırması genellikle kimlerin bakım, kimlerin tedavi hizmetleri vermesi gerektiği üzerinde yoğunlaşmaktadır. Esasında genelde kabul edilen ortak görüş, hekimlerin sadece hastalığı iyileştirme, ekibin diğer görevlilerinin ve bilhassa hemşirelerin hastanın çeşitli sorunları ile ilgilenmeleri gerektiği noktasıdır. Uluslararası sağlık kuruluşları yeni biçimli sağlık kavramından ısrarla söz etmektedirler. Ülkemiz Avrupa topluluğuna girmeye hazırlanırken her alanda yeniden yapılanma ve değişme gündeme gelmektedir. Sağlık meslekleri arasında tıp ve hemşirelik mesleği, tarih boyunca toplumsal bilinç ve özveri içinde hizmet vermiş, değişikliğe ve gelişmeye açık olduğunu kanıtlamışlardır (16).

1. 1. 1. Hemşirenin Yasal Sorumlulukları

Ülkemizde 1954 yılında 6283 sayılı kararla kabul edilen hemşirelik kanununun 4. maddesinde hemşirenin görev ve yetkileri şu şekilde belirtilmiştir;

1. Hekimler tarafından önerilen tedaviyi uygulama, 2. Aşı, acil durumlarda ilk yardım ve hekim önerisine uygun sağlık kuruluşunda ya da dışında enjeksiyon

yapma, 3. Koruyucu hekimlik ile ilgili halka eğitim yapma, 4. Bulaşıcı hastalıklara karşı önlem alma (6-8,13,15,18).

Hemşirelerin görevlerini belirleyen önemli yönetmeliklerden biri 13 ocak 1983 tarihinde kabul edilen 8/5319 no' lu Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğidir. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin (1983) 132' inci Maddesi' inde hemşirenin görev ve yetkisi için:"...hastanın tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dahilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler" ifadesi yer almaktadır (1,6,7).

Borçlar Yasasının 55/1 maddesi; yöneticilerin, çalışanı yeterli hale getirme ve yeterliliğini ispat etme zorunluluğu olarak dile getirilmektedir. Böylelikle bir taraftan hemşireler istemi almadan bireysel sorumlu oldukları gibi, kendilerini işe alan ve çalıştıran her kademe yöneticilerle birlikte hukuki yükümlülük taşımaktadırlar. Bu nedenle işverenin işçisinin (kusurlu olsun ya da olmasın) işini gördüğü sırada meydana gelen zarardan sorumlu tutulacağını anlatmaktadır. İşverenin yükümlülüğü kusursuz yükümlülüktür. Dolayısıyla "başkalarının eylemlerinden yükümlülüktür." (1,7,8).

1. 1. 2. Hasta Dosyaları Arşivi

Her sağlık kurum/kuruluşunda kişinin sağlığı ile ilgili tutulan kayıtların ve evrakların tümü yasal niteliği olan yazılı belgelerdir (15).

1873 yılında hastalar için dosyalar tutulmaya başlanmış ve bu dosya tutma işlemi bu güne kadar devam etmiştir. 1902' de Amerikan Hastaneler Derneği (American Hospital Association) bir kongrede ilk defa olarak hasta dosyalarının tartışmasını yapmıştır (9).

Hasta dosyasında bulunan temel formlar; hasta tabelası, hasta giriş kağıdı, hemşire gözlem formu, doktor istem formu, derece kağıdı, röntgen ve laboratuvar tetkikleri ve diğer tetkikler için hazırlanmış formlar sayılabilir (19).

Hasta dosyalarının bilimsel bir kural ve standartlara uygun olarak toplandığı, düzenlendiği ve hizmete sunulduğu birimlere hasta dosyaları arşivi denir (9).

Hastane ve diğer sağlık birimlerindeki poliklinik kayıtlarından hasta dosyasına ve dosyadaki bir rapora kadar olan her belge tıbbi doküman olarak değerlendirilebilir. Tıbbi dokümanlardan beklenen fayda sağlanabilmesi için aşağıdaki özellikleri taşımalıdır (9):

- Tıbbi dokümanlar eksiksiz olarak hazırlanmalıdır,
- Doğru bilgiler içermelidir,
- Zamanında düzenlenmiş olmalıdır,
- Kullanılabilir nitelikte olmalıdır,
- Araştırma ve bilimsel çalışmalara kaynak niteliğinde olmalıdır,
- Yasal zorunluluklara cevap verecek şekilde hazırlanmalıdır,
- Kişisel bilgiler içerdiğinden gizliliği ve güvenliği sağlanmalıdır (9).

Her sağlık kurumunun ilk ve temel görevi sağlık kayıtlarının yeterli derecede bilgi içeren, yüksek düzeyde bilimsel, doğru ve yasal olarak korunmuş olmasını sağlamaktır (9).

Sağlık kayıtlarının bu özellikleri taşıması hastanenin kendisini haksız suçlamalardan koruyabilmesi için de önemlidir. Çünkü, hastanenin kendisini savunacağı ve hakimin karar vermek üzere temel alacağı tek belge hastanın sağlık kayıtlarıdır (9).

1. 1. 3. Hemşirelik Kayıtları ve Yararları

Sistemli yapılan tüm çalışmalar, düzenli kayıtlara temellenir. Eğer kayıt işlemi gerektiği gibi yapılmaz ise hemşirelik süreci başarılı olamaz (19).

Hemşirelikte kayıt sisteminin yararları (2,15,19);

- Hasta birey olarak ele alınır ve gereksinimlerine yönelik sürekli bakım alır,
- Hemşire hastasını tanıır bakım gereksinimlerini kolaylıkla saptar,
- Ekip üyeleri arasında sağlıklı iletişim ağı oluşturarak bakım, yeterli, zamanında ve doğru olarak sürdürülür,
- Bakımda kalite kontrolü sağlar,
- Hemşirenin çalışmalarının doğru değerlendirilmesini sağlar,
- Hemşirelik araştırmalarına veri tabanı oluşturur,
- Öğrenci ve hemşirelerin eğitimi için kaynak oluşturur,
- Hemşireye yasal dayanak oluşturur (2,15,19).

Kayıtlarda bulunması gereken özellikler aşağıda sıralanmıştır (2).

1. Hastanın durumu, uygulamalar ve sonuçlar hakkında bilgi içermelidir.

Örneğin; saat 11.00'de Ateş 39°C, üzeri açıldı, odası havalandırıldı, Dr. Özcan Bey'e iletilerek soğuk uygulamaya başlandı. Hemşire S. K.

2. Hasta ve ailesinin bakıma katkısını ya da ne kadar katkıda bulunabileceğini yansıtmalıdır. Örn: Anne ilgili, soğuk uygulamanın yapılmasına destek oluyor.

3. Vizitler, konsültasyonlar, alınan kararlar, değişiklikler kayıt edilmelidir. Örn: Saat 09.00' da KBB muayenesi

4. Bilgi eksiksiz, doğru, okunaklı, sistemli olarak yazılmalı. Örn: sorun, uygulama, sonuç, hemşire adı, soyadı.

5. Bulgular yorum yapılmadan direkt gözlemler olarak yazılmalı, iyi, normal, yeterli yerine; aldığı 800cc oral, çıkardığı 500cc.

6. Genelleme yapılmamalı özellik belirtilmelidir. Örn: ağrısı var yerine, insizyon yerinde ağrı gibi.

7. Kurumun belirlediği, herkes tarafından bilinen kısaltmalar kullanılmalıdır. Örn: M.I. (Miyokart Infarktüsü)

8. Daha önce yazılan, ancak değişen uygulamalar, karalanmamalı not yazılarak belirtilmelidir.

9. Her notun tarihi, saati, yazan kişinin adı-soyadı yazılmalıdır.

10. Kayıt için kurumun belirlediği kağıtlar ve belirlenen renkte kalemler kullanılmalıdır (2).

1. 2. YAŞAMSAL BULGULAR

Yaşamın belirtileri olarak ifade edilen vücut ısısı, nabız, solunum ve kan basıncı bireyin sağlık durumunun göstergeleridirler. Yaşam belirtilerinin ölçülmesi, hastanın sağlık durumunun izlenmesinde ve ortaya çıkan sorunların tanımlanmasında hızlı ve etkili yöntemdir (13,20,21,22,23).

Yaşam bulguları aşağıdaki durumlarda ölçülür:

- Hasta muayene için hazırlanırken,
- Hasta hastaneye yattığı zaman,
- Doktor istemine uygun zamanlarda,
- Cerrahi girişimlerden önce ve sonra,
- Tanı işlemlerinden önce ve sonra,
- Kalp ve solunum sistemine etki eden ilaçların uygulanmasından önce ve sonra,

-Hastanın durumunda ani bir bozulma olduğunda (örn.: bilinç kaybı, ağrısının artması, vb.)

-Yaşam bulgularını etkileyecek hemşirelik girişimlerinden önce ve sonra (örn.: uzun süre yatan hastanın mobilize edilmesi sırasında),

-Hasta kendisinde herhangi bir farklılık olduğunu ifade ettiğinde (13,21,23).

1. 2. 1. Vücut Isısı

Beden ısısı, canlı bir varlığın sürdürdüğü beden ısısının derece ile anlatımı olup, üretilen ve tüketilen ısı arasındaki dengedir. Sıcaklık, egzersiz ve metabolizma ile kazanılır, bedenin soğutulması ve terlemesi ile kaybedilir. Isı merkezi hipotalamusta bulunur. Isı merkezinin ve sinirsel mekanizmaların yardımıyla, çevre ısısı değişikliklerinde, vücut ısısının artması ve azalması kontrol altında tutulur (21).

Normal Vücut Isısı: Erişkin bir insanda oral vücut ısısı 37 °C, rektal ısı 37.5 °C ve aksillar ısı 36.5 °C' dir. Vücut ısısının 0.3-0.6 °C arasında değişiklik göstermesi normaldir. Yeni doğan ve küçük çocukların vücut ısısı yetişkinlerden yüksektir (21,22,23,24).

Preksi, vücut ısısının yükselmesidir. Ateş çoğu zaman bir hastalık belirtisidir. Hiperpreksi ateşin 41°C' nin üzerinde olmasıdır. Vücut ısısının normalin altında olmasına hipotermi denir. Organizma, iç ısının birkaç derece düşmesine dayanabilir. Ancak kalp, akciğer ve beyin gibi yaşamsal organların ısısı 35°C nin altına düşerse hipotermi belirtileri ortaya çıkar. 25°C' nin altında bilinç tamamen kapanır, kalp durması sonucunda ölüm meydana gelir (23).

Bedende sıcaklık kaybı mekanizması dört şekilde açıklanır (21,22). Bunlar,

Radyasyon: İki farklı dereceli oluşumdan birbirine geçen ısıdır. Beden sürekli olarak, çevresinde kendisinden düşük ısıda olan cisimlere karşı ısı kaybeder. Radyasyonla ısı kaybı beden uzunluğuna da bağlıdır. Soğukta bükülmek radyasyonla ısı kaybını azaltır (21,22,18).

Konveksiyon: Isının hava veya ısı akımıyla bir yerden, diğer bir yere geçişidir. Yalpaze, vantilatör gibi araçlar konveksiyon yoluyla ısı kaybı sağlar (22).

Buharlaştırma: Sıcaklık kaybı bedenın sıvı kaybetmesi ile olur. Nemli havalarda buharlaştırma olmaz. Bedenin sıcaklık kaybı azalır (13,22).

Günümüzde sağlık hizmetlerinde vücut ısısı ölçümü için; içinde cıva bulunan cam termometrelerin yanı sıra, elektronik, tek kullanımlık ve Timpanik membran termometreleri de kullanılmaktadır (25,26).

1. 2. 1. 1. Vücut Isısının Oral Yoldan (Ağız Yoluyla) Ölçülmesi

Bilinçli ve işbirliği yapabilen hastalarda uygundur. Nazogastrik sonda takılı, nazal ya da oral intübasyonu olan hastalarda kullanmak uygun değildir (22).

Hemşire ellerini yıkayarak araç gerecini hastanın yanına getirir. İşlem hastaya açıklanır. Termometre dezenfekte solüsyonda belli bir süre bekletildikten sonra soğuk sudan geçirilir ve pamuk tamponla kökten (civalı kısmından) gövdeye doğru silinir. Cıvayı 35°C' nin altına düşürmek için, termometre baş ve işaret parmakları arasında tutularak bilekten itibaren aşağıya doğru sallanır. Termometre hastanın ağzına, dilinin altına yerleştirilir. 3-5 dakika hastanın ağzında tutar, sonra termometreyi hastanın ağzından alarak pamuk tamponla gövdeden köküne doğru siler. Cıvanın düzeyini net bir biçimde görene kadar termometreyi döndürerek ölçümü alır. Termometreyi aşağıya doğru sallayarak kabına yerleştirir. Ellerini yıkayarak hastanın beden sıcaklığını gözlem kağıdına kaydeder (13,21,22,27).

1. 2. 1. 2. Vücut Isısının Rektal Yoldan Ölçülmesi

Yeni doğan bebekte hem vücut ısısını belirleyebilmek, hem de rektumda doğumsal bir tıkanıklık olup olmadığını anlayabilmek için rektal derece alınır (21). Oral yolla ısı ölçümü yapılamayan hastalarda kullanılır. İşbirliği kurulamayan konfüzyon ya da koma durumundaki hastalarda, epilepsi nöbeti geçiren hastalarda kullanılmaz (22).

Bebek yatakta ya da kucakta sırt üstü yatırılır, bezi açılır. Derece kavanozdan alınarak silinir, kontrol edilir, gerekiyorsa sallanarak civa seviyesi düşürülür. Derecenin ucu vazelinle yağlanır. Bebeğin ayakları sol elle tutularak kaldırılır, derece 2-2.5 cm kadar rektuma sokulur, derecenin çıkmaması için tutularak 3-5 dakika beklenir. Süre sonunda derece çıkarılır, silinir, okunur, civa seviyesi düşürülerek kavanoza konur. Sonuç saat ile birlikte gözlem kağıdına kaydedilir. Yeni doğanda rektuma derece yerleştirilmesi esnasında bir zorlamayla karşılaşılırsa işlem durdurularak doktora haber verilir (21,24).

Yetişkinlerde sol ya da sağ lateral pozisyon verilir. Termometre hastanın yaşına ve hastanın yapısına göre yaklaşık olarak 1.25 cm ile 3.75 cm kadar rektuma yerleştirilir (13,22,23).

1. 2. 1. 3. Vücut Isısının Aksillar Yoldan (Koltuk Altı Yoluyla) Ölçülmesi

Vücut ısısı ölçümünde en sık kullanılan bölgedir. Enfeksiyon taşıma olasılığı en düşük olduğu için güvenilir bir yoldur. Oral ve rektal yolla vücut ısısı ölçülemeyen hastalarda kullanılır. Ancak koltuk altında enfeksiyonu olanlarda ve çok zayıf hastalarda bu bölge kullanılmaz (21,25).

İşlem açıklandıktan sonra hasta terli ise koltuk altı kurulanır. Derece koltuk altına yerleştirilir, koltuk altı kapatılır ve ön kolunu göğsünün üstüne koyar. Derecenin yerinden oynamamasına dikkat edilerek 10 dakika koltuk altında tutulduktan sonra alınır. Derecenin okunması, işlenmesi, temizlenmesi, kaldırılması ve kaydedilmesi diğerlerinde olduğu gibidir (13,21,24,27,28).

1. 2. 2. Nabız

Kalbin sol ventrikülünden aortaya atılan kanın neden olduğu basınç artışına karşı, arter duvarları genişler ve kasılır. Aortanın bu genişlemesi arter duvarına, parmakla hissedilen bir atım şeklinde ulaşır. Hissedilen bu atıma “nabız” denir (13,24).

Nabız kalp hızının ve ritminin göstergesidir. Nabız hızı bir dakikadaki kalp vuruş sayısıdır. Normal erişkin bir bireyde, istirahat halinde iken nabız sayısı dakikada 60 ile 80 vuruş arasındadır. Çocuklarda ve bebeklerde dakikadaki nabız sayısı 90 ile 140 arasında değişir. Nabız, bir dakikada 100 vuruşun üzerinde olursa buna “taşikardi” eğer dakikada 60 vuruşun altında olursa buna da “bradikardi” denir (22).

Nabız alınan bölgeler (13,25,28):

-Radial arter

-Temporal arter

-Brakial arter

-Karotid arter

-Femoral arter

-Popliteal arter

-Dorsal pedal arter

-Posterior tibial arter (13,25,28).

Bu arterlerden en sık kullanılanı radial arterdir. Özellikle kolay bulunduğu için tercih edilmelidir. Radial arter bileğin dış kısmında, baş parmak tarafındadır. Nabız, bu arterin bulunmadığı veya kullanılmadığı durumlarda hastanın durumuna göre diğer arterlerden alınır. Periferal nabızda düzensizlik veya bireyin kalp-damar hastalığı öyküsü varsa apikal nabız daha doğru sonuç verir. Yeni doğan ve küçük çocuklarda da apikal nabız tercih edilmelidir (13,28).

1. 2. 2. 1. Nabzın Sayılması

Nabız, radial arterden hasta yatar pozisyonda veya otururken alınır. Hemşire üç parmağını (işaret, orta ve yüzük parmağını) bileğin dış tarafına, radial arter üzerine koyar. Radiusa hafifçe bastırarak, nabızı hisseder. Sayılan nabız mutlaka hasta dosyasına kaydedilir(13,22,27). Hasta bir aktivitede bulunmuş ise, 10-15 dakika dinlendirilir (23,25).

Nabızı apexden saymak için hasta mümkünse yatak içinde oturtulur. Steteskop beşinci interkostal aralığın orta klavikular hat (mid-clavicular line) ile kesiştiği yere konur (21,22,25,27).

1. 2. 3. Solunum

Solunumun temel fonksiyonu dokulara oksijeni sağlamak ve dokularda oluşan karbondioksiti atmaktır. Solunumun düzenlenmesi beyin sapındaki medulla oblangata yolu ile olur. Normal erişkin bir bireyde solunum sayısı dakikada 12-20' dir. Yeni doğanın solunum sayısı dakikada 30-60' dır. Yaş ilerledikçe solunum sayısı azalır (13,23).

Solunum tipleri (13,21,22,28):

-Taşipne; solunum normalden daha hızlı ve yüzeyseldir. Solunum sayısı dakikada 24' ün üzerindedir.

-Bradipne; solunum normalden daha yavaştır. Solunum sayısı dakikada 10' un altına inmiştir.

-Hiperpne veya hiperventilasyon; solunum hızı ve derinliği artmıştır.

-Dispne; solunumun güç olmasıdır.

-Apne; solunumun geçici veya kalıcı olarak bir süre durmasıdır.

-Chyne-Stokes Solunum; solunum hız ve derinliğinin artması sonra düşmesi ve apne'nin ortaya çıkmasıdır.

-Kusmaul Solunum; solunum ileri derecede derin fakat düzenlidir. Sıklıkla hiperventilasyon ve dispne görülür. Gürültülü solunumdur.

-Biot's Solunum; taşipne ve apne sürelerinin düzenli olarak birbirini izlemesidir (13,21,22,28).

1. 2. 3. 1. Solunumun Sayılması

Hasta yatar durumda veya rahat bir pozisyonda olmalıdır. Hastanın ön kolu göğsünün üstüne kıvrılır. Parmaklar radial arterin üzerine konur, hastaya nabız sayıyormuş hissi vererek solunumu sayılır. Hasta solunumunun sayıldığını anlarsa elinde olmadan solunumunun düzenini değiştirebilir. Nefes alma ve verme bir solunum olarak, bir dakikadaki hızı sayılır. Sonuç gözlem kağıdına kaydedilir(2,27). Solunumun sayılması için en uygun zaman nabzın sayılmasından hemen sonradır (13).

1. 2. 4. Kan Basıncı (Tansiyon Arteriyel)

Kalbin sistoli sırasında sol ventrikülün aortaya attığı kanın aort duvarına yaptığı basınca karşılık, damar duvarının verdiği direncin mm/Hg cinsinden değerine kan basıncı denir. Normal bir yetişkinde kan basıncı sistolik olarak 100-140 mm/Hg ile diyastolik olarak 60-90 mm/Hg arasındadır. Sistolik ve diastolik kan basıncı arasındaki fark nabız basıncıdır. Normalde nabız basıncı 30-50 mm/Hg' dir (22,23,24).

1. 2. 4. 1. Kan Basıncının Ölçülmesi

Hastaya rahat bir pozisyon verilir. Kolunu sıkkan çamaşırını varsa gevşetilir. Hastanın kolu kalp düzeyinde olacak şekilde, ön kol desteklenir ve avuç içi yukarıya bakar. Tercihen sol kolun ön yüzüne; tansiyon aletinin manşeti, kolun dirsek bölgesinden en az 2 cm yukarıda sarılır. Parmak uçlarıyla brakial arterin atışları bulunur. Steteskop buraya yerleştirilir. Puar sıkılarak manşete hava verilir (atış sesi kayboluncaya kadar). Puarın ucundaki vida açılarak, manşetteki hava yavaş yavaş boşaltılır. Ses duyulmaya başladığı zaman, manometrenin gösterdiği sayı sistolik basıncıdır. Ses kaybolunca manometrenin gösterdiği sayı diyastolik basıncıdır (21,22,27,28).

Hipertansiyon; kan basıncı değerinin normalin üstünde olmasıdır. Sistolik basıncın 140 mm/Hg' in üzerinde olması sistolik tip hipertansiyon ve diyastolik basıncın 90 mm/Hg' nin üzerinde olmasına diyastolik tip hipertansiyon denir (21,22).

Hipotansiyon; kan basıncı değerinin normalin altında olmasıdır. Ayağa kalkıldığı zaman ortaya çıkan kan basıncı düşmesine "ortostatik" veya "postural" hipotansiyon denir. Bu, özellikle ameliyat sonrası ve uzun süre yatan hastaların ayağa kaldırılması sırasında önem taşır. Kan basıncı hasta ayağa kalktıktan 10-15 dakika sonra alınır (13,21).

1. 3. İLAÇ UYGULAMALARI

İlaç tedavisi hasta bakımının oldukça önemli bir yönünü oluşturmaktadır. İlacın hastaya verilmesi sırasında önce hastanın kimliğinin belirlenmesi gerekir. Bunun için hastadan adını ve soyadını söylemesi istenir. Hastanın kimliğini kesin olarak belirlemeden ilaç verilmemelidir. İlaç verilmeden önce ilacın adı, dozu, veriliş yolu ve zamanı kontrol edilmelidir. Hastaya ilaç verdikten sonra oluşabilecek yanlılıkların önlenmesi için verilen ilacın kesinlikle kayıt edilmesi gerekir (20).

İlaçların hazırlanması ve uygulanmasında;

-Doğru ilaç,

-Doğru doz,

-Doğru etki,

-Doğru veriliş yolu,

-Doğru hasta,

-Doğru ilaç şekli,

-Doğru kayıt,

-Doğru yanıt, göz önünde bulundurulmalıdır (20).

1. 3. 1. İlaç İstemi

Hekimin istemi olmaksızın hiçbir hastaya ilaç uygulanmamalıdır. Hekim, ilaç tedavisi planını “istem” veya “reçete”ye yazarak hemşireye iletir. Hemşire güvenli bir uygulama yapabilmek için sadece yazılı istem almalıdır. Bu şekilde yanlış anlaşılma ve kaza olasılığı azalır. Ancak, bazı koşullar altında sözel istem alınabilir (1,15,20).

İstemler kalıcı istem, gerektiğinde uygulanan istem, tek istem ve acil istem olmak üzere dörde ayrılır. “Kalıcı istem”, hekim yeni bir istem verene kadar uygulanır. Ancak çok uzun süre istemin uygulanması yanlışlıklar neden olabileceğinden, hastane politikasına bağlı olarak bir istem verildikten belli bir süre sonra (üç veya beş gün sonra) yürürlükten kalkmış olur. “Gerektiğinde uygulanan istem”, hastanın gereksinimi yok ise, verilmeyecek olan istemdir. Ameliyat sonrası verilen analjezik istemleri, genellikle bu tip istemlerdir. “Tek istem” ise, sadece bir defa uygulanmak üzere verilen istemlerdir. Ameliyata gitmeden önce istenen premedikasyon bu tip

istemlere örnektir. “Acil istem” de tek istemdir ancak, hemen uygulanması gereken istemdir. Acil istemde hekim bazen sözel istem verebilir. Hastanın durumu düzelir düzelmez, hekim bu istemi kayda geçirmelidir (1,20,21).

İlaç isteminde (doktor order) yazılı olması gerekenler (1,20).

-Hastanın Adı: Herhangi bir yanlışlığa neden olmamak için hastanın adı, soyadı, varsa göbek adı, kadın mı, erkek mi olduğu yazılmalıdır,

-İstem Verildiği Tarih: Gün, ay ve yıl içeren tarihle beraber, istemin verildiği saat de belirtilirse meydana gelebilecek yanlışlıklar daha kolay önlenir.

-Uygulanacak İlacın Adı: Hemşire, ilaçlar hakkında herhangi bir kuşkusu olduğunda hekime, hastane eczacısına ve ilaç kataloglarına başvurmalıdır.

-İlacın Dozu: İlaç tedavisinde en yaygın olarak metrik ölçü sistemi kullanılmaktadır.

-İlacın Hangi Yoldan Uygulanacağı: Bazı ilaçların birden fazla yoldan uygulanmak üzere hazırlanmış çeşitleri olabilir. Öte yandan, bazı ilaçlar sadece bir yoldan verilmek üzere hazırlanırlar. Bu nedenle bir yanlışlığa yol açmamak için, istemde ilacın hangi yoldan uygulanacağı açıkça belirtilmelidir.

-İlacın Uygulanma Zamanı ve Sıklığı: Uygulanacak ilacın zamanı ve sıklığı istemde gösterilir. Rutin olarak verilen ilaçların saatlerini hemşire saptar.

-İstemi Veren Hekimin İmzası: İlaç isteminin altında istemi veren hekimin imzası bulunmalıdır. İstem yasal olarak geçerli sayılabilmesi için, mutlaka imzalanmış olması gerekir (1,20,21).

1. 3. 2. Oral Yol İle İlaç Uygulaması

Ağızdan verilen ilaçlar; tabletler, draje, kapsül, kaşe, pastil, toz ilaçlar, granül, damla, şurup şeklinde olabilirler (24,29).

Hemşire ilacı hazırlamadan önce ellerini yıkamalıdır. İlaç isimlerinin okunabilmesi ve ölçekli kadehlerdeki işaretlerin görülebilmesi için yeterli aydınlatma olmalıdır. İlaç üzerindeki etiket, ilacı dolaptan alırken, ilacı kadehe dökmeden önce ve ilacı rafa kaldırırken olmak üzere üç defa okunmalıdır. Çocuk ve yetişkinlere verilecek ilacın maksimum dozu bilinmelidir. Tablet, draje, kapsül gibi ilaçların istenilen miktarı önce kapak içine, sonra ilaç kadehine konmalı, elle dokunulmamalıdır. Sıvı ilaçları hazırlamadan önce çalkalanmalıdır. Eğer şişeden fazla ilaç dökülmüş ise fazla kısmı yeniden şişeye dökülmemelidir. Hastanın yanına içinde ilaç kadehi, ilaç kartı ve su bardağı bulunan bir tepsi ile gidilmelidir. Hastanın yanına gelindiğinde ilaç verilmeden önce, hastaya adı soyadı sorulmalıdır. İlaçların verilme nedenleri, ağız kuruluğu yapma, siyah gaitaya neden olma gibi yan tesirleri olan ilaçlar veriliyorsa, bunlar hastaya açıklanmalıdır (20,21,22,24).

Hiçbir zaman başkası tarafından hazırlanmış ilaç hastaya verilmemelidir. Asla etiketsiz veya etiketi tam okunmayan şişelerden ilaç verilmemelidir. Hastaya ilaç verildikten sonra oluşabilecek yanlılıkların önlenmesi için ilacı veren hemşirenin, tedavi defteri veya hemşire gözlem kağıdına ilacın uygulandığı saati yuvarlak içine alarak kendi adını ve soyadını yazmalıdır (21,22,24).

1. 3. 3. Parenteral Yol İle İlaç Uygulamaları

Tüm enjeksiyon uygulamalarında, malzemelerin steril olması gerekir. Enjeksiyon uygulamalarında kullanılacak olan enjektör ve iğneler ilacın özelliğine, ilacın veriliş yoluna ve hastanın zayıf ya da şişman oluşuna göre seçilir (22).

1. 3. 3. 1. İntradermal Enjeksiyon (Deri içi)

İntradermal enjeksiyonda ilaç deri içine enjekte edilir. Genellikle ön kolun iç yüzüne, göğsün üst kısmına, sırtın scapula bölgesine yapılır. İlaç miktarı en fazla 0.1cc kadardır. Bölge uygun antiseptik maddeyle temizlendikten sonra 15 derecelik açı ile derinin üst tabakasından geçirilir. İlaç verildiğinde, epidermis tabakası bir mercimek büyüklüğünde kabarır. Enjeksiyon yapılan bölgeye masaj uygulanmamalıdır. Tüberkülin testi ve alerji testlerinde olduğu gibi teşhis amacıyla uygulanırlar (21,22).

1. 3. 3. 2. Subkutan Enjeksiyon (Deri Altı)

İlaç deri altı yağ tabakası içine enjekte edilir. Subkutan enjeksiyon için en çok kullanılan bölgeler, karın, kalçanın üst kısmı, dış üst kol ve uyluktur. Deri altı enjeksiyonu yalnızca küçük dozda (0.5 cc- 1 cc), iritan olmayan, sulu ve çözünür ilaçlar için uygundur. İğne hızlı ve düzgün bir şekilde 45 derecelik açı ile batırılır. Şişman hastalarda açı büyütülür. İnsülin, heparin, kuduz aşısı gibi ilaçların uygulanmasında deri altı enjeksiyon yolu kullanılır (13,21-24,28,29).

1. 3. 3. 3. İntramüsküler İlaç Uygulama

Kas içi enjeksiyon ilacın derialtı dokusundan geçerek kasın içine enjekte edilmesidir. Kas içi enjeksiyonda ilaç emilimi (absorpsiyon) derialtı yoluna oranla daha çabuktur. Emilim hızı enjeksiyon bölgesindeki kan damarlarının oluşumuna (vaskülaritesine) ve dokudan geçen kan akımı hızına bağlıdır. Eğer ilaç damar içi enjeksiyon uygulaması için uygun değilse, cilt altı verildiği zamanda dokulara ağrı veriyorsa kas içi enjeksiyon yolu seçilir (13,20,27,29).

Kas içi enjeksiyon için dorsogluteal bölge kullanılıyorsa siyatik sinir zedelenmesinden kaçınmak gerekir. Enjeksiyon bölgesi, iliak kristanın altında ve

posterior superior iliak spina ile femurun büyük trokanterini birleştiren hayali çapraz çizginin üstünde kalan bölgedir. Bu çapraz çizgi siyatik sinirin dış yanında ve ona paralel olup, siyatik sinir bunun altında kalır. Enjeksiyon noktası çapraz çizginin ortasından biraz yukarıda ve dış yandadır (13,20,28,29).

Kristal iliaka anterior superior (kalça kemiği dış çıkıntısı) ile koksiks birleştirilir. Bu çizgi üç eşit parçaya bölünür. Krista iliaka anterior superiora yakın olan yer enjeksiyon alanıdır (22).

Ventrogluteal bölgeye kas içi enjeksiyon uygulamak için hastanın sağ kalçası kullanılıyorsa, sol elin işaret parmağı krista iliaka anterior superiora yerleştirilir. El ayası femur başına getirilir. Sonra işaret parmağı hareket ettirilmeden orta parmak "V" yapıncaya dek açılır. Bu şekilde orta ve işaret parmakları arasında bir açı oluşturulur. Gluteal kas içine rastlayan bu "V" içine enjeksiyon yapılabilir (22).

Vastus lateralis uyluğun dış yan bölgesidir. Kas içi enjeksiyon için vastus lateralis bölgesi kullanılıyorsa dizin bir el üzeri yaklaşık 10 cm. ve büyük trokanterin bir el aşağısına yani vastus lateralis kasının 1/3'lik orta bölümüne enjeksiyon yapılabilir (13,20-22).

Kas içi enjeksiyon için rektus femoris bölgesi (uyluğun ön yanı) kullanılıyorsa enjeksiyon alanı vastus lateralis bölgesinde olduğu gibi saptanır. Enjeksiyon uyluğun ön yüzüne yapılır, daha çok çocuk ve bebeklerde kullanılır. Bu bölgeye yapılan enjeksiyon kişiyi rahatsız edeceğinden sürekli kullanılan bir bölge değildir. Kendi kendine enjeksiyon yapmak zorunda olan kişiler bu bölgeyi kullanabilir (20-22).

Deltoid kas üst kolun yan yüzeyinde bulunur. Deltoid kasa kolayca ulaşılabilir olmasına karşın, büyük kemiklere kan damarlarına ve radyal sinire yakın olduğundan az kullanılır. Deltoid kasa antibiyotikler, iritan olmayan ve çabuk emilen maddeler kolaylıkla verilebilir. Deltoid kasın enjeksiyon alanı küçük olduğu için tek bir enjeksiyona ve iritan olmayan ilaca uygundur. Deltoid bölgede enjeksiyon alanını saptamak için omuz tepesinde akromiyon çıkıntısı ve

kolun aksiller hattı belirlenir. Bu alanda çizilen bir üçgenin orta noktasına enjeksiyon yapılabilir (13,20).

Üst kolun arka yüzündeki triseps kasının yan tarafı da bir enjeksiyon alanı olarak kullanılabilir. Seçilen bölge akromiyon çıkıntısı ile ulnanın olekranon çıkıntısı (dirsek) arasındaki alanın yaklaşık yarısıdır. Diğer bölgeler kontrendike olmadıkça triseps bölgesi kullanılmamalıdır (13,20-22).

İlaç ampulden veya flakondan çekildikten sonra hasta hazırlanır. Hastaya gerekli açıklama yapılır. Enjeksiyonun kolay uygulanması için hasta yatağın kenarına yüz üstü yatırılmalıdır. Kollar yanda ayak baş parmakları içe dönük pozisyonda olmalıdır. Hasta için bu pozisyon olası değilse yan yatar. Lateral pozisyon kasları gevşetir. Enjeksiyon bölgesi tamamen açık ve gereksiz giysiler çıkarılmış olmalıdır. Sağ elde tutulan %70'lik alkollü pamuk doğrudan enjeksiyon uygulamak için seçilmiş bölgeye konur. Enjeksiyon yapılacak noktadan başlayarak dairesel bir hareket ile çevreye doğru enjeksiyon bölgesinden en az 5 cm.'lik uzaklığa kadar temizlenir. % 70'lik alkollü pamuk, sol elin yüzük ve küçük parmakları arasına sıkıştırılır. Sol elin baş ve orta parmaklarıyla deri gergin olarak tutulur ve bastırılır. Enjektör sağ elde kalem tutar gibi cilde bir dik açı (90° lik açı) yapacak şekilde tutulur. İğne çabuk ve kuvvetlice batırılarak derialtı dokusundan geçerek kasa girer. İğneler uzunluklarının 3/4 oranında batırılır. İğnenin kan damarına girip girmediğini anlamak için sol el ile piston yavaşça geri çekilir, enjektöre kan gelirse iğne çıkarılır, şayet kan gelmezse ilaç verilir. Sağ el ile iğne çabucak geri çekilirken sol elde tutulmakta olan % 70'lik alkollü pamuk tampon ile sahaya hafifçe baskı yaparak desteklenir (20,21,30).

Demir preparatları gibi derialtı dokuya sızdığına derialtı dokuyu ve deriyi boyayan ilaçların kısa uygulamasında "Z TEKNİK" kullanılır. Bu teknikte, uygun yer tayini yapıldıktan ve cilt alkollü pamukla silindikten sonra deri ve derialtı yağ dokusu lateral olarak kaydırılır. İğne batırılır, piston geri çekilerek iğnenin damara rastlayıp rastlamadığı kontrol edilir. İlaç emiliminin kolay olması için ilaç yavaşça enjekte edilir. İğne çekilmeden önce 10 saniye kadar beklenerek ilacın kas içinde dağılması, dokunun tekrar gevşemesi sağlanır. İlaç enjekte edildikten sonra geri çekilir. Doku hemen serbest bırakılır (21,22,30).

Doku serbest bırakıldığında iğne doku boyunca kırık bir çizgi meydana getirir. Bu, ilacın kasın derinliklerinde muhafaza edilmesini sağlar ve ilacın doku boyunca geri sızmasını ve dolayısıyla irritasyonu önler. Z tekniikle yapılan enjeksiyonlarda, enjeksiyon bölgesine masaj yapılmaz. Masaj uygulanırsa ilaç kas dokusundan geri sızar (21-24).

1. 3. 4. 4. İntravenöz İlaç Uygulamaları

İntravenöz uygulama hastayı tedavi etmek, beslemek, sıvı ve elektrolit gereksinimini karşılamak ve teşhise yardımcı olmak amacıyla kullanılır. Eriyiklerin, kan veya kan türevlerinin doğrudan damar içine verilmesine intravenöz tedavi denir. Ven içine uygulama iğne veya kateterle yapılmaktadır. Uzun süreli tedavilerde, aseptik koşullarda cerrahi insizyon yapılır. Radyopak bir kateter vene yerleştirilir. İki dikişle tutturulur ve intravenöz yol açılır. Buna cut-down denir. İğneler çelik ya da fleksible plastikten yapılmıştır. İğne seçimi hastanın yaşına, kullanılacak bölgeye, venin durumuna bağlıdır. Fleksible iğneler ekstremitte hareketlerine olanak sağlar. Özellikle intravenöz infüzyon bölgesi ekleme yakınsa ve infüzyon uzun süreli kullanılacaksa fleksible iğneler tercih edilir. Fleksible iğnelerde çelik iğne plastik bir kateterle birlikte olup vene girildikten sonra iğne çekilir, fleksible kateter ven içinde kalır. Buna branül (intracath, angiocath) denir (21,22,30).

İlaç dozu hesaplanırken; doz hesabı orantı kurularak ve aşağıdaki formülden yararlanılarak yapılır (20).

İstenen doz x Eldeki miktar

İstenen Miktar (x) = -----

Eldeki doz

1.3.3.5. İntravenöz Sıvı Tedavisi

Ven içi sıvı tedavisi tanım olarak, büyük miktarda sıvının ven içine verilmesi işlemidir. Bireyin sıvı-elektrolit gereksiniminin oral yolla karşılanamadığı ya da karşılanmasının riskli olduğu durumlarda çeşitli sıvılar ven içi yolla doğrudan kan dolaşımına verilebilir (31).

İzotonik solüsyonlar, plazma ve ekstrasellüler sıvı ile aynı ozmolaritededir. Intravasküler sıvıya yüklendiği zaman onun ozmolaritesini etkilemez. Hücre içinde ve hücre dışında sıvı değişikliği olmaz. İzotonik sıvılar kan volumünün devamı için kullanılırlar. %5 Dextroz, % 0.9 NaCl gibi (22).

Hipotonik solüsyonların, osmolaritesi ekstrasellüler sıvıdan düşüktür. Ekstrasellüler sıvı intrasellüler sıvıyı dilüe etmek için hücre içine girer. Sıvıyı absorbe eden hücreler şişer. % 0.45 Na gibi (22).

Hipertonik solüsyonların osmolaritesi ekstrasellüler sıvı ve plazmadan fazladır. Hücresinin büzülmesine neden olur. % 0.9 NaCl + % 10 Dextroz gibi (22).

Hastaya verilmesi istenen sıvının miktarı, cinsi, kaç saatte gideceği doktor tarafından belirtilir. Hemşirenin görevi sıvının belirtilen zamanda düzenli olarak verilebilmesi için dakikada gitmesi gereken damla sayısını hesaplamaktır. Sıvı akış hızı elle ya da infüzyon pompası ile ayarlanır. İnfüzyon pompası elektronik bir araç olup hızını otomatik olarak kontrol eder. Şişe boşaldığında veya sıvı akış hızında hata olduğunda araç otomatik olarak kapanır ve alarm verir. Bunlar pediatri kliniklerinde, yoğun bakım ünitelerinde kullanılır. Elle kontrolde ise bir ya da daha çok klemp ve damla haznesi kullanılır. Hemşire hazneye düşen damla sayısını sayarak akış hızını ayarlar. Serumun takıldığı saat damla sayısı gibi bilgiler kayıt edilir. Araç gereçler toplanarak kaldırılır. Bu arada hasta intravenöz komplikasyonlar ve reaksiyonlar yönünden gözlenmelidir (20,21,30,31).

Venöz sıvı tedavisi devam ettiği sürece, her saat başı hastaya giden solüsyonun miktarı, şişede kalan solüsyona göre belirlenir ve sıvı izlem çizelgesine kayıt edilir.

Böylece sıvı tedavisinin istenen hızda devam edip etmediği saptanabilir (22,31).

İnfüzyon sona erdiğinde kanül uygun yöntemle çıkarılıp hasta rahatlatılır. Hastanın kolu bir süredir hareketsiz kaldığından hemşire hastanın kolunu hemen bükmemelidir. Herhangi bir reaksiyon belirtisi varsa bu kaydedilmelidir. Uzun süre intravenöz tedaviye devam edilecekse venleri korumak gerekir (31).

Her venin bütünlüğünü uzun süre korumak için hemşire, iğnenin venin içinde uygun pozisyonda olduğundan emin olmak için iğnenin pozisyonunu ve sıvı akışını sık sık kontrol etmeli, gerekirse ekstremitayı tespit etmelidir. Serum setinin kıvrılmaması, vücudun altında kalmaması ve sıvı akışının kesilmemesi için hastaya bakım verirken dikkatli olmalıdır. Serum setinin iğneden aşağıya sarkmamasına dikkat etmelidir. Aksi takdirde venden sete doğru kan akışı olur. Hastanın yanında yüksek bir yerde, uygulanan bölgeden 40-60 cm. kadar yukarıda olmalıdır (22,25).

1.3.3.6. İntravenöz Sıvıların Akış Hızının Düzenlenmesi

İntravenöz sıvı tedavisinde, hemşirenin önemli sorumluluklarından birisi de sıvı akış hızının düzenlenmesidir. İntravenöz sıvı tedavisine ilişkin hekim isteminde, genellikle hangi miktarda ve ne cinsteki solüsyonun, ne kadar sürede gönderileceği belirtilir. Örneğin; 24 saatte, 1000 ml %0.9 NaCl. Hemşire, verilen isteme göre istenilen süre boyunca solüsyonun doğru akış hızıyla ve düzenli olarak hastaya gönderilmesinden sorumludur (25).

Toplam sıvı miktarının, toplam süreye bölümü akış hızının ml/saat olarak hesaplanmasını sağlar. Toplam sürenin dakikaya çevrilmesiyle akış hızı ml/dakika olarak hesaplanır (22,25).

Dakika damla sayısını hesaplamak için ölçüm biriminin ml' den damlaya çevrilmesi gerekir. Ülkemizde damla faktörü "20" dir. Önce sıvının gideceği toplam süre dakikaya çevrilir, sonra ml birimi, damla birimine dönüştürülür (22,25).

Akış hızı = Toplam sıvı miktarı x 20 / dakika olarak toplam süre

Mayi şişesinin üzerine emin olmak için zamanı belirten bantlar yapıştırılır. Bu bant intravenöz infüzyonun başladığı saati, her saat sonunda verilen mayinin miktarını ve biteceği zamanı gösterir. Mayi hızlı gittiği zaman bireyin dolaşım yükünü arttırarak, kardiyak fonksiyonu tehdit eder (22,25).

1. 3. 3. 7. Alınan ve Çıkarılan Sıvının Kaydı

Vücuda alınan ve vücuttan atılan sıvıları doğru olarak ölçmek ve kaydetmek işlemidir. Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvının doğru olarak kaydedilmesi birçok hastalıkların tanı ve tedavisinde temeldir. Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvıyı toplamak, hastayı tartmak tedavinin gidişini belirlemesi bakımından önemlidir. Alınan ve çıkartılan sıvıyı tam ölçmek için hasta ile ilişki kurmak gerekir (25).

Alınan sıvıları kapsayanlar: Ağız yolu ile alınan tüm sıvılar, I.V. sıvılar, lavman, sonda ile beslemeden ve irigasyon sıvılarından arta kalanlar, foley kateter irigasyonundan sonra kalan miktar ve periton diyaliz sıvıları (20-25).

Hastanın çıkardıklarını kapsayanlar: Kusmuk, idrar, kan kaybı, drene olan sıvı, mide aspirasyonu, parasentez, torasentez, ameliyat drenaj kaybı, v.b. yoluyla vücuttan çıkan sıvılardır (20-25).

Aldığı-çıkardığı sıvı izleminde ölçü birimi olarak mililitre (ml) ya da kubik santimetre (cc) kullanılır. Hemşire her 8 ya da en fazla 12 saatte bir hastanın aldığı- çıkardığı tüm sıvıların kaydını yapar. Alınan ve çıkarılan sıvıların hangi yollarla olduğu kaydedilir. Sıvı izleminde her 8-12 saatin sonunda aldığı ve çıkardığı sıvıların ara toplamları alınır. Ancak bazı özel durumlarda, değerlendirme her saat başı yapılır. Her iki izlem şeklinde de 24 saatin sonunda genel toplam hesaplanır. Elde edilen sonuçlar, bireyin aldığı ve çıkardığı sıvı miktarının dengeli olup olmadığı yönünden değerlendirilir (20).

1. 3. 3. 8. İntravenöz Tedavinin Komplikasyonları

İnfiltrasyon:

İğnenin damar duvarını delerek, sıvının damar dışına yayılmasıdır. Bu durumda intravenöz akış yavaşlar ya da durur. İğnenin girdiği bölgede lokal şişlik, ağrı ve renk solukluğu vardır. İnfiltrasyondan kuşkulandıığında set kapatılmalıdır (21,22,31).

Flebit:

Venin inflamasyonudur. İğne ya da kateter ucunun veni mekanik olarak irrite etmesi, ilaç ya da elektrolitlerin kimyasal irritasyonu sonucu olur. Böylece lokal sıcaklık, duyarlılık, hassasiyet, ağrı, ven boyunca şişme ve kızarıklık vardır. Hastayı rahatlatmak için bölgeye ıslak sıcak kompresler uygulanmalıdır (22,31).

Emboli:

Tromboemboli ve hava embolisi olarak iki şekilde gelişebilir. Tromboembolide trombüs (kan pıhtısı) venin endotelial yüzeyinin kalınlaşmasına neden olur. Kan akımının hızı yavaşlar. Kan pıhtısı koparsa dolaşıma katılır. Bir kan damarını tıkayınca kadar venlerde dolaşır. Akciğer gibi hayati bir organdaki dolaşımı engelleyebilir. Solüsyon verilmeden önce setteki hava iyice çıkarılmamış ise damara hava verilmesi sonucu hava embolisi oluşur. Hasta pulmoner emboli açısından izlenmelidir (22,31).

Dolaşım Yüklenmesi:

İntravenöz sıvının hızlı verilmesi dolaşım yüklenmesine (hipervolemi) neden olur. Özellikle bebeklerde ve çocuklarda, yaşlılarda, renal ve kardiyak sorunu olan hastalarda bu çok önemlidir. Baş ağrısı, dispne, sık solunum ve kuru öksürük erken belirtilerindendir. Daha ileride yüklenme nedeni olarak boyun venlerinde dolgunluk oluşur. Nabız ve solunum sayısı artmış, kan basıncı yükselmiştir (22,31).

Tromboflebit:

Tromboflebit ven içi uygulamalarının en sık görülen yan etkilerinden biridir. Tromboflebit ven duvarının iltihabi reaksiyonu ile birlikte ven lümeninin tam veya kısmi olarak tıkanması durumudur. Damar içi uygulamalarında damara verilen maddeler, uygulama süresi, uygulama yeri, kullanılan iğne ve set, damar içi uygulama yöntemi gibi faktörler tromboflebite neden olmaktadır. Tromboflebit oluşumunda kanser, kalp, şeker hastalığı, hastanın yaşı, cinsiyeti, şişman olup olmaması gibi faktörler de etkilidir (22,31).

İntravenöz girişim komplikasyonlarını azaltmak ve tromboflebiti önlemek için aşağıda belirtilen ilkelere dikkat edilmesi gerekmektedir (22,31):

1. Yatak istirahatindeki hastalara aktif-pasif ve derin soluk alıp verme egzersizleri yaptırmak,
2. İnfüzyon için seçilen veni, sıvının çeşidine, veriliş hıza, infüzyonun uzunluğuna göre seçmek,
3. İnfüzyon için uygulanan bölgenin temizliğini iyot veya % 70'lik alkol gibi antiseptikle yapmak,
4. İntravenöz girişim bölgesine steril gazlı bez uygulandığında steril gazlı bezi 24 saatte bir değiştirmek,
5. İnfüzyon bölgesini ağrı, hassasiyet, kızarıklık, eritem açısından günde en az bir defa muayene ederek komplikasyon belirtilerini gözlemek,
6. İntravenöz infüzyon için kullanılan branln 48-72 saat sonra değiştirilmesi gerekir. Çünkü branül, veni mekanik olarak irrite eder. Ağrı, duyarlılık gibi belirtiler gözlendiğinde branül çıkarılmalıdır. İnfüzyon setlerinin ise 24-48 saatte bir değiştirilmesi uygun olur (22,31).

1. 4. NÖROŞİRÜRJİDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Sinir sistemine ilişkin cerrahi girişimlere nöroşirürji denir. Nöroşirürji intakranial ameliyatları, spinal ameliyatları ve periferik sinir ameliyatlarını kapsar. Sinir sistemine ilişkin cerrahi girişimlerin başarılı ya da başarısız olmasında hemşirelik bakımı önemli rol oynar. Günümüzde nöroşirürji hemşiresinin rolü; hastanın durumunu değerlendiren, bu değerlendirme bulgularını esas alarak, bakım planı geliştiren ve uygulayan kişi olarak tanımlanır (32).

1. 4. 1. Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Bakım

Bu ameliyatlar beden fonksiyonlarını düzenleyen yapıları etkilediğinden, ciddi komplikasyonlar gelişebilir, hasta sakat kalabilir veya ölebilir. Ameliyat sonrası komplikasyonların bazıları, zamanla iyileşirken, bazıları iyileşmez. Komplikasyonlar ameliyat uygulanan bölgeye göre değişir. Bu komplikasyonlar, hafıza kaybı, paralizisi, körlük gibi özel duyu kayıpları, konuşma bozuklukları ya da konuşamama ve mental konfüzyon olabilir (32,33).

Kranial ameliyatlarda kafa derisinin hazırlığı, ameliyattan hemen önce yapılır. Çünkü kafa traş edilirken kaza ile kesi olursa, bu kesinin enfekte olmasına zaman kalmaksızın, hasta ameliyat edilmiş olur (32).

Hasta ve yakınları, ameliyata ilişkin merak ettikleri konuları sormaları için desteklenmelidir. Hastaların çoğu ameliyattan sonra aşırı ağrıdan ve felç olmaktan korkarlar. Bu korku ve endişeler giderilmelidir (32,34).

Ameliyat öncesinde, hastanın durumunun değerlendirilmesine ilişkin temel bulgular, ameliyat sonrası bulgularla karşılaştırılmak için saptanmalıdır. Saptanması gereken bulgular (32):

-Yaşam bulguları (kan basıncı, nabız, solunum, rektal ısı); bilinç düzeyi (yere, zamana ve kişilere oryantasyon), pupil kontrolü (büyüklük, eşitlik, ışığa reaksiyon), cilt rengi ve ısısı,

-Ekstremitelerin duyu ve motor kontrolü,

-Kafa içi basınç artışı bulguları,

-Normal olmayan diğer bulgular (örneğin, nöbetler, dehidratasyon, afazi, görme ya da işitme problemi) (32).

Ameliyat sonrasında hastanın durumunun iyi mi yoksa kötü mü olduğunu, durumunda bir değişme olup olmadığını belirlemede, yukarıda sayılan temel değerlendirme bulgularından yararlanır (32).

1.4. 2. Ameliyat Sonrası Bakım

İntrakranial ameliyatlardan sonra hasta, yoğun bakım ünitesine alınır, durumu stabil oluncaya kadar bu üniteye kalır ve sonra nöroşirürji kliniğine alınır. Hemşire, ameliyat sonrasında hastanın durumunu, dikkatli ve kapsamlı bir şekilde değerlendirerek bazı komplikasyonları önleyebilir ve bazı komplikasyonları erken evrede tanıyıp, etkin bir şekilde tedavi edilmesini sağlayabilir (32,34).

Laminektomiden sonra, hastanın spinal kolonunun düz tutulması ve insizyon yerinin gerilmemesi çok önemlidir. Hasta ameliyattan sonra en az dört kişinin yardımıyla, sarsılmadan ve spinal kolon düz olacak şekilde yatağına alınmalıdır (32).

Hastaya doktor istemindeki pozisyon verilir. Pozisyon hasta ve yakınlarına açıklanır. Hastanın yapmaması gereken aktiviteler de açıklanmalıdır (32).

Ameliyatlardan sonra hemşirenin sık aralarla düzenli bir şekilde yapması ve kayıt etmesi gereken değerlendirmeler şunlardır (32):

-Yaşam bulguları,

-Bilinç düzeyi (yere, zamana, kişilere oryantasyonu),

-Ekstremitelerin duyu ve motor kontrolü,

-Kafa içi basınç artışı bulguları,

-Normal olmayan diğer bulgular (örneğin, nöbetler, dehidratasyon, afazi, görme ya da işitme problemi) (32).

Hemşire, elde ettiği değerlendirme bulgularını, ameliyat öncesi bulgularla karşılaştırır, önemli bulduğu farklılıkları hemen nöroşirürji doktoruna bildirir (32,34).

Hastanın yataktan kalkmasına izin verildiğinde, yataktan kalkmadan önce kan basıncı ölçülmelidir. Hasta düz yatırıldığından ayağa kalktığında postural hipotansiyon gelişebilir. Bu durumda hastanın yatağa uygun bir şekilde alınmasına özellikle dikkat edilmelidir (32).

Lomber spinal ameliyatlardan sonra, hasta sırt üstü yatıyorsa popliteal kısma yastık yerleştirilip dizler fleksiyonda tutulmalıdır. Bu pozisyonda, hasta hem daha rahat eder hem de femoral damarlarda tromboflebit gelişmesi önlenir (32).

Spinal ameliyattan sonra hasta yan tarafa yattığında sırttaki gerilmeyi önlemek için (32):

-Spinal kolon düz olmalı,

-Kalça biraz geriye çekilerek yatak içinde denge sağlanmalı,

-Üst bacak bükülü olmalı ve bacaklar arasına yastık yerleştirilmeli,

-Üstte kalan kolun altına yastık yerleştirilip, kol desteklenmeli ve omuz düşmesi önlenmelidir.

-Hasta sürgü üzerindeyken, sırtı ve bacakları desteklenerek tüm bedenin aynı düzlemde olması sağlanmalıdır. Bu hastalarda, çocuklar ya da kırığı olan hastalar için kullanılan sürgüler kullanılmalıdır.

-Çağrı zili ve kullanacağı malzemeler hastanın yakınına konularak, aşırı uzanması önlenmelidir.

-Hasta birkaç kişiden yardım alınarak, spinal kolonun düz olmasına dikkat edilerek döndürülür. Dönme sırasında kalça flekiyonu önlenmelidir (32).

Servikal spinal ameliyatlar, parasempatik sinir sistemini etkileyerek idrar retansiyonuna neden olabilir. Spinal ameliyatlardan sonra hasta 2-3 saatte bir mesane ve barsak distansiyonu yönünden değerlendirilmelidir. Hareketsizlik ve yatar pozisyonda olma nedeniyle dışkılamaya ilişkin sorunlar gelişebilir. Hastaya dışkılama sırasında ıkınmaması açıklanmalıdır (32).

Spinal ameliyatlardan sonra, spinal kolonu desteklemek için geçici bir süre atel ya da korse kullanılır. Hastanın sırt kasları güçlendikçe korse kullanma süresi kısalmır (32).

Ameliyattan sonraki ilk 48 saatlik sürede, 2-4 saatte bir hastanın ekstremitelerinin duyu ve motor kontrolleri yapılmalıdır. Duyu ve motor fonksiyonlarının giderek bozulması, ödem ya da kanama nedeniyle, spinal kordun bası altında kaldığına işaret edebilir. Spinal kord harabiyeti ya da bası bulguları varsa kaydedilmeli ve doktora haber verilmelidir (32).

Taburcu olacak hasta ve yakınlarına sonraki bakımına ilişkin aşağıdaki bilgiler verilmelidir (32):

-Ameliyat yeri ağrı, ısı artışı ve drenaj gibi enfeksiyon belirtileri yönünden izlenmeli, enfeksiyon bulguları varsa, doktora başvurmalı,

-Ameliyattan sonra birkaç ay, aktivitelerin artması ve skar dokusunun gerilmesine bağlı olarak, sırt ağrısı ve bacaklarda kramp olabilir. İhtiyaç duyulunca ağrı kesici alınmalı. Ağrıda artma olursa durum doktora bildirilmeli,

-Hastanın korse giymesi gerekiyorsa doktorun önerdiği şekilde giymeli,

-Hasta dikişler alındıktan sonra yıkanabilir. Kayıp düşme tehlikesi olduğundan ve sırt düz olarak tutulamayacağından ameliyattan sonraki 3-4 hafta küvette yıkanılmamalı,

-Ameliyattan sonra birkaç hafta, istirahate fazla zaman ayrılmalı ve aktiviteler giderek arttırılmalıdır. Uzun süre oturur ya da ayakta durur pozisyonda kalınmamalı,

-Dışkıyı yumuşak tutmak için lifli besinler yenmeli. Hasta şişmansa planlı bir şekilde zayıflamalı,

-Doktorun izni olmadıkça spor ya da ağır işler gibi zorunlu aktiviteler yapmamalı,

-Ameliyattan sonraki 6 haftalık sürede, hangi aktivitelerin yapılabileceği, doktordan öğrenilmeli (32).

1. 4. 3. Kafa İçi Basınç Artışı (KİBA)

Sinir sisteminin temelini oluşturan birçok yapı kafatası içinde yer alır. Kafatası içinde serabral kan volümü, serabrospinal sıvı ve beyin dokuları tarafından oluşturulan basınç “kafa içi basıncı” olarak tanımlanır (32,33,35).

Kafa içi basıncı bütün sağlıklı insanlarda günlük aktiviteler sırasında artmakla birlikte aktivitelerden sonra dengelenme mekanizmaları sayesinde normal düzeyine dönmektedir. Kafa içi basıncı serabral kan volümünün, serabrospinal sıvı hacminin ve beyin doku kitlesinin artması gibi nedenlerle artabilmektedir. Beyin dokusunda anormal artışlar (tümörler), beyin omurilik sıvısının artması, serabrovasküler olaylar ve beyine uygulanan cerrahi girişimler kafa içi basınç artışına neden olmaktadır.

KİBA, beyin hücrelerine doğrudan zarar vermektedir. Merkezi sinir sistemi hücreleri zarar gördüğünde, hastada kalıcı hasarlar ortaya çıkabilmektedir. KİBA' nın erken dönemde belirlenmesinin ve önlenmesinin yaşamsal önemi bulunmaktadır (31,32,35).

1. 4. 3. 1. KİBA' nın Belirti ve Bulguları

KİBA' nın belirti ve bulguları bilinç düzeyinde, pupillalarda, duyu-motor fonksiyonlarda ve yaşam bulgularındaki değişiklikler ile baş ağrısı, bulantı-kusma ve epileptik nöbetler olarak sıralanabilir. Erken bulguları oryantasyon bozukluğu, letarji, huzursuzluk, kafa içinde gelişen olayla aynı taraftaki pupillalarda dilatasyon, kontrateral hemiparazi, baş ağrısı, bulanık görme ve görmede azalmadır. Hastaları bu belirtiler yönünden izlemek, belirtiler ortaya çıktığında değerlendirip, en kısa sürede sorumlu hekimi haberdar etmek, KİBA gelişebilecek hastaya bakım veren hemşirenin en önemli sorumluluklarından biridir (31,32,35,36).

1. 4. 3. 2. KİBA' nın Belirti ve Bulgularının İzlenmesi

Bilinç Takibi: Bilinç, kişinin kendisinin ve çevresinin farkında olması, yeni uyaranlara karşı uyum sağlayabilmesidir. Bilinç durumu nörolojik değişikliklerin en hassas göstergesidir. Bu nedenle KİBA'nın erken dönemde belirlenebilmesi için hastalara bilinç takibi yapılması gerekir. Bilinç durumunu değerlendirmek için 1974 yılında Teasdale ve Jennet tarafından geliştirilen Glaskow Koma Skalası kullanılmaktadır (31,32,35,36-38,39,40).

Yaşam Bulgularının Takibi: KİBA geliştiğinde hayati merkezler baskı altında kalarak yaşam bulguları değişebilmektedir. Bu nedenle yaşam bulgularının uygun sıklıkla izlenmesi gerekir (36,37).

Pupilla Takibi: KİBA, merkezi orta beyinde bulunan nervus okulomotoriusa etki ederek pupillaların daralıp genişlemesini engelleyebilir. Pupilla takibi sırasında

pupillaların miyotik ya da midriyatik oluşuna, eşitliğine ve ışık refleksine bakılır (37,39).

Ekstremitelerde Duyu ve Motor Değişikliklerin Takibi: Hastanın tüm ekstremiteleri duyu, motor ve kuvvet yönünden kontrol edilir. Motor kontrolü sırasında hastanın sırasıyla dört ekstremitelerini de kendisine doğru çekip sonra tekrar eski haline getirmesi, yukarıya doğru kaldırması ve aşağıya indirmesi istenir. Kuvvet kontrolünde, hastanın her iki eliyle de kontrolü yapan kişinin ellerini sıkması istenir. Ayrıca hastanın her iki ayağıyla da kontrolü yapan kişinin ellerini itmesi istenir. Duyu kontrolü sırasında ise, ayak altına ya da ellerine sivri uçlu bir araç ile dokunularak hastanın ağrılı uyarana yanıtına bakılır (32,37,39).

Baş Ağrısı Takibi: KİBA, beyin zarlarının gerilmesine ve baş ağrısına neden olacağından, hastaların bu yönden izlenmesi gerekir (37,39).

Bulantı ve Kusma Takibi: KİBA, medulla oblangatadaki vagal merkezi uyararak bulantı ve kusmaya neden olduğundan, hastaların bulantı ve fışkırır biçimde kusmaları, yönünden izlenmeleri gerekir (37).

Epileptik Nöbet Takibi: KİBA durumunda beyinde anormal elektriksel deşarjlar olabileceğinden hastaların epileptik nöbet geçirme yönünden takibi gerekir (31,32,37).

1. 4. 3. 3. KİBA'ya Neden Olan Durumların Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Girişimleri

Hasta, kafa içi basınç artışı belirtileri ve bulguları yönünden düzenli bir şekilde izlenir ve kayıt edilir. Hastanın solunum yolu açık tutulur. Solunum yolunu açık tutmak için uygun şekilde aspire edilir. Beyin venöz dönüşü kolaylaştırmak için yatak başı 30° yükseltilir. Sıvılar doktor isteminde belirtildiği şekilde verilir. Hastanın aldığı- çıkardığı izlenir. Hastaya İV yolla ilaç verirken, fazla sıvı verilmiş olabilir. Hastanın aldığı sıvılar hesaplanırken bu yolla verilen sıvılar da dikkate

alınmalıdır. İkinma kafa içi basınca neden olacağından, ıkınmaya yol açacak durumlar giderilmeye çalışılır. Bunun için hastanın kusması, aşırı öksürmesi, konstipe olması uygun girişimlerle önlenir. Konstibasyon için lavman uygulanmaz, dışkı yumuşatıcılar verilir. Nöbetler, kafa içi basınçta ciddi artışa neden olduğundan, nöbetlerin gelişmesi önlenmeye çalışılır. Beden ısısının artışı, metebolizmayı hızlandırarak, kafa içi basıncı arttıracığından, beden ısısı arttığında gecikmeksizin uygun şekilde düşürülür (32,36,37).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma retrospektif bir çalışmadır. Afyon Kocatepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Nöroşirürji Anabilim Dalında yatarak takip edilmiş hastalarda doktor istem formları ile hemşire takip formları arasındaki uyum, hasta dosyaları incelenerek tespit edilmeye çalışılacaktır. Araştırma hastane başhekimliği ve hastane müdürlüğünden izin alınarak hastane arşivinde yapılacaktır.

Materyal olarak, hasta dosyaları, doktor istem formu, hemşire gözlem formu, ilaç uygulama formları kullanılacaktır.

Hasta dosyalarındaki doktor istem formu ile hemşire ilaç uygulama formu ve hemşire takip formu karşılaştırılacaktır. Takipler hastanın yatışından itibaren bir haftalık süreyi içerecektir. Hastalar cinsiyeti, yaşı, tanısı, yatış süresi, yattığı bölüm (yoğun bakım veya servis) açısından da değerlendirilecektir.

Takipler: 1. Yaşam bulgularının takibi (Ateş, Nabız, Tansiyon arteriyel, Solunum), 2. Mayi takibi, 3. E. Ş. P. T (ekstremiteler, şuur, pupilla takibi), 4. İlaç takibi başlıkları altında gruplandırılmıştır.

Doktor istem formunda yer alan yaşam bulgularının takibi, mayi takibi, E.Ş.P.T. ve ilaç istemi, hemşire takip formunda yapıldığı belirtilmiş ise artı, yapılmamış ise eksi konularak değerlendirilecektir. İstem sonlandırılmış ise değerlendirme dışı bırakılacaktır. Bir sebepten dolayı uygulamanın/takibin yapılamadığı belirtilmiş ise işlem artı olarak değerlendirilecektir.

Verilerin değerlendirilmesinde, yüzdeler, sayılar ve aritmetik ortalama kullanılacaktır.

3. BULGULAR

Araştırmada arşiv taramasıyla 50 hasta dosyası incelenmiştir. Hasta dosyalarına; Nöroşirürji kliniğinde yatan hastaların, bilgisayardan dosya protokolleri bulunarak, arşivde dosyaların taranmasıyla ulaşılmıştır. Nöroşirürji arşivinde Şubat-2004 ve Aralık 2005 tarihleri arasında klinikte yatan hasta dosyaları incelenmiştir.

Hastanın protokolü, adı, soyadı, yaşı, cinsiyeti, adresi, tanısı, yattığı bölüm, yatış süresinin de belirtildiği bir form hazırlanmıştır. Bu form ile hastanın servise yatışından itibaren bir haftalık süredeki, doktor isteminde yer alan yaşamsal bulguların; ateş, nabız, tansiyon, solunum takibinin, E.Ş.P.T. (Ekstremiteler, şuur, pupilla takibi), mayi takibinin ve ilaç uygulamalarının yapılıp yapılmadıkları, hemşire takip formları ve ilaç uygulama formları incelenerek tespit edilmeye çalışılmıştır (Tablo 1).

Çalışma kapsamında incelenen 50 hasta dosyasında erkek hasta sayısı 24 (%48'i), kadın hasta sayısı 26 (% 52'si) dir.

Yaşları 1 ile 77 arasında olup yaş ortalamaları 51. 9 bulunmuştur.

Klinikte yatış süreleri 7 gün ile 28 gün arasında olup ortalama 14.32 gündür.

Tanıları yönünden bakıldığında %88' i spinal kaynaklı rahatsızlıklar nedeniyle hastaneye yatmışlardır.

Dosyası incelenen hastaların % 16' sının (8 hasta) acil veya başka bölümden yatışı yapılırken, % 84' ü (42 hasta) polikliniğe başvurarak yatışının yapıldığı, hastaların % 50'inin tanılarında disk hernisi olduğu saptanmıştır.

Hemşire takip formları incelendiğinde hastaneye yatışlarından itibaren bir haftalık sürede ateş takibinin %13,90, nabız, tansiyon arteriyel ve solunum takiplerinin ise %11,92 oranında doktor istem formunda belirtildiği şekilde yapılmadığı saptanmıştır.

Doktor istem formunda mayi takibi istenen hastalarda takiplerin %6,94 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Aldığı –çıkardığı takipleri %24,61 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Ekstremiteler, şuur, pupilla takiplerinin %40 oranında yapılmadığı saptanmıştır.

İlaç uygulamalarının, doktor istem formu ile hemşire ilaç uygulama formu karşılaştırıldığında, oral yolla verilen ilaçlarda isteme uygun yapılmama oranı % 4,18, parenteral ilaç uygulamalarında % 2,88 bulunmuştur (Tablo 1).

Tablo 1. Doktor İstemine Uygun Yapılan ve Yapılmayan Hemşirelik Uygulamaları:

Dr. İstemine uygun Hemşire Uygulamaları	Yapılanlar		Yapılmayanlar		Toplam	
	S	%	S	%	S	%
Yaşam Bulgularının Takibi						
Ateş Takibi	260	%86,09	42	%13,90	302*	%100
Nabız Takibi	266	%88,07	36	%11,92	302*	%100
Tansiyon Takibi	266	%88,07	36	%11,92	302*	%100
Solunum Takibi	266	%88,07	36	%11,92	302*	%100
Mayı Takibi	67	%93,05	5	%6,94	72*	%100
Aldığı Çıkardığı Takibi	49	%75,38	16	%24,61	65*	%100
E.Ş.P.T	6	%60	4	%40	10*	%100
İlaç Uygulamaları						
Oral İlaçlar	206	%95,81	9	%4,18	215*	%100
Parenteral İlaçlar	236	%97,17	7	%2,88	243*	%100

*Dr. istem sayıları N olarak alınmıştır.

4. TARTIŞMA

İncelenen hasta dosyalarında hastaların yaş ortalaması 51.9 olarak saptanmıştır.

Karadağ ve Aksoy' un (1999) lomber disk hernisi hastaları üzerindeki çalışmalarında, deney grubunda yaş ortalamasını 44,06 ($\pm 11,64$) olarak ifade etmişlerdir (41).

Çilingir ve Bayraktar' ın araştırmalarında hastaların yarısından fazlasının (%58,58) 42 yaş ve üzerinde bulunmuştur. Bu bulgu bizim araştırmamızdaki hastaların yaş ortalamalarıyla paralellik göstermektedir (42).

Litaratürde, disk hernisinin orta yaşlarda (40-50) yoğunluk gösterdiği belirtilmiştir. Aynı literatürde erkeklerde yaşam koşulları ve zorlanma olasılığının fazlalığından dolayı erkeklerde biraz daha sık görüldüğü belirtilmektedir. Bizim araştırmamızda ise % 52 oran ile kadın oranı erkeklere göre biraz daha fazladır (33).

Klinikte ortalama yatış süresi 14,32 gün olarak bulunmuştur.

Çoşkun ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında, hemşirelerin hemşirelik işlevleri hakkındaki bilgi durumları saptanmaya çalışılmış ve hemşirelerin %84, 1' i "hayati belirtileri alma" yı "hemşirelik işlevidir" demiştir.

Erkal' ın (2000) çalışmasında işlem öncesi ve sonrasında yaşam belirtilerinin alınma oranı % 100 olarak belirtilirken, işlem sonrası oluşan sorunlarda vital bulgulardaki değişikliklerin hemşireler tarafından kayıt edilmesi çalışma öncesi %8,8 iken çalışma sonrası vital bulgulardaki değişikliklerin kaydedilmesi % 34,9 olarak saptanmıştır. Yani, çalışma sonrası değişikliklerin kayıt edilmesi artmıştır (44).

Çilingir ve Bayraktar' ın çalışmasında ise, hastaların %27,14' ünün yaşam bulgularının hekim istemine uygun sıklıkla izlendiği, beden ısısının %30 isteme

uygun sıklıkla izlendiği, kafa içi basıncı artabilecek hastalarda hava yolu açıklığının sağlanması gerektiğinin %95 oranında bilinmediği saptanmıştır (42).

Beden ısısının artışı, metabolizmayı hızlandırarak, kafa içi basıncı arttıracığından, beden ısısı arttığında gecikmeksizin uygun şekilde düşürülür (32,36,37).

Araştırmamızda ateş takibinin %86,09 oranında hekim istemine göre yapıldığı saptanmıştır. Bu oran Çilingir ve Bayraktarın araştırmasına göre yüksektir. Yaşam belirtilerinin ölçülmesi, hastanın sağlık durumunun izlenmesinde ve ortaya çıkan sorunların tanımlanmasında hızlı ve etkili yöntemdir. KİBA geliştiğinde hayati merkezler baskı altında kalarak yaşam bulguları değişebilir. Yaşam bulgularının takibindeki yetersizlik nedeni, uygulamalardaki bilgi eksikliğinden çok uygulama nedenlerinin bilinmemesi ve öneminin yeterince kavranmamış olması olabilir.

Diğer taraftan, Çoşkun ve arkadaşlarının çalışmasında hemşireler, hemşirelik işlevi olduğu halde %71,2 oranla hastaya verilen bakımı kaydetmediklerini belirtmişlerdir. Bu sonuç araştırmamızdaki yaşam bulgularının takibindeki eksikliğe, hemşirelerin takipleri kayıt etmedeki yetersizliğinin de etken olabileceğini düşündürmektedir (43).

Araştırmamızda doktor isteminde yer alan mayi takibinin %6,94 oranla, aldığı çıkardığı takibi %24,61 isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Çoşkun ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin %10,1' i hastanın aldığı- çıkardığı takip ve kayıt edilmesini hemşirelik işlevi değildir demiştir (43).

Hastaya verilmesi istenen sıvının miktarı, cinsi, kaç saatte gideceği doktor tarafından belirtilir. Hemşirenin görevi sıvının belirtilen zamanda düzenli olarak verilebilmesidir (20,21,30,31).

Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvının doğru olarak kaydedilmesi bir çok hastalıkların tanı ve tedavisinde temeldir. Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvıyı toplamak, hastayı tartmak tedavinin gidişini belirlemesi bakımından önemlidir (25).

Hastaya IV yolla ilaç verirken, fazla sıvı verilmiş olabilir. Hastanın aldığı sıvılar hesaplanırken bu yolla verilen sıvılar da dikkate alınmalıdır. İntravenöz sıvının hızlı verilmesi dolaşım yüklenmesine (hipervolemi) neden olur. Hemşire hastalarda mayi takibini yaparak olası komplikasyonların gelişimini önlemelidir (25).

Araştırmamızda ekstremiteler, şuur, pupilla takibinin %40 oranında yapılmadığı saptanmıştır.

Çilingir ve Bayraktarın araştırmasında; bilinç, pupilla, ekstremiteler duyu motor değişikliklerinin izlenmediği, KİBA' a yönelik bulgularda bilinç, pupilla, ekstremiteler duyu motor değişikliklerinin %60 oranında bilinmediği belirtilmektedir (42).

KİBA, beyin hücrelerine doğrudan zarar vermekte ve merkezi sinir sistemi hücreleri zarar gördüğünde kalıcı hasarlar ortaya çıkabilmektedir. KİBA' nın erken dönemde belirlenmesinin ve önlenmesinin yaşamsal önemi bulunmaktadır (31,32,35).

Oysa bilinç, pupilla, ekstremiteler, duyu, motor değişiklikleri kafa içi basınç artışının önemli belirtileri olduğundan, basınç artışı gelişebilecek tüm hastalarda bu takiplerin düzenli bir şekilde yapılmasının önemi büyüktür. Merkezi sinir sistemine yönelik ameliyatlardan önce ve sonra takip edilip karşılaştırılarak değişikliklerin gözlenmesi, değişikliklerin doktora haber verilmesi ve hasta durumunun değerlendirilmesi bakımından da ekstremiteler, şuur, pupil, bilinç takibi önemlidir.

Araştırmamızda, doktor istem formu ile hemşire ilaç uygulama formu karşılaştırıldığında oral ilaçların %4,18, parenteral ilaçların %2,88 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Yıldırım'ın (1988) araştırmasında, hemşirelik işlevlerinin değerlendirilmesinde, genel olarak hekim direktiflerine bağlı olanların hemşirelik işlevleri olarak kabul edilme ve uygulanma oranlarının diğerlerine göre daha fazla olduğu, hemşirelerin tedavi işlevlerini birincil işlev alanında benimseyerek uyguladıkları belirtilmiştir. Bu bulgu bizim araştırmamızda en yüksek oranın ilaç uygulamalarında olduğunu açıklar niteliktedir (46).

Diğer taraftan, Çoşkun ve arkadaşlarının çalışmasında hemşireler, “hekimin yazılı direktifleri doğrultusunda tedavileri uygulama” sorusuna %12,5 oranıyla, “hastanın tedavisini kaydetme” yi ise %11.6 oranıyla, hemşirelik işlevi değildir, demişlerdir (43).

Bu bulgu araştırmamızda, ilaç uygulamalarının %4,18 oranında hekim istemine uygun yapılmamasında, hemşirelerin tedavileri hekimin direktiflerine göre uygulamayı ve kaydetmeyi hemşirelik işlevi olarak görmemeleri nedeniyle, uygulamanın kayıt edilmesinde eksiklik olduğunu düşündürmektedir.

Türkmen ve arkadaşlarının hemşirelerde I.V. ve oral ilaç uygulamalarına ilişkin araştırmalarında, eğitim öncesi ve sonrası bilgi ve beceri puanlarındaki fark anlamlı bulunmuş olup, eğitim sonrası I.V. ve oral ilaç uygulamadaki bilgi ve becerinin arttığı belirtilmiştir. Ayrıca eğitim öncesi, oral ilaç uygulamalarının kayıt ve bakımının tam olmadığı saptanmıştır (45).

İlaç tedavisi hasta bakımının oldukça önemli bir yönünü oluşturmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 132' inci Maddesi' inde hemşirenin görev ve yetkisi için: “...hastanın tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavileri meslekleri dahilinde ve tabiplerin tarifine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler” ifadesi yer almaktadır (1-6-7).

Doğan (1988) çalışmasında mevcut kayıtların kapsam yönünden yeterli olmadıklarını belirtmiştir (47).

Saltık ve arkadaşlarının çalışmasında (1990), Hemşirelik Yasasını her 10 hemşireden 9' unun hiç duymadığı, büyük düzeyde bilgi açığı olduğu belirtilmiştir (48).

Çoban (1999) araştırmasının sonucunda, hemşirelerin mevcut yasal düzenlemelerle ilgili bilgilerinin olmadığı, çoğunlukla geleneksel faaliyetleri benimseyip yaptıklarını belirtmektedir (49).

Hemşirenin bağımlı fonksiyonları yani doktor istemiyle belirlenmiş işlevleri, hemşireye yasal bir sorumluluk getirmektedir. Bu nedenle istemi uygulaması kadar yazılı olarak alması, kayıt tutması eğer uygulanmamış ise nedeniyle birlikte doktora bildirilip kaydetmesi, hem kendi, hem kurumu için yasal dayanak, hem de ilerideki çalışmalarda kaynak olması açısından önemlidir.

Elde edilen bulgular ile literatür karşılaştırıldığında, hekim istemleri ile hemşire uygulamalarının bire bir örtüşmediği görülmüştür. Bu sonuç kayıtların eksik tutulduğunu, hemşirelerin de konuya ilişkin sorumluluklarını, yeterince kavrayamadığını düşündürmektedir.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Nöroşirürji kliniğinde yatan hastalarda doktor istem formları ile hemşire takip formlarının uyumunu incelemek amacıyla yapılan bu araştırmanın sonuçları şöyle sıralanabilir.

Arşiv taramasıyla 50 hasta dosyası incelenmiştir. Dosyası incelenen hastaların %48' i erkek, % 52' si kadındır.

Yaşları 1 ile 77 arasında olup yaş ortalamaları 51. 9 bulunmuştur.

Klinikte yatış süreleri 7 gün ile 28 gün arasında olup ortalama 14.32 gündür.

Hastaların %88' nin spinal kaynaklı rahatsızlıklar nedeniyle hastaneye yattıkları saptanmıştır.

Dosyası incelenen hastaların % 16' sı acil veya başka bölümden yatışı yapılırken, % 84' ü polikliniğe başvurarak yatışı yapılmış, hastaların % 50'inin tanılarında disk hernisi olduğu saptanmıştır.

Hastaların ateş takibinin %13.90, nabız, tansiyon, solunum takiplerinin %11.92 oranında doktor istem formunda belirtildiği şekilde yapılmadığı saptanmıştır.

Doktor istem formunda belirtilen, mayi takiplerin % 6.94, aldığı-çıkardığı takiplerinin %24.61 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Doktor istem formunda belirtilen ekstremiteler, şuur, pupilla takibinin %40 uygulanmadığı bulunmuştur.

Doktor istem formu ile hemşire ilaç uygulama formu karşılaştırıldığında, hastaların oral ilaç uygulamalarının % 4.18, parenteral ilaç uygulamalarının %2.88 oranında isteme uygun yapılmadığı saptanmıştır.

Doktor istemleri ile hemşire takip formlarının bire bir uymadığı görülmüştür.

ÖNERİLER:

Elde edilen sonuçlara paralel olarak:

1. Bilinen ve uygulanan bilgilerin gözden geçirilmesi, bilgilerin hatırlanması ve güncellenmesi açısından düzenli hizmet içi programlarının planlanması,
2. Kurum içinde hemşirelerin rol ve işlevlerinin daha net belirlenmesi,
3. Hekim istemlerinin daha net anlaşılabilmesi için istem formlarının gözden geçirilmesi,
4. Hemşire takip ve uygulama formlarının daha düzenli ve dikkatli işlenmesi,
5. Tutulan her kayıtın yasal açıdan öneminin tüm çalışanlarca bilinmesi, kayıtların toplanması ve saklanmasında bilinçlendirilmeleri,
6. Özellikle hastayla iletişim yönünden, yasal olarak daha fazla risk altında olmaları nedeniyle, hemşirelerin yasal sorumlulukları hakkında bilinçlendirilmeleri,
7. Konuyla ilgili daha yönlü araştırmalar yapılması önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Aban S. (1997) Hekim İstemleri ve Hemşirenin Yasal Sorumluluğu. *C. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1.**, 1-8.
2. Kaynarca S. (1996) Hemşirelikte Kayıt Sisteminin Önemi. *Hemşirelik Dergisi*, **6.**, 24.
3. Yiğit R. (1994) Hemşirelik. *Türk Hemşireler Dergisi*, **2.**, 9-11
4. Bayık A. (1984) Hemşirenin Değişen Rolü. *Türk Hemşireler Dergisi*. **4.**, 6-8
5. Köşgeroğlu N. (1995) Hemşirelikte Hak ve Sorumlulukların Yerine Getirilmesini Etkileyen Faktörler. *Türk Hemşireler Dergisi*, **5.**, 40-41.
6. Savaşer S. (1990) Hemşirelik İle ilgili Yasa, Tüzük ve Yönetmelikler. *Hemşirelik Bülteni.*, **17.**, 35-41.
7. Uyer G. (1997) Hemşirelik ve Yönetim (3. Basım). Hürbilek Matbaacılık, Ankara.
8. Durdu H. (1986) Sağlık Mesleğinde Hukuki Sorumluluk. Uğur Ofset Matbaa, İzmir.
9. Küçük A. İdarenin Tıbbi Hizmetlerden Doğan Sorumluluğu. <http://hukuki.net> (Erişim Tarihi: 06.12.2005)
10. Altınışık M. Tıbbi Dökümantasyon ve Tıbbi Dökümantasyonun Tarihçesi. <http://aysaghiz.adu.edu.tr/eski/ashmyo/htm> (Erişim tarihi 06.12.2005).
11. Ülker S. (1985) Hemşire Gözlem Kağıtları. I. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Özetleri. E. Ü. H. Y. O., İzmir.
12. Fuerst V. E., Wolff V. L., Weitzel . M. (1979) Hemşireliğin Temel İlkeleri (2. Basım). Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 2, İstanbul.

13. İnanç N., Hatipoğlu S., Yurt V., ve ark. (2003) Hemşirelik Esasları. Damla Mat. Reklam ve Yay. Tic. Ltd. Şti., Ankara.
14. Yıldız S. (3003) Profesyonel Hemşirenin Rol ve İşlevleri. *Hastane Yönetimi* **2**, 35-40.
15. Babadağ K. (1992) Hemşireliğin Yasal Yönleri. İn: Sezgin K. (Eds) Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi. Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 260, Eskişehir.
16. Velioğlu P. (1994) Hemşireliğin Düşünsel Temelleri. Alaş Ofset Matbaa, İstanbul.
17. Eren N., Uyer G. (1993) Sağlık Meslek Tarihi Ve Ahlakı (5. Baskı). Hatiboğlu Yayınevi, Ankara.
18. Büyükkurt M. (1988) Hemşirelik Kanunu. *Türk Hemşireler Dergisi*, **3-4.**, 39.
19. Birol L. (2002) Hemşirelik Süreci (5. Baskı). Etki Matbaacılık Ltd. Şti., İzmir.
20. Ulusoy F., Görgülü S. (1995) Hemşirelik Esasları Temel, Kuram, Kavram, İlke ve Yöntemler. Çağın Ofset, Ankara.
21. Hovardaoğlu A., Şenocak L. (1993) Hasta Bakımı ve koruyucu Ebelik Hizmetleri Ders Kitabı. Hatipoğlu Yayınları, Ankara.
22. Çakırcalı E. (1998) Hemşirelikte Temel İlke ve Uygulamalar (2. Baskı). E. Ü. Basımevi, İzmir.
23. Eşer İ. (2004) Hemşirelik Esasları Ders Notları. E. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Hemşirelik Esasları Dersi, İzmir.
24. Yıldırım Ş., Özusta T. (1972) Hemşirelik İşlemleri. Başnur Batbaası, Ankara.
25. King M. E., Wieck L., Dyer M. (1983) Hemşirelik Teknikleri Elkitabı. Vehbi Koç Vakfı Yayınları No: 4, İstanbul.

26. Görgülü S. (1995) Vücut Isısı Ölçümünde Kullanılan Yöntem ve Araçlar. *H. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1.**, 21-29.
27. Conk Z., Erdal E., Babur E., ve ark. (1991) E. Ü. Hastanesi Hemşirelik İşlemleri Rehberi. E.Ü. Tıp Fak. Yayın Bürosu, İzmir.
28. Aykan S. (1995) Ebelik Esasları. Somgür Yayınları, Ankara.
29. Cingi İ., Erol K. (1996) Farmakoloji (1. Basım).Açıköğretim Fakültesi Yayınları No: 223, Eskişehir.
30. Aykan S. (1988) Melek Esasları Tekniği ile Hasta Bakımı ve Koruyucu Ebelik Hizmetleri. Yeniçağ Basım, Akara.
31. Karadağ A. (1999) Ven İçi Sıvı Tedavisi: Koplikasyonlar ve Hemşirelik Bakımı. *C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **3.**, 39-47
32. Erdil F.(1997) Sinir Sistemi Cerrahisi ve Hemşirelik Bakımı (2. Basım). İn: (Eds) Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği, Tasarım Ofset Ltd. Şti., Ankara.
33. Kumral K., Özdamar N. (1992) Nöroloji Nöroşirürji (2. Basım). E. Ü. Basımevi, İzmir
34. Bilgin Z. (1984) Beyin Cerrahi servislerinde Verilecek Hemşirelik Bakımı Nasıl Olmalıdır. *Türk Hemşireler Dergisi*, **3.**, 34-37.
35. Tanyer Ş.(1995) Cerrahi Hastalıklar ve Hemşireliği (3. Basım). Sistem Ofset, Ankara.
36. Durna Z. (1993) Nörolojik Hastalıklarda Hemşirelik Bakımı (2. Basım) İn: Tunçkan E. (Eds) *İç Hastalıklar Hemşireliği*, Açıköğretim Yayınları No: 262, Eskişehir.
37. Akdemir N. (1990) Sinir Sistemi ve Nöroloji Hemşireliği (1. Baskı). H.Ü. Basımevi, Ankara.

38. Somyürek İ. (1995) İlk Yardım Ders Kitabı. Somgür Yayıncılık, Ankara.
39. Çilingir D. (2003) Kafa İçi Basıncı Artışı ve Hemşirelik Bakımı. *H. Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, **1.**, 44-52.
40. Sepit D. (2005) Bilinç Durumunun Değerlendirilmesi ve Glaskow Koma Skalası. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, **1.**, 12-17.
41. Karadağ M., Aksoy G., (2001), Lomber Disk Herni Ameliyatı Öncesi ve Sonrasında Sorunlarla Baş Etmede Hemşirenin Rolü, *Hemşirelik Araştırma Dergisi*, **1.**, 149-58
42. Çilingir D., Bayraktar N. (2000) Nöroşirürji kliniğinde Yatan Hastalarda Kafa İçi Basıncı Artışının Önlenmesine Yönelik Hemşirelik Bakımının ve Hemşirelerin Bu Konudaki Bilgilerin Saptanması. *H. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi*, **1-2.**, 20-32
43. Coşkun A., Dağ H., Çetinbağ H. Ve ark. (1993) Uygulayıcı Rol Üstlenen Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkındaki Bilgi Durumları ve Uygulama Biçimlerinin Araştırılması. *Hemşirelik Bülteni*, **29.**, 54-61
44. Erkal S. (2005) Kroner Anjiyografi Yapılan Hastalarda Standart Bakım Planı Uygulaması Öncesi ve Sonrasında Hemşirelik Kayıtları. *ZSYOD*, **1.**,34-42
45. Türkmen E., Üstündağ M., Sepit D., ve ark. (2001) Vehbi Koç Vakfı Amerikan Hastanesinde Katlarda Çalışan Hemşirelerin İntravenöz ve Oral Uygulamalarına İlişkin Beceri Gelişiminin Değerlendirilmesi. I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, 493-496
46. Yıldırım A. (1988) Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Hizmetlerinde Yer Alması Gereken Hemşirelik İşlevleri Hakkında Bilgi Düzeylerinin Araştırılması. İ. Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

47. Doğan S. (1988) Bir Psikiyatri Kliniğinde Hemşire Gözlem Kağıtları ve Yeni Bir Gözlem Kayıt Form Geliştirilmesi. *Türk Hemşireler Dergisi*, **3-4**, 29-31
48. Saltık A., Dindar İ., Yorulmaz F. ve ark.(1990) Edirne merkezinde Görevli Hemşirelerin Meslekleri ve Hekim- Hemşire İlişkileri Hakkındaki Değerlendirmeleri. *Türk Hemşireler Dergisi*, **1.**, 9-13
49. oban İ., (1999) ağdaş Hemşirelikte İş Tanımını K. K. T. C. Hemşirelerinin Benimseme ve Uygulama Durumu. İ. . Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelikte Yönetim Ana bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi

Ek 1. Doktor İstemini ve Hemşire Takiplerini Karşılaştırma Formu

Protokol No:
Adı Soyadı:
Yaş:
Cinsiyet:

Adres:
Tel No:

Yatış Tarihi:
Yatış Süresi:
Yoğun Bakım:

Poliklinik:

Dr:
Tanı:
Ameliyat:

Günler		1.gün	2.gün	3.gün	4.gün	5.gün	6.gün	7.gün	Nedenler
V İ T A L	Ateş								
	Nabız								
	T.A.								
	Solunum								
M A Y İ	Aldığı- Çıkardığı								
	E.Ş.T.P								

Ek 2. Glaskow Koma Skalası

Göz Açma

- 4 puan Herhangi bir uyarı verilmeden kendiliğinden gözlerini açar
- 3 puan Normal veya yüksek sesle, seslenince gözlerini açar.
- 2 puan Sadece ağırlı uyaran verildiğinde gözlerini açar.
- 1 puan Ağırlı uyaran verildiğinde de gözlerini açmaz.

Motor Cevap

- 6 puan “Elini kaldır, bacağına kaldır” gibi basit komutları yerine getirebilir.
- 5 puan Ağırlı uyaranı lokalize edebilir, uyarının kaynağını uzaklaştırmaya çalışır.
- 4 puan Ağrıya karşı amaçsız hareket eder ve ağrıdan uzaklaşmaya çalışır.
- 3 puan Anormal fleksör yanıt veya dekortike duruş; ağrıya karşı dirsek ve bileklerde fleksiyon olurken, bacaklarda ekstansiyon olur.
- 2 puan Anormal ekstansör yanıt veya desebre duruş; ağrıya karşı alt ve üst ekstremitelerde ekstansiyon olur.
- 1 puan Ağrıya karşı ekstremitelerde hiçbir cevap yoktur.

Sözel Cevap

- 5 puan Yer, zaman ve kişi oryantasyonu tamdır.
- 4 puan Oryantasyon bozuk, konfüzedir. Kelimeleri doğru söylemekle birlikte verdiği cevaplar sorulan sorunun karşılığı olmayabilir.
- 3 puan Çok az anlamı olan ya da hiç olmayan kelime veya vurgularda bulunur.
- 2 puan Anlaşılmaz seslerle cevap verir.
- 1 puan Hiç sözel cevap yoktur.

*Puan: 3↓ ise beyin ölümü, 8ve 8' den ↓ise koma (15 puan tam iyileşme) (40).

