

156222

**HEMŞİRELERİN YAŞAM BULGULARI
ÖLÇÜM STANDARTLARINA UYMA
DURUMLARI
(BİR SİSTEMATİK İNCELEME)**

Nurgöl GÜngör

T.C

CELAL BAYAR ÜNİVERSİTESİ

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Anabilim Dalı

YÜKSEK LİSANS TEZİ

olarak hazırlanmıştır.

DANIŞMAN: Yrd. Doç. Dr. Gülten KARADENİZ

Eylöl - 2004

YÜKSEK ÖĞRETİM KURLU DÖKÜMANTASYON MERKEZİ TEZ VERİ FORMU

Tez No:

Konu:

Üniversite Kodu:

Not: Bu bölüm merkezimiz tarafından doldurulacaktır.

Tezin Yazarının;

Soyadı : GÜNGÖR

Adı: Nurgül

Tezin Türkçe Adı : Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarına Uyuma Durumları (Bir Sistematik İnceleme)

Tezin Yabancı Adı: The Conditions to Approve to Vital Sign Measurment Standards of Nurses (A Systematic Review)

Tezin Yapıldığı;

Üniversite: Celal Bayar Üniversitesi

Enstitü : Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Yılı : 2003

Diğer Kuruluşlar: -

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Dili : Türkçe

Sayfa Sayısı:

Tez Danışmanın;

Ünvanı: Yrd. Doç. Dr.

Adı: Gülten

Soyadı: KARADENİZ

Türkçe Anahtar Kelimeler:

1. Hemşirelik
2. Standart
3. Kriter
4. Yaşam Bulguları Standartları Ölçeği
5. Yaşam Bulguları
6. Gözlem

İngilizce Anahtar Kelimeler:

1. Nursing
2. Standard
3. Criteria
4. Scale to Vital Signs Criteria
5. Vital Signs
6. Observation

Tarih:

İmza:



Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi Nurgül GÜNGÖR'ün tez sınavı 28.09.2004 tarihinde saat 14: 00'te yapılmış ve “**Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarına Uyuma Durumları (Bir Sistemik İnceleme)**” isimli tezi jürimizce kabul edilmiştir.(BAŞARILIDIR)

Üye: Yrd. Doç. Dr. Gülten KARADENİZ (Danışman – C.B.Ü Sağlık Yüksekokulu İç Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı)



Üye: Doç. Dr. İsmet EŞER (Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi)

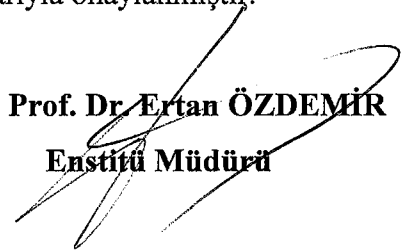


Üye: Doç. Dr. Ferda ÖZBAŞARAN (C.B.Ü Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölüm Başkanı)



Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu'nun ...01.10.2004.....gün ve16.....sayılı kararıyla onaylanmıştır.

Prof. Dr. Ertan ÖZDEMİR
Enstitü Müdürü



ÖZET

Araştırma, hastaların yaşam bulgularının ölçümünde belli standartlar kullanılarak hastanın yaşam Bulguları değerlerinin doğru tespit edilmesini sağlamak amacıyla standart geliştirerek, hemşirelerin iş yükünü azaltmak ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesini arttırmak amacı ile kesitsel ve yarı deneysel olarak planlanmış ve uygulanmıştır.

Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Dahiliye Servislerinde yapılmıştır. Araştırmanın evren ve örneklemini 15 Ocak- 15 Nisan 2003 tarihleri arasında Celal Bayar Üniversitesi Hastanesi Dahiliye Servislerinde çalışan hemşireler (n=30) oluşturmuştur.

Veriler araştırmacı tarafından hazırlanan yaşam Bulguları standartlarının bulunduğu çizelge ve anket formu ile toplanmıştır.

Veriler SPSS 10.0 for Windows paket programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Verilerin analizinde, Mann Whitney U testi, Kruskal Wallis, Independent t-testi, sayı yüzde dağılımları ve Multiple Linear Regresyon kullanılarak değerlendirme yapılmıştır.

Araştırmadan elde edilen bulgular sonucunda, hemşirelerin yaşam Bulguları ölçüm standartlarına çoğu zaman uymadıkları, ancak bu standartlar konusunda bilgilerinin yeterli olduğu, gerek iş yoğunluğu gerekse yaşam bulguları ölçümü işlerini rutin kurallara dayandırmış olmaları nedeniyle bilgilerini uygulamaya yansıtamadıkları belirlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Bulguları ölçüm standartları, gözlemler, sistematik inceleme.

SUMMARY

The research was applied and planned as descriptive and half experimental with purpose of that patients measurement of vital signs by using basic standards to determine the true evaluation of vital signs by improving basic standards, so decrease work density of nurses and promoting the quality of nurse serves.

The research was implemented in medical departments of Celal Bayar University Hospital. Universe and sample' of the study have occurred by nurses (n=30) studying in internal diseases department of Celal Bayar University Hospital to 15 October and 15 April 2003. The data was collected by questionnaire and scale presents of vital sign measurement standards, which was prepared by researcher.

The data was evaluated on computer with SPSS 10.0 for windows packet program. Mann Whitney U, Kruskal - Wallis, Independent- Samples T test, Number-Percent distributions and Multiple Linear Regression tests were used for statistically analyses.

It was determined that nurses usually have never apply some standards while measuring the vital signs . It was observed that the nurses do true measurement related to have their information.

Key Words: Vital sign measurment standard, Observations, Systematic review.

TEŐEKKÜR

Araştırmam sũresince, bilgi, deneyim ve emekleriyle katkılarını esirgemeyen tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Gũlten Karadeniz' e, tezimle ilgili çalışmalarda yardımı için Öğretim Görevlisi Hakan Baydur'a teőekkũrlerimi sunarım.

Ayrıca maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen sevgili aileme teőekkũrlerimle...

Nurgũl GũNGÖR

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa No:</u>
ÖZET.....	i
SUMMARY.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
TABLolar DİZİNİ.....	vii
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	x

BÖLÜM I

GİRİŞ.....	1
1.1 Araştırmanın Önemi.....	4
1.2 Genel Bilgiler.....	5
1.2.1 Standart Nedir?.....	8
1.2.2 Bir Hizmetin Standardize Edilmesi.....	9
1.3 Araştırmanın Standartları.....	12
1.4 Yaşam Bulguları.....	17
1.5 Vücut Sıcaklığı	
1.5.1 Vücut Sıcaklığı Fizyolojisi.....	17
1.5.2 Sirkadian Ritmi.....	18
1.5.3 Vücut Sıcaklığının Düzenlenmesi.....	18
1.5.4 Vücut Sıcaklığının Sınıflandırılması.....	20
1.5.5 Vücut Sıcaklığını Etkileyen Faktörler.....	22
1.5.6 Vücut sıcaklığının Ölçüldüğü Bölgeler.....	22
1.6 Nabız	
1.6.1 Nabız Fizyolojisi.....	24
1.6.2 Nabız Hızı.....	25
1.6.3 Nabız Ritmi.....	25
1.6.4 Nabız Volümü.....	26
1.6.5 Nabzın Değerlendirilmesi	26
1.6.6 Nabzın Radial Arterden Sayılması.....	27

1.7 Solunum	
1.7.1 Solunum Fizyolojisi.....	27
1.7.2 Solunumun Değerlendirilmesi.....	28
1.7.3 Solunum Tipleri.....	30
1.7.4 Solunumun Sayılması.....	31
1.8 Kan Basıncı	
1.8.1 Kan Basıncı Fizyolojisi.....	31
1.8.2 Kan Basıncının Normal Sınırlarda Tutulması.....	32
1.8.3 Normal Kan Basıncı.....	34
1.8.4 Sağlıklı Bir Kan Basıncı Ölçümü Yapılması İçin Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar.....	35
1.8.5 Hipertansiyon.....	38
1.8.6 Yüksek Kan Basıncının Nedenleri Nelerdir?.....	40
1.8.7 Yüksek Kan Basıncı Hakkındaki Gerçekler.....	41
1.8.8 Hipotansiyon.....	42
1.8.9 Ortostatik (Postüral) Hipotansiyon.....	42
1.9 Hemşirenin Yaşam Bulgularındaki Rolü.....	43
1.10 Yaşam Bulgularının Değerlendirilme Sıklığı.....	43
1.11 Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesinde Hemşirenin Bilmesi Gereken Önemli Noktalar.....	44
1.12 Yaşam Bulguları Normalden Saptığında, Bilinmesi Gerekenler.....	45
1.13 Yaşam Belirtilerinin Ölçülmesinde Kullanılan Araç-Gereçler	
1.13.1 Termometre.....	48
1.13.2 Saniyeli (Digital) Saat.....	50
1.13.3 Sfigomonometre.....	50
1.14 Hipotezler.....	53
1.15 Sınırlamalar.....	53
1.16 Tanımlar.....	54

BÖLÜM II

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 Araştırmanın Amacı ve Tipi.....	55
2.2 Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	55
2.3 Veri Toplama Yöntemi.....	56
2.3.1 Veri Toplama Araçları.....	56
2.3.2 Veri Toplama Aracının Geçerlilik Ve Güvenilirliği.....	58
2.3.3 Veri Toplama Araçlarının Uygulanması.....	60
2.4 Bağımlı ve Bağımsız Değişkenler.....	60
2.5 Verilerin Değerlendirilmesi.....	61
2.6 Süre Ve Olanaklar.....	61
2.7 Araştırmanın Etiği.....	62

BÖLÜM III

BULGULAR

3.1 Araştırmaya Katılan Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler.....	63
3.2 Yaşam Bulguları Ölçüm Sıklığı ve Dağılımına İlişkin Bulgular.....	66
3.3 Hemşirelerin Yaşam Bulguları Standartlarının Kriterlerine Uyma Durumlarına İlişkin Bulgular.....	69
3.4 Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Aldıkları Puanların Dağılımına İlişkin Bulgular.....	77
3.5 Hemşire Ve Araştırmacı Yaşam Bulguları Ölçüm Değerleri Ortalamalarının Dağılımı.....	88

BÖLÜM IV

TARTIŞMA VE SONUÇ

4.1 TARTIŞMA

4.1.1 Araştırmaya Katılan Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler.....	90
4.1.2 Yaşam Bulguları Ölçüm Sıklığının İncelenmesi.....	90
4.1.3 Hemşirelerin Yaşam Bulguları Standartlarına Uyma Durumlarının İncelenmesi.....	93
4.1.4 Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Aldıkları Puanların İncelenmesi.....	100
4.1.5 Hemşire ve Araştırmacı Yaşam Bulguları Ölçüm Değerleri Ortalamalarının İncelenmesi.....	101
4.2 SONUÇ.....	102
4.2.1 Öneriler.....	104
KAYNAKLAR.....	105

EKLER

EK-I Yaşam Bulguları Ölçüm Standartları Hemşire Gözlem Formu

EK-II Yaşam Bulguları Ölçümlerinde Kullanılan Araç-Gereçlerin Standartları

EK-III Hemşire Tanıtım Formu

ÖZGEÇMİŞ

TABLolar DİZİNİ

TABLO NO	TABLO ADI	SAYFA NO
1.	Isı Transfer Mekanizması	19
2.	Solunum Sayısını Etkileyen Faktörler	29
3.	Kan Basıncını Etkileyen Hemodinamik Faktörler	33
4.	Yetişkinlerde Kan Basıncının Sınıflandırılması	41
5.	Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Elde Edilen Ortalamalar Ve Cronbach Alfa Katsayıları.	58
6.	Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Nabız Ölçüm Standartlarının Multitrait-Multimethod Matriks Korelasyon Katsayıları.	58
7.	Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Solunum Ölçüm Standartlarının Multitrait-Multimethod Matriks Korelasyon Katsayıları.	59
8.	Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Kan Basıncı Ölçüm Standartlarının Multitrait-Multimethod Matriks Korelasyon Katsayıları.	59
9.	Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standartlarının Multitrait-Multimethod Matriks Korelasyon Katsayıları.	59
10	Araştırmaya Katılan Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler.	63
11.	Araştırmaya Katılan Hemşirelerin, Çalıştıkları Servislerde Yaşam Bulguları Alma Sıklıklarının Dağılımı Ve Bu Konudaki Düşünceleri.	65
12.	Hemşirelerin Çalıştıkları Servislere Göre Yaşam Bulguları Ölçüm Dağılımları.	66
13.	Hastaların Yaşam Bulguları Alınma Sıklığının Dağılımı.	67
14.	Hemşireler Tarafından Alınan Yaşam Bulguları Ölçümlerinin İşaretlenmiş Değer Aralıkları Ve Ortalama Değerleri İle Standart Sapması.	68
15.	Araştırmacı Tarafından Alınan Yaşam Bulguları Kontrol Ölçümlerinin İşaretlenmiş Değer Aralıkları Ve Ortalama Değerleri.	68
16.	Hemşirelerin, Nabız Ölçümlerinde Standartlara Uymalarına Göre Dağılımları.	69

17.	Hemşirelerin, Solunum Hızı Ölçümlerinde Standartlara Uymalarına Göre Dağılımları.	71
18.	Hemşirelerin, Kan Basıncı Ölçümlerinde Standartlara Uymalarına Göre Dağılımları.	73
19.	Hemşirelerin, Vücut Sıcaklığı Ölçümlerinde Standartlara Uymalarına Göre Dağılımları.	75
20.	Hemşirelerin Nabız, Solunum Hızı, Kan Basıncı Ve Vücut Sıcaklığı Ölçümünde Standartlara Uyma Toplam Puan Ortalamaları.	77
21.	Hemşirelerin Nabız Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.	78
22.	Hemşirelerin Solunum Hızı Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.	78
23.	Hemşirelerin Kan Basıncı Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.	79
24.	Hemşirelerin Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.	79
25.	Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı.	80
26.	Hemşirelerin Yaşam Bulguları Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Aritmetik Ortalama Puan Değerleri.	81
27.	Hemşirelerin Nabız Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Ortalamasının Dağılımı.	82
28.	Hemşirelerin Solunum Hızı Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalamasının Dağılımı	83
29.	Hemşirelerin Kan Basıncı Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalamasının Dağılımı.	84
30.	Hemşirelerin Vücut Isı Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Aritmetik Ortalamasının Dağılımı.	85
31.	Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Toplam Puanların Aritmetik Ortalamasının Dağılımı.	86

32.	Hemşirelerin Aldıkları Yaşam Bulguları Ölçüm Sonuçları İle Araştırmacı Tarafından Alınan Yaşam Bulguları Kontrol Ölçümlerinin karşılaştırılması.	88
-----	--	----

ŞEKİL DİZİNİ

ŞEKİL NO	ŞEKİL ADI	SAYFA NO
1.	Kan Basıncını Etkileyen Hemodinamik Faktörler	33
2.	Koldan Tüm Giysilerin Çıkarılıp Dirseğin Desteklenmesi	35
3.	Brakial Arterin Hissedilmesi	36
4.	200 mmHg' ya Kadar Şişirilmiş Manşon	37
5.	Büyük Tansiyon ve Küçük Tansiyon	37
6.	Civalı ve Aneroid Manometre	51
7.	Steteskop	52

GİRİŞ

Bütün mesleklerin amacı, doğrudan veya dolaylı olarak İNSAN'a hizmettir. Her meslek bir biçimde, insanın rahatını, sağlığını, mutluluk ve güvenliğini sağlamayı hedeflemektedir (68).

Modern anlamda kuruluşu 19. yüzyılda Florance Nightingale tarafından gerçekleştirilen hemşirelik mesleği sağlık ekibi içerisinde önemli bir yere sahiptir. Bu mesleğin üyeleri olan hemşireler, hasta ve sağlam bireye kapsamlı sağlık hizmeti vermektedirler (6,65,79). Hemşirelik mesleği "Yaşam hakkının bir insana verilmiş en büyük armağan" olduğuna inanarak yola çıkmıştır. Sağlığın; üretkenlik, üretkenliğin ise yaratmak, yüceltmek, başarmak olduğu bilinmektedir.

Türkiye'de hemşirelik hizmetleri, ülke genelinde hizmet veren 70.000 civarında hemşire ile karşılanmaktadır. VIII . Beş yıllık Kalkınma Planı hedeflerine göre ise, ülkemizde olması gereken hemşire sayısı 212.000'dir. Ülkemiz hemşirelik hizmet açığının giderilebilmesi için 142.000 hemşireye daha ihtiyaç duyulmaktadır.

1999 yılında, Sağlık Bakanlığına bağlı 733 yataklı tedavi kurumunda toplam 24.103 hemşire ve 2000 yılında 744 sağlık kurumunda toplam 24.956 hemşire ile halen hemşirelik hizmetleri yürütülmeye çalışılmaktadır (76).

Son yıllarda bilim ve teknoloji alanındaki gelişmeler doğrultusunda toplumun tüm hizmetlerde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de kaliteli bakım alma talepleri artmaktadır. Bugün birçok ülke, kalite güvenliği programları geliştirerek, kurumlarındaki sağlık hizmetlerini gözden geçirmekte ve düzenlemeler yapmaktadır.

Kurumlardaki kalite güvenliği programlarının beş ana elemanı olduğu bildirilmektedir.

Bunlar;

1. Standartlar saptamak
2. Bu standartları mevcut uygulama ile karşılaştırmak
3. Bulguları yorumlayıp analiz etmek
4. Uygulamayı iyileştirecek eylemi seçmek ve yürütmek
5. Eylemin etkinliğini değerlendirmektir.

Buradan da anlaşıldığı gibi kalite güvenliği, öncelikle standartların saptanması ile başlar ve onlara temellenir (28).

Toplumun kaliteli sağlık hizmeti ve hemşirelik bakımı talep etmesi ve kullanması, hemşirelere topluma kaliteli bakım verme ve bakım standardı geliştirme sorumluluğu getirmektedir.

Hemşirelik hizmetlerinde bakım standartlarının geliştirilmesi ve kullanılması, hemşirelerin verdiği hizmetin kalitesini arttırarak, toplumun hemşireye olan güvenini, saygısını ve meslekte ki otonomiye de güçlendirmektedir (28).

Gelişmiş ülkelerde standartlarla çalışma günlük yaşamın bir parçası durumundadır, Ülkemizde ise önemi yeni kavranmaya başlamıştır. Sağlık alanında, sürekli hizmet veren hemşirelerin, hizmet kalitesini arttırmak için standartların geliştirilip uygulanması şarttır (16, 26, 46,64, 66, 69)

Dünyada bir çok ülke hemşireler ve bazı kurumlar hemşirelik bakım kalitesini yükseltmek amacıyla çalışmalar yapmaktadır. 1968 yılından beri Amerikan Hemşireler Derneği (ANA: American Nurses Association) hemşirelik uygulamaları üzerine standartlar geliştirmeye başlamışlardır (26). Bu yol ile hastanın aldığı hemşirelik bakımı kalitesinin saptanması ve hemşirelik pratiğine sistematik bir yaklaşım getirmesi sağlanmıştır (2,84).

Hemşirelik standartları ilk kez Amerikan Hemşireler Derneği'nce 1970 yılında, hemşirelik mesleğinin kendisini yenileme gereksinimine yanıt olarak geliştirilmiş, daha sonraki bakım standartları Amerikan Yoğun Bakım Hemşireleri Derneği ve Doğum-Kadın Hastalıkları ve Yenidoğan Hemşireleri Organizasyonu tarafından geliştirilmiştir (2).

1976 yılı başlarında MARN (Manitoba Association Of Registered Nurses) yönetim kurulu standartlara ilişkin çalışmalarına başlamıştır. Bu komite çalışmalarında standartlar için çerçeve oluşturmuştur. Sonuçta hemşirelik uygulamaları bakım, eğitim, yönetim ve araştırma olmak üzere dört ana grup altında toplanmıştır (64).

1984 Eylül ayında dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün Copenhag Ofisi'nde 32 ülkenin yıllık toplantısında 2000 yılında herkese sağlık hedefine ulaşmada hemşirelik mesleği de kapsama alınmıştır. 1972 yılında Norveç, kaliteli hemşirelik bakımı için gerekli olan standartları yazılı olarak belirlemiş ve hemşirelere yönelik uygun bakım planı için hedefler, gereksinime yönelik nitelikli hizmet ürünleri ve sağlık ekibi üyelerinin pratik olarak kullanacağı görünür çözümler geliştirmiştir (12,91).

10-13 Haziran 1986'da yine Belçika'nın başkenti Brüksel'de " Hemşirelik Standart Geliştirme Toplantısı" düzenlenmiştir. Bu toplantıda " Tüm üye ülkelerin, sağlık

sistemlerinde kaliteli hemşirelik bakımının yapılaştırılması, 1990'a kadar zorunludur" hedefi belirtilmiştir.

Ülkemizde ise ilk kez 1980 yılında Türk Hemşireler Derneği, hemşirelik standartlarını sistematik bir biçimde saptama, işlevlerini tanımlama ve mesleğe sahip çıkma çabası içine girmiştir (46,64,84).

Bir sağlık kurumunun temel amacı hasta bakımındır. Hastaya en uygun bakımın yapılabilmesi için gerekli destek ve gereksinimlerin belirlenebilmesi, profesyonel planlama ve koordinasyon gerektirir.

Bazı aktiviteler hasta bakımının temelidir. Bu aktiviteler içinde her hasta için bakımın planlanması, bu bakım planının hastaya ulaşması, bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın monitörizasyonu, gerekli olduğunda bakım planında değişiklik, bakımın tamamlanması ve planın işleyişinin izlenmesi yer almaktadır. Bir çok hemşire bu aktiviteleri başarı ile yerine getirmektedir. Her hemşirenin bu aktivitelerdeki yeri açık ve net olarak bilinmektedir. Bu rol; hemşirenin sahip olduğu diploma, sertifikalar veya izinlerle, yasal düzenlemeler, kişisel beceriler, bilgi ve tecrübeler ile sağlık kurumunun kural ve görev tanımlamalarıyla belirlenmiştir. Bazı hasta bakımlarında hastanın kendisinin, ailesinin ve arkadaşlarının da yeri bulunmaktadır. Hastaları değerlendirme standartları, bakım gereksiniminin esaslarını belirlemektedir. Her hasta için planlama yapılırken her zaman hasta gereksinimleri göz önünde tutulmaktadır. Bu bakım, profilaktik, palyatif, tedavi edici veya rehabilitatif olabilir ve anestezi, cerrahi, ilaç, destek tedavileriyle bunların bir veya bir kaçının kombinasyonu şeklinde uygulanabilmektedir. Bakımın planlanması optimal sonuçların alınması için yeterli olmaktadır. Servislerin gereksinimleri, hastaların tüm bireysel bakımlarının koordine edilmesi ve tamamlanmasıyla sağlanmaktadır.

Hastaların Değerlendirilmesi; etkin hasta değerlendirme süreci, acil hastaların kabulü veya acil tedavi ihtiyaçları, tedavinin devamındaki ihtiyaçlar ve hastanın durumundaki değişiklik ile başlamaktadır. Hastanın tanılama süreci dinamiktir ve üç önemli süreci içermektedir.

1. Hastanın fiziksel, psikolojik, sosyal durumu ve hastalığı hakkındaki bilgi toplamak,
2. Hastanın verilerini analiz etmek,
3. Hastanın gereksinimlerine yönelik bakım planı geliştirmektir.

Hasta tamlaması, hastanın yaşı, sağlık gereksinimleri ve hastanın istekleri doğrultusunda yapılmaktadır. Sağlık çalışanları hasta değerlendirme çalışmalarını ekip işbirliği içinde yürütmektedirler (28).

1.1 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Yaşam bulguları, hastanede yatan hastaların doğru değerlendirilmesinde önemli olan verilerdir (78). Yaşam bulguları hastanın, hastalığının seyri ve tedavisi hakkında ışık tutup, gerekli görülen durumlarda hastanın yoğun bakım ünitesi gibi bölümlere geri dönmesini sağlayarak, hasta kayıplarını azaltma ve hastalığın kötü seyrini düzeltme açısından önemli bulgulardır.

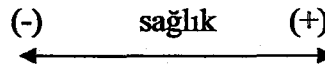
Araştırmamız, hastanede yatan yetişkin hastaların, yaşam bulgularının ölçümünde geliştirilecek standartların kullanılmasıyla hastanın sağlık durumunun doğru değerlendirilmesini sağlamak, hemşirelik uygulamalarından biri olan yaşam bulgularının önemini vurgulamak, hemşirelerin iş yükünü azaltmak ve hemşirelik hizmetlerinin kalitesini arttırmak amacıyla gerçekleştirilmiştir. Tüm hastaların kaliteli ve standart bakım alma hakkı olduğu unutulmamalıdır.

1.2 GENEL BİLGİLER

Standart üretimde, ölçmede ve deneyde beraberlik anlamına gelmektedir. Standartlar, belli bir kaliteyi tutturmada ve sürdürmede kolaylık sağlamak amacıyla geliştirilmektedir. Standartların amacı; temelde insanı, genelde de toplumu en iyiye ulaştırmaktır.

Standart geliştirme ve kullanımı, günümüzde hemen hemen her alanda yer almaktadır. Standart uygulamaları, 21. yüzyılda önemle üzerinde durulan noktalardan biri olmuştur. Günümüzde bilim ve teknolojiye ilerlemeler nedeni ile dünyada hızlı bir değişim süreci yaşanmaktadır. Bu süreç bireyin kendisini fark etmesine neden olarak her alanda daha kaliteli hizmet istemesi ile sonuçlanmaktadır. Hizmet alanlarından biri ve en önemlisi de sağlık kuruluşlarıdır. Sağlık hizmetlerinin dolayısıyla da bu sektörde hizmet veren hemşirelerin, hemşirelik hizmetlerinin odağı insandır ve insan; biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir varlıktır. Hemşireler sundukları hizmetin, bireyin bireysel iyilik durumuna bir anlamda sağlığına nasıl yansıdığını görebilmektedirler.

Hemşireler son yıllarda hasta bakımını standardize etmek için çaba harcamaktadırlar. 1960'lardan 2000'li yıllara kadar olan süreçte bu amaçla klinik uygulama rehberleri geliştirilmiştir. Çünkü insanlar tüm hizmet alanlarından en iyi şekilde yararlanma hakkına sahiptir. Bu haklardan en önemlisi de sağlıklı yaşam hakkıdır. Sağlığı risk altında bulunan birey, sağlık doğrusu üzerinde olumsuz yönde ilerlemektedir. Hemşirelik hizmetlerinin amacı bireyin sağlık doğrusunun olumlu yönde ilerlemesini sağlamak, dolayısıyla da sağlığı korumak ve sürdürmektir.



Sağlığın hemşireler tarafından korunması, sürdürülmesi ve sağlıkta sapmaların saptanabilmesi için hemşirelik hizmetlerinde ve hemşirelik bakımında standartlar geliştirilmesi gerekmektedir. Çünkü her birey farklı özelliklere sahip bir bütündür ve her bireyin hastalığa olan yanıtı farklıdır, ayrıca hizmeti sunan hemşire de bir insandır aynı özellikler hemşire için de geçerlidir. Hemşirenin, her bireye en iyi bakımı, eşit ve güvenli şekilde verebilmesini standartlar sağlamaktadır.

Hemşirelik bakımını standartlaştırma amaçları; meslek üyelerinin hemşirelik bakımı ile ilgili bilgi alış verişlerini ve anlaşmalarını kolaylaştırmak; uygulanan bakım hizmetlerinde iş gücü, malzeme, zaman vb. faktörlerden en üst düzeyde ekonomi sağlamak; kaliteli hizmet üreterek hasta çıkarlarını gözetmek ve insanın sağlık ve güvenliğini korumak olarak sıralanmaktadır (25,64).

Hemşirelikte standardizasyon ile ilgili yapılan bir çalışmada; standardizasyonun hemşire, hasta ve kuruma olmak üzere üç yönlü yarar sağladığı belirtilmektedir. Hemşire açısından; iş verimini arttırdığı (%34.4), hak ve görevleri bilmeyi sağladığı (%16.2), meslekleşmeyi sağladığı (%10.6), gereksiz tekrarları önlediği (%10.1), bakım planı geliştirmeyi ve yeniliklere uygunluğu sağladığı (%6.1) tespit edilmiştir. Hasta açısından bakıldığında; hastanın kaliteli bakım aldığı (%65.4), hastanın güven duyduğu (%25.5), hastanın hastanede kalış süresinin kısaldığı (%9.1) saptanmıştır. Kurum açısından; hastanenin kalitesinin arttığı (%38.6), ekonomi sağladığı (%24.1), kurum içinde kişiler arası karışıklığı önlediği (%21.6) ve dinamizm sağladığı (%15.7) sonuçları elde edilmiştir (25).

Sağlık bakımında, hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyeti arasındaki ilişkiyi saptamak amacıyla yapılan bir çalışmada, Virginia Hendorsan'ın "hemşirelik bakım modeli", hemşirelik bakımını tanımlamada kullanılmıştır. Hemşirelik bakımı ile hasta memnuniyetini etkileyen 8 baskın sonuç tanımlanmıştır.

Bu sonuçlar;

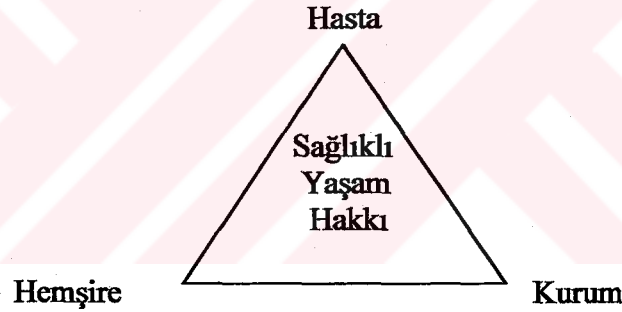
- Hastaların sosyo-demografik özellikleri,
- Hastaların hemşirelik bakımına ilişkin tutumları,
- Fiziksel çevre,
- İletişim ve bilgi,
- Kalıtım ve bilgi,
- Hasta ve hemşire arasındaki kişiler arası ilişkiler,
- Hemşirenin tıbbi ve teknik uygulamaları ve bunun yanı sıra
- Hem hastaları hem de hemşireleri etkileyen bakım organizasyonu şeklindedir.

Hasta memnuniyetini arttırmak ve hemşirelik bakım kalitesini geliştirmek için bu baskın sekiz sonuç doğrultusunda standartlar geliştirilebileceği önerilmektedir (19,52).

Standardizasyonun hem hasta hem hemşire hem de kurum açısından sayısız olumlu yönleri olduğu görülmektedir ancak bu yararlarının yanında standardizasyonun olumsuz

yönlerinin de bulunduğu unutulmamalıdır. Standart geliştirme oldukça zor ve uğraş gerektiren bir iştir. Standart geliştirmek için bir çok katılımcıya gerek vardır ve geliştirilen standartların muhakkak herkes tarafından uygulanması gerekmektedir aksi takdirde standartların geçerliliği kaybolmakta, etkisi azalmaktadır. Ayrıca standartlar uygulanırken kurumdan kuruma, uygulayıcıdan uygulayıcıya ve uygulamasına göre farklılık göstermeli, zaman içerisinde de sürekli yenilenmelidir. Ancak bu şekilde günün koşullarına yanıt verebilir (1,17,25).

Standartların olumsuz yönlerinin bulunmasına karşın sağladığı yararlar olumsuz yönlerinden daha ağır basmaktadır (1,17). Standartların oluşturulması, uygulanması, yaygınlaştırılması ve zaman içerisinde günün koşullarına bağlı olarak yenilenmesi sağlık alanındaki hasta, hemşire ve kurum üçgeninin merkezinde yer alan sağlıklı yaşam hakkını geliştirecektir (30).



Sağlık alanında sunulan hizmetlerde, diğer alanlardaki hizmetlere nazaran daha fazla özen gösterilmesi gerekmektedir. Çünkü sağlık alanının merkezinde insan bulunmakta, insanda her türlü faktörden etkilenen bir çembere benzetilebilmektedir.

Sağlık alanında görev alan sağlık personelinin temel amacında insana zarar vermeden yardım etmektir. Sağlık alanındaki, ekipte yer alan hekimlerin görevi tanı koymak, tedavi etmektir, oysa hemşire bu alandaki hemen her işte görev almaktadır. Bu nedenle de; hemşirenin sorumlulukları artmakta, iş yükü fazlalaşmaktadır ve dolayısıyla bağımsız görevi olan bakım istenilen düzeyde gerçekleştirilememektedir. Örneğin; Myokard Enfarktüsü (MI) geçiren ve digital ilaca yeni başlayan hastanın yaşam bulgularını hemşire ne kadar sıklıkta almalıdır? ki hastanın ilaca olan yanıtı doğru değerlendirilebilsin.

Örnekte de görüldüğü gibi hemşire, hastasına ilaç uygulamaktan, ilacın yanıtını değerlendirmeden, hastada ilaca karşı oluşabilecek tepkileri saptamadan ve bu saptama sonucu hastanın yaşamına direkt müdahaleden sorumludur. Çünkü hasta bütün bu işlemler sırasında doğru değerlendirilebilirse, sağlığı giderek düzeltilebilmekte, yoğun bakım ünitesine dönebilmekte ya da yaşamını kaybedebilmektedir. Bu durumdaki hastanın değerlendirilmesi de ancak yaşam bulgularının takibi ile olabilmektedir.

Yoğun bir iş yükü altında ezilen hemşire hastasının yaşam belirtilerini ne kadar sıklıkta ölçmelidir? Bu sorunun cevabı ülkemizde kuruma bırakılmıştır ve kurumlar çeşitli yöntemler kullanmaktadır. Bunlar :

- Hekimin istediği sıklıkta,
- Hemşirenin gerekli gördüğü sıklıkta,
- Hastanın durumu stabil gidiyorsa kurum tarafından belirlenen sıklıkta (2x1, tedavi öncesi gibi),
- Hasta sayısının yoğun olduğu servislerde iş yükünü azaltmak için günde bir ya da iki defa ölçülmesidir.

Hemşirelik uygulamalarının her hastanede, her serviste, tüm hemşireler tarafından, aynı teknikte, aynı sınırlarda değerlendirilebilmesi ancak geliştirilecek standartlarla sağlanacaktır.

1.2.1 STANDART NEDİR?

Hemşirelik, kuramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalı bir sağlık disiplindir. Bilindiği gibi hemşirelik hizmetlerinin odağı insandır ve insan, biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel bir varlıktır. Hemşireliğin temel amacında; fiziksel, sosyal, duygusal ve entelektüel gereksinimleri olan insanı bir bütün olarak ele almak, sağlığın sürdürülmesi ve hastalık halinde gerekli bakımı vermektir (6,68,87).

Öyleyse hemşirelik bakımı nedir? Hemşirelik bakımı; bireyin iç ortamının devamlılığını korumak, sağlıklılık durumunun sürdürülmesini sağlamak ve hastalık halinde bozulan dengenin düzeltilmesine yardımcı olmaktır.

Hemşirelik bakımı bilimsel bilgi ve beceriye dayalıdır (6). Hemşirelik hizmetleri ve bakımının, gelişen dünya koşullarına paralel şekilde gelişebilmesi için standartların geliştirilmesi ve uygulanması gereklidir (64,65).

Standart terimi, üretimde, anlamda, ölçmede ve deneyde beraberlik anlamına gelmektedir (1). Standardın bir çok tanımı vardır. Webster sözlüğündeki dokuz tanımdan biri “Bir model ya da örnek olarak yetkili makam,gelenek ya da genel uzlaşma yoluyla yerleşik hale getirilen şeydir” (25,27). Başka bir tanımı ise; şu anki performansa göre daha iyi performans elde edebilme başarısının talep edilmesi şeklindedir (16)

Hemşirelikte standart kavramı, “belirli hastalıkların tedavisiyle ilgili olarak; üzerinde mesleki uzlaşmaya varılmış; gerçekleştirilebilir, ölçülebilir ve arzulanır başarı (performans) düzeyi” olarak tanımlanmaktadır (43).

1.2.2 BİR HİZMETİN STANDARDİZE EDİLMESİ

Standardizasyon, çeşitli çalışmalarda “bir örneklik” anlamına gelen, yöntem ve kuralların tümünü içine alan bir kavramdır. Böylece her bakımdan beraberlik sağlanarak “anlayış birliğine” varılmış her iş “standart” konusu içinde bir çalışma sayılabilmektedir(1).

Uluslararası Standartlaşma Teşkilatı (ISO), standartlaşmayı şöyle tanımlamaktadır: “Standartlaşma, belirli bir faaliyetin, o faaliyetle ilgili bulunanların ve özellikle ekonominin yararına olarak yapılabilmesi için tüm tarafların katkı ve işbirliği ile belirli kurallar koyma ve bu kuralları uygulama işlemidir”.

Standardizasyon çalışması sonucu ortaya çıkan doğruluk ve geçerliliği ispatlanmış teknik, belge, doküman ya da eser de standart adını almaktadır.

Standardizasyon çalışmasının dört ana amacı bulunmaktadır:

1. Üretimde ve malların değişiminde iş gücü, malzeme, güç kaynakları gibi faktörlerden en yüksek seviyede ekonomi sağlamak,
2. İyi kaliteli mal ve hizmet üretimi sağlayarak tüketicinin çıkarlarını gözetmek,
3. İnsan hayatının sağlık ve güvenliğini korumak,
4. Tüm ilgili grupların,birbirleri arasındaki bilgi alış-verişini ve anlaşmasını kolaylaştırmaktır (67).

Standartların hizmeti veren ve hizmeti alan açısından pek çok yararı bulunmaktadır.

Hizmeti veren açısından yararı:

1. Hizmetin belirli bir plan ve programlara göre yapılmasına yardımcı olur. Standartlar belirsizlikleri ortadan kaldırmaktadır.

2. Standartlar, hizmetin seri bir şekilde, herkes tarafından yerine getirilmesini ve yüksek kaliteyi sağlamaktadır.
3. Standartlar, hizmette kayıp ve fazlalıkların asgariye indirilmesini sağlamaktadır. Buda gereksiz enerji harcamasına ya da hastanın yetersiz bakım almasına engel olmaktadır.
4. Standartlar, yaratıcılığı ve kazançlılığı arttırmaktadır.
5. Standartlar kuruluşun işlerini kolaylaştırmaktadır.
6. Standartlar, maliyeti düşürmektedir. Standart bakım kurumun elemanlarına beklenti koymasına neden olmakta ve bu doğrultuda denetimini yapmaktadır. Ayrıca kuruluşa ekonomik kazanç ve iş doyumunu sağlamakta, hizmette oluşacak kargaşayı önlemektedir.

Standartların, hizmeti alan açısından yararı.

1. Sağlığı ve güvenliği korunmaktadır. Bakım alan kişinin nasıl bir bakım alıyorum endişesini yaşamasını engel olmaktadır.
2. Karşılaştırma ve tercih kolaylığı sağlamaktadır.
3. Standartlar, hizmeti isteme, hizmeti sunma ve alma konularında kolaylık sağlamaktadır.
4. Daha ucuza hizmet almaktadır.
5. Fiyat ve kalite yönünden aldanmaları önlemektedir (1).

Bakım standartlarını belirlemek zahmetli ve uzun süreli bir iştir. Hazırlanmasında yol gösterici yaklaşımlardan yararlanıla bilinmektedir. En bilinenlerinden biri Donabedran'ın geliştirdiği yapı, süreç, sonuç yaklaşımıdır.

Yapı: Verilen bakımın kaynakları; fiziksel, çevre ekipman, ilaçlar, çalışanların beceri çeşitliliği, standart, politika, prosedür ya da talimatlar gibi konuları içermektedir. ulaşmak için neyin sağlanması gerektiğini belirlemektedir.

Süreç: Hemşirelerin doktor istemine göre ya da kendi planladığı bakımı vermede ve bu bakımı değerlendirmede, uygulamaların önceden belirlenmiş standart, politika, prosedüre göre gerçekleşmesini ifade etmektedir.

Sonuç: Standartlara ne ölçüde ulaşıldığını ölçmek için neyin gözlenmesi gerektiğini belirlemektedir.

Bakım standardı kabul edilebilir, gözlemlenebilir olmalıdır. Standart belirlemek güç bir iştir, ancak asıl zor olan, ölçülebilir bakım standardı belirlemektir, çünkü standardını belirlediğimiz "hizmet" bireye, hastalığına, genel durumuna özgüdür. Ölçütlerini belirlemek bu yüzden güç olmaktadır. Bunun için bakımda belirli bir alan ya da hasta tipine göre

belirlenmiş göstergeler (indikatörler), belli bir konu için bir araya gelen göstergeleri içeren bir sahip olması gerekmektedir. Ölçülebilen standart geçerli olmalıdır.

Son olarak, standartların yazılı olması gerekmektedir. Bir grup kural, faaliyet ve durumu tanımlamalıdır. Hastalar, çalışanlar ve sistemler için belirlenmelidir. Hemşirelik hizmetlerinin her alanında standart belirlenebilir. Konusu bakım olan hemşirelik hizmetlerinde standartların belirlenmesi ile mesleğin daha bilimsel, verimli ve etkili olma yönünden gelişmesine katkıda bulunulacaktır (25).

Standartlar yapılması gerekenleri ifade etmekte ve standartlar bunların hangi düzeyde gerçekleştirilmesi gerektiğini belirlemektedir (17).

Yaşam bulguları, gözlem altındaki hastaların, hastanede yatma sürecine doğru gitmesinde, hastaların iyileşme ya da kötüleşme olaylarının sebeplerini bulmada hesaba katılan önemli bir komponenttir. Yaşam bulguları olarak ifade edilen vücut sıcaklığı, nabız, solunum hızı ve kan basıncı bireyin sağlık durumunun göstergeleridir. Bireyin, fizyolojik işlevlerindeki değişiklikler yaşamsal bulguların değerlerine yansır. Örneğin dehidretasyonu olan bir hastanın nabız artar, kan basıncı düşer, vücut sıcaklığı azalır, solunumu hızlanır. Bu belirtiler bize hastanın başa çıkamadığı bir sorununun olduğunu anlatmaktadır (80).

Bu nedenle yaşam bulgularının normal değerlerindeki sapmalar, homeostazisin (iç denge) bozulduğunu ya da devam etmediğini göstermektedir (38).

Yaşam bulgularının ölçülmesi, hastanın sağlık durumunun izlenmesinde ve ortaya çıkan sorunların standardizasyona gidilebileceği yukarıda belirtilmişti ve yaşam bulgularının hemşirelerce tanımlanmasında hızlı ve etkili bir yöntemdir (5).

Yaşam bulguları; hemşirelik bakım hizmetlerinden biridir (89). Hemşirelik hizmetlerinin her alanında alınması sırasında belirlenecek standartlarla, standardizasyona gitmesinde önemli adımlar atılacaktır (25,27).

1.3 ARAŞTIRMANIN STANDARTLARI

Hemşirelik hizmetleri felsefesine göre, hemşirelik bakımı kalitesinin güvenceye alınması, hemşirelik personelinin en başta gelen sorumluluklarından biridir. Kalite; bilgi, beceri ve deneyimden etkilendiğinden, bu sorumluluk yerine getirilirken, hasta ya da hizmet verilen bireyin gereksinimlerinin karşılanmasında bilgi, beceri ve deneyimlerden akıllıca yararlanılması gerekir.

Hemşirelik bakımı; hastaların rahatı ve iyiliğini sağlayıcı temel fiziki bakımı içerir. Kaliteli bakımın bu yönü, doğrudan hemşirelik bakımı ve hemşirelik hizmetlerine ilişkin teknik bilgi ve beceriler, hemşirelik eğitimi sırasında hemşirelik esasları derslerinde kazandırılır ve uygulama alanlarında pekiştirilir.

Hemşirelik mesleği; geliştirdiği hemşirelik bakım standartları ve standartları ile hemşireliğin verildiği yapı, hemşirelik süreci ve bunun sonunda ulaşılanları sürekli ve nesnel olarak ölçerek, hastanın gereksindiği hemşirelik bakımının belirli gelişmişlik düzeyine ulaştırılmasını güvence altına alır.

Hastaya verilen bakım kalitesinin güvenceye ulaştırılması “Kalite güvencesi programı” çerçevesinde gerçekleştirilir. Long ve Clinton kalite güvencesi programında izlenecek basamakları ve bu basamaklara ilişkin etkinlikleri aşağıdaki gibi sıralamışlardır:

- | | | |
|-----------------------------|---|--|
| I- Tanılama Basamağı | { | <ul style="list-style-type: none"> -Mesleki değerlerin tanımlanması -Standart ve standartların tanımlanması |
| II- Ölçme Basamağı | { | <ul style="list-style-type: none"> -Uygulamalarda standartları kullanarak standartlara ulaşıp ulaşılmadığına bakılması -Bu değerlendirmeler sonucunda güçlü ve güçsüz yönlerin bulunması |
| III-Harekete Geçme Basamağı | { | <ul style="list-style-type: none"> -Olası hareket tarzlarının gözden geçirilmesi -En uygun hareket tarzının seçilmesi -Uygulamaya geçilmesi |

Standartlar kalite güvenliğinin ayrılmaz bir parçasıdır. Bu nedenle, bakımda standartların saptanmasında kalite güvencesini garantiye almak için, ulaşılmak istenilen bakım düzeyinin ulaşılabilen, ölçülebilen ve istenen biçimde ifade edilmesi ve yazılı duruma

getirilmesi gerekir. Ulaşılacak istenilen düzeyin nicelik ve nitelik yönünden belirlenmesi ile standartlar elde edilir (90)

Sağlık hizmetlerinde kalite güvencesi, standartların belirlenmesi, standartların periyodik olarak gözden geçirilmesi ve bu standartlara uygun tıbbi süreçlerin sürekli geliştirilmesi anlamına gelmektedir. Kalite güvencesinde ilk önce standartlar belirlenir. Standartlar belirlendikten sonra, bunlara ulaşma yolları ve kuralları, ayrıntılarıyla bir program haline getirilir.

Standart kavramı, “belirli hastalıkların tedavisiyle ilgili olarak; üzerinde mesleki uzlaşmaya varılmış; gerçekleştirilebilir, ölçülebilir ve arzulanır başarı (performans) düzeyi” olarak tanımlanmaktadır (43).

Araştırmada, hemşirelerin yaşam bulguları ölçümlerini tekniğe uygun doğru ölçüm gerçekleştirmelerini sağlamak, bakım hizmetleri kalitesini arttırmak ve iş yüklerini azaltmak amacı ile yaşam bulguları ölçüm standartları saptandı. Bu standartlar;

Nabız Ölçüm Standartları

Kriter 1: Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi

Kriter 2: Ellerin yıkanması

Kriter 3: Gerekli malzemelerin hazırlanması

Kriter 4: Hastaya uygun pozisyon verilmesi

Kriter 5: Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme

Kriter 6: Hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi

Kriter 7: Nabız alınacak bölgenin belirlenmesi

Kriter 8: Ölçüm süresinin tam 1 dakika olması

Kriter 9: Saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması

Kriter 10: Ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması (Araştırmacı tarafından aynı anda saniye tutuldu)

Kriter 11: Ölçümün doğru kayıt edilmesi

Kriter 12: Dolgunluk ve ritminin ölçüme etkisinin değerlendirilmesi

Kriter 13: Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme

Kriter 14: Nabız ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi

Solunum Ölçüm Standartları

Kriter 1: Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi

Kriter 2: Ellerin yıkanması

Kriter 3: Gerekli malzemelerin hazırlanması

Kriter 4: Hastaya uygun pozisyon verilmesi

Kriter 5: Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme

Kriter 6: Hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi

Kriter 7: Nabız alınacak bölgenin belirlenmesi

Kriter 8: Ölçüm süresinin tam 1 dakika olması

Kriter 9: Saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması

Kriter 10: Ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması (Araştırmacı tarafından aynı anda saniye tutuldu)

Kriter 11: Ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi

Kriter 12: Hastanın oksijen tedavisi almasının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi

Kriter 13: Hastanın nabız hızının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi

Kriter 14: Ölçüm sırasında solunum hareketleri periyotunun iyi ayarlanması

Kriter 15: Ölçümün doğru kayıt edilmesi

Kriter 16: Solunumun derinlik ve ritminin değerlendirilmesi

Kriter 17: Solunum ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi

Kriter 18: Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme

Kan Basıncı Ölçüm Standartları

Kriter 1: Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi

Kriter 2: Ellerin yıkanması

Kriter 3: Gerekli malzemelerin hazırlanması

Kriter 4: Stetoskobun kullanılmadan önce kulaklık kısmının alkollü pamuk ile silinmesi (hemşirenin enfeksiyondan korunması açısından)

Kriter 5: Stetoskobun diyafram kısmının alkollü pamuk ile silinmesi (hastadan hastaya bulaşı önlemek için)

Kriter 6: Hastaya uygun pozisyon verilmesi (sırt üstü yatar pozisyonda)

Kriter 7: Manşon şişirilmeden önce kolun desteklenerek kalp seviyesine yükseltilmesi

Kriter 8: Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme

Kriter 9: Hastanın efor sarf etmişse dinlendirilmesi

Kriter 10: Ölçüm öncesi hastanın kan verme ya da alma durumuna dikkat edilmesi

Kriter 11: Ölçüm öncesi nabız hızının kontrol edilmesi ve 20 atımdan fazla artmasının dikkate alınması

Kriter 12: Manşonun ölçüm öncesi iyice boşaltılması

Kriter 13: Manşonun kola uygun şekilde yerleştirilmesi ve kolda sabitlenmesi

Kriter 14: Stetoskobun uygun şekilde belirlenen yere yerleştirilmesi (Brakial arter üzerine nabız alınan bölgeye)

Kriter 15: Puvarın avuç içine yerleştirilmesi,baş parmak ve işaret parmağının kullanılarak hava ayar düğmesinin sıkıca kapatılması,sonra puvarın düzenli bir şekilde hızla pompalanarak manşonun şişmesinin sağlanması.

Kriter 16: Manşon basıncının hastanın kan basıncı değerine uygun şekilde şişirilmesi(nabızın alınmadığı noktadan itibaren 30 mm/Hg eklenerek manşon basıncı saptanır)

Kriter 17: Manşonun 2mm/Hg/saniye hızında düşürülmesi

Kriter 18: Hastanın ölçüm sırasında konuşmaması

Kriter 19: Krattkoff seslerinin duyulması

Kriter 20: Manaometrenin doğru gözlenmesi

Kriter 21: Hemşirenin manometreyi görüş alanı içinde tutması

Kriter 22: Ölçümün doğru kayıt edilmesi

Kriter 23: Kan Basıncı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi

Kriter 24: Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme

Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standartları

Kriter 1: Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi

Kriter 2: Ellerin yıkanması

Kriter 3: Gerekli malzemelerin hazırlanması

Kriter 4: Hastaya uygun pozisyon verilmesi

Kriter 5: Ölçüm yapılacak bölgeye uygun termometreyi (Aksiller ölçüm)

Kriter 6: Hastanın ölçüm bölgesinin ölçüm öncesi ıslak bezle silinmesi, kurulanması ve bir süre beklenmesi

Kriter 7: Termometreyi bekletildiği dezenfektan solüsyondan çıkarttıktan sonra temizden kirliye doğru silinmesi

Kriter 8: Termometrenin derecesinin doğru şekilde düşürülmesi ve kontrol edilmesi

Kriter 9: Termometrenin deriye ya da mukozaya temasının sağlanması

Kriter 10: Termometrenin bölgeye doğru yerleştirilmesi

Kriter 11: Termometrenin civa sütununun 35°C' nin altına düşmesinin sağlanması

Kriter 12: Hemşirenin ölçüm sonrası termometreyi temizden kirliye doğru silerek temizlemesi

Kriter 13: Hemşirenin termometreyi ölçüm sonrası solüsyona koyması

Kriter 14: Vücut sıcaklığı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi

Kriter 15: Ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi

Kriter 16: Ölçümün doğru kayıt edilmesi

Kriter 17: Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme

1.4 YAŞAM BULGULARI

Yaşam bulguları vücudun temel fonksiyonlarının ölçülmesidir (99). Tıbbi ve sağlık bakımı profesyonellerince gözlemlendiği kabul edilen dört ana yaşam bulguları bulunmaktadır, bunlar:

- Vücut sıcaklığı
- Nabız
- Solunum
- Kan basıncı

Yaşam bulguları tıbbi problemleri fark etmede ya da saptamada yararlı olmaktadır (48,49,70,86).

1.5 VÜCUT SICAKLIĞI

1.5.1 VÜCUT SICAKLIĞI FİZYOLOJİSİ

Sıcaklık, bir cisimde bulunan sıcaklık enerjisi miktarının ölçülmesi, sıcaklık ise bir maddenin moleküllerinin kinetik ya da potansiyel enerjilerinin toplamıdır. Dolayısı ile sıcaklık bir enerji, sıcaklık ise ısının ölçümünü ifade etmektedir.

İnsanlar sıcakkanlıdırlar, çevrelerinden bağımsız olarak vücut ısılarını korurlar, sürdürürler.

İnsan organizmasının işlevsel olabilmesi için belirli bir düzeyde sıcaklık enerjisine gereksinim duymaktadır. Organizmada doku ve hücrelerin en uygun olarak işlevlerini gerçekleştirebildiği sıcaklık değeri oldukça dar bir dağılım göstermekte ve organizma yalnızca 35-43⁰ C arasında canlılığını sürdürebilmektedir.

Vücut sıcaklığı kavramı, iç sıcaklık (core temperature) ve yüzey sıcaklığı (surface temperature) olmak üzere iki tip sıcaklığı kapsamaktadır.

- a) Vücudun iç sıcaklığı, derin dokuların sıcaklığıdır. İç sıcaklık, çok dakik bir biçimde düzenlenmiştir ve 37⁰ C'dir. Normalde ortalamadan $\pm 0,6-1^0$ C'den fazla sapma göstermez.
- b) Vücudun yüzey sıcaklığı, çevre sıcaklığı ile ilişkili olarak düşmekte ya da yükselmektedir.

Organizmada iç sıcaklığın sabit tutulabilmesi, iç sıcaklığın kan dolaşımı yoluyla yüzeye taşınarak buradan çeşitli sıcaklık kaybı yollarıyla çevreye verilmesine bağlı olmaktadır(31,89).

1.5.2 SİRKADIAN RİTM

2000 yıl önce Aristo, Hipokrat ve Herofilus hayvan ve bitkilerdeki gece gündüz değişikliklerini gözlemiş ve bu olayı güneşin doğuş batışına bağlamışlardır. 1729'da Fransız bilgini Jean Jacques d'Ortois de Marian, bitkiyi karanlık bir dolaba koymuş ve bitkinin ışık görmemesine karşın, ritmik bir biçimde gündüz yapraklarını açtığı ve gece kapadığını gözlemiştir. Onu izleyen araştırmalar aynı sonuca varınca, yaşayan organizmada zamanı ölçebilen bir biyolojik iç saatin bulunduğu kesinlik kazanmıştır (31).

Çevrenin ve fizyolojik kuralların tekrarlayan siklus dönemlerinde meydana geldiği gözlenmiştir. İnsanlarda bazı olaylar 24 saatlik aralarda tekrarlayarak görülmektedir. Bu siklus "sirkadiyan ritim" olarak adlandırılmaktadır. Vücut sıcaklığının ve kan basıncının ölçümlerinde önceden tahmin edilen yükselip alçalmalar sirkadian ritmi gösteren fonksiyonlara örnektir. Genellikle vücut sıcaklığı öğleden sonra ve akşam üzerinde, sabah erken saatlerdekinden yaklaşık $0,6-1^{\circ}\text{C}$ düşüktür (38,89).

1.5.3 VÜCUT SICAKLIĞININ DÜZENLENMESİ

Sağlıklı bir insanın vücut sıcaklığının santral sinir sistemindeki hipotalamusça oldukça yoğun bir hız içinde sürdürmektedir. Bu yapı vücudun termostatı olarak önemli bir rol oynar ve beynin tabanında yer almaktadır. Vücut sıcaklığının normal izin verdiği değişiklik gün boyunca sadece yaklaşık 1 derece olmaktadır. Bu değişmezlik "belirli nokta" olarak adlandırılmaktadır. Belirli nokta, enfeksiyon ajanları, allerjenler ve inflamasyonlu dokuya vücudun yanıtınca değiştirilebilmektedir (38,44,86,89).

Hipotalamus 2 kısımdan oluşmuştur: Anterior hipotalamus; sıcaklık dağılımını kontrol eder ve posterior hipotalamus; sıcaklığı korumayı idare etmektedir. Böylece belirli nokta, sıcaklık üretimini ve kaybını kapsayan denge mekanizmalarını devam ettirmektedir (31).

Aşağıda vücut sıcaklığı dengesinin sürdürülmesindeki yollara örnekler yer almaktadır:

- sıcaklık besinlerin metabolizması sayesinde üretilmektedir. Daha fazla sıcaklık metabolizmanın artmasıyla üretilmekte ve metabolizma azaldığında kaybedilmektedir.
- sıcaklık üretimi vücudun epinefrin, norepinefrin ve troksin hormonlarıca arttırılmaktadır.
- Egzersiz, kas kontraksiyonları sayesinde sıcaklık üretilmektedir.
- Vücudun yüzeyi, güneş, rüzgar gibi etkenlerden dolayı fiziksel sıcaklık kaybetmekte ve kazanmaktadır fakat iç yapıların ki böyle olmamaktadır.
- Sıcaklık esasen radyasyon, konveksiyon, evaporasyon ve kondüksiyon gibi fiziksel koşullar sayesinde transfer olmaktadır (38,89).

Tablo-1. Sıcaklık Transfer Mekanizması

YOL	TANIM	ÖRNEK
Radyasyon	Elektromanyetik dalgalarca sıcaklık yayılmakta ya da difüzyon olmaktadır.	Vücut yüzeylerinin açılmasıyla sıcaklık dalgalar halinde dışarı verilir.
Konveksiyon	Düzensiz yoğunluktaki sıcaklık bölgeleri arasındaki hareketlerce, sıcaklık yayılır.	Görülen bir fandan esen soğuk hava akımının sıcak vücudun yüzeyinden bir taraftan öbür tarafa esmesi.
Evaporasyon	Sıvının buhara çevrilmesidir.	Terleme ve gözle görülmeyen kayıp şeklinde vücut suyu deriden buharlaşır.
Kondüksiyon	Doğrudan temas boyunca diğer nesneye ısının geçmesidir.	Vücuttan buz torbasına sıcaklık geçmesi nedeniyle, buz erir.

*Kaynak: TAYLOR, LİLLİS, LEMONE, " Funda Mentals Of Nursing The Art And Science Of Nursing Care",

JB. Lippincott Company-1989, Page: 392-429 (86).

- Sıcaklık, aşırı nefes alıp vermeyi uyandıran hava koşulları, dışkı ve idrar sayesinde de küçük miktarlarda kaybedilmektedir.
- Derinin damarlarındaki değişimler vücut sıcaklığının biraz değiştirmektedir. Kan, dilate damarlar sayesinde deride dolaşmaktadır, sıcaklık kaybı artmıştır; deri damarları kasılmakta, sıcaklık korunmaktadır.
- Düz kasların kasılması bedende ürperti meydana getirmekte ve ürpermenin bu koşullar sayesinde sıcaklığı artmış olan kanın dolaşımına katkıda bulunmakta ve sıcaklık üretimi olduğundan, iskelet kasları istemsiz kasılmaktadır (70).

1.5.4 VÜCUT SICAKLIĞININ SINIFLANDIRILMASI

a)Normal Vücut Sıcaklığı: Erişkin bir insanda oral vücut sıcaklığı 37°C , rektal sıcaklık $37,5^{\circ}\text{C}$ ve aksiller $36,5^{\circ}\text{C}$ 'dir. Vücut sıcaklığının $0,3-0,6^{\circ}\text{C}$ arasında değişiklik göstermesi normal kabul edilmektedir.

b)Vücut Sıcaklığının Artması(Preksi-Ateş): Ateş,vücut sıcaklığının normal sınırların üstüne çıkması anlamına gelmektedir. Vücudun iç sıcaklığı $37\pm 1^{\circ}\text{C}$ 'dir ve sıcaklık üretimi ile sıcaklık kaybını sağlayan tüm kontrol mekanizmaları bu değeri sürdürmeye çalışmaktadır.

Hipotalamik termostat normalden daha yüksek bir noktaya ayarlandığı zaman,iç sıcaklık bu yeni değerden daha düşük olduğundan vücut sıcaklığını arttırarak tüm mekanizmalar harekete geçmekte ve vücut iç sıcaklığı, birkaç saat içinde yeni ayar noktasına uygun biçimde yükselmektedir. Bu sırada sıcaklık kaybı da önlenmeye çalışılmakta ve yüzey damarlarda gelişen vazokontrüksiyon nedeniyle, birey üşüme hissetmekte ve titremektedir. Titreme, vücut iç sıcaklığı yeni ayar noktasına ulaşınca kadar devam etmektedir.

Ateş, pek çok hastalığın tipik belirtisidir. Ateş başlarken hastada, üşüme, titreme, pili ereksiyon, vazokontriksiyona bağlı olarak deride soğukluk, solukluk, kalp atım hızında, solunum sayısı ve derinliğinde artma görülmektedir. Daha sonraki evrede (ateş yükseldikten sonra) deride ısınmakta ve vazodilatasyona bağlı olarak deride kırmızılık gelişmektedir; hasta susama hissetmekte, huzursuzluk, iştahsızlık ve kas ağrısı görülmektedir.

Vücut sıcaklığının 41°C 'ye ulaştığı durum "Hiperpireksi" olarak tanımlanmaktadır. Vücut sıcaklığı 42°C 'ye ulaştığında beyindeki sinir hücrelerinin bir çoğu ölmektedir. Vücut sıcaklığı nadiren 44°C 'ye ulaşmakta; bu değere ulaştığında beyindeki solunum merkezi hasar görerek solunum durmakta, doku proteinleri yıkılmakta; vücut enzimleri inaktive olmakta ve tablo ölümle sonuçlanmaktadır.

Ateş Tipleri;

- **Aralıklı (İntermittent) Ateş**:Vücut sıcaklığı gün içinde normal, yüksek ateş ve düşük vücut sıcaklığı şeklinde değişiklikler göstermektedir.
- **Dalgalı (Remittent) Ateş**:Vücut sıcaklığı normalin üzerinde olmaktadır. Gün içinde 2°C 'nin üzerine çıkan, düzensiz değişimler göstermektedir. Ancak normal sınıra inmemektedir.

- **Sürekli (Constant) Ateş:** Vücut sıcaklığı sürekli yüksektir, gün içindeki değişimler 2° C'nin altındadır.
- **Relapsing Ateş:** Vücut sıcaklığı birkaç gün normal seyretmekte, sonra yeniden yükselmektedir.
- **Ondülans Ateş:** Vücut sıcaklığı birkaç gün içinde yavaş yavaş yükselmektedir. Birkaç gün yüksek kaldıktan sonra yine birkaç gün içersinde ateş düşmektedir.
- **İnvers (Ters) Ateş:** Vücut sıcaklığı normalin aksine sabah yüksek akşam ise düşüktür (38,70).

Ateşin aniden normal vücut sıcaklığı değerine düşmesine Crisis (Kriz), ateşin derece derece normal değere ulaşmasına Lysis (Liziz) denilmektedir (86).

c) Vücut Sıcaklığının Düşmesi (Hipotermi): Vücut iç sıcaklığının normal değerinin altında olmasına Hipotermi denilmektedir. Vücudun genel ve ilerleyici soğuması hipotermi ile sonuçlanmaktadır. Organizma, iç sıcaklığın birkaç derece düşmesine dayanabilmektedir. Ancak, kalp, akciğerler ve beyin gibi yaşamsal organların sıcaklığı 35° C'nin altına düşerse hipotermi belirtileri ortaya çıkmaktadır. Hipotermi belirtileri iç sıcaklık düştükçe şiddetlenmektedir. Hipotermi; hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üç döneme ayrılmaktadır:

- **Hafif Hipotermi:** Vücut iç sıcaklığı $35-32^{\circ}$ C arasında bulunmaktadır. Yüzeysel sıcaklık düşüktür. Bireyde üşüme, titreme, ciltte soğukluk ve solukluk, koordinasyon kaybı, sakinleşme ve dalgınlık hali görülmektedir. Kas işlevi azalmaktadır. Metabolizma hızı yavaşlamaktadır.
- **Orta Hipotermi:** Vücut iç sıcaklığı $32-26^{\circ}$ C arasında bulunmaktadır. 32° C'nin altında titreme durmaktadır. Zihinsel ve fiziksel aktivite yavaşlamıştır. Birey de uyuklu bir hal bulunmaktadır. Nabız yavaşlamaktadır.
- **Şiddetli Hipotermi:** Vücut iç sıcaklığı 26° C'nin altında yer almaktadır. Nabız bradikardik, aritmik ve zayıftır. Solunum yavaşlamıştır. Mantık bozulmuştur. Birey koma halindedir. Vücut iç sıcaklığı 25° C'nin altına düştüğünde ise bilinç tamamen kapanmakta, kalp durması sonucu ölüm meydana gelmektedir. Hipotermi aşırı sıcaklık kaybı, yetersiz sıcaklık üretimi ve hipotalamusun sıcaklık kontrol yeteneğinin bozulması sonucu gelişmektedir (38,89).

1.5.5 VÜCUT SICAKLIĞINI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

- **Yaş:** Yeni doğanlarda ve bebeklerde fizyolojik mekanizmalar henüz gelişmediğinden vücut sıcaklığının dengede tutulması güçtür. Çocuk, adölesan dönemine ulaşıncaya kadar vücutta sıcaklık dengesi zor kurulmaktadır. Yetişkinlik döneminde sıcaklık dengesi kurulmuştur. Yaşlılık döneminde ise bazal metabolizma hızındaki yavaşlamaya, deri altı yağ dokusunda ve ter bezlerinin aktivitesinde azalmaya bağlı olarak birey yeniden sıcaklık değişikliklerine duyarlı hale gelmektedir.
- **Fiziksel Aktivite:** Kas çalışması sırasında enerji gereksinimi arttığından kaslarda metabolizma hızlanmaktadır. Metabolizmadaki bu hızlanma sıcaklık üretimini, dolayısıyla vücut sıcaklığını arttırmaktadır.
- **Hormonal Faktörler:** Kadınlar, erkeklere göre vücut sıcaklıklarında daha çok dalgalanmalar yaşamaktadır. Vücut sıcaklığındaki bu dalgalanmadan menstrual siklus boyunca değişen hormon değerleri sorumlu tutulmaktadır.
- **Günlük sıcaklık Döngüsü:** Vücut sıcaklığı gün boyunca değişiklik göstermektedir. Genellikle sabah erken saatlerde vücut sıcaklığı düşük olmakta, gün boyunca yavaş yavaş yükselerek akşamüstü en yüksek düzeye ulaşmaktadır.
- **Stres:** Fiziksel ve duygusal stres vücut sıcaklığını etkilemektedir. Birey, çevre sıcaklığının etkisine karşı vücut sıcaklığını giyim biçimiyle dengelemeye çalışmaktadır (47,49,70,86).

1.5.6 VÜCUT SICAKLIĞININ ÖLÇÜLDÜĞÜ BÖLGELER

1. **Oral Bölge (Ağız):** Bu bölgenin kullanılabilmesi için bireyin bilinçli olması gerekmektedir. Aksi halde birey termometreyi ısırabilmektedir. Bilinçsiz hastalarda, bebeklerde, çocuklarda, istemsiz kasılmaları olan hastalarda, oral yoldan vücut sıcaklığı ölçülmemektedir. Ayrıca ağızdan solunum yapanlarda, oksijen tedavisi yapılan hastalarda, ağız enfeksiyonu olan hastalarda oral yol kullanılmamaktadır. Doğru ölçüm için hastanın 15-20 dakika öncesi sıcak-soğuk besin almamış, sigara içmemiş ve sakız çiğnememiş olması gerekmektedir. Bu yol kullanıldığında derece ağızda 3-5 dakika tutulmaktadır. Oral yolla alınan vücut sıcaklığının ortalama değeri 37°C 'dir.

2. **Rektal Bölge:** Oral ya da aksiller vücut sıcaklığı almamayan hastalarda, bebeklerde, çocuklarda, bilinçsiz ve zayıf hastalarda vücut sıcaklığı rektal yolla ölçülmektedir. Rektum

ameliyatı geçirenlerde, rektum ya da perinal bölgede enfeksiyonu olanlarda rektal yolla vücut sıcaklığı ölçülmemelidir. Ayrıca defekasyondan hemen sonrada rektal yolla vücut sıcaklığı ölçülmemelidir. Kalp hastalığı olan hastalar için tavsiye edilmemektedir. Çünkü termometrenin rektuma sokulması nedeniyle, vagus sinirini uyararak kalp hızını yavaşlatabilmektedir.

Rektal bölgeye uygulanan, civalı cam termometrenin, balonu daha kısadır ve termometrenin balonu yağlandıktan sonra rektuma yerleştirilmektedir. İşlem sırasında hastaya Sim's pozisyonu verilmekte, hastanın gizliliği korunmalı ve civalı cam termometre 2-4 dakika rektumda bekletilmektedir. Rektal yolla normal vücut sıcaklığının ortalama değeri 37°C 'dir.

3. Aksiller (Koltuk Altı) Bölge: Vücut sıcaklığı ölçümünde en sık aksiller bölge kullanılmaktadır. Enfeksiyon taşıma olasılığı düşük olduğu için güvenilir bir yoldur. Oral ve rektal yolla vücut sıcaklığı ölçülemeyen hastalarda tercih edilmektedir. Ancak koltuk altında enfeksiyonu olanlarda ve çok zayıf hastalarda bu bölge kullanılmamaktadır.

Civalı cam termometre koltuk altına yerleştirilirken balon kısmı deriye doğrudan temas etmesi, giysilere değmemeli ve koltuk altında sabit tutulması gerekmektedir. Ayrıca koltuk altının terli olmamasına dikkat edilmesi, hastanın koltuk altı terli ise silinmesi gerekmektedir. Fakat silme sırasında kullanılan suyun sıcaklığı, silme ve kurulama hareketleri, bölgeye olan kan akımını değiştireceğinden bir süre bekledikten sonra vücut sıcaklığının ölçülmesi tavsiye edilmektedir.

Aksiller yolla elde edilen vücut sıcaklığı değeri, oral ve rektal yola göre daha düşük bulunmaktadır. Çünkü koltuk altı hem dışa açık bir bölgedir, hem de damarlanması dil altı ve rektal bölge mukozasına göre daha azdır.

Civalı cam termometre koltuk altına 5-10 dakika bekletilmektedir. Bu yolla normal vücut sıcaklığının ortalama değeri ise 36°C 'dir (41,48,79).

1.6 NABIZ

1.6.1 NABIZ FİZYOLOJİSİ

Kalp, kanı atımlar halinde aralıklı olarak arteriyel sisteme pompalayan bir organdır. Kalbin kasılmasını sağlayan uyarımlar, sağ atriumda vena cava sūperior'un hemen altındaki sinoatrial nodūlden normalde dakikada 60-100 uyarın olacak şekilde çıkmaktadır. Sinoatrial nodūlden çıkan uyarımlar önce sağ atriumun daha sonra ventriküllerin "sistol"üne neden olmaktadır. Atrium ve ventriküllerin sistolünün ardısıra gevşemelerine "diyastol" denilmektedir (31,38).

Kalbin sol ventrikülünün bir sistol ile aortaya attığı kan miktarına "strok volüm" denilmektedir. Yetişkin bir bireyde her sistol ile yaklaşık 60-70 ml kan aortaya atılmaktadır. "Kardiak Output" ise kalbin bir dakikada aortaya pompaladığı kan miktarıdır. Bu nedenle kardiak output, strok volüm ile nabızın çarpımına eşittir (5).

$$\text{Kardiak Output} = \text{Strok Volüm} \times \text{Nabız Hızı}$$

Kalbin her sistolü sırasında kan aortaya atılırken oluşan basınç, dolaşım sistemindeki arter duvarlarının genişlemesi ile dengelenmeye çalışılmaktadır. Arter duvarlarında aortadan başlayan bu genişleme dalgalar halinde yayılarak arterlerin distalinden ucuna kadar taşınmaktadır. Yūzeyel arterler palpe edildiğinde bu atım dalgası hafif vurular halinde hissedilmektedir. Bu duyum "Nabız" olarak adlandırılmaktadır. Nabız, kalbin sol ventrikülünün sistolü sırasında aortaya attığı kanın damar duvarına yaptığı basıncın deri yūzeyinden hissedilmesidir (49,70,86,89).

1.6.2 NABIZ HIZI

Nabız hızı kalbin bir dakikadaki atım sayısı olarak tanımlanmaktadır. Nabız hızı bireyler arasında farklılık göstermektedir. En önemli fark yaşa bağlı olarak görülmektedir. Yeni doğanda dakikada 120-160 atım normal sınırlarda kabul edilirken, yaş büyüdükçe dakikadaki nabız sayısı düşmektedir. Yetişkinlik döneminde normal nabız hızı sınırları, dakikada 60-100 atım olarak kabul edilmektedir (31,38).

Cinsiyet ve vücut yapısı, nabız hızında farklılık yaratan diğer değişkendir. Nabız hızı kadınlarda erkeklere göre dakikada yaklaşık 7-8 atım daha fazla, uzun boylu ve zayıf kişilerde ise kısa boylu ve şişman kişilere göre daha yavaş olmaktadır. Ayrıca aşağıdaki faktörler nabız hızındaki artış için katkıda bulunmaktadır:

- Birey dinlenme halinde iken nabız hızı daha yavaş olmasına karşın, fiziksel aktivite nabız hızını arttırmaktadır. Bu nedenle bir aktivite sonrası, nabız sayılmadan önce bireyin 10-15 dakika dinlendirilmesi gerekmektedir.
- Deriye uzun süreli sıcak uygulama, kan basıncında düşme, vücut sıcaklığında yükselme nabız hızını arttırmaktadır. Normalin üzerindeki her $0,6^{\circ}\text{C}$ (1 F)'lık sıcaklık yükselmesi, nabız hızını da 7-10 atım arttırmaktadır.
- Parasempatik sinir sisteminin uyarılması ise nabız hızını azaltmaktadır. Digital grubu ilaçlar parasempatik sinir sisteminin bir dalı olan Nervus Vagus'u uyararak nabız hızını azaltmaktadır.

Dakikadaki nabız hızının 100'ün üzerine çıktığı duruma "taşikardi" , 60'ın altına düştüğü duruma ise "bradikardi" denilmektedir (38,73,89).

1.6.3 NABIZ RİTMİ

Normalde kalp atımları birbirinin ardı sıra ve düzenli aralıklarla olmaktadır. Böyle bir nabza "regüler nabız" denilmektedir. Atımlar arasındaki sürenin çok kısa veya uzun oluşu ya da bazı atımların alınmaması "aritmî" olarak adlandırılmaktadır. Radyal nabız, apikal nabızdan daha düşük değer verirse "defisit" olarak adlandırılmaktadır ve aritmî fark edildiğinde apikal nabız ile radyal nabız arasındaki ilişki ile kontrol edilmektedir (89).

1.6.4 NABIZ VOLÜMÜ (DOLGUNLUĞU)

Nabız volümü, nabızın dolgunluk derecesini ve kalbin sol ventrikülünün kontraksiyon gücünü yansıtmaktadır. Normalde nabız palpe edildiğinde, her atım tüm bölgelerde kuvvetli ve benzer dolgunlukta hissedilmektedir. Fakat dolaşımdaki kan volümü arttığında, kanın arter duvarına yaptığı basınç daha fazla olacağından nabız daha dolgun ve güçlü hissedilmektedir. Böyle nabza “dolgun nabız” denilmektedir. Buna karşın “zayıf nabız” zor palpe edilmektedir; nabızı sayan kişinin parmaklarının basısıyla bile atım kolayca kaybolmaktadır. Zayıf nabza “filiform nabız” ya da “ipliksi nabız” da denilmektedir ve genellikle dakikadaki nabız sayısı 130’u geçtiği zaman nabızda görülen zayıflama ve nabız titreşimler halinde palpe edilmektedir. Filiform nabız, içe ya da dışa olan kanamalar, şok, kalp yetmezliği gibi durumlarda gelişmektedir (48,49,73,86).

1.6.5 NABZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nabızın hız, ritim ve derinliği, kemik altında bir artere karşı parmak uçlarının çok hafif basınç uygulamasıyla değerlendirilmektedir. Nabızın değerlendirilmesi için sıklıkla deri yüzeyine yakın geçen ve altında kemik bulunan arterler kullanılmaktadır. Bu arterlerin bir çoğu komşu olduğu kemiğin adını almaktadır. Nabızın değerlendirilmesi için en sık kullanılan arterler:

1. Radial arter
2. Brakial arter
3. Temporal arter
4. Karotid arter
5. Femoral arter
6. Popliteal arter
7. Dorsalis pedis arter
8. Posterior Tibial arter’dir (31,86).

1.6.6 NABZIN RADIAL ARTERDEN SAYILMASI

Çoğunlukla en fazla, el bileğindeki radial arter nabız palposyonu için kullanılmaktadır çünkü kolay yararlanılmaktadır. Radial arter bileğin iç kısmında, baş parmak tarafında yer almaktadır.

Nabız, radial arterden hasta yatar pozisyonda veya otururken alınmaktadır. Hemşire, üç parmağını (işaret parmağı, orta parmak ve yüzük parmağı) bileğin iç tarafına, radial arter üzerine koyarak ve radyusa hafifçe bastırarak, nabızı hissetmektedir. Nabız düzenli ise 15 saniye sayılıp 4 ile çarpılarak dakikadaki atış sayısı bulunmaktadır. Nabız düzenli değilse 1 dakika sayılması gerekmektedir. Hemşire hastanın nabzını sayarken nabzın ritmi ve gücüne de dikkat ederek değerlendirmelidir.

Nabız, radial arterin bulunmadığı veya kullanılmadığı durumlarda hastanın durumuna göre diğer arterlerden alınmaktadır (49,70,73,86,95).

1.7 SOLUNUM

1.7.1 SOLUNUM FİZYOLOJİSİ

Solunum, nefes alma hareketiyle başlayan, vücudun oksijeni kullanmasını ve karbondioksiti atmasını kapsayan bir süreçtir.

Solunum süreci iki aşamada gerçekleşmektedir.

1. **Dış Solunum:** Atmosfer ve akciğerler arasında olmaktadır. Dış solunumda, solunum ve dolaşım sistemi aracılığı ile oksijen kana verilmektedir, karbondioksit ise organizmadan atılmaktadır.
2. **İç Solunum:** Doku solunumu olarak da adlandırılmaktadır. Hücresel düzeyde gerçekleşmektedir. Hücreler ve kan dolaşımı arasında $O_2 - CO_2$ alışverişi söz konusudur. İç solunumun başka bir tanımı, yediğimiz besinlerdeki enerjinin kullanılması ve oksidasyon boyunca ısının üretimi için vücut hücrelerince oksijenin kullanılmasını kapsamaktadır.

Solunum Sistemi; burun, farenks, larenks, trakea, bronşlar ve akciğerlerden oluşmaktadır. Solunum dört evreden oluşmaktadır.

*Ventilasyon

*Diffüzyon

*Perfüzyon

*Solunumun Düzenlenmesi

*Ventilasyon: atmosferdeki havanın akciğerlere alınması (inspirasyon) ve akciğerlerdeki havanın dışarı verilmesi (eksprasyon) olarak iki aşamada gerçekleşmektedir. Ventilasyon diyafragmanın aşağı yukarı hareketi, göğüs kafesinin uzaması/kısalması, kostaların yükselmesi, alçalması ve göğüs kafesinin ön-arka çapının daralması veya genişlemesi ile oluşmaktadır. Sağlıklı yetişkin bir kişide her ventilasyon ile 500 cm^3 lük bir hava değişimi olmaktadır.

*Diffüzyon: oksijenin alveollerden akciğer dolaşımına, akciğer dolaşımındaki kabondioksitin ise alveollere geçmesi sürecini kapsamaktadır.

*Perfüzyon: akciğer kanına diffüze olan oksijenin kanda taşınarak dokulara geçmesi, dokularda biriken kabondioksitin ise dolaşım yoluyla akciğer kanına geçmesidir.

*Solunumun Düzenlenmesi: solunum hızı ve derinliği, beyin sapında Medulla Oblangata'da bulunan solunum merkezi tarafından kontrol edilmektedir. Solunum kontrolü istem dışı gerçekleşen bir olaydır. Solunum;

- (1) Arteriyel kandaki O_2 , CO_2 ve H^+ yoğunluğuna göre düzenlenmektedir. Bu faktörlerin azalması ya da artması solunum merkezini uyararak ventilasyonda önemli değişikliklere neden olmaktadır.
- (2) Medulla Oblangata, karotis ve aort cisimciklerinde bulunan ve kan kimyasındaki değişikliklere karşı duyarlı olan solunum kemoreseptörleri, solunum merkezini uyararak solunum hızı ve derinliğini düzenlemektedir (5,31,41).

1.7.2 SOLUNUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hemşire solunumun sayısı, derinliği, ritmi ve solunum seslerine bakarak solunumu değerlendirmektedir. Solunumun; özellikle dinlenme anında ve hastanın en rahat olduğu zamanda değerlendirilmesi gerekmektedir.

a)Solunum Hızı: Normal koşullar altında, sağlıklı bir yetişkinin solunum sayısı yaklaşık dakikada 16-20 kez olmaktadır. Solunum hızı bebeklerde ve küçük çocuklarda yetişkinlere göre daha hızlı olmaktadır. Yaş ilerledikçe solunum sayısı azalmakta, yaşlılıkta tekrar solunum sayısı artış göstermektedir.

Tablo 2: Solunum Sayısını Etkileyen Faktörler

Faktör	Etkisi
Vücut sıcaklığı	Vücut sıcaklığı arttığında, her 0,6 ^o C sıcaklık artışında solunum sayısı 4/dakika artar.
Egzersiz	Vücudun O ₂ gereksinimini arttırdığı için solunum sayısı artar.
Ağrı ve anksiyete	Kandaki oksijeni azaltır ve karbondioksitin birikmesiyle ilgili olarak solunumun derinliğini ve hızını arttırır.
Uzun süre sigara içme	Solunum sayısını arttırır.
Hastalıklar	Normal solunum hızını değiştirebilir. Solunum hızını azaltma (arttırma) düzensizlik şeklinde etkiler.
Solunum merkezini deprese eden ilaçlar	Solunum sayısını azaltır.
İntrakraniyal basınçtaki artış	Solunumda düzensizlik veya yavaş, yüzeysel solunuma neden olur, solunum merkezini deprese edeceği için .

* Potte A. P.,Perry G.A., "Basic Nursing Theory and Practice", 4th Edition, by mosby-yearbod, inc., page;392-429 (70).

b)Solunumun Derinliği: Dinlenme durumunda, her bir solunumun derinliği yaklaşık aynı olmaktadır. Solunumun derinliği, "yüzeysel, normal ve derin" olarak tanımlanmaktadır. Normal derinlikte bir solunumda hava miktarı ortalama 500 cm³'dür. Solunumun derinliği alınan hava miktarının normalin altında veya üstünde oluşuna göre derin veya yüzeysel olarak tanımlanmaktadır. Solunumun derinliğini etkileyen faktörler;

- 1.Vücudun pozisyonu; kişi otururken ya da ayakta dururken göğüs kafesi serbesttir ve tamamen yükselip alçalabilmektedir. Kişi eğildiğinde ya da yattığında göğüs kafesinin hareketi sınırlanmaktadır. Bu sınırlılıkta solunum derinliğini azaltmaktadır.
- 2.Bazı ilaçlar; narkotik grubu ilaçlar, solunumun derinliğini azaltmaktadır.
- 3.Egzersiz , korku ve anksiyete ise solunumun derinliğini artıran etkenlerdir.
- 4.Cinsiyet; erkeklerde solunum kadınlara göre daha derin olmaktadır.
- 5.Yaş; yenidoğan bebekler ve çocukların akciğer kapasiteleri ise adölesan ve yetişkinlik dönemine göre daha azdır.

c)Solunumun Ritmi: İspirasyon ve ekspirasyonun düzenini göstermektedir. Normal solunumun ritminin düzenli olmasına "regüler solunum", düzenli olmamasına "irregüler solunum" denilmektedir (4,5,70,89).

1.7.3 SOLUNUM TİPLERİ

Olağan koşullarda solunum otomatik, sessiz ve düzenli olmaktadır. Hız ve derinliği hemen hemen eşit olup çaba gerektirmez ve her soluk alıp verme arasında kısa bir dinlenme süresi bulunmaktadır.

Solunumun bu özelliklerinin değişmesini ifade eden terimler ve bazı özel durumlar;

.Öpne: Normal soluk alıp vermedir; hız ve derinlik eşittir.

.Apne: Solunumun kalıcı veya geçici olarak durmasıdır. 4-6 dakikadan fazla sürerse “solunum arresti” olarak ifade edilir, beyin hasarı ve ölüm meydana gelmektedir.

.Bradipne: Solunum hızının dakikada 10’un altına inmesidir.

.Takipne(Polipne): Solunum hızının dakikada 24’ün üzerine çıkmasıdır.

.Hiperpne: Solunumun derinliğinin artmasıdır. Normalde egzersiz sonrası görülmektedir.

.Hipopne : Solunumun derinliğinin azalmasıdır. Uykuda görülen solunum biçimidir.

.Hiperventilasyon: Solunum hızı ve derinliğinin birlikte artmasıdır. Oksijen ve karbondioksit değişimi çok fazladır.

.Hipoventilasyon: Solunumla alınan hava, vücudun metabolik gereksinimini karşılamayacak kadar azdır. Solunum hızı ve derinliğinde beraber görülen azalmadır.

.Dispne: Güç ve sıkıntılı solunumdur. Genellikle hızlı ve yüzeysel solunum bulunmaktadır. Hasta soluk alıp vermek için çaba sarf etmektedir. Hasta endişeli ve huzursuzdur. Hastalar ortopne pozisyonunda rahat etmektedirler.

.Cheyne-Stroke’s Solunum: Solunum ritmi düzensizdir. Apne ve hiperventilasyon dönemleri birbirini izler. Solunum başlangıçta yüzeysel ve yavaştır, derece derece yavaşlamaktadır. Bunu 10-20 saniyelik apne dönemi takip etmektedir.

.Kusmaul Solunum: Solunum anormal biçimde derinleşmiştir ve hızı artmıştır. Sıklıkla hiperventilasyon ve dispne görülmektedir. Gürültülü solunumdur.

.Biot Solunum: Takipne ve apne periyodik olarak birbirini izlemektedir.

.Anoksi: Yerel ya da genel olarak oksijenin tamamen yokluğudur.

.Hipoksi: Hücrelerin ve dokuların yeterli miktarda oksijen alamaması, yani oksijen yetersizliğidir.

.Siyanoz: Oksijen gereksiniminin yeterli karşılanamadığı durumlarda deri ve müköz membranların kirli, mavimsi-mor bir renk almasıdır. Siyanoz, dudaklardan, kulak memelerinden, tırnaklar ve oral mukozadan belirgin olarak gözlenebilmektedir (5,31,41).

1.7.4 SOLUNUMUN SAYILMASI

Hastanın nabızı sayıldıktan sonra hemşirenin eli hastanın bileğindeyken ve hastaya fark ettirilmeden solunum hızı göğüs kafesini gözleyerek sayılmaktadır. Hasta solunumunun sayıldığını fark ederse, istemli olarak solunumunu kontrol edebilmektedir. Göğüs kafesinin her inspirasyonu ve ekspirasyonu bir solunum olarak bir dakika boyunca sayılmaktadır. Solunum hızı sayılırken aynı zamanda derinliğinin de değerlendirilmesi gerekmektedir (32,74,78).

1.8 KAN BASINCI

1.8.1 KAN BASINCI FİZYOLOJİSİ

Kan basıncı, kanın arter duvarına karşı oluşturduğu direnç olarak adlandırılmaktadır. Diğer bir deyişle, arteriyel kan basıncı ventriküllerden arterlere atılan kanın, arter duvarına yaptığı basınçtır. Kan basıncı, 1 mm²'ye düşen civa basıncı (mmHg) ile ölçülmektedir. Kalbin bir atımı sırasında damar içinde iki değişik kan basıncı oluşmaktadır, bunlar;

a.Sistolik Kan Basıncı: Kanın, sol ventrikülden aortaya geçerken arter duvarında, oluşturduğu en yüksek basınç "sistolik" basınçtır.

b.Diastolik Kan Basıncı: Sol ventrikülün gevşediği sırada arter duvarında sabit olarak mevcut olan en düşük basınçtır. Diastolik basınç kalpten atılan kanın akış hızını ve damarların elastikiyetini göstermektedir.

Sağlıklı bir erişkinde sistolik basınç 90-140 mmHg, diastolik basınç 60-90 mmHg'dır. Kan basıncı değeri ifade edilirken önce sistolik sonra diastolik değer belirtilmektedir. Örneğin: 120/80 mmHg, sistolik basınç ile diastolik basınç arasındaki farka "nabız basıncı" denilmektedir ve bu basıncın 30-50 mmHg arasında olması gerekmektedir (38,86,89).

1.8.2 KAN BASINCININ NORMAL SINIRLARDA TUTULMASI

Kan basıncının normal sınırlarda tutulabilmesinden sorumlu 5 faktör bulunmaktadır. Organizmada kanın hareketine ve kan basıncına etki eden bu faktörlerin tümüne “hemodinamik faktörler” denilmektedir. Bunlar:

1.Perifal Direnç (Rezistans): Kan kalpten ayrılır ayrılmaz, arterler, arterioller, kapiller ve venlerden oluşan kan damarlarının içinde sürekli bir dolaşım halinde bulunmaktadır. Arterioller, çeşitli organların, dokuların veya hücrelerin gereksinimlerine bağlı olarak, kan dağılımını düzenlemek için kasılma ya da gevşeme yeteneğine sahip ince, hassas tüplerdir.

Genellikle, arterioller kısmı bir kasılma durumu içinde bulunmaktadır, yani ne tamamıyla kasılmakta ne de tamamıyla gevşemektedir. Bu yarım kasılma durumu “periferel rezistans” olarak adlandırılmaktadır. Periferel rezistans kan basıncını etkileyen ana faktörlerden biridir.

2.Kalbin Pompalama Hareketi: Arteriollere pompalanan kanın miktarı arttığında yani kardiak output arttığında, arterler daha fazla gerilecek (dolacak) sonuçta kan basıncında artış olacaktır. Kan kaybı gibi nedenlerle arter içine daha az kan pompalandığında yani kardiak output azaldığında, kan basıncı düşecektir.

Sonuçta, güçsüz pompalama sonucu kan basıncı, güçlü pompalamadan daha düşük olacaktır.

3.Kan Volümü: Kan basıncı, hemoraji ya da dehidretasyon meydana geldiğinde düşmektedir. Başka bir ifadeyle; kan basıncı arterdeki sıvının azalması nedeniyle düşmektedir. Kanın miktarı arttığında arterler içinde daha fazla sıvı volümünün yarattığı basınç nedeniyle kan basıncında artmaktadır.

4.Kanın Vizikositesi (Yoğunluğu): Yoğunluk yapışkan ya da zank gibi olma ifadesidir. Kanın yoğunluğu, plazma kan hücrelerinin oranına bağlı olmaktadır. Kan daha fazla yoğunlaştığında, kan basıncı daha yüksek olmaktadır. Bu kalbin dolaşım sistemi boyunca konsantre sıvıyı taşımaya daha fazla güç harcaması nedeniyle meydana gelmektedir.

5.Kan Damarı Duvarlarının Elastikiyeti: Arterler, onları esnetmeye izin veren elastik dokuların büyük bir miktarına sahiptir. Kalp her atım arasında dinlendiğinde, arterioller duvarları geri çekilir, böylelikle arterlerdeki basınç sıfıra inmemektedir. Basınç durumu daha öncede söylendiği gibi, kapiller ve venler içinde akan kanı belirli bir süreklilikte tutmaktadır.

Aynı zamanda arteriyoller, normalde önerilen belirli rezistans ve kasılma durumunu azaltmaktadır. Böylece, damar duvarının elastikiyetini ve var olan direnç normal kan basıncının sürdürülmesine yardım etmektedir. Damarların sahip olduğu küçük çaptaki elastikiyet, daha fazla elastikiyetten daha büyük direnç sağlamaktadır.

Yaş ile birlikte, gerilme ve gevşeme yeteneklerinin engellenmesiyle arteriollerin duvarları elastikiyetini kaybetmeye başlamaktadır. Bu vasküler sistem içindeki yüksek basıncın payının olduğu ve yeterli kan akımının sınırlanmasını takip edebilmektedir.

Tablo 3: Kan Basıncını etkileyen Hemodinamik Faktörler

Kan Basıncını Arttıran Faktörler:

- *Kardiyak output'un artması
- *Periferik vasküler direncin artması
- *Kan volümünün artması
- *Kan viskozitesinin artması

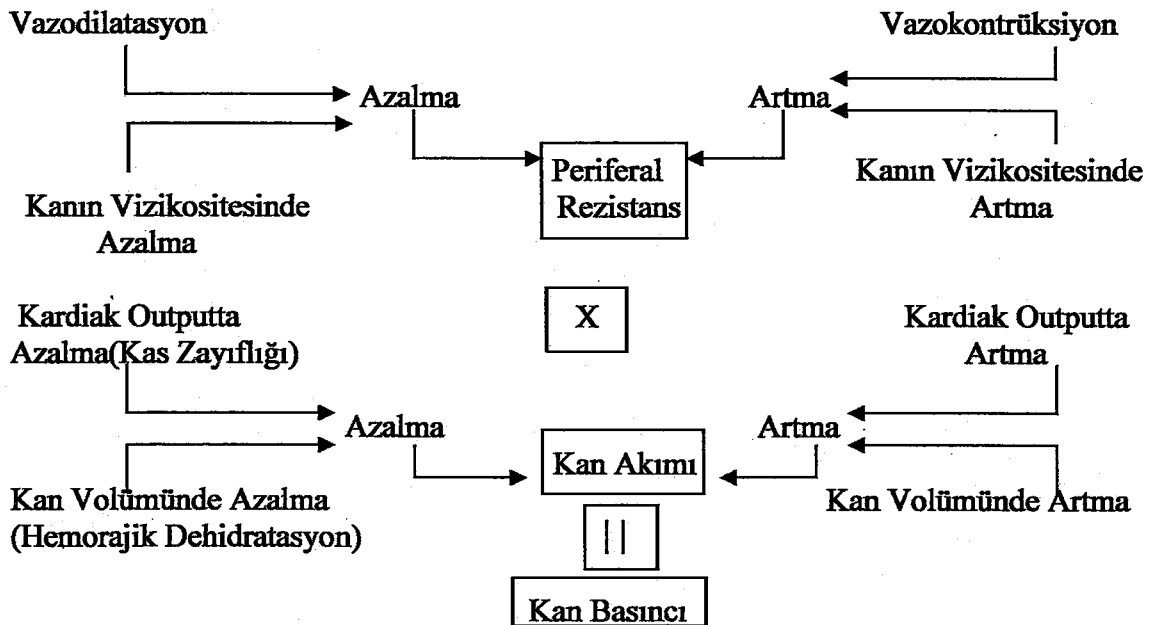
Kan Basıncını Düşüren Faktörler:

- * Kardiyak output'un azalması
- * Periferik vasküler direncin azalması
- *Kan volümünün azalması
- *Kan viskozitesinin azalması

*Kaynak: POTTE P A., PERRY AG., "Basic Nursing Theory And Practice Third Edition" page.250-295, copyright ,1995 (70).

Bunların yanı sıra; ırk, iklim ve çevre sıcaklığı, egzersiz, konuşma, yemek yeme, uyku, mesanenin dolu ve gergin olması, bağırsaklarda distansiyon olması, venöz dönüşü engelleyecek kadar sıkı giysilerin (örneğin korseler) giyilmesi arteriyel kan basıncını etkileyen diğer faktörlerdir (38,89).

Şekil-1 Kan Basıncını Etkileyen Hemodinamik Faktörler



* Kaynak: POTTE P A., PERRY AG., "Basic Nursing Theory And Practice Third Edition" copyright ,1995, page.250-295 (70).

1.8.3 NORMAL KAN BASINCI

Sağlıklı insan çalışmalarında, kan basıncının yaygın bir oran içinde normal olabileceği saptanmıştır, çünkü bireysel farklılıklar önemlidir. Özellikle, bir insan için normal kan basıncının ne olduğunun bilinmesi önemlidir. Genç yetişkinlerde sistolik basınç 140 mm/Hg civarındadır. The American Heart Association normal yetişkinlerde sistolik basıncı 100-140 mm/Hg arasında kabul etmektedir ve diastolik basıncıda 70-90 mm/Hg arasında kabul etmektedir (39,97).

Kişinin kan basıncındaki 25-30 mm/Hg düşme veya yükselme, kan basıncı değeri normal sınırlar içinde bile olsa önemlidir (80). Kan basıncı değerinin değişmesine neden olan faktörler bulunmaktadır. Bunlar:

a.Yaş: Kan basıncı değeri değişik yaş gruplarında farklılık göstermektedir ve kan basıncı yaşla birlikte artmaktadır.

b.Cinsiyet: Puberteden sonra erkeklerin kan basıncı kadınlardan yüksektir. Ancak menapoz sonrası, kadının kan basıncı aynı yaştaki erkeğe göre daha yüksek değerde olmaktadır.

c.Kan basıncı değeri gün içerisinde de değişiklik gösterir: Sabahleyin en düşük seviyede olan kan basıncı değeri öğleden sonra ve akşam üzeri 5-10 mm/Hg,yükselmekte ve gece tekrar düşmektedir. Gün içindeki bu değişim bireysel farklılıklar göstermektedir.

d.Korku, anksiyete, kızgınlık, ağrı gibi duygular, sempatik sinir sistemini uyardığı için kan basıncını yükseltmektedir.

e.İlaçlar:Bazı ilaçlar kan basıncını doğrudan veya dolaylı olarak etkilemektedir, örneğin anti-hipertansif ilaçlar, diüretik ilaçlar kan basıncını düşürmektedirler.

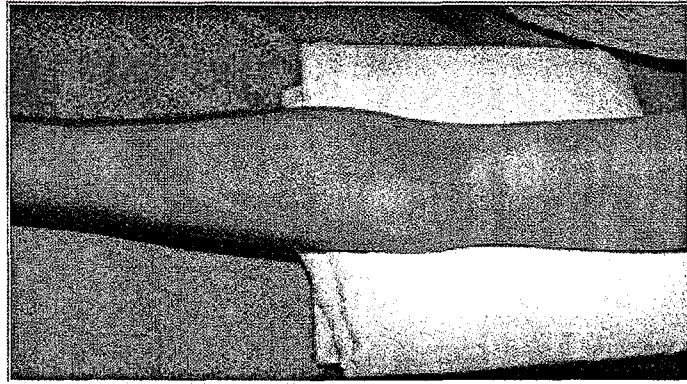
f.Bireyin pozisyonunda kan basıncını etkilemektedir: Kan basıncı değeri, otururken veya ayaktayken, yatar pozisyona göre daha yüksektir.

g.Egzersiz ve yorucu aktiviteler sırasında kan basıncı yükselmektedir (31,38,89).

1.8.4 SAĞLIKLI BİR KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ YAPILMASI İÇİN DİKKAT EDİLMESİ GEREKEN NOKTALAR

1. Hastanın nazokomiyal enfeksiyonlardan korunması amacıyla eller yıkanır.
2. Hastanın ağrı, endişe ve korkusunun olup olmadığı, yürüme, merdiven çıkma, yemek yeme gibi aktiviteleri yapıp yapmadığı araştırılır.
3. İşlem hastaya açıklanarak anksiyetesi azaltılmaya çalışılır ve işlem sırasında konuşmaması gerektiği anlatılır.
4. Hastayı rahat edebileceği biçimde oturturuz ya da sırt üstü yatış pozisyonu veririz. 5 dakika bu pozisyonda dinlenmesini sağlarız.
5. Hastanın kolu, kalp seviyesinde olacak biçimde aynı düzlemde (dördüncü interkostal aralığın sternum ile birleştiği yerde yatay) bulunmalıdır. Kolu düz yumuşak bir yere dayayarak destekleriz ve kolu avuç içi yukarı bakacak biçimde yerleştiririz. Antikubital bölgenin kalp seviyesinin altında ya da üstünde olduğu her 10 cm'lik mesafe, kan basıncında 8-10 mmHg'lık değişikliğe neden olmaktadır. Kol alttan desteklenmez ise izometrik kas hareketlerinin oluşması sonucu periferik vasküler direnç ve dolayısıyla kan basıncı artar.
6. Koldan tüm giysiler çıkarılmalıdır.

Şekil 2. Koldan tüm giysilerin çıkarılıp dirseğin desteklenmesi .



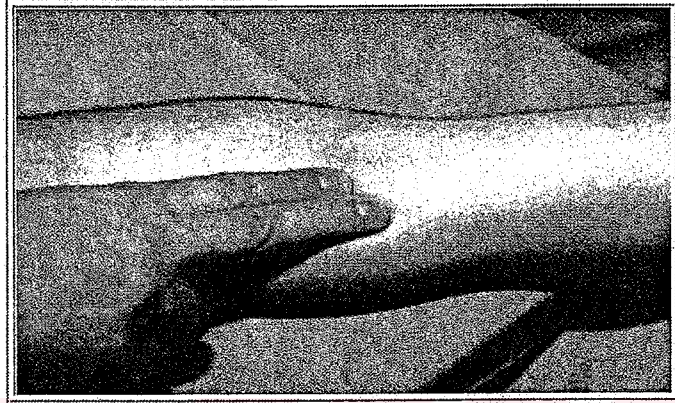
Koldan tüm giysilerin çıkarılıp dirseğin desteklenmesi

*Kaynak:....“FOTOĞRAFLARLA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ” [www.goecmes.com/Hot Springs/ resort/ 9484/ 2002 \(22\)](http://www.goecmes.com/Hot Springs/ resort/ 9484/ 2002 (22).).

7. Manşonun boyutları uygun olmalıdır. Manşonun içindeki kesenin boyutu kolun tamamını sarmalıdır. Manşonun içindeki kese kolu tam çevrelemelidir.

8. Brakiyel arter dirsek önü çukurunda aranarak palpe edilir. Manşonun tam orta noktası, palpe edilen brakiyel arterin üzerine gelecek biçimde kola yerleştirilir. Böylece manşon şişirildiğinde brakiyel artere yeterli basıncı yapar.

Şekil 3. Brakiyel arterin hissedilmesi.



Brakiyel arterin hissedilmesi

*Kaynak:....“FOTOĞRAFLARLA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ” www.goecmes.com/Hot Springs/resort/9484/ 2002 (22).

9. Manşeti, brakiyel arterin palpe edildiği bölgenin 2.5 cm yukarisına ya da dirseğin 3 cm üstünde olacak biçimde, üst kola birbirinin üzerine dolayarak düzgünce sarılır. Sarma sırasında manşonun tamamen boş olmasına dikkat edilir.

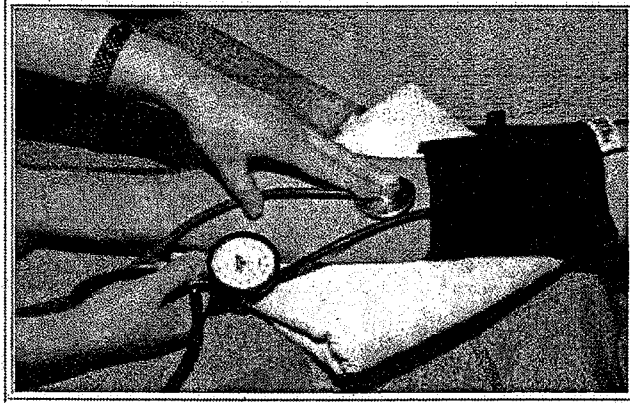
10. Steteskop, brakiyel arterin üzerine yerleştirilmelidir. Steteskop, sıkıca ve dengeli bir biçimde tutulmalı fakat aşırı basınç uygulanmamalıdır.

11. Puvar avuç içine yerleştirilir, ayar düğmesi kontrol edilerek sıkıca kapatılır. Boşta kalan el radyal artere yerleştirilir ve nabız atımları palpe edilir. Puvar düzenli bir biçimde hızla pompalanarak, nabız atımı duyulmayıncaya kadar manşon şişirilir. Nabız atımının duyulmadığı değer manometreden belirlenir. Elde edilen bu değere 30 mmHg eklenerek, manşonun en fazla şişirebileceği basınç değeri hesaplanmış olur.

12. Puvarın hava ayar düğmesi açılarak manşonun havası iyice boşaltılır. Manşon yeniden şişirilmeden önce 30-60 saniye beklenir. Çünkü bu işlem sırasında venöz birikim gelişebilir ve hatalı sonuç elde edilebilir.

13. Puvar 11. basamakta olduğu gibi pompalanarak bu basamakta elde edilen değere kadar manşon şişirilir.

Şekil 4. 200 mm Hg'ya kadar şişirilmiş manşon.



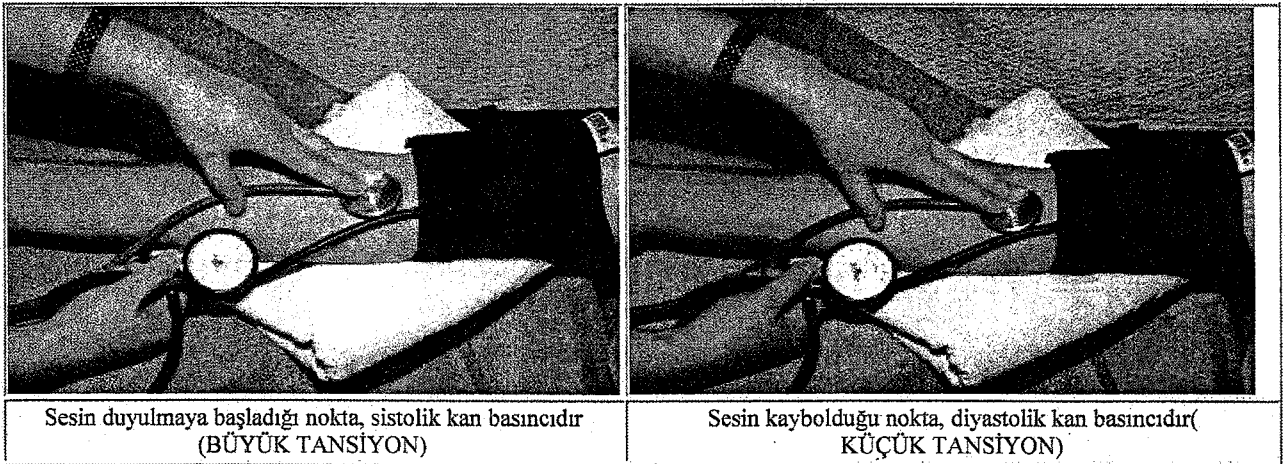
200 mm Hg'ya kadar şişirilmiş manşon
(Ses duyulmuyor)

* Kaynak:....“FOTOĞRAFLARLA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ” [www.goecmes.com/Hot Springs/resort/ 9484/ 2002 \(22\)](http://www.goecmes.com/Hot Springs/resort/9484/2002(22)).

14. Puvarın hava ayar düğmesi yavaş yavaş düzenli bir biçimde açılarak manşonun havası boşaltılmaya başlanır. Manşonun boşaltılma hızı saniyede 2-3 mmHg olacak biçimde düzenlenir.

15. Manşonun havası boşaltılırken ilk duyulan sesin (Korotkoff sesleri –Evre 1) manometre değeri sistolik kan basıncıdır. Manşon boşaltılmaya devam edilir, korotkoff seslerinin kaybolduğu andaki (Evre 5) manometre değeri diyastolik kan basıncı olarak belirlenir.

Şekil 5. Büyük tansiyon ve küçük tansiyon .



Ses duyulmaya başladığı nokta, sistolik kan basıncıdır
(BÜYÜK TANSİYON)

Ses kaybolduğu nokta, diyastolik kan basıncıdır
(KÜÇÜK TANSİYON)

* Kaynak:....“FOTOĞRAFLARLA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ” [www.goecmes.com/Hot Springs/resort/ 9484/ 2002 \(22\)](http://www.goecmes.com/Hot Springs/resort/9484/2002(22)).

16. Aritmilerde, sistolik ve diyastolik basınçların her birisi için ortalama 3 okuma yapılmalıdır. Sistolik kan basıncının olduğundan düşük ve diyastolik kan basıncının ise olduğundan yüksek okumamak için manşon çok yavaş boşaltılmalıdır.

17. Uygulamada sağ veya sol koldan kan basıncı ölçülmesi önem taşımaz ancak kan basıncı ilk muayenede her iki koldan da değerlendirilmelidir. Tekrarlayan üç ölçümde, eğer sistolik/diyastolik kan basıncında 20/10 mmHg 'dan fazla farklılık olursa, eş zamanlı ölçüm yapılmalıdır.
18. Hastadan stetoskop ve manşet çıkarılır. Hastanın giysileri giydirilir ve istediği pozisyonu almasına yardım edilir.
19. Eller yıkanır. Enfeksiyonlardan korunmamız için önemlidir.
20. Kan basıncı ölçüm kayıtları, sistolik kan basıncı, diyastolik kan basıncı ve sağdan mı soldan mı olduğunu, hastanın pozisyonunu, varsa aritmi, heyecan veya hastalık gibi olağan dışı durumları göstermelidir. Elde edilen değer normal sınırların dışında ise hemen hekime bildirilmelidir.
21. Tekrarlayan ölçümlerde, manşonun mümkün olduğu kadar süratle düşürülmeli ve ardışık okumalar arasında, içindeki hava tamamen boşaltılmalıdır. Ardışık ölçümler arasında en az 30-60 saniye olmalıdır.
22. Ölçüm yapan kişi, manometreye bir metreden daha uzak olmamalıdır, ölçüm yapan kişi rahat ve gevşemiş bir pozisyonda bulunmalıdır (22, 89).

1.8.5 HİPERTANSİYON

Bireyin kan basıncının, günler ya da haftalar boyunca devamlı olarak normal değerinin üzerinde olmasına "hipertansiyon" denilmektedir. Hipertansiyonda, yalnız sistolik ya da diyastolik kan basıncı değerinde yükselme söz konusu olabileceği gibi her ikisi birlikte normal değerlerin üzerinde olabilmektedir.

Amerikan Kalp Derneği'ne göre, yetişkinlerde yüksek kan basıncı şöyle tanımlanmaktadır;

- 140 mm/Hg ya da üzerindeki sistolik kan basıncı ve /veya
- 90 mm/Hg ya da üzerindeki diyastolik kan basıncı hipertansiyondur (22,97).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yetişkin bireylerde hipertansiyon için sınır değeri 140/90 mm/Hg olarak belirlemektedir.

Bilinmesi Gerekenler:

- Yüksek kan basıncı son derece tehlikeli olmasına rağmen, genellikle belirti vermemektedir, bu yüzden bir çok insan yüksek kan basıncına sahip olduğunu bilmemektedir. Yüksek kan basıncı sadece kişinin kan basıncı ölçümlerini doğru ve tekrar tekrar ölçmesiyle belirlenebilmektedir. Bunun sonucu olarak düzenli tıbbi kontrollerin yapılması önemlidir.
- Yüksek kan basıncı güvenli ve etkili tedavi edilmesine rağmen yüksek kan basıncına sahip insanların yaklaşık sadece dörtte birinin normal bir sınır içinde kan basıncını tutmak için adımlar atmaktadır (97).

Hipertansiyonun 3 Tipi Vardır

- Primer Hipertansiyon(Essential Hipertansiyon): Sebebi bilinmeyen yüksek kan basıncıdır. Yüksek kan basıncı olan çoğu insan (%90-95) bu tip hipertansiyona sahiptir. Hekimler yaşam şeklinin, diyet, kalıtım, yaş, cinsiyet, etnik yapı, hormon düzeylerinin birleşiminin ve diğer tüm faktörlerin yüksek kan basıncı için katkıda bulunduğunu tahmin etmektedir.
- Sekonder Hipertansiyon(Non- Essential Hipertansiyon): Saptanan, bir sebebi bulunan yüksek kan basıncıdır. Bu tip hipertansiyon yalnızca tüm hipertansiyonluların %5-10'u oluşturmaktadır. Bu sebeplerin bazıları geçici ya da kontrol edilebilirdir. Örneğin, gebelik ya da kullanılan belirli ilaçlar, diğerleri hormonal hastalıklar, böbrek hastalıkları ya da kafa yaralanmaları gibi kronik durumlardır.
- İzole (Tektük/Arasıra) Sistolik Hipertansiyon(ISH): Yaşlı insanlarda yüksek kan basıncının bir formu (şekli) olarak tahmin edilmektedir, izole sistolik hipertansiyon olarak adlandırılmaktadır. Bu durum insanlarda, kan basıncının kalp atımlarının normalden daha yüksek olmasıdır fakat kalbin atımları arası normale dönebilmektedir. Basıncıdaki büyük fark arter duvarlarındaki zorlanmaya ek olarak yer almaktadır (22,97).

Herhangi bir semptom hissedilmezse hala bir problem var mıdır?

Yüksek kan basıncı bir çok insan herhangi bir semptomu yaşamamaktadır. Varolan semptomlar baş ağrısı ya da bulanık görme gibi genellikle ciddi ya da uzun süre görülen hipertansiyonda saptanmaktadır. Oysaki, uzun süre kontrol altına alınmayan yüksek kan basıncı kalp, böbrekler, beyin ve gözleri kapsayan önemli organlarda önemli zararlara sebep olmaktadır. Sayısız nedenlerdeki bu zarar ölüme yol açabilmektedir. Bu yüksek kan basıncı bazı zamanlar “sessiz ölümlerle” sonuçlanmaktadır (97).

1.8.6 YÜKSEK KAN BASINCININ NEDENLERİ NELERDİR?

Kalıtımsal eğilimler: Ailede yüksek tansiyon öyküsünün bulunmasıdır, siyah ırkta beyazlara oranla daha sık rastlanılmaktadır.

Gerilim: Heyecan ve gergin bir ruh yapısı kan basıncını yükseltmektedir. Gerilim yaratan nedenler arasında aşırı çalışma, mutsuz bir aile yaşamı, uyumsuz evlilik, ekonomik yetersizlik vb. sayılabilmektedir.

Şişmanlık: Aşırı kilo hipertansiyonu davet eden nedenlerden bir tanesidir.

Sigara: Sigara zamanla az da olsa kan basıncının yükselmesine neden olabilmektedir. Sigara ile birlikte alınan nikotin, böbrek üstü bezlerinden, kan basıncının küçük oranda da olsa yükselmesine neden olan adrenal ve noradrenalin salgılanmasını hızlandırmaktadır. Sigarının başka bir olumsuz etkisi, hipertansiyon hastasını koroner yetmezlikle karşı karşıya bırakmasıdır.

Böbrekler: Böbrekler kan basıncı yani tansiyon üzerinde yaşamsal bir denetim işlevi görmektedirler. Bu işlevi renin adı verilen çok önemli bir hormonu salgılayarak yapmaktadırlar. Salgıladıkları bu hormonun artması halinde, daha fazla miktarda tuz vücut içinde tutulmaktadır. Fazla tuz, fazla sıvının vücut içinde tutulmasını sağladığından dolanan kan miktarında bir artış meydana gelmektedir, bu da kan basıncının yükselmesi anlamına gelmektedir. Renin artması, atardamarların daha çok büzülmesine neden olan anjiotensin hormonunun daha fazla miktarda salgılanmasına yol açmaktadır. Bu durumda kan basıncını yükseltmektedir. Böbreklerden birine ya da bir parçasına yeterince kan gelmediği durumlarda renin salgılanması çok yüksek düzeylere ulaşmaktadır. Bu durumda hipertansiyona neden olmaktadır (42).

1.8.7 YÜKSEK KAN BASINCI HAKKINDAKİ GERÇEKLER

- Yüksek kan basıncı, ya da tansiyonun uzun süre yüksek kalması kan damarlarının duvarlarında kanın güç kullanmasının arttırması demektir ve bu durumda, kan damarları kalp ve diğer organlara zarar verebilen kötü bir durumdur.
- Amerikalıların 50 milyondan daha fazlasının, yüksek kan basıncına sahip olduğu hesaplanmıştır.
- Yüksek kan basıncı Amerika' da ciddi sağlık problemlerinden biridir, çünkü yüksek kan basıncı semptomsuzdur, milyonlarca insan ona sahip olduğunu bile bilmemektedir.
- Amerika'da dört yetiştikinden birinde yüksek kan basıncına rastlanmaktadır.
- Yüksek kan basıncı tüm yaştaki insanları,ırkları, etnik grupları ve yaşam şekillerini etkilemektedir.
- Hekimler, yüksek kan basıncına sahip insanların (%90-95'nin) yüksek kan basıncı nedenlerinin ne olduğunu bilmemektedir.
- Yüksek kan basıncı koroner kalp hastalıkları için risklerden biridir.
- Yüksek kan basıncı Amerika'da üçte birinin ölüm sebebi olan stroke için en önemli risk faktörüdür.
- Yüksek kan basıncı, Amerika'da ölümün başta gelen ve kalp krizinin genel nedenidir.
- Yüksek kan basıncı böbrek hastalığının yaygın bir nedenidir (9).

Tablo 4: Yetiştikilerde Kan Basıncının Sınıflandırılması

Yetiştikilerde Kan Basıncının Sınıflandırılması		
Kategori	Sistolik	Diyastolik
Normal	<140	<90
İzole Sistolik Hipertansiyon	>140	<90
Ortalama Hipertansiyon	140-159	90-99
Hafif Yüksek Hipertansiyon	160-179	100.0-109
Ciddi Hipertansiyon	180-209	110-119
Kriz Hipertansiyon	>210	>120

*Kaynak: Vital Signs Health Center.htm,google,2002 (73).

1.8.8 HİPOTANSİYON

Arteriyel kan basıncının normal değerin altında olmasına “hipotansiyon” denilmektedir. Sistolik kan basıncı değerinin 90 mm/Hg ve daha düşük olması genellikle hipotansiyon olarak kabul edilmektedir. Ancak bu değerler bazı bireyler için normal sistolik kan basıncı değeri olabilmekte ve herhangi bir rahatsızlık gözlenmemektedir. Bu nedenle, sistolik kan basıncı değerinin 90 mm/Hg ve daha düşük olmasının yanı sıra hastada baş dönmesi ve nabız hızında artış gibi belirtilerin var olup olmaması, hipotansiyon için daha keskin değerlendirmeyi sağlamaktadır.

Hipotansiyon, birçok kişide çeşitli patolojik durumlar sonucu ortaya çıkan anormal bir durumdur. Örneğin, arterlerde gelişen vazodilatasyon, kan volüm kayıpları ya da kalbin pompalama gücünün azalması hipotansiyonun başlıca nedenleridir. Hipotansiyonda baş dönmesi, soğuk terleme, kalp atım hızında artma, zihinsel bulanıklık, idrar miktarında azalma gibi belirtiler gözlenmektedir (5,38).

1.8.9 ORTOSTATİK (POSTÜRAL) HİPOTANSİYON

Bireyin yatar pozisyondan oturur pozisyona gelmesine ya da genellikle aniden ayağa kalkmasına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. 60 yaşın üzerindeki bireylerde daha sık görülmektedir. Periferik vazodilatasyon nedeniyle gelişmektedir. Bireye pozisyon değiştirirken aniden sistolik kan basıncı ortalama 25 mm/Hg, diyastolik kan basıncı ise 10 mm/Hg düşmekte ve beraberinde beyin kanlanması yetersizliğine ilişkin belirti ve bulgular ortaya çıkmaktadır (örneğin, ani bilinç kaybı). Bu durumda hasta hemen yastıksız olacak biçimde sırt üstü yatırılmalı ve bacakları bükülmeksizin 25-30° yükseltilmelidir (89).

1.9 HEMŞİRENİN YAŞAM BULGULARINDAKİ ROLÜ

Vücut sıcaklığı, nabız , solunum ve kan basıncı değerleri bireyin sağlık durumunun önemli göstergeleridir. Bireyin, fizyolojik işlevlerindeki değişiklikler yaşamsal bulguların değerlerine yansımaktadır. Bu nedenle yaşamsal bulguların normal değerlerindeki sapmalar, homeostazisin bozulduğunu ya da devam etmediğini göstermektedir.

Yaşam bulgularının ölçülmesi, hastanın sağlık durumunun izlenmesinde ve ortaya çıkan soruların tanımlanmasında hızlı ve etkili bir yöntemdir (11,27).

Hastanın yaşam bulgularının ölçülmesi hemşirenin sorumluluğudur. Ancak, bu bulguların ölçülmesinin ötesinde, bunların değerlendirilebilmesi daha da önemli bir sorumluluktur (38,89). Yaşam bulgularının ölçümü için gereken hemşirelik becerileri oldukça kolaydır; ancak hemşirenin yaşam bulgularını etkileyen değişkenleri, hastanın genel durumundaki değişikliklerin yaşam bulgularına nasıl yansıdığını, aralarındaki ilişkinin ne olduğunu ve yaşamsal bulgulardaki değişikliklere yönelik hemşirelik girişimlerinin neler olduğunu da bilmesi gerekmektedir (5).

1.10 YAŞAM BULGULARININ DEĞERLENDİRİLME SIKLIĞI

Yaşam bulguları aşağıdaki durumlarda ölçülmektedir:

- Hasta muayene için hazırlanırken,
- Hasta hastaneye yattığı zaman,
- Hekim istemine (order) uygun zamanlarda,
- Cerrahi işlemlerden 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, kanama vb.)
- Yaşam bulgularını etkileyebilecek hemşirelik girişimlerinden önce ve sonra (Örn: uzun süre yatan hastanın mobilize edilmesi sırasında)
- Hasta kendisinde herhangi bir farklılık olduğunu ifade ettiğinde (39,40,41,44,70).

1.11 YAŞAM BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİNDE HEMŞİRENİN BİLMESİ GEREKEN ÖNEMLİ NOKTALAR

1. Hemşire, hastanın (bireyin) yaşam bulgularının normal değerlerini bilmelidir.
2. Hemşire, hastanın tıbbi öyküsünü, daha önce kullandığı ve halen kullanmaya devam ettiği ilaçları bilmelidir.
3. Hemşire, bireyin yaşam bulgularında değişiklik yaratan çevresel koşulların farkında olmalı ve bunları kontrol altına almalıdır.
4. Hemşire, yaşam bulgularını ölçerken kullandığı aletlerin doğru çalışmadığını önceden kontrol etmelidir.
5. Hemşire, yaşam bulgularını ölçmede sistematik ve organize bir yol izlemelidir.
6. Hemşire, yaşam bulgularını doğru olarak ölçtüğünden emin olmalıdır. Gerekirse ikinci bir kişiye ölçüm yaptırarak kontrol etmelidir (3,95).

Yaşam bulguları, bireyin sağlık durumunu göstermenin dışında, fizyolojik ve psikolojik strese, tıbbi ve hemşirelik girişimlerine tepkisini de göstermektedir ve bu nedenle hemşire tarafından doğru ölçülmesi ve doğru kayıt edilmesi gerekmektedir (38,89).

Yaşam bulguları, hastanede yatan hastaların doğru değerlendirilmesinde önemli olan verilerdir (78). Yaşam bulguları hastanın, hastalığının seyri ve tedavisi hakkında ışık tutup, gerekli görülen durumlarda hastanın yoğun bakım ünitesi gibi bölümlere geri dönmesini sağlayarak, hasta kayıplarını azaltma ve hastalığın kötü seyrini düzeltme açısından önemli bulgulardır.

1.12 YAŞAM BULGULARI NORMALDEN SAPTIĞINDA BİLİNMESİ GEREKENLER

Vücut ısının normal sınırları 36.5-37⁰ C'dir (13). Bu sınırların dışında bireyde vücut sıcaklığı değerlerinde iki sapma meydana gelmektedir. Hipertermi / ateş ve hipotermidir. Her ikisi de bireyde bir hastalık / problem olduğunu göstermektedir. Ateş ya da hipotermi kendi içinde uyarıcı farklı belirtiler vermektedir ve hemşire bu uyarıları fark edip,değerlendirmeli ve kontrol etmelidir.

Ateş normal vücut sıcaklığının artmasıdır ve hastalığın genel bir semptomudur, hastalıkla savaşan vücuda yardım eden bir yanıttır. Çocuklarda bu yanıt oldukça sık görülür, yaşlılarda ise ateş hastalığın geç belirtisi olabilmektedir. Yüksek ateşli hastada genellikle; iştahsızlık, baş ağrısı, sıcaklık, kuru deri, yüzde kızarma, susuzluk hissi ve genel kırıklık bulunmaktadır. Çok yüksek ateşli bireylerde deliryum, felç periyotları görülebilmektedir. Dehidratasyon, üriner outputta azalma gibi belirtiler ateşe eşlik eden diğer potansiyel tehlike belirtilerini içermektedir ve hızlı kalp atımı ayrıca önemli hemşirelik değerlendirmesidir (98).

Hipotermi normalin altındaki vücut sıcaklığıdır. Vücut ısının normalin altına düşmesi metabolizmayı yavaşlatmaktadır. Vücut ısının normalin altına düşmesine bağlı olarak, solunum hızı, nabız hızı azalmaktadır. Periferik damarlardaki vazokontrüksiyona bağlı olarak parmak uçlarında, dudaklarda, kulak memesinde, burun ucunda siyanoz gelişmektedir (11,73,95).

Nabızın normal değerleri 60-80 / dk arasında değişmektedir.

Hızlı nabız taşikardi olarak adlandırılmaktadır ve bir yetişkinde 100-180 atım olması taşikardidir.

Palpasyon kişinin arteri boyunca hissetmiş olduğu kalp atımlarından haberdar olması anlamına gelmektedir. Nabız genellikle palpasyonlar tanındığında aşırı derecede hızlıdır.

Bir yetişkinde bir dakikadaki kalp atımlarının 60 atımın altına düşmesi bradikardi olarak adlandırılmaktadır.

Kalp atımlarındaki düzensizlikler disritmi ya da aritmi olarak adlandırılmaktadır. Nabız hızındaki değişikliklerde hastada şu belirtiler görülmektedir; palpasyon, yorgunluk, solunum güçlüğü, bayılma hissi, nabızların alınmaması, defisit ve aritmilerdir.

Nabız hızı otonom sinir sistemi tarafından kontrol edilmektedir. Otonom sinir sistemi, sempatik ve parasempatik sinir sistemi olarak ikiye ayrılmaktadır. Parasempatik sinir sisteminin uyarılması kalp hızını azaltmaktadır. Kalp hastalıklarında kullanılan digital grubu ilaçlar parasempatik sinir sisteminin bir dalı olan nervus vagus'u uyararak nabız hızını azaltmaktadır. Bu nedenle, digital grubu ilaçlar (örneğin digoxsin) apikal nabız değerlendirildikten sonra verilmelidir (4,31).

Sempatik sinir sisteminin uyarılması kalp hızını arttırmaktadır (49). Ayrıca aşağıdaki faktörler nabız hızındaki artış için katkıda bulunmaktadır:

- Ağrı,
- Korku, öfke, anksiyete ve süprizler gibi güçlü duygular,
- Egzersiz,
- Kan kaybıyla meydana gelen, kan basıncındaki azalış,
- Normalin üzerindeki 0.6° C'lik vücut sıcaklığı artışı, her dakikada yaklaşık 7-10 atım arttırmaktadır,
- Örneğin kronik solunum hastalıkları, kanın O_2 den fakir olduğu durumlar (15,79,86).

Solunum normal koşullar altında, sağlıklı yetişkinlerde yaklaşık dakikada 16-20 kezdir.

Nabız ve solunum arasında ilişki bulunmaktadır, yaklaşık dört kalp atımı için bir solunum gerçekleşmektedir.

Hastalık süresince, solunum normalden sapmaktadır. Vücut sıcaklığı arttığında metabolik hızın artışına yanıt olarak solunum sayısı da artmaktadır. Hücreler daha fazla oksijene gerek duyduğunda ve büyük miktardaki karbondioksiti yok etmek gerektiğinde solunum hızı artmaktadır. Vücut sıcaklığı her 0.6° C arttığında da, bir dakikada 4 solunum olarak solunum sayısı artmaktadır.

Kandaki oksijeni azaltan ve karbondioksitin birikmesiyle ilgili herhangi bir durum ayrıca solunumun derinliğini ve hızını da artırma eğiliminde olacaktır.

Bazı durumlar, solunumu yavaşlatmak için hazırlayıcı özelliktedir. İntrakraniyal (kafa içi basıncı) basınçtaki bir artış, düzensizlik ya da yüzeysel, yavaş solunum ya da her ikisiyle de sonuçlanarak, solunum merkezini deprese etmektedir. Ayrıca, belirli ilaçlar, örnek olarak morfin sülfat, solunum hızını deprese etmektedir (38,89).

Amerikan Kalp Vakfına göre kan basıncının sağlıklı yetişkinlerde normal sınırları, sistolik 100-140 mm/Hg, diastolik 70-90 mm/Hg' dir. Amerikan Kalp Vakfın yetişkinlerde hipertansiyonu 140 mm/Hg ve üzerindeki sistolik kan basıncı, 90 mm/Hg ve üzerindeki diastolik kan basıncı olarak tanımlamaktadır. Hipertansiyonun belirtileri;

- Henüz aşırı boyutlara ulaşmamış hipertansiyonun belirtileri bulunmamaktadır.
- En önemli belirtilerden biri, sabahları yataktan kalkarken başın arkasında enseye doğru uzanan, ancak kısa bir süre sonra geçen baş ağrılarıdır.
- Hipertansiyonun en az rastlanan belirtilerinden biride baş dönmesidir.
- Nedeni bilinmeyen halsizlik, dinlenme ortamlarında ya da işten uzak olduğunda bile yorgunluk hissetme gibi belirtilere daha sık rastlanmaktadır.
- Hipertansiyon çok yüksek değere çıkmış ise, görme bozuklukları meydana gelmektedir.
- Hipertansiyonu olan arteriosklerotik yaşlılar stroke olarak adlandırılan serebrovasküler hastalıklar için aday olmaktadır.
- Çok uzun süreli hipertansiyon dönemi sonunda böbrekler ve kalpte etkilenebilmektedir.

Arteriyel kan basıncının normal değerinin altında olmasına hipotansiyon denilmektedir. Sistolik kan basıncı değerinin 90 mm/Hg ve daha düşük olması genellikle hipotansiyon olarak kabul edilmektedir. Hipotansiyonun belirtileri;

- Baş dönmesi,
- Soğuk terleme,
- Kalp atım hızında artma,
- Zihinsel bulanıklık,
- İdrar miktarında azalmadır (42).

1.13 YAŞAM BELİRTİLERİNİN ÖLÇÜLMESİNDE KULLANILAN ARAÇ-GEREÇLER

1.13.1 TERMOMETRE

Vücut sıcaklığı “klinik termometrelerle” ölçülmektedir. Vücut sıcaklığında kullanılan termometreler ,

- Civalı cam termometreler
- Tek kullanımlık (Disposable) termometreler
- Elektronik termometreler
- Timpanik termometreler'dir (14,44,49,86,89).

- **Civalı Cam Termometreler:** Uzun yıllardan beri yaygın olarak kullanılan termometre tipidir. Bu termometre üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar; balon, sütun, silindirdir.

- Balon** ya da **hazne** denilen bölümde sıvı civa bulunmaktadır.
- Sıvı civanın vücut sıcaklığına göre yükseldiği ikinci bölüme **sütun** denilmektedir.
- Termometrenin üzerinde 35-43⁰ C arasındaki değerleri kapsayan ölçekli bölüm ise **silindir** ya da **gövde** olarak adlandırılmaktadır (86).

Hazne bölümü deri ya da mukoza ile temas ettiğinde, içerisindeki civa, deri ya da mukozanın sıcaklığı ile genişerek sütunda ilerlemeye başlamaktadır. Vücut sıcaklığı değerine ulaşıldığında civa artık daha fazla genişmeyeceği için sütunda sabitleşmekte ve hazneye geri dönmemektedir. Çünkü, hazne ile sütunun birleştiği yerde sütun incelmış bir haldedir ve bu bölge boğum olarak adlandırılmaktadır. Boğum, sıcaklık enerjisi ile genişen civanın oluşan basınç nedeniyle sütunda ilerlemesine olanak verirken, civanın sütundan tekrar hazneye dönmesine engel olmaktadır. Bu nedenle civanın hazneye geri döndürülebilmesi için termometrenin kuvvetlice silkelmesi gerekmektedir (86,89,92).

Civalı termometrelerle doğru ve güvenilir vücut sıcaklığı ölçümü, uygulama alanına göre değişmekle birlikte ortalama 3-10 dakikalık zaman gerektirir. Bu termometreler nazokomiyal enfeksiyonlar için olası taşıyıcılar olduklarından düzenli aralıklarla dezenfekte edilmeleri zorunludur. Sonuçta, gerek ölçüm süresinin uzun olması ve gerekse dezenfeksiyon işleminin zaman alması uygulamada çeşitli hatalara ve tehlikelere neden olmaktadır. Yapılan çalışmalar bu termometrelerin doğru kullanılmadığında, ölçüm süresine uyulmadığında yanlış değer elde

edildiğini göstermektedir (98). Bunun yanı sıra bu termometreler civa içerdiğinden çevre sağlığı açısından da sorun yaratmaktadır. Termometre kaza ile düşüp kırıldığında, civa çevreye yayılmaktadır. Bu buharın solunması ya da deriden emilmesi serebral ve kortikal yapılarda hasara neden olabilmektedir. Civalı cam termometrelerin kırılabilme özelliği hasta sağlığı açısından da tehlike oluşturabilmektedir.

Civalı cam termometrelerin nazokomiyal enfeksiyonlardaki rolünü azaltmak için her hastaya ayrı termometre kullanılması ve düzenli dezenfeksiyon yapılması gerekmektedir (39,44,86).

Dezenfeksiyon işlemi;

- Termometreler ve saklandığı özel kaplar, önce soğuk sabunlu sonra duru su ile yıkanarak üzerlerindeki tüm organik materyaller uzaklaştırılmaktadır.
- Termometreler bu ön temizlikten sonra, %10'luk savlon ile kimyasal dezenfeksiyonuna geçilmektedir.
- Termometreler bu kimyasal solüsyonda 30 dakika bekletildikten sonra çıkarılarak; bol soğuk su ile durulanarak, kurulanmaktadır.
- Termometreler hasta yanında 2 yöntemle saklanır; (1) içinde alkol, iyot karışımı olan kimyasal dezenfektan solüsyonun yer aldığı kapaklı kaptaki (2) kuru olarak kap içindedir, her kullanımdan sonra %70'lik alkol ile silinerek koruyucu kaba yerleştirilmektedir.

Ülkemizdeki sağlık kuruluşlarının hemen hepsinde her hasta için ayrı termometre kullanılmamaktadır. Termometreler derece kavanozu olarak bilinen ortak bir kaptaki saklanmakta ve hastaların vücut sıcaklığı bu termometreler ile ölçülmektedir. Bu yöntemde nazokomiyal enfeksiyon riskini azaltmak için, bir saklama kabında en fazla 8 termometre bulundurma ve termometreleri dezenfektan solüsyon içinde bekletme önerilmektedir. Aynı termometre farklı hastalarda kullanılacaksa, kullanılmadan önce mutlaka dezenfekte edilerek kullanılması gerekmektedir. Bu yöntemin zorunlu olarak kullanıldığı durumlar için, vücut sıcaklığının yalnızca aksiller yolla ölçülmesi, diğer bölgelerden ölçüm yapılmaması tavsiye edilmektedir (86).

1.13.2 SANİYELİ (DİJİTAL) SAAT

Hemşire, nabız ve solunum hızını sayması gerektiğin de kullanmaktadır. Saatin akrep ve yelkovan dışındaki ince, kadranına “saniye ibresi” denilmektedir ve çok hızlı ilerlemektedir. Ayrıca hemşire saniyeli, salisiyeli, elektronik göstergeli saatlerde kullanabilmektedir.

Hemşirenin doğru ölçüm yapabilmesi için, saatin hemşirenin görüş alanında olması gerekmektedir ve hemşirenin ölçüme başlama ve bitiş süresini iyi ayarlaması gerekmektedir (70,89).

1.13.3 SFINGOMONANOMETRE

Pratikte, kan basıncı ölçümü için bir sfingomonanometre ve steteskopa ihtiyaç duyulmaktadır.

Steteskop olmadan da, sadece palpasyonla da kan basıncı ölçülebilmektedir fakat palpasyonla sadece sistolik kan basıncı ölçülebilmektedir.

Bir sfingomonanometre, manşon, manometre ile manşonu birbirine bağlayan hortum ve pompadan oluşmaktadır (89).

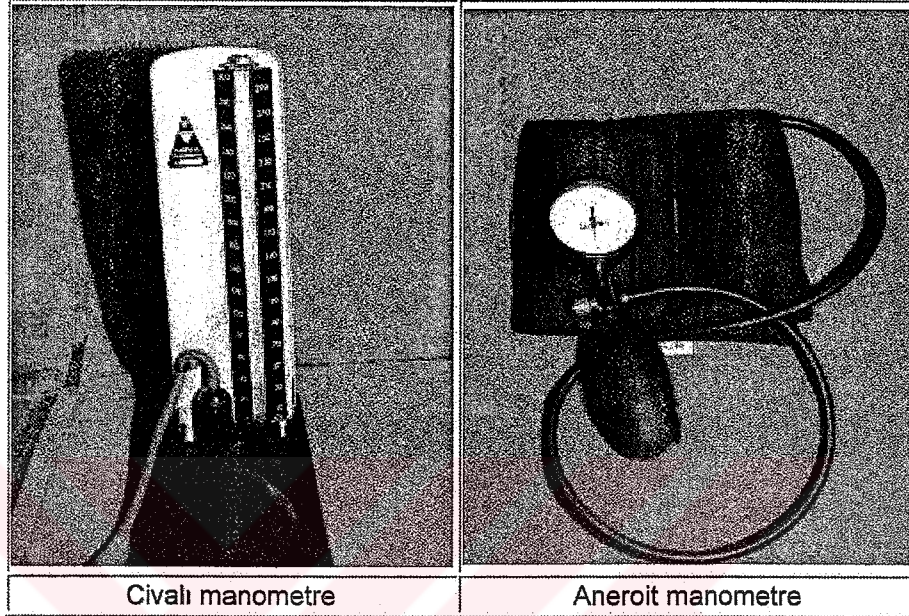
a-Manometre: En yaygın olarak 2 tip; civalı ve aneroit (yaylı) manometre bulunmaktadır. Bunun yanı sıra elektronik manometrelerde günümüzde sıkça kullanılmaktadır fakat bu cihazların hassasiyetleri civalı ve aneroit manometrelere göre daha az olmaktadır.

Genel olarak, civalı manometrelerin aneroit manometrelere göre bakımı, daha kolay ve hassasiyeti daha fazladır. Aneroit manometreler daha pratiktir ve kırılma tehlikesi de bulunmamaktadır.

Aneroit manometrelerde metal bir körük bir bağlantı tüpüyle basınç manşonuna bağlı bulunmakta, manşonun içindeki basınç değişiklikleri bu körüğün genişlemesine ya da kapanmasına neden olmaktadır. Körüğün bu hareketleri ile bir dişli vasıtasıyla gösterge ibresine iletilmekte ve ibre ölçekli kadran üzerinde hareket etmektedir. Aneroit manometreler böyle mekanik bir sisteme sahip olduklarından kolayca bozulabilmektedir. Bundan dolayı her 6 ayda bir kontrol edilmeleri ve gerekirse yeniden ayarlanmaları gerekmektedir. Aneroit manometreyle kan basıncı ölçümünden önce ibrenin sıfır noktasında olması gerekmektedir.

Aneroit manometrelerin hafif ve taşınabilir olmaları kullanımlarını kolaylaştırmaktadır. Aneroit manometre ilk kez Vaquez tarafından uygulanmıştır (22,89).

Şekil 6. Civalı manometre ve aneroit manometre .



*Kaynak:....“FOTOĞRAFLARLA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ” [www.goecmes.com/Hot Springs/ resort/ 9484/ 2002 \(22\).](http://www.goecmes.com/Hot Springs/ resort/ 9484/ 2002 (22).)

b-Basınç Manşonu ve Manşet: Manşon elastik olmayan bir kumaş olup kolu sarmakta ve içinde şişire bilinen lastik bir kese bulundurmaktadır. Manşetin eni, içindeki manşonun enine göre değişmekte ve manşonun eninden ortalama 1cm daha büyük olmaktadır. Manşonun eni ölçüm yapılacak ekstremitenin çapına göre belirlenmektedir. Yetişkin bireylerde kullanılan basınç manşonunun eni 12 cm, uzunluğu ise 23 cm'dir. Kol çapı arttıkça manşonun boyutları da artmalıdır.

Manşon, kol etrafına çoğunlukla velcro yapıştırıcısı yardımıyla, bazen incelen ucun sarılan manşonun içine sokulması ve çok sık olarak da çengellerle tespit edilmektedir.

Manşetin, kullanılacak ekstremitenin çapına ve büyüklüğüne uygun olması gerekir, çünkü zayıf bir kolda büyük bir manşon kullanılması daha düşük bir değer elde edilmesine, ekstremiteye göre daha küçük bir manşonun kullanılması ise diyastolik kan basıncının daha yüksek ölçülmesine neden olmaktadır.

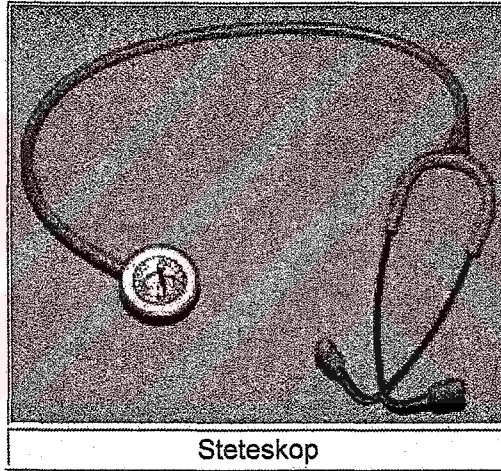
Basınç manşonunda iki bağlantı tüpü bulunmaktadır. Bu bağlantı tüplerinden birisi manşonun hava ile şişirilmesini sağlayan puvarla, diğeri manometre ile bağlantılıdır. Puvar ile tüp arasında ise manşona hava giriş çıkışını kontrol etmeyi sağlayan bir supap (hava ayar

düğmesi) bulunmaktadır. Puvar sert kauçuktan yapılmıştır, kauçukta herhangi bir çatlak, yırtık olmaması gerekmektedir (22,38,39,89).

c-Steteskop: İç organlardan çıkan ses dalgaları vücut yüzeyine ulaştıklarında havanın içinde dağılmaktadır. Bu nedenle ses dalgaları çok yüksek olmadıkça, herhangi bir yardımcı araç olmaksızın sadece kulakla dinlenerek kolayca duyulmamaktadır. Vücut yüzeyine ulaşan bu ses dalgalarının, dağılmadan dinleyen bireye ulaşmasını steteskop sağlamaktadır.

Steteskop, kapalı bir silindir olup kulaklık, iletim borusu ve alıcı kısımlardan oluşmaktadır. Kulaklıkların kulağa rahat ve tam oturması gerekmektedir. Steteskobun alıcı kısmında bulunan diyafram düz-dairesel biçimde olmakta ve sesleri yüksek frekansta işitmeyi sağlamaktadır (22,39,79,86,89).

Şekil 7. Steteskop .



*Kaynak:....“FOTOĞRAFLARLA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ” www.goemes.com/Hot Springs/ resort/ 9484/ 2002 (22).

1.14 HİPOTEZLER

H_0 : “Hemşireler yaşam bulguları ölçümlerinde standartlara uygun ölçüm yapmaktadır.”

H_1 : “Hemşireler yaşam bulguları ölçümlerinde standartlara uygun ölçüm yapmamaktadır.”

H_0 : “Hemşirelerin ölçümleriyle, kontrol ölçümleri arasında anlamlı bir fark yoktur.”

H_1 : “Hemşirelerin ölçümleriyle, kontrol ölçümleri arasında anlamlı bir fark vardır.”

1.15 SINIRLAMALAR

Araştırma gözleme dayalı olduğu için Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşirelerin tümünü almak mümkün olmadığından örneklem seçiminde literatüre uygun olarak şu kriterler aranmıştır (19).

- Gündüz 8-16 saatleri arasında serviste bulunan hemşireler,
- Hasta sirkülasyonunun fazla olduğu,
- Yaşam bulguları ölçümlerinin sık tekrarlandığı,
- Yaşam bulguları ölçümlerini monitör yerine hemşirelerin gerçekleştirdiği Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & Enfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji ve Nöroloji servisleri araştırma kapsamına alınmıştır.

1.15 TANIMLAR

STANDART: Üretimde, ölçmede ve deneyde beraberlik anlamına gelmektedir. Başka bir tanımı ise; şu anki performansa göre daha iyi performans elde edebilme başarısının talep edilmesi şeklindedir (16)

YAŞAM BULGULARI: Vücudun temel fonksiyonlarının ölçülmesidir (98). Tıbbi vesaglık bakım profesyonellerince gözlemlendiği kabul edilen dört ana yaşam bulguları bulunmaktadır, bunlar; vücut sıcaklığı, nabız, solunum ve kan basıncıdır (44,49,70,86).



BÖLÜM II

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1 ARAŞTIRMANIN AMACI VE TİPİ

Hemşirelik uygulamalarının her hastanede, her serviste, tüm hemşireler tarafından aynı yöntemlerle, aynı sınırlarda değerlendirilebilmesi standartlarla sağlanabilir.

Araştırmamız, hemşirelerin yaşam bulguları ölçümlerinde standartlara uygun ölçüm yapıp yapmadıklarını saptamak ve standartların geçerliliğini doğrulamak, hemşirelerin yaşam bulguları ölçümleri ile kontrol ölçümlerini karşılaştırmak amacıyla planlanmış metodolojik bir araştırmadır (83).

2.2 ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ

Araştırmamız Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastane fiili 296 yatağa sahiptir, bir hastanın ortalama hastanede kalış süresi 6.9 gündür, yatak işgal oranı (belirli bir süre içerisinde hastane yataklarının ne oranda hasta tarafından kullanıldığını gösterir) %64.0'dır, yatak devir hızı (belirli bir sürede yatak başına düşen ortalama hasta sayısı) 34'tür (76).

Araştırma, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & Enfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji servislerinde çalışmakta olan 30 hemşire ile yürütülmüştür. Araştırmada 15 Ocak – 15 Nisan 2003 tarihleri arasında, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & Enfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji servislerinde yatmakta olan yetişkin hastaların, 30 hemşire tarafından ölçülen 922 yaşam bulguları ölçümü (nabız, solunum, kan basıncı ve vücut sıcaklığı) ile araştırmacı tarafından aynı hastalardan ölçülen 922 yaşam bulguları ölçümü ve bu ölçümlerin gözlemleri araştırmanın örneklemini oluşturmuştur.

2.3 VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırma verilerinin toplanmasında; gözlem, kayıt ve yüz yüze görüşme teknikleri kullanılmıştır.

Çalışmaya önce serviste yaşam bulguları ölçümü için kullanılan termometre, sfingomanometre, steteskop araştırmacı tarafından geliştirilen “Ölçümde Kullanılacak Araç Gereçlerin Standartları Formu” kullanılarak güvenilirliği kontrol edilerek başlanmıştır. Tüm ölçümler serviste kullanılan araç-gereç ile gerçekleştirilmiştir. Daha sonra serviste çalışan hemşireler tek kör yöntemi ile “Yaşam Bulguları Ölçüm Standartları Formu” kullanılarak araştırmacı tarafından gözlenmiştir. Tüm gözlemler tamamlandıktan sonra hemşirelere ait tanıtıcı bilgileri saptamak amacıyla “Hemşire Tanıtım Formu” yüz yüze görüşme tekniği ile uygulanmıştır.

2.3.1 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Veri toplama araçları olarak, “Ölçümde Kullanılacak Araç Gereçlerin Standartları” “Yaşam Bulguları Ölçüm Standartları” ve “Hemşire Tanıtım Formu” kullanılmıştır.

Ölçümde Kullanılacak Araç Gereçlerin Standartları; servislerde kullanılmakta olan araç gereçlerin güvenilirliği ile ilgili standartların bulunduğu çizelgede, araştırmacı tarafından standartlara uyan maddelere işaret koymak suretiyle termometre, sfingomanometre, steteskopun güvenilirliği saptanmıştır.

Yaşam Bulguları Ölçüm Standartları; Veriler ilgili literatür taramalarından elde edilen standartların yer aldığı forma (EK1) araştırmacı tarafından; hemşirelerce yerine getirilen her bir kritere işaret koymak suretiyle hemşirelerin ölçtüğü yaşam bulguları gözlenerek toplanmıştır. Aynı çizelgede bulunan hemşire ölçümü ve kontrol ölçümü bölümüne elde edilen ölçümler kayıt edilmiştir. Hemşirenin yaşam Bulguları ölçümü sırasında gerçekleştirdiği her bir kritere 1 puan verilerek, gerçekleştirilmeyen her bir kritere ise 0 puan verilerek hemşirelerin yaşam Bulguları ölçüm puanları elde edilmiştir.

Verilerin toplandığı yaşam bulguları ölçüm standartları formunun üzerinde hemşirelere ait denek numarası, tarih, çalıştığı servis, çalışma saatleri bulunmaktadır ve form 4 bölümden oluşmaktadır. Bunlar:

1. Nabız Ölçüm Kriterleri Formu; hastanın adı soyadı, hekim istemindeki yaşam bulguları ölçüm sıklıkları, hemşire nabız ölçümü değeri ile araştırmacı tarafından

alınan kontrol ölçüm değerinin yazıldığı bölümleri ve 14 nabız ölçüm kriter maddesini içermektedir.

2. Solunum Ölçüm Kriterleri Formu; hastanın adı soyadı, hekim istemindeki yaşam bulguları ölçüm sıklıkları, hemşire nabız ölçümü değeri ile araştırmacı tarafından alınan kontrol ölçümü değerinin yazıldığı bölümleri ve 17 solunum ölçüm kriter maddesini içermektedir.
3. Kan Basıncı Ölçüm Kriterleri Formu; hastanın adı soyadı, hekim istemindeki yaşam bulguları ölçüm sıklıkları, hemşire nabız ölçümü değeri ile araştırmacı tarafından alınan kontrol ölçümü değerinin yazıldığı bölümleri ve 24 solunum ölçüm kriter maddesini içermektedir.
4. Vücut Sıcaklığı Ölçüm Kriterleri Formu; hastanın adı soyadı, hekim istemindeki yaşam bulguları ölçüm sıklıkları, hemşire nabız ölçümü değeri ile araştırmacı tarafından alınan kontrol ölçümü değerinin yazıldığı bölümleri ve 17 vücut sıcaklığı ölçüm kriter maddesini içermektedir.

Hemşirelerin;

- Nabız ölçüm standartlarından alabilecekleri en düşük 0-4 puan, en yüksek 10-14 puan,
- Solunum ölçüm standartlarından alabilecekleri en düşük 0-4 puan, en yüksek 10-17 puan,
- Kan basıncı ölçüm standartlarından alabilecekleri en düşük 0-8 puan, en yüksek 17-24 puan,
- Vücut sıcaklığı ölçüm standartlarından alabilecekleri en düşük 0-4 puan, en yüksek 10-17 puan olarak belirlenmiştir.

Hemşirelerin yaşam bulguları ölçümlerini gerçekleştirmesinde ilgili literatüre bağlı olarak saptanan toplam 72 standart bulunmaktadır ve hemşirelerin alabilecekleri en düşük puan 0-23, en yüksek puan 47-72 puan olarak saptanmıştır.

Hemşire Tanıtım Formu; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından geliştirilen sorular (Ek 3) hemşirelere yöneltilmiştir. Hemşire Tanıtım Formunda, hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini saptayan; denek numaraları, yaş, çalıştığı servis, bu serviste çalışma süresi, daha önce çalıştığı kurum, daha önce çalıştığı servis, bu servislerde çalışma süresi, en son mezun olduğu okul, çalıştığı servisten memnuniyeti, çalıştığı serviste yaşam bulguları alma sıklığı ve yaşam bulguları sıklığına ilişkin görüşlerini içermektedir. Bu sorular hemşirelere, açık uçlu olarak yöneltilmiştir.

2.3.2 VERİ TOPLAMA ARACININ GEÇERLİLİK VE GÜVENİLİRLİLİĞİ

Yaşam bulguları ölçüm standartlarının geçerlilik – güvenilirlik çalışmasında reability (cronbach alfa) ve multirait-multimethod matris korelasyon katsayıları kullanılmıştır.

Araştırmanın güvenilirlik değerlendirmesinde Cronbah Alfa aralıkları şu şekildedir;<0.60 düşük güvenilirlik ve 0.60<.....<0.80 oldukça güvenilir.

Tablo 5. Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Elde Edilen Ortalamalar Ve Cronbach Alfa Katsayıları.

	Ortalama ± Ss	Alfa
Nabız Ölçüm Kriterleri	5.161±0.294	0.70
Solunum Ölçüm Kriterleri	5.938±0.265	0.62
Kan Basıncı Ölçüm Kriterleri	12.959±0.576	0.62
Vücut Sıcaklığı Ölçüm Kriterleri	6.979±0.591	0.56

Yaşam bulguları ölçüm standartlarının geçerlilik-güvenilirlik çalışması 11 hemşirenin 337 ölçümü üzerinde gerçekleştirilmiştir.

Yaşam bulguları ölçüm standartlarının her bir yaşam bulguları için cronbach alfa katsayısı hesaplanmıştır ve 0.56 - 0.70 arasında elde edilmiştir (Tablo 5).

Tablo 6. Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Nabız Ölçüm Kriterlerinin Multitrait-Multimethod Matris Korelasyon Katsayıları.

	N1	N2	N3	N4	N5	N6	N7	N8	N9	N11	N12	N13	N14
N1	1,0000												
N2	-,0116	1,0000											
N3	,0090	,0116	1,0000										
N4	,0337	-,0600	,0463	1,0000									
N5	-,0205	-,0265	,0205	,1133	1,0000								
N6	,1604	-,0225	-,5159	,1218	-,0396	1,0000							
N7	,0205	,0265	-,0205	-,1498	,0466	,0396	1,0000						
N8	,0996	-,0332	-,3502	-,0130	-,0584	,4138	-,0557	1,0000					
N9	-,2497	,0151	-,0116	-,2510	,0265	-,6681	-,0265	-,3561	1,0000				
N11	,0104	,0135	,5730	,0536	,0237	-,2883	,2421	-,4050	-,0135	1,0000			
N12	,1802	-,0203	,0157	-,0343	-,0358	,0731	,0358	,5391	-,1319	,0182	1,0000		
N13	,1802	-,0203	,0157	-,0343	-,0358	,0731	,0358	,3931	-,1319	,0182	,7717	1,0000	
N14	,1063	-,0316	,0244	,2473	,3015	,3671	,0556	,1249	-,4760	,0283	,0334	,0334	1,0000

** N10 varyans sıfır.

Tablo 7. Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Solunum Ölçüm Kriterlerinin Multitrait-Multimethod Matrisi Korelasyon Katsayıları.

	S2	S3	S4	S5	S6	S12	S13	S15	S17
S2	1,0000								
S3	,0225	1,0000							
S4	-,0067	,0100.0	1,0000						
S5	-,0135	,0201	-,0060	1,0000					
S6	-,0215	,0321	-,0095	-,0192	1,0000				
S17	-,0135	,0201	-,0060	-,0120	-,0192	1,0000			
S12	-,0151	,0225	-,0067	-,0135	,2678	,0512	1,0000		
S13	,0512	-,0767	,0228	,0457	-,0254	-,0203	-,3969	1,0000	
S15	-,0203	,0304	-,0090	-,0182	,1880	-,0135	-,0313	-,0182	1,0000

** S1,S8,S9,S10,S11,S14,S16 varyans sıfır.

Tablo 8. Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Kan Basıncı Ölçüm Kriterlerinin Multitrait-Multimethod Matrisi Korelasyon Katsayıları.

	KB3	KB6	KB7	KB8	KB9	KB11	KB12	KB17	KB21	KB23	KB24
KB3	1,0000										
KB6	,0839	1,0000									
KB7	,0521	,6212	1,0000								
KB8	,0307	,1213	,0977	1,0000							
KB9	,0182	,2171	,1234	,1016	1,0000						
KB11	,0174	-,0280	,0469	,2253	-,0353	1,0000					
KB12	-,0104	-,1239	-,0890	-,3384	,0211	,0201	1,0000				
KB17	-,0343	-,2406	-,1233	,1172	,0695	,0665	-,0396	1,0000			
KB21	-,0166	-,0214	,0366	,0566	,0336	,0321	-,0192	-,0633	1,0000		
KB23	,0212	,2523	,1814	,0705	,3336	-,0410	,0245	,0808	-,3721	1,0000	
KB24	,0197	,0555	,0476	,0847	,3612	,1291	,0228	,0753	,0364	,3032	1,0000

** KB1,KB2,KB5,KB10,KB13,KB14,KB15,KB16,KB18,KB19,KB20,KB22 varyans sıfır.

Tablo 9. Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Vücut Sıcaklığı Ölçüm Kriterlerinin Multitrait-Multimethod Matrisi Korelasyon Katsayıları.

	V1	V3	V4	V5	V6	V7	V8	V9	V10	V11	V12	V16
V1	1,0000											
V3	,0151	1,0000										
V4	-,0067	,0340	1,0000									
V5	,0095	,2916	,0215	1,0000								
V6	-,0095	,0484	-,0215	,0306	1,0000							
V7	,0503	,0917	-,1330	,1895	-,1895	1,0000						
V8	,0095	-,0484	,0215	-,0306	,0306	,1895	1,0000					
V9	-,0541	-,1871	,1238	-,0365	,1764	-,4548	,1733	1,0000				
V10	-,0370	-,1851	-,0831	-,1075	,2582	-,3878	,1185	,6707	1,0000			
V11	,0141	,1195	,0316	,2443	,0451	,1316	-,0451	-,0146	-,0897	1,0000		
V12	-,0060	-,0762	-,0135	-,3038	-,0192	-,1188	,0192	,1106	,1618	,0283	1,0000	
V16	,0067	-,0340	,0151	-,0215	,0215	,1330	-,0215	-,1238	,0831	-,0316	,0135	1,0000

** V2,V13,V14,V15,V17 varyans sıfır.

Tablo 5,6,7 ve 8'de nabız (N1-14), solunum (S1-17), kan basıncı (KB1-24) ve vücut sıcaklığı (V1-17) ölçüm kriterleri multitrait-multimethod matrisi korelasyon katsayıları yer almaktadır. Korelasyon varyansı sıfır çıkan ölçüm kriterleri tekrar gözden geçirilerek ve uygun değişiklikler yapılarak forma eklenmiştir.

2.3.3 VERİ TOPLAMA ARAÇLARININ UYGULANMASI

Veri toplama araçları, araştırma kapsamındaki hemşirelere araştırmacı tarafından uygulanmıştır.

Ölçümde Kullanılacak Araç Gereçlerin Standartları Formu; Servislerde, hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm gözlemlerini gerçekleştirmeden önce kullanılacak termometre, sfingomanometre, steteskobun güvenilirliğini belirlemek amacıyla “Ölçümde Kullanılacak Araç Gereçlerin Standartları” formunda, kullanılacak araç gerecin uygunluğu standartlarla kontrol etmiştir. Ölçümde kullanılacak termometre, sfingomanometre, steteskobun formdaki tüm standartlara uyması gerekmektedir. Yaşam bulguları hemşire ölçümleri ve araştırmacı tarafından gerçekleştirilen kontrol ölçümleri serviste kullanılan aynı termometre, sfingomanometre ve steteskop ile gerçekleştirilmiştir.

Yaşam Bulguları Ölçüm Standartları Formu; Araştırma süresince servislerde çalışan 30 hemşireden “Yaşam Bulguları Ölçüm Standartları” formu ile araştırmacının kişisel gözlemlerinden yararlanılarak elde edilmiştir. Araştırmanın verileri, araştırmacı tarafından hafta içi her gün mesai saatleri (8.00-16.00) içinde gün boyunca izlenilerek toplanmıştır.

Hemşire Tanıtım Formu; Araştırma kapsamındaki hemşirelere “Hemşire Tanıtım Formu”, yaşam bulguları ölçüm gözlemleri tamamlandıktan sonra yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır. Formların doldurulma süresi ortalama 20 dakika sürmüştür.

2.4 BAĞIMLI VE BAĞIMSIZ DEĞİŞKENLER

Araştırmada, aşağıda belirtilen bağımlı ve bağımsız değişkenlerin dağılımı ve ilişkileri incelenmiştir.

Bağımlı Değişkenler: Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin, araştırmacı tarafından gözlenen yaşam bulguları ölçüm standartları puanları ve hemşirelerin yaşam bulguları ölçümleri ile araştırmacı yaşam bulguları ölçüm sonuçları bağımlı değişkenlerdir.

Bağımsız Değişkenler: Hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartları puanlarını etkileyebileceği düşünülen; denek numarası, yaş, çalıştığı servis, bu serviste çalışma süresi, daha önce çalıştığı kurum, daha önce çalıştığı servis, bu servislerde çalışma süresi, en son mezun olduğu okul, çalıştığı servisten memnuniyeti, çalıştığı serviste yaşam bulguları alma sıklığı ve yaşam bulguları ölçme sıklığına ilişkin görüşleri bağımsız değişkenleri oluşturmaktadır.

2.5 VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Araştırma verileri, gerekli istatistiksel işlemlerin yapılması amacıyla SPSS for Windows 10.0 programına yüklenmiştir.

Araştırma Bulgularının analizinde;

- Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri sayı- yüzdeler halinde gösterilmiştir.
- Hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartları puan ortalamaları ve standart sapma değerleri verilerek belirtilmiştir.
- Hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm sonuçları ile araştırmacının yaşam bulguları ölçüm sonuçları arasındaki ilişkide korelasyon analizi kullanılmıştır.
- Hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm puanları ile yaş grupları, eğitim durumu, meslekteki çalışma süresi, servisteki çalışma sürelerinde Mann Whitney-U testi, Kruskal Wallis, Independent t-testi kullanılmıştır.
- Yapılan tekli analizler sonucunda bağımsız değişkenlerin hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm puanları üzerinde ve birbirlerine olan etkilerini birlikte değerlendirmek amacıyla multiple linear regresyon modelleri oluşturulmuş ve test edilmiştir (83).

2.6 SÜRE VE OLANAKLAR

Araştırma Eylül 2002 tarihinde planlanmış, Ekim 2002'de tez önerisi olarak sunulmuştur. Araştırmanın geçerlilik güvenilirlik çalışması, 9 aralık 2002 – 6 ocak 2003 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın verileri 15 Ocak - 15 Nisan 2003 tarihleri arasında araştırmacı tarafından Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & Enfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji servislerinde çalışan 30 hemşireden elde edilmiştir.

2.7 ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinin yetkili makamından gerekli izin alınarak veri toplama işlemine başlanmıştır. Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & Enfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji servislerinde çalışmakta olan 30 hemşirenin yaşam bulguları ölçümü sırasındaki gözlemsel veri toplama işlemi tek kör yöntemiyle yapılmıştır. Hemşirelere, araştırmanın sağlığı açısından gözlemlendikleri bildirilmemiştir. Hemşirelere etik kurallara uygun olarak denek numaraları verilmiştir ve hemşirelerin ad-soyadları kullanılmamıştır. Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & Enfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji servislerinde 15 Ocak – 15 Nisan 2003 tarihleri arasında yatmakta olan yetişkin hastalardan; yaşam bulguları hemşire tarafından ölçüldükten sonra araştırmacı tarafından kontrol ölçümlerinin yapılması için sözlü izin alınmıştır. Kontrol ölçümü yaptırmak istemeyen hastaların, hemşiresince yapılan yaşam bulguları ölçümü ve hemşire gözlemi araştırma kapsamından çıkartılmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerini saptamak amacıyla, araştırmacı tarafından geliştirilen hemşire tanıtım formu, hemşirelere yöneltilmiştir, tüm hemşireler hemşire tanıtım formu sorularına yanıt vermeyi kabul etmiştir.

BÖLÜM III

3. BULGULAR

Bu bölümde; hemşirelere ait tanıtıcı özellikler, yaşam bulguları ölçüm sıklıkları ve dağılımları, hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartlarına uyma durumları, hemşirelerin ölçüm standartlarından aldıkları puanların dağılımı, hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm puanlarının bağımsız değişkenlere göre incelenmesi ile bulgular yer almaktadır.

3.1 ARAŞTIRMAYA KATILAN HEMŞİRELERİN TANITICI ÖZELLİKLERİ.

Tablo 10. Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler.

Yaş Ortalaması±Ss	25.06 ± 2.94 En Düşük Yaş =20 En Yüksek Yaş=32	Sayı	%
Hemşirelerin Çalıştıkları Servisler	İç Hastalıkları	6	20.0
	Göğüs&Enfeksiyon	9	30.0
	Özel Kat	2	6.6
	Yoğun Bakım	3	10.0
	Dermatoloji	2	6.6
	Nöroloji	8	26.8
Hemşirelerin Çalışma Süresi	0-1 yıl	11	36.6
	2-3 yıl	9	30.0
	4-5 yıl	4	13.4
	6-7 yıl	2	6.6
	8 yıl ve üzeri	4	13.4
Hemşirelerin Daha Önce Çalıştığı Kurum	Başka kurumda daha önce hiç çalışmamış	18	60.0
	Üniversite Hastanesi	9	30.0
	Devlet Hastanesi	2	6.6
	Sağlık Ocağı	1	3.4
Hemşirelerin Daha Önce Çalıştığı Servisler	Hiç çalışmayan	10	33.4
	Dahiliye servisi	11	36.6
	Cerrahi servisi	3	10.0
	Kadın ve Doğum servisi	3	10.0
	Göğüs&Enfeksiyon	2	6.6
	Sağlık Ocağı	1	3.4
Hemşirelerin Bu Servislerdeki Çalışma Süreleri	0-1 yıl	9	30.0
	2-3 yıl	11	36.7
	4-5 yıl	2	6.6
	6-7 yıl	5	16.7
	8 yıl ve üzeri	3	10.0
Hemşirelerin Eğitim Durumları	Sağlık Meslek Lisesi	8	26.6
	Sağlık Meslek Yüksekokulu (Ön Lisans)	10	33.4
	Hemşirelik Yüksekokulu(Lisans)	2	6.6
	Sağlık Yüksekokulu(Lisans)	10	33.4
	Sağlık Bilimleri Enst.(Yüksek Lisans)	-	-
TOPLAM		30	100.0

Tablo 10'da hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin yaş ortalaması 25.06 ± 2.94 'tür ve işaretlenmiş değer aralıkları en düşük 20 ve en yüksek 32'dir. Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre dağılımları incelendiğinde; %20.0'ı iç hastalıkları servisinde, %30.0'ı göğüs & enfeksiyon servisinde, %6.6'sı özel katta, %10.0'ı yoğun bakım servisinde, %6.6'sı Dermatoloji servisinde, %26.8'i nöroloji servisinde çalışmaktadır. Hemşirelerin çalışma süreleri incelendiğinde; %36.6'sı 0-1 yıldır, %30.0'ı 2-3 yıldır, %13.4'ü 4-5 yıldır, % 6.6'sı 6-7 yıl, % 13.4'ü 8 yıl ve daha uzun süredir çalışmaktadır. Hemşirelerin daha önce çalıştığı kurumlara göre dağılımları incelendiğinde; %60.0'ı başka kurumda daha önce hiç çalışmamış, % 30.0'ı üniversite hastanesinde, %6.6'sı devlet hastanesinde, %3.4'ü sağlık ocağında çalışmıştır. Hemşirelerin daha önce çalıştığı servislere göre dağılımları incelendiğinde; %33.4'ü hiç çalışmamış, %36.6'sı dahiliye servisinde, %10.0'ı cerrahi servisinde, %10.0'ı kadın ve doğum servisinde, %6.6'sı göğüs & enfeksiyonda, %3.4'ü sağlık ocağında çalışmıştır. Hemşirelerin bu servislerdeki çalışma süreleri incelendiğinde; %30.0'ı 0-1 yıl, %36.7'si 2-3 yıl, %6.6'sı 4-5 yıl, %16.7'si 6-7 yıl, %10.0'ı 8 yıl ve daha uzun süredir bu servislerde çalışmıştır. Hemşirelerin eğitim durumları incelendiğinde; %26.6'sı sağlık meslek lisesi, %33.4'ü sağlık meslek yüksekokulu (Ön Lisans), % 6.6'sı hemşirelik yüksekokulu(Lisans), %33.4'ü sağlık yüksekokulu(Lisans) mezunudur.

Tablo 11. Hemşirelerin, Çalıştıkları Servislerde Yaşam Bulguları Ölçme Sıklığı Ve Bu Konudaki Görüşlerine Göre Dağılımı.

		Sayı	%
Hemşirelerin Çalıştıkları Servislerde Yaşam Bulguları Alma Sıklıkları	Günde 2 Kez	-	-
	Günde 3 Kez	2	6.6
	Günde 4 Kez ve Üzeri	19	63.4
	Gerekli Görüldükçe	9	30.0
Yaşam Bulguları Alınma Sıklığının Yeterliliğine İlişkin Görüşleri	Hiç yeterli değil	-	-
	Çok az	1	3.3
	Orta derecede	3	10.0
	Çoğunlukla	19	63.4
	Çok yeterli	7	23.3
Yaşam Bulgusu Alınma Sıklığına İlişkin Görüşleri	Hekim istemine göre	-	-
	Hastanın durumuna göre	26	86.6
	Gerekli oldukça	-	-
	Hasta istedikçe	2	6.7
	Hemşire istedikçe	2	6.7
TOPLAM		30	100.0

Tablo 11'de hemşirelerin çalıştıkları servislerde yaşam bulguları alma sıklıkları incelendiğinde; günde 2 kez yaşam bulguları ölçümü yapan hemşire bulunmamıştır, %6.6'sı günde 3 kez yaşam bulguları ölçümü yapmış, % 63.4'ü günde 4 kez ve üzeri yaşam bulguları ölçümü yapmış, %30.0'ı gerekli görüldükçe yaşam bulguları ölçümü yapmıştır. Hemşirelerin yaşam bulguları alınma sıklığının yeterliliğine ilişkin görüşleri incelendiğinde; Hiç yeterli değil yanıtını veren hemşire olmamıştır, %3.3'ü çok az yeterli, %10.0'ı orta derecede yeterli, % 63.4 çoğunlukla, % 23.3 çok yeterli yanıtlarını vermiştir. yaşam bulgusu alınma sıklığına ilişkin görüşleri incelendiğinde; hekim istemine göre olmalıdır yanıtını veren olmamıştır, %86.6'sı hastanın durumuna göre yanıtını vermiş, gerekli oldukça yanıtını veren olmamıştır, %6.7'si hasta istedikçe yanıtını, %6.7'si hemşire istedikçe yanıtını vermiştir.

3.2 YAŞAM BULGULARI ÖLÇÜM SIKLIĞI VE DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 12. Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre yaşam bulguları ölçüm dağılımları.

Hemşirenin İsim Kodu	Sayı	%
İÇ HASTALIKLARI SERVİSİ		
Hemşire 1	30	3.3
Hemşire 2	32	3.5
Hemşire 3	32	3.5
Hemşire 4	30	3.3
Hemşire 5	30	3.3
Hemşire 6	31	3.4
ÖZEL KAT		
Hemşire 7	30	3.3
Hemşire 8	30	3.3
DAHİLİYE YOĞUN BAKIM		
Hemşire 9	30	3.3
Hemşire 10	31	3.4
Hemşire 11	32	3.5
GÖĞÜS & İNFEKSİYON		
Hemşire 12	30	3.3
Hemşire 13	33	3.6
Hemşire 14	31	3.4
Hemşire 15	31	3.4
Hemşire 16	32	3.5
Hemşire 17	31	3.4
Hemşire 18	31	3.4
Hemşire 19	30	3.3
Hemşire 20	31	3.4
DERMOTOLOJİ		
Hemşire 21	31	3.4
Hemşire 22	30	3.3
NÖROLOJİ		
Hemşire 23	31	3.4
Hemşire 24	30	3.3
Hemşire 25	30	3.3
Hemşire 26	30	3.3
Hemşire 27	30	3.3
Hemşire 28	31	3.4
Hemşire 29	31	3.4
Hemşire 30	30	3.3
TOPLAM	922	100.0

Tablo 12’de Hemşirelerin çalıştıkları servislere göre yaşam bulguları alma sayı ve yüzde dağılımı yer almaktadır. İç hastalıkları servisinde 6 hemşire çalışmaktadır. Yaşam bulguları ölçümlerinin, %3.3’ü Hemşire 1, %3.5’i Hemşire 2, %3.5’ i Hemşire 3 , %3.3’ü Hemşire 4 , %3.3’ü Hemşire 5, %3.4’ü Hemşire 6 tarafından gerçekleştirmiştir.

Özel kat servisinde yaşam bulguları ölçümlerinin, %3.3’ü Hemşire 7, %3.3’ü Hemşire 8 tarafından gerçekleştirmiştir.

Dahiliye Yoğun Bakım servisinde yaşam bulguları ölçümlerinin, %3.3’ü Hemşire 9, %3.3’ü Hemşire 10, %3.5’i Hemşire 11 tarafından gerçekleştirmiştir.

Göğüs&İnfeksiyon servisinde 9 hemşire çalışmaktadır. Yaşam bulguları ölçümlerinin, %3.3’ü Hemşire 12, %3.6’sı Hemşire 13, %3.4’ü Hemşire 14, %3.4’ü Hemşire15, %3.5’i Hemşire 16 , %3.4’ü Hemşire 17, %3.4’ü Hemşire 18, %3.3’ü Hemşire 19, %3.4’ü Hemşire 20 tarafından ölçülmüştür.

Dermatoloji servisinde 2 hemşire çalışmaktadır. Yaşam bulguları ölçümlerinin, %3.4’ü Hemşire 21, %3.3’ü Hemşire 22 tarafından gerçekleştirmiştir.

Nöroloji servisinde 8 hemşire çalışmaktadır. Yaşam bulguları ölçümlerinin, %3.4’ü Hemşire 23, %3.3’ü Hemşire 24, %3.3’ü Hemşire 25, %3.3’ü Hemşire 26, %3.3’ü Hemşire 27, %3.4’ü Hemşire 28, %3.4’ü Hemşire 29, %3.3’ü Hemşire 30 tarafından gerçekleştirilmiştir.

Çalışmamızda toplam 6 serviste çalışan, 30 hemşirenin, 922 ölçümü gözlenmiştir.

Tablo 13. Hastaların Yaşam Bulguları Alınma Sıklığının Dağılımı.

Yaşam Bulguları Alınma Sıklığı	Sayı	%
Günde 2x1 kez	100.0	10.8
Günde 4x1 kez	259	28.2
Günde 6x1 kez	306	33.2
Günde 8x1 kez	242	26.2
Günde 12x1 kez	15	1.6
TOPLAM	922	100.0

Tablo 13’te hemşirelerin servislerdeki rutin yaşam bulguları alma sıklığı saptanmıştır. Hemşirelerin, %10.8’i günde 2x1 kez, %28.2’si günde 4x1 kez, %33.2’si günde 6x1 kez, %26.2’si günde 8x1 kez, %1.6’sı günde 12x1 kez yaşam bulguları ölçtüğü saptanmıştır.

Tablo 14. Hemşireler Tarafından Ölçülen Yaşam Bulgularının İşaretlenmiş Değer Aralıkları Ve Ortalama Değerleri İle Standart Sapması.

Yaşam Bulguları	İşaretlenmiş Değer Aralıkları		Ortalama \pm Ss
	Min	Max	
Nabız	60/dk	124/dk	80.17 \pm 8.74
Solunum	14/dk	32/dk	19.76 \pm 2.31
Sistolik Kan Basıncı	70 mmHg	190 mmHg	120.89 \pm 18.12
Diastolik Kan Basıncı	40 mmHg	110 mmHg	73.40 \pm 10.79
Vücut Sıcaklığı	35.5 ⁰ C	38.2 ⁰ C	36.41 \pm 0.38

Tablo 14'te hemşireler tarafından ölçülen yaşam bulgularının işaretlenmiş değer aralıkları ve ortalama değerleri ile standart sapma değerleri yer almaktadır. Hemşirelerin, işaretlediği nabız ölçümlerinin en düşük değeri 60/dk, en yüksek değeri 124/dk, ortalama değeri 80.17 \pm 8.74'tür. Hemşirelerin, işaretlediği solunum ölçümlerinin en düşük değeri 14/dk, en yüksek değeri 32/dk, ortalama değeri 19.76 \pm 2.31'dir. Hemşirelerin, işaretlediği sistolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 70 mmHg, en yüksek değeri 190 mmHg, ortalama değeri 120.89 \pm 18.12'dir. Hemşirelerin, işaretlediği diastolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 40 mmHg, en yüksek değeri 110 mmHg, ortalama değeri 73.40 \pm 10.79'dir. Hemşirelerin, işaretlediği vücut sıcaklığı ölçümlerinin en düşük değeri 35.5⁰ C, en yüksek değeri 38.2⁰ C, ortalama değeri 36.41 \pm 0.38'dir.

Tablo 15. Araştırmacı Tarafından Ölçülen Yaşam Bulgularının İşaretlenmiş Değer Aralıkları Ve Ortalama Değerleri İle Standart Sapması.

Yaşam Bulguları	İşaretlenmiş Değer Aralıkları		Ortalama \pm Ss
	Min	Max	
Nabız	60/dk	120/dk	77.85 \pm 8.96
Solunum	14/dk	31/dk	18.98 \pm 2.48
Sistolik Kan Basıncı	80 mmHg	190 mmHg	120.87 \pm 17.27
Diastolik Kan Basıncı	43 mmHg	110 mmHg	72.08 \pm 9.33
Vücut Sıcaklığı	35.6 ⁰ C	38.3 ⁰ C	36.52 \pm 0.38

Tablo 15'te araştırmacı tarafından alınan yaşam bulguları (nabız,solunum hızı,kan basıncı ve vücut sıcaklığı) ölçümlerinin işaretlenmiş değer aralıkları ve ortalama değerleri ile standart sapma değerleri yer almaktadır. Araştırmacının, işaretlediği nabız ölçümlerinin en düşük değeri 60/dk, en yüksek değeri 120/dk, ortalama değeri 77.85 \pm 8.96'dır. Araştırmacının, işaretlediği solunum ölçümlerinin en düşük değeri 14/dk, en yüksek değeri 31/dk, ortalama

değeri 18.98 ± 2.48 'dir. Araştırmacının, işaretlediği sistolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 80 mmHg, en yüksek değeri 190 mmHg, ortalama değeri 120.87 ± 17.27 'dir. Araştırmacının, işaretlediği diastolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 43 mmHg, en yüksek değeri 110 mmHg, ortalama değeri 72.08 ± 9.33 'dir. Araştırmacının, işaretlediği vücut sıcaklığı ölçümlerinin en düşük değeri $35.6^{\circ} C$, en yüksek değeri $38.3^{\circ} C$, ortalama değeri 36.52 ± 0.38 'dir.

3.3 HEMŞİRELERİN YAŞAM BULGULARI STANDARTLARININ KRİTERLERİNE UYMA DURUMLARINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 16. Hemşirelerin, Nabız Ölçüm Standardının Kriterlerine Uyma Durumlarına Göre Dağılımları.

Nabız Hızı Ölçüm Kriterleri	Kriterlere Uyan		Kriterlere Uymayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi	67	7.3	855	92.7	922	100.0
Ellerin yıkanması	39	4.2	883	95.8	922	100.0
Gerekli malzemenin hazırlanması	879	95.3	43	4.7	922	100.0
Hastaya uygun pozisyon verilmesi	212	23.0	710	77.0	922	100.0
Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme	57	6.2	865	93.8	922	100.0
Hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi	42	4.6	880	95.4	922	100.0
Nabız alınacak bölgenin belirlenmesi	871	94.5	51	5.5	922	100.0
Ölçüm süresinin tam 1 dakika olması	37	4.0	885	96.0	922	100.0
Saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması	906	98.3	16	1.7	922	100.0
Ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması (Araştırmacı tarafından aynı anda saniye tutuldu)	916	99.3	6	0.7	922	100.0
Ölçümün doğru kayıt edilmesi	911	98.8	11	1.2	922	100.0
Nabzın dolgunluk ve ritminin ölçüme etkisinin değerlendirilmesi	66	7.2	856	92.8	922	100.0
Nabız ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi	65	7.0	857	93.0	922	100.0
Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme	58	6.3	864	93.7	922	100.0

Tablo 16'da hemşirelerin, nabız ölçüm standardının kriterlerine uyma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tabloya göre; hemşirelerin %7.3'ü ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi kriterine uymuştur, %92.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %4.2'si ellerin yıkanması kriterine uymuş, %95.8'i uymamıştır. Hemşirelerin, %95.3'ü gerekli malzemenin hazırlanması kriterine uymuş, %4.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %23.0'ı hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine uymuş, %77.0'ı uymamıştır. Hemşirelerin, %6.2'si hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme kriterine uymuş, %93.8'i uymamıştır. Hemşirelerin, %4.6'sı hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi kriterine uymuş, %95.4'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %94.5'i nabız alınacak bölgenin belirlenmesi kriterine uymuş, %5.5'i uymamıştır. Hemşirelerin, %4.0'ı ölçüm süresinin tam 1 dakika olması kriterine uymuş, %96.0'ı uymamıştır. Hemşirelerin %98.3'ü saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması kriterine uymuş, %1.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %99.3'ü ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması kriterine uymuş, %0.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %98.8'i ölçümün doğru kayıt edilmesi kriterine uymuş, %1.2'i uymamıştır. Hemşirelerin, %7.2'si nabzın dolgun ve ritminin ölçüme etkisinin değerlendirilmesi kriterine uymuş, %92.8'i uymamıştır. Hemşirelerin, %7.0'ı nabız ölçüm sonucunun normlara uygunluğunu değerlendirme kriterine uymuş, %93.0'ı uymamıştır. Hemşirelerin, %6.3'ü hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymuş, %93.7'si uymamıştır.

Tablo 17. Hemşirelerin, Solunum Ölçüm Standardının Kriterlerine Uyma Durumlarına Göre Dağılımları.

Solunum Hızı Ölçüm Kriterleri	Kriterlere Uyan		Kriterlere Uymayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi	12	1.3	910	98.7	922	100.0
Ellerin yıkanması	5	0.5	917	99.5	922	100.0
Gerekli malzemenin hazırlanması	688	74.6	234	25.4	922	100.0
Hastaya uygun pozisyon verilmesi	9	1.0	913	99.0	922	100.0
Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme	11	1.2	911	98.8	922	100.0
Hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi	50	5.4	872	94.6	922	100.0
Ölçüm süresinin tam 1 dakika olması	6	0.7	916	99.3	922	100.0
Saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması	922	100.0	-	-	922	100.0
Ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması (Araştırmacı tarafından aynı anda saniye tutuldu)	920	99.8	2	0.2	922	100.0
Ölçüm sırasında , çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi	3	0.3	919	99.7	922	100.0
Hastanın oksijen tedavisi almasının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi	218	23.6	704	76.4	922	100.0
Hastanın solunum hızının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi	242	26.2	680	73.8	922	100.0
Ölçüm sırasında solunum hareketleri periyodunun iyi ayarlanması	771	83.6	151	16.4	922	100.0
Ölçümün doğru kayıt edilmesi	892	96.7	30	3.3	922	100.0
Solunumun derinlik ve ritminin değerlendirilmesi	68	7.4	854	92.6	922	100.0
Solunumun ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi	18	2.0	904	98.0	922	100.0
Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme	11	1.2	911	98.8	922	100.0

Tablo17’de hemşirelerin, solunum ölçüm standardının kriterlerine uyma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tabloya göre; hemşirelerin, %2.3’ü ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi kriterine uymuş, %98.7’si uymamıştır. Hemşirelerin, %0.5’i ellerin yıkanması kriterine uymuş, %99.5’i uymamıştır. Hemşirelerin, %74.6’sı gerekli malzemenin hazırlanması kriterine uymuş, %25.4’ü uymamıştır. Hemşirelerin, %1.0’ı hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine uymuş, %99.0’ı uymamıştır. Hemşirelerin, %1.2’si hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme kriterine uymuş, %98.8’i uymamıştır. Hemşirelerin, %5.4’ü hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi, kriterine uymuş, %94.6’sı kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %0.7’si ölçüm süresinin tam 1 dakika olması

kriterine uymuş, %99.3'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %100.0'ü saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %99.8'i ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması (araştırmacı tarafından aynı anda saniye tutuldu) kriterine uymuş, %0.2'si kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %0.3'ü ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi kriterine uymuş, %99.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %23.6'sı hastanın oksijen tedavisi almasının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi kriterine uymuş, %86.4'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %26.2'si hastanın solunum hızının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi, kriterine uymuş, %83.8'i uymamıştır. Hemşirelerin, %83.6'sı ölçüm sırasında solunum hareketleri periyodunun iyi ayarlanması kriterine uymuş, %26.4'ü kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %96.7'si ölçümün doğru kayıt edilmesi kriterine uymuş, %3.3'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %7.4'ü solunumun dolgunluk ve ritminin değerlendirilmesi kriterine uymuş, %92.6'sı uymamıştır. Hemşirelerin, %2.0'ı solunumun ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterine uymuş, %98.0'ı uymamıştır. Hemşirelerin, %1.2'si hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymuş, %98.8'i uymamıştır.

Tablo 18. Hemşirelerin, Kan Basıncı Ölçüm Standardının Kriterlerine Uyma Durumlarına Göre Dağılımları.

Kan Basıncı Ölçüm Kriterleri	Kriterlere Uyan		Kriterlere Uymayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi	65	7.0	857	93.0	922	100.0
Ellerin yıkanması	-	-	922	100.0	922	100.0
Gerekli malzemenin hazırlanması	705	76.5	217	23.5	922	100.0
Steteskobun kullanılmadan önce kulaklık kısmının alkollü pamukla silinmesi (Hemşirenin enfeksiyondan korunması açısından)	14	1.5	908	98.5	922	100.0
Steteskobun diyafram kısmının alkollü pamuk ile silinmesi (Hastadan hastaya bulaşı önlemek için)	-	-	922	100.0	922	100.0
Hastaya uygun pozisyon verilmesi	326	35.4	596	64.6	922	100.0
Manşon şişirilmeden önce kolun desteklenerek kalp seviyesine yükseltilmesi	611	66.3	311	33.7	922	100.0
Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme	67	7.3	855	92.7	922	100.0
Hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi	16	1.7	906	98.3	922	100.0
Ölçüm öncesi hastanın kan verme ya da alma durumuna dikkat edilmesi	3	0.3	919	99.7	922	100.0
Ölçüm öncesi hastanın nabız hızının kontrol edilmesi 20 atımdan fazla artmasının dikkate alınması	32	3.5	890	96.5	922	100.0
Manşonun ölçüm öncesi iyice boşaltılması	900	97.6	22	2.4	922	100.0
Manşonun kola uygun şekilde yerleştirilmesi	922	100.0	-	-	922	100.0
Steteskobun uygun şekilde belirlenen yere yerleştirilmesi ve kolda sabitlenmesi	922	100.0	-	-	922	100.0
Puvarın avuç içine yerleştirilmesi	922	100.0	-	-	922	100.0
Manşon basıncının hastanın kan basıncı değerine uygun şekilde şişirilmesi(nabızın alınmadığı noktadan itibaren 30 mm/Hg eklenerek manşon basıncı saptanır)	922	100.0	-	-	922	100.0
Manşonun 2mmHg saniye hızında düşürülmesi	883	95.8	39	4.2	922	100.0
Hastanın ölçüm sırasında konuşmaması	922	100.0	-	-	922	100.0
Krattkoff seslerinin duyulması	922	100.0	-	-	922	100.0
Manometrenin doğru gözlenmesi	922	100.0	-	-	922	100.0
Hemşirenin manometreyi görüş alanı içinde tutması	907	98.4	15	1.6	922	100.0
Ölçümün doğru kayıt edilmesi	922	100.0	-	-	922	100.0
Kan basıncı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi	30	3.3	892	96.7	922	100.0
Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme	62	9.7	860	93.3	922	100.0

Tablo 18'de hemşirelerin, kan basıncı ölçüm standardının kriterlerine uyma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tabloya göre; hemşirelerin, %7.0'ı ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi kriterine uymuş, %93.0'ı uymamıştır. Hemşirelerin, %100.0'ü ellerin yıkanması kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %76.5'i gerekli malzemenin hazırlanması, kriterine uymuş, %23.5'i kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %1.5'i steteskobun kullanılmadan önce kulaklık kısmının alkollü pamukla silinmesi kriterine uymuş, %98.5'i uymamıştır. Hemşirelerin, %100.0'ü steteskobun diyafram kısmının alkollü pamuk ile silinmesi kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %35.4'ü hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine uymuş, %64.6'sı uymamıştır. Hemşirelerin, %66.3'ü manşon şişirilmeden önce kolun kalp seviyesine yükseltilmesi kriterine uymuş, %33.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %7.3 hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme kriterine uymuş, %92.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %1.7'si hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi kriterine uymuş, %98.3'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %0.3'ü ölçüm öncesi hastanın kan verme ya da alma durumuna dikkat edilmesi kriterine uymuş, %99.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %3.5'i ölçüm öncesi hastanın nabız hızının kontrol edilmesi 20 atımdan fazla artmasının dikkate alınması kriterine uymuş, %96.5'i uymamıştır. Hemşirelerin, %97.6'sı manşonun ölçüm öncesi iyice boşaltılması kriterine uymuş, %2.4'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %100.0'ü manşonun kola uygun şekilde yerleştirilmesi kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %100.0'ü steteskobun uygun şekilde belirlenen yere yerleştirilmesi kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %100.0'ü puvarın avuç içine yerleştirilmesi, kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %100.0'ü manşon basıncının hastanın kan basıncı değerine uygun şekilde şişirilmesi (nabız alınmadığı noktadan itibaren 30 mm/Hg eklenerek manşon basıncı saptanır) kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %95.8'i manşonun 2mmHg saniye hızında düşürülmesi kriterine uymuş, %4.2'si uymamıştır. Hemşirelerin, %100.0'ü hastanın ölçüm sırasında konuşmaması kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %100.0'ü krattkoff seslerinin duyulması, kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %100.0'ü manometrenin doğru gözlenmesi kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %98.4'ü hemşirenin manometreyi görüş alanı içinde tutması kriterine uymuş, %1.6'sı uymamıştır. Hemşirelerin, %100.0'ü ölçümün doğru kayıt edilmesi kriterine uymuştur. Hemşirelerin, %3.3'ü kan basıncı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterine uymuş, %96.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %9.7'si hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymuş, %93.3'ü uymamıştır.

Tablo 19. Hemşirelerin, Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standardının Kriterlerine Uyuma Durumlarına Göre Dağılımları.

Vücut Sıcaklığı Ölçüm Kriterleri	Kriterlere Uyan		Kriterlere Uymayan		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi	31	3.4	891	96.6	922	100.0
Ellerin yıkanması	121	13.1	801	86.9	922	100.0
Gerekli malzemenin hazırlanması	701	76.0	221	24.0	922	100.0
Hastaya uygun pozisyon verilmesi	136	14.8	786	85.2	922	100.0
Ölçüm yapılacak bölgeye uygun termometreyi belirleme (aksiller)	859	93.2	63	6.8	922	100.0
Hastanın ölçüm bölgesinin ölçüm öncesi ıslak bezle silinmesi, kurulanması ve bir süre beklenmesi	188	20.4	734	79.6	922	100.0
Termometreyi bekletildiği dezenfektan solüsyondan çıkarttıktan sonra temizden kirliye doğru silinmesi	412	44.7	510	55.3	922	100.0
Termometrenin civa sütununun 35°C'nin altına düşmesinin sağlanması	880	95.4	42	4.6	922	100.0
Termometrenin deriye ya da mukozaya temasının sağlanması	641	69.5	281	30.5	922	100.0
Termometrenin bölgeye doğru yerleştirilmesi	321	34.8	601	65.2	922	100.0
Termometrenin ortalama 8 dakika süreli yerinde bekletilmesi	842	91.3	80	8.7	922	100.0
Hemşirenin ölçüm sonrası termometreyi temizden kirliye doğru silerek temizlemesi	157	17.0	765	83.0	922	100.0
Hemşirenin termometreyi ölçüm sonrası solüsyona koyması	886	96.1	36	3.9	922	100.0
Vücut sıcaklığı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi	45	4.9	877	95.1	922	100.0
Ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi	106	11.5	816	88.5	922	100.0
Ölçümün doğru kayıt edilmesi	917	99.5	5	0.5	922	100.0
Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme	13	1.4	909	98.6	922	100.0

Tablo 19'da hemşirelerin, vücut sıcaklığı ölçüm standardının kriterlerine uyuma durumlarına göre dağılımları yer almaktadır. Tabloya göre; hemşirelerin, %3.4'ü ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi kriterine uymuş, %96.6'sı uymamıştır. Hemşirelerin, %13.1'i ellerin yıkanması kriterine uymuş, %86.9'u uymamıştır. Hemşirelerin, %70.6'sı gerekli malzemenin hazırlanması kriterine uymuş, %29.4'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %14.8'ü hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine uymuş, %85.2'si kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %93.2'si ölçüm yapılacak bölgeye uygun termometreyi belirleme (aksiller)

kriterine uymuş, %6.8'i kriterine uymamıştır. Hemşirelerin, %20.4'ü hastanın ölçüm bölgesinin ölçüm öncesi ıslak bezle silinmesi, kurulanması ve bir süre beklenmesi kriterine uymuş, %79.6'sı uymamıştır. Hemşirelerin, %44.7'si termometreyi bekletildiği dezenfektan solüsyondan çıkarttıktan sonra temizden kirliye doğru silinmesi kriterine uymuş, %55.3'ü uymamıştır. Hemşirelerin, %95.4'ü termometrenin civa sütununun 35°C'nin altına düşmesinin sağlanması kriterine uymuş, %4.6'sı uymamıştır. Hemşirelerin, %69.5'i termometrenin deriye ya da mukozaya temasının sağlanması, kriterine uymuş, %30.5'i uymamıştır. Hemşirelerin, %34.8'i termometrenin bölgeye doğru yerleştirilmesi kriterine uymuş, %65.2'si uymamıştır. Hemşirelerin, %91.3'ü termometrenin ortalama 8 dakika süreli yerinde bekletilmesi kriterine uymuş, %8.7'si uymamıştır. Hemşirelerin, %17.0'ı ölçüm sonrası termometreyi temizden kirliye doğru silerek temizlemesi kriterine uymuş, %83.0'ı uymamıştır. Hemşirelerin, %96.1'i hemşirenin termometreyi ölçüm sonrası solüsyona koyması kriterine uymuş, %3.9'u uymamıştır. Hemşirelerin, %4.9'u ölçümün değerlendirilmesinde hastanın sağlık durumunun dikkate alınması kriterine uymuş, %95.1'i uymamıştır. Hemşirelerin, %11.5'i ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi kriterine uymuş, %88.5'i uymamıştır. Hemşirelerin, %99.5'i ölçümün doğru kayıt edilmesi kriterine uymuş, %0.5'i uymamıştır. Hemşirelerin, %1.4'ü hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymuş, %98.6'sı uymamıştır.

3.4 HEMŞİRELERİN YAŞAM BULGULARI ÖLÇÜM STANDARTLARINDAN ALDIKLARI PUANLARIN DAĞILIMINA İLİŞKİN BULGULAR

Tablo 20. Hemşirelerin Nabız, Solunum, Kan Basıncı Ve Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standartlarına Uyuma Toplam Puan Ortalamaları.

Yaşam Bulguları Standartları Toplam Puan Ortalamaları (Std.Top.Puan Ort.)	İşaretlenmiş Değer Aralıkları		Ortalama Puan ± Ss
	Min	Max	
Nabız Std.Top.Puan Ort.	4	11	5.559 ± 0.981
Solunum Std.Top.Puan Ort.	4	7	5.256 ± 0.893
Kan Basıncı Std.Top.Puan Ort.	11	18	13.011 ± 1.235
Vücut Sıcaklığı Std.Top.Puan Ort.	3	14	7.869± 1.805
Yaşam Bulguları Std.Top.Puan Ort.	26	43	31.697 ± 2.774

Tablo 20’de hemşirelerin nabız, solunum, kan basıncı ve vücut sıcaklığı ölçümünde standartlara uyuma toplam puan ortalamaları ve standart sapmaları ile işaretlenmiş değer aralıkları yer almaktadır. Hemşirelerin, Nabız Standartları Toplam Puan Ortalamaları en düşük 4, en yüksek 11 ve ortalaması 5.559 ± 0.981 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, Solunum Standartları Toplam Puan Ortalamaları en düşük 4, en yüksek 7 ve ortalaması 5.256 ± 0.893 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, Kan Basıncı Standartları Toplam Puan Ortalamaları en düşük 11, en yüksek 18 ve ortalaması 13.011 ± 1.235 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, Vücut Sıcaklığı Standartları Toplam Puan Ortalamaları en düşük 3, en yüksek 14 ve ortalaması 7.869 ± 1.805 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, Yaşam Bulguları Standartları Toplam Puan Ortalamaları en düşük 26, en yüksek 43 ve ortalaması 31.697 ± 2.774 olarak saptanmıştır.

Tablo 21. Hemşirelerin Nabız Ölçüm Kriterlerine Uyuma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.

Nabız Ölçüm Standartının Değerlendirilmesi	Sayı	%
0-4 Puan Kötü	40	4.3
5-9 puan Orta	879	95.3
10-14 İyi	3	0.3
Toplam	922	100.0

Tablo 21’de Hemşirelerin nabız ölçüm standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları puanların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin standartlara uyuma durumlarına göre, %4.3’ü 0-4 puan, %95.3’ü 5-9 puan, %0.3’ü 10-14 puan almıştır.

Tablo 22. Hemşirelerin Solunum Ölçüm Standartlarına Uyuma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.

Solunum Ölçüm Standartlarının Değerlendirilmesi	Sayı	%
0-4 Puan Kötü	146	15.8
5-9 puan Orta	776	84.2
10-17 puan İyi	-	-
Toplam	922	100.0

Tablo 22’de hemşirelerin solunum ölçüm standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları puanların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin standartlara uyuma durumlarına göre, %15.8’i 0-4 puan, %84.2’si 5-9 puan almıştır. 10 ve üzerinde puan alan olmamıştır.

Tablo 23. Hemşirelerin Kan Basıncı Ölçüm Standartlarına Uyuma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.

Kan Basıncı Ölçüm Standartlarının Değerlendirilmesi	Sayı	%
0-8 Puan kötü	-	-
9-16 puan Orta	911	98.8
17-24 puan İyi	11	1.2
Toplam	922	100.0

Tablo 23'te hemşirelerin kan basıncı ölçüm standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları puanların dağılımı yer almaktadır. 0-8 puan arasında puan alan olmamıştır. Hemşirelerin, %98.8'i 9-16 puan, %1.2'si 17-24 puan almıştır.

Tablo 24. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standartlarına Uyuma Durumlarına Göre Aldıkları Puanların Dağılımı.

Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standartlarının Değerlendirilmesi	Sayı	%
0-4 Puan Kötü	21	2.3
5-9 puan Orta	767	83.2
10-17 puan İyi	134	14.5
Toplam	922	100.0

Tablo 24'te hemşirelerin vücut sıcaklığı ölçüm standartlarına uyma durumlarına göre aldıkları puanların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerin, %2.3'ü 0-4 puan, %83.2'si 5-9 puan, %14.5'i 10-17 puan almıştır.

Tablo 25. Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarına Göre Aldıkları Toplam Puanların Dağılımı.

Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarının Toplam Puan Değerlendirilmesi	Sayı	%
0-23 Puan Kötü	-	-
24-46 Puan Orta	922	100.0
47-70 Puan İyi	-	-
Toplam	922	100.0

Tablo 25'te hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartlarına uyma durumlarına göre aldıkları toplam puanların dağılımı yer almaktadır. Hemşirelerden, 0-23 arasında puan alan olmamıştır. Hemşirelerin, %100.0'ı 24-46 puan almıştır. Hemşirelerden, 47-70 arasında puan alan olmamıştır.

Tablo 26. Hemşirelerin Yaşam Bulguları Standartlarına Uyuma Durumlarına Göre Aldıkları Aritmetik Ortalama Puan Değerleri.

Yaşam Bulguları	İşaretlenmiş Değer Aralıkları		Ortalama Puan \pm Standart Sapma
	Min	Max	
Nabız	4.70	7.30	5.42 \pm 0.54
Solunum	5.48	8.53	6.31 \pm 0.73
Kan Basıncı	11.50	15.32	12.83 \pm 0.85
Vücut Sıcaklığı	4.26	12.10	7.80 \pm 1.60
Genel Toplam Puan	29.95	36.69	32.46 \pm 1.95

Tablo 26’da hemşirelerin yaşam bulguları standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları ortalama puan değerleri görülmektedir. Hemşirelerin, nabız standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları en düşük puan ortalaması 4.70, en yüksek puan ortalaması 7.30, ortalama değer 5.42 \pm 0.54’tür. Hemşirelerin, solunum standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları en düşük puan ortalaması 5.48, en yüksek puan ortalaması 8.53, ortalama değer 6.31 \pm 0.73’tür. Hemşirelerin, kan basıncı standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları en düşük puan ortalaması 11.50, en yüksek puan ortalaması 15.32, ortalama değeri 12.83 \pm 0.85’tir. Hemşirelerin, vücut sıcaklığı standartlarına uyuma durumlarına göre aldıkları en düşük puan ortalaması 4.26 , en yüksek puan ortalaması 12.10, ortalama değer 7.80 \pm 1.60’tır. Hemşirelerin, genel toplam puanın en düşük puan ortalaması 29.95, en yüksek puan ortalaması 36.69,ortalama değer 32.46 \pm 1.95’tir.

Tablo 27. Hemşirelerin Nabız Ölçüm Standardı Kriterlerine Uyuma Puanlarının Aritmetik Ortalama Dağılımı.

Hemşirenin İsim Kodu	Puan
Hemşire 1	5.66
Hemşire 2	5.46
Hemşire 3	5.34
Hemşire 4	4.90
Hemşire 5	5.33
Hemşire 6	5.22
Hemşire 7	5.10
Hemşire 8	4.90
Hemşire 9	4.70
Hemşire 10	5.00
Hemşire 11	5.16
Hemşire 12	4.83
Hemşire 13	6.24
Hemşire 14	5.16
Hemşire 15	5.19
Hemşire 16	5.40
Hemşire 17	5.03
Hemşire 18	4.77
Hemşire 19	5.00
Hemşire 20	5.41
Hemşire 21	5.60
Hemşire 22	5.93
Hemşire 23	5.96
Hemşire 24	7.36
Hemşire 25	6.10
Hemşire 26	5.60
Hemşire 27	5.93
Hemşire 28	5.43
Hemşire 29	5.67
Hemşire 30	5.43

Tablo 27’de hemşirelerin nabız ölçüm standardı kriterlerine uyuma puanlarının aritmetik ortalama dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi Hemşire 1 - 5.66 puan, Hemşire 2 - 5.46 puan, Hemşire 3 - 5.34 puan, Hemşire 4- 4.90 puan, Hemşire 5 - 5.33 puan, Hemşire 6 - 5.22 puan, Hemşire 7 - 5.10 puan, Hemşire 8- 4.90 puan, Hemşire 9 - 4.70 puan, Hemşire 10 - 5.00 puan, Hemşire 11 - 5.16 puan, Hemşire 12 - 4.83 puan, Hemşire 13 - 6.24 puan, Hemşire 14 - 5.16 puan, Hemşire 15- 5.19 puan, Hemşire 16 - 5.40 puan, Hemşire 17 - 5.03, Hemşire 18 - 4.77 puan, Hemşire 19 - 5.00 puan, Hemşire 20 - 5.41 puan, Hemşire 21 - 5.60 puan, Hemşire 22- 5.93 puan, Hemşire 23 - 5.96 puan, hemşire 24 - 7.36 puan, Hemşire 25 - 6.10 puan, Hemşire 26 - 5.60 puan, Hemşire 27 - 5.93 puan, Hemşire 28 - 5.43 puan, Hemşire 29 - 5.67 puan, Hemşire 30 – 5.43 puan almıştır.

Tablo 28. Hemşirelerin Solunum Ölçüm Standardı Kriterlerine Uyuma Puanlarının Aritmetik Ortalama Dağılımı.

Hemşirenin Kodu	Puan
Hemşire 1	6.00
Hemşire 2	5.50
Hemşire 3	5.75
Hemşire 4	6.13
Hemşire 5	5.80
Hemşire 6	5.67
Hemşire 7	6.43
Hemşire 8	6.00
Hemşire 9	6.00
Hemşire 10	6.10
Hemşire 11	5.48
Hemşire 12	5.86
Hemşire 13	6.27
Hemşire 14	6.03
Hemşire 15	5.48
Hemşire 16	5.75
Hemşire 17	6.06
Hemşire 18	5.96
Hemşire 19	6.13
Hemşire 20	6.29
Hemşire 21	6.09
Hemşire 22	6.06
Hemşire 23	6.00
Hemşire 24	7.53
Hemşire 25	7.00
Hemşire 26	6.03
Hemşire 27	5.30
Hemşire 28	5.06
Hemşire 29	6.51
Hemşire 30	5.03

Tablo 28'de hemşirelerin solunum ölçüm standardı kriterlerine uyuma puanlarının aritmetik ortalama dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi Hemşire 1 - 6.00 puan, Hemşire 2 - 5.50 puan, Hemşire 3 - 5.75 puan, Hemşire 4- 6.13 puan, Hemşire 5 - 5.80 puan, Hemşire 6 - 5.67 puan, Hemşire 7 - 6.43 puan, Hemşire 8- 6.00 puan, Hemşire 9 - 6.00 puan, Hemşire 10 - 6.10 puan, Hemşire 11 -5.48 puan, Hemşire 12 - 5.86 puan, Hemşire 13 - 6.27 puan, Hemşire 14 - 6.03 puan, Hemşire 15- 5.48 puan, Hemşire 16 - 5.75 puan, Hemşire 17 - 6.06 , Hemşire 18 - 6.06 puan, Hemşire 19 - 6.13 puan, Hemşire 20 - 6.29 puan, Hemşire 21 - 6.09 puan, Hemşire 22- 6.06 puan, Hemşire 23 – 6.00 puan, hemşire 24 - 7.53 puan, Hemşire 25 - 7.00 puan, Hemşire 26 - 6.03 puan, Hemşire 27 - 5.30 puan, Hemşire 28 - 5.06 puan, Hemşire 29 - 6.51 puan, Hemşire 30 – 5.03 puan almıştır.

Tablo 29. Hemşirelerin Kan Basıncı Ölçüm Standardı Kriterlerine Uyuma Puanlarının Aritmetik Ortalama Dağılımı.

Hemşirenin Kodu	Puan
Hemşire 1	13.53
Hemşire 2	13.03
Hemşire 3	13.59
Hemşire 4	13.76
Hemşire 5	12.20
Hemşire 6	12.74
Hemşire 7	12.66
Hemşire 8	13.30
Hemşire 9	12.66
Hemşire 10	12.12
Hemşire 11	15.32
Hemşire 12	13.56
Hemşire 13	14.15
Hemşire 14	13.45
Hemşire 15	13.45
Hemşire 16	13.31
Hemşire 17	12.67
Hemşire 18	12.41
Hemşire 19	13.56
Hemşire 20	13.19
Hemşire 21	12.25
Hemşire 22	11.53
Hemşire 23	12.00
Hemşire 24	12.80
Hemşire 25	12.00
Hemşire 26	12.66
Hemşire 27	12.66
Hemşire 28	12.77
Hemşire 29	12.80
Hemşire 30	11.50

Tablo29'da hemşirelerin kan basıncı ölçüm standardı kriterlerine uyuma puanlarının aritmetik ortalama dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi Hemşire 1 - 13.53 puan, Hemşire 2 – 13.03 puan, Hemşire 3 – 13.59 puan, Hemşire 4- 13.76 puan, Hemşire 5 – 12.20 puan, Hemşire 6 – 12.74 puan, Hemşire 7 – 12.66 puan, Hemşire 8- 15.32 puan, Hemşire 9 – 13.56 puan, Hemşire 10 –14.15 puan, Hemşire 11 –15.32 puan, Hemşire 12 – 13.56 puan, Hemşire 13 – 14.15 puan, Hemşire 14 –13.45 puan, Hemşire 15-13.45 puan, Hemşire 16 –13.31 puan, Hemşire 17 –12.67 , Hemşire 18 - 12.41 puan, Hemşire 19 – 13.56 puan, Hemşire 20 –13.19 puan, Hemşire 21 –12.25 puan, Hemşire 22- 11.53 puan, Hemşire 23 – 12.00 puan, hemşire 24 – 12.80 puan, Hemşire 25 - 12.00 puan, Hemşire 26 –12.66

puan, Hemşire 27 –12.66 puan, Hemşire 28 – 12.77 puan, Hemşire 29 – 12.80 puan, Hemşire 30 – 11.50 puan almıştır.

Tablo 30. Hemşirelerin Vücut Sıcaklığı Ölçüm Standardı Kriterlerine Uyuma Puanlarının Aritmetik Ortalama Dağılımı.

Hemşirenin Kodu	Puan
Hemşire 1	7.70
Hemşire 2	5.96
Hemşire 3	6.46
Hemşire 4	6.86
Hemşire 5	7.36
Hemşire 6	6.32
Hemşire 7	7.70
Hemşire 8	7.43
Hemşire 9	7.00
Hemşire 10	7.00
Hemşire 11	9.61
Hemşire 12	8.13
Hemşire 13	8.60
Hemşire 14	7.93
Hemşire 15	8.03
Hemşire 16	8.00
Hemşire 17	7.25
Hemşire 18	7.67
Hemşire 19	7.50
Hemşire 20	7.71
Hemşire 21	10.00
Hemşire 22	12.10
Hemşire 23	9.06
Hemşire 24	8.00
Hemşire 25	4.26
Hemşire 26	6.53
Hemşire 27	6.93
Hemşire 28	6.48
Hemşire 29	8.54
Hemşire 30	12.01

Tablo 30'da hemşirelerin vücut sıcaklığı ölçüm standardı kriterlerine uyuma puanlarının aritmetik ortalama dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi Hemşire 1 - 7.70 puan, Hemşire 2 - 5.96 puan, Hemşire 3 – 6.46 puan, Hemşire 4- 6.86 puan, Hemşire 5 - 7.36 puan, Hemşire 6 - 6.32 puan, Hemşire 7 - 7.70 puan, Hemşire 8- 7.43 puan, Hemşire 9 - 7.00 puan, Hemşire 10 - 7.00 puan, Hemşire 11 -9.61 puan, Hemşire 12 - 8.13 puan, Hemşire 13 – 8.60 puan, Hemşire 14 - 7.93 puan, Hemşire 15- 8.03 puan, Hemşire 16 - 8.00 puan,

Hemşire 17 - 7.25 puan , Hemşire 18 - 7.67 puan, Hemşire 19 - 7.50 puan, Hemşire 20 - 7.71 puan, Hemşire 21 – 10.00 puan, Hemşire 22- 12.10 puan, Hemşire 23 – 9.06 puan, hemşire 24 - 8.00 puan, Hemşire 25 - 4.26 puan, Hemşire 26 - 6.53 puan, Hemşire 27 - 6.93 puan, Hemşire 28 - 6.48 puan, Hemşire 29 - 8.54 puan, Hemşire 30 – 12.01 puan almıştır.

Tablo 31. Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarına Uyuma Durumlarından Aldıkları Toplam Puanların Aritmetik Ortalama Dağılımı.

Hemşirenin Kodu	Puan
Hemşire 1	31.89
Hemşire 2	28.95
Hemşire 3	30.14
Hemşire 4	31.09
Hemşire 5	29.69
Hemşire 6	28.95
Hemşire 7	30.89
Hemşire 8	30.63
Hemşire 9	29.36
Hemşire 10	29.22
Hemşire 11	34.57
Hemşire 12	31.38
Hemşire 13	34.26
Hemşire 14	31.57
Hemşire 15	31.15
Hemşire 16	31.46
Hemşire 17	30.01
Hemşire 18	29.81
Hemşire 19	31.19
Hemşire 20	31.60
Hemşire 21	34.94
Hemşire 22	36.62
Hemşire 23	34.02
Hemşire 24	36.69
Hemşire 25	30.36
Hemşire 26	32.22
Hemşire 27	31.82
Hemşire 28	30.74
Hemşire 29	33.72
Hemşire 30	34.97

Tablo 31’de hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartlarına uyma durumlarından aldıkları toplam puanların aritmetik ortalama dağılımı yer almaktadır. Tabloda da görüldüğü gibi Hemşire 1 – 31.89 puan, Hemşire 2 – 28.95 puan, Hemşire 3 – 30.14 puan, Hemşire 4- 31.09 puan, Hemşire 5 – 29.69 puan, Hemşire 6 –28.95 puan, Hemşire 7 – 30.89 puan, Hemşire 8- 30.63 puan, Hemşire 9 – 29.36 puan, Hemşire 10 – 29.22 puan, Hemşire 11 – 34.57 puan, Hemşire 12 – 31.38 puan, Hemşire 13 –34.26 puan, Hemşire 14 – 31.57 puan, Hemşire 15- 31.15 puan, Hemşire 16 – 31.46 puan, Hemşire 17 – 30.01 puan , Hemşire 18 - 29.81 puan, Hemşire 19 – 31.19 puan, Hemşire 20 – 31.60 puan, Hemşire 21 –34.94 puan, Hemşire 22- 36.62 puan, Hemşire 23 –34.02 puan, hemşire 24 – 36.69 puan, Hemşire 25 – 30.36 puan, Hemşire 26 – 32.22 puan, Hemşire 27 – 31.82 puan, Hemşire 28 – 30.74 puan, Hemşire 29 – 33.72 puan, Hemşire 30 –34.97 puan almıştır.

3.5 HEMŞİRE VE ARAŞTIRMACI YAŞAM BULGULARI ÖLÇÜM DEĞERLERİ ORTALAMALARININ DAĞILIMI

Tablo 32. Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Değer Ortalamaları İle Araştırmacı Tarafından Yapılan Yaşam Bulguları Kontrol Ölçüm Değer Ortalamalarının Dağılımı.

Değişkenler		n	X±Ss	t	p
Nabız Ölçümü	Hemşire Nabız Ölçümü	922	80.17±8.74	23.367	0.000*
	Araştırmacı Nabız Kontrol Ölçümü		77.85±8.96		
Solunum Ölçümü	Hemşire Solunum Ölçümü	922	19.76±2.31	14.339	0.000*
	Araştırmacı Solunum Kontrol Ölçümü		18.98±2.48		
Sistolik Kan Basıncı Ölçümü	Hemşire Kan Basıncı Sistolik Ölçümü	922	120.89±18.12	0.094	0.925
	Araştırmacı Kan Basıncı Sistolik Kontrol Ölçümü		120.87±17.27		
Diastolik Kan Basıncı Ölçümü	Hemşire Kan Basıncı Diastolik Ölçümü	922	73.40±10.79	7.227	0.000*
	Araştırmacı Kan Basıncı Diastolik Kontrol Ölçümü		72.08±9.33		
Vücut Sıcaklığı Ölçümü	Hemşire Vücut Sıcaklığı Ölçümü	922	36.41±0.38	-12.703	0.000*
	Araştırmacı Vücut Sıcaklığı Kontrol Ölçümü		36.52±0.38		

*Paired samples testi p<0.001 düzeyinde anlamlıdır.

Tablo 32'de hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm değerlerinin ortalamaları ile araştırmacı tarafından yapılan yaşam bulguları kontrol ölçüm değerleri ortalamalarının dağılımı yer almaktadır. Tablodan da görüldüğü gibi, hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm sonuçları ile yaşam bulguları kontrol ölçümlerinin; hemşire nabız ölçümü ortalama değeri 80.17 ± 8.74 , araştırmacı nabız ölçümü ortalama değeri 77.85 ± 8.96 tir. Hemşire nabız ölçümü değeri ile araştırmacı nabız ölçüm değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=23.367$ $p<0.01$). Hemşire solunum ölçümü ortalama değeri 19.76 ± 2.31 , , araştırmacı solunum ölçüm ortalama değeri 18.98 ± 2.48 dir. Hemşire solunum ölçüm değeri ile araştırmacı solunum ölçüm değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=14.339$ $p<0.01$). Hemşire sistolik kan basıncı ölçümü ortalama değeri 120.89 ± 18.12 , araştırmacı sistolik kan basıncı ölçüm ortalama değeri 120.87 ± 17.27 dir. Hemşire sistolik kan basıncı ölçüm ile araştırmacı sistolik kan basıncı kontrol ölçümü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t= 0.094$ $P>0.05$). Hemşire diastolik kan basıncı ölçümü ortalama değeri 73.40 ± 10.79 , araştırmacı diastolik kan basıncı ölçüm ortalama değeri 72.08 ± 9.33 dir. Hemşire diastolik kan basıncı ölçüm ile araştırmacı diastolik kan basıncı kontrol ölçümü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 7.227$ $P<0.01$). Hemşire vücut sıcaklığı ölçümü ortalama değeri 36.41 ± 0.38 , araştırmacı vücut sıcaklığı ölçüm ortalama değeri 36.52 ± 0.38 dir. Hemşire vücut sıcaklığı ölçüm değeri ile araştırmacı vücut sıcaklığı değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-12.703$ $p<0.01$). Araştırma da ölçümler sırasında yaşam bulguları kriterlerini takip ederek ölçüm yapması nedeni ile araştırmacı ölçümleri doğru kabul edilerek analiz değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, kriterlere uymanın hemşireleri doğru yaşam bulguları ölçümü yapmaya götürdüğü kanıtlanmıştır.

BÖLÜM IV

4.1 TARTIŞMA

4.1.1 Araştırmaya Katılan Hemşirelere Ait Tanıtıcı Özellikler

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & İnfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji Servislerinde çalışan 30 hemşireye “Hemşire Tanıtım Formu” uygulanmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden; yaş ortalamasının 25.06 ± 2.94 olduğu, %30.0'nın göğüs & infeksiyon servisinde çalışmakta olduğu, %36.6'sının 0-1 yıldır çalışmakta olduğu, %60.0'nın daha önce hiçbir kurumda çalışmadığı, %36.6'nın daha önce dahiliye servisinde çalışmış olduğu, %36.7'sinin 2-3 yıldır buldukları serviste çalışmakta olduğu, %33.4'ünün ön lisans ve %40.0'nın lisans mezunu olduğu, %63.4'ünün günde 4 kez ve üzeri sıklıkta yaşam bulguları aldığı, %63.4'ünün yaşam bulguları alma sıklığını çoğunlukla yeterli bulduğu, %86.6'sı yaşam bulguları alma sıklığının hastanın durumuna göre olması gerektiği düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır (Tablo 10 ve 11). Hemşirelere ait tanıtıcı özelliklerden hemşirelerin büyük bir kısmının sağlık Yüksekokulu ve Hemşirelik Yüksekokulundan yeni mezun oldukları ve ilk iş deneyimleri olduğu saptanmıştır.

4.1.2 Yaşam Bulguları Ölçüm Sıklığının İncelenmesi

Araştırmada, Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & İnfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji servislerinde çalışan 30 hemşirenin, yatan hastalarda gerçekleştirdikleri 922 yaşam bulguları ölçümünde, hastaların yaşam bulguları ölçüm sıklıklarının dağılımı incelenmiştir; hemşireler, en az 30 ve en yüksek 32 ölçüm gerçekleştirmiştir (Tablo 12).

Hemşirelerin, servislerdeki rutin yaşam bulguları alma sıklığı incelendiğinde; Hemşirelerin, %10.8'i günde 2x1 kez, %28.2'si günde 4x1 kez, %33.2'si günde 6x1 kez, %26.2'si günde 8x1 kez, %1.6'sı günde 12x1 kez yaşam bulguları ölçtüğü saptanmıştır (Tablo 13). Yaşam bulguları ölçümlerinin çoğunluğunun günde 6x1 kez (4 saatte bir) ve daha fazla sıklıkta yapıldığı saptanmıştır. Hemşirelerin, günde 6x1 kez ve daha fazla sıklıkta ölçüm

gerçekleştirmiş olmaları ise hastaların enfeksiyon, allerji tanısı almış olmaları ve kan transfüzyonu yapılmasıyla açıklanabilir.

Kan transfüzyonları üzerine yapılan bir çalışmada; hastaların kan transfüzyonları boyunca yaşam bulguları ölçülmüş ve ilk 5-15 dakika içinde hasta gözlenerek kayıt edilmiş, ilk 15 dakikadan sonra kan transfüzyonu tamamlanana kadar hastanın her 30 dakikada bir yaşam bulguları alınmıştır (74).

Cerrahi hastalarının bir gözlem çalışmasında, her 15 dakikada bir yaşam bulguları ölçümlerinin kayıt edilmesi önerilmiştir ve bu sıklık bazı hastanelerde uygulanmıştır (14). Bir benzeri çalışmada, 766 post-operatif hastanın yaşam bulguları gözlemleri bu düzeni desteklemiştir (74). Bu çalışmaların sonucunda, hastalar için yaşam bulguları ölçüm sıklığı aşağıdaki gibi önerilmektedir:

- Her 15 dakikada x 1 kez
- Her 30 dakikada x 1 kez
- Her 60 dakikada x 1 kez
- Her 4saatte x 4 kez (14,74).

Botti ve Hunt'ın "Anestezi Sonrası Rutin Gözlemler" isimli çalışmasında hemşirelerin, hastane politikası doğrultusunda 4 saat içinde ortalama 30 dakikada bir yaşam bulguları ölçümü yaptıkları saptanmıştır (8).

Hemşirelerin yaşam bulguları kayıtlarının incelendiği çalışmada, ayılma odasındaki tüm hemşirelerce yarım saatlik izlemlerin yapılmadığı belirlenmiştir (8). 80 kişilik hemşire grubu ile yapılan başka bir araştırmada, önerilen yaşam bulguları incelemesinin bireysel hasta gereksinimlerinin algılanmasıyla ilişkisi olmayan rutin bir iş olarak görülmeye başladığına inanılmıştır (10). Araştırmacının gözlemi, ülkemizde de pek çok sağlık kuruluşunda yaşam belirtilerinin ölçümünün rutin bir iş olarak algılandığı yönündedir. Acil ya da haber verilmesi belirtilmiş hastalar dışında, yaşam belirtilerinin öz değerlendirilmeye alınmadığı, kaydedilme sonrası bir daha ki ölçüme kadar herhangi bir değerlendirme yapılmadığı gözlenmektedir. Oysa hasta ile en çok birlikte olan, dolayısıyla hastayı ve hastalığını yakından tanıma fırsatı olan hemşirelerden beklenmesi gereken tüm uygulamaların bilgi ve deneyimleriyle hasta yararına normlarla karşılaştırılmasıdır.

Literatür çalışmaları ile araştırmanın sonuçları arasında fark olduğu görülmektedir, literatürce tavsiye edilen yaşam bulguları sıklığı saatte birdir (8,10). Araştırma sonucunda ise

çoğunlukla 4 saatte bir yaşam bulguları ölçümü yapılmıştır. Sonuçların da gösterdiği gibi yaşam bulguları ölçümlerinin sıklığının çoğunlukla 4 saatte bir yapılması, hastane politikası ve hekim isteminden kaynaklanmaktadır.

Hemşireler tarafından ölçülen yaşam bulgularının işaretlenmiş değer aralıkları ve ortalama değerleri ile standart sapma değerleri incelendiğinde; hemşirelerin, nabız ölçümlerinin en düşük değeri 60/dk, en yüksek değeri 124/dk, ortalama değeri 80.17 ± 8.74 'tür (Tablo 14). Araştırmacının, nabız ölçümlerinin en düşük değeri 60/dk, en yüksek değeri 120/dk, ortalama değeri 77.85 ± 8.96 'dır (Tablo 15). Sneed and Holler Back tarafından gerçekleştirilen çalışmada arteriyel fibrilasyonda, % 86 nabız hızının hemşirenin hesaplamasının altında olduğu bulunmuştur (82). Araştırmanın bu sonucu ile literatür bilgisi birbirine uygunluk göstermektedir.

Hemşirelerin, solunum ölçümlerinin en düşük değeri 14/dk, en yüksek değeri 32/dk, ortalama değeri 19.76 ± 2.31 'dir (Tablo 14). Araştırmacının, solunum ölçümlerinin en düşük değeri 14/dk, en yüksek değeri 31/dk, ortalama değeri 18.98 ± 2.48 'dir (Tablo 15).

Hemşirelerin, sistolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 70 mmHg, en yüksek değeri 190 mmHg, ortalama değeri 120.89 ± 18.12 'dir. Hemşirelerin, diastolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 40 mmHg, en yüksek değeri 110 mmHg, ortalama değeri 73.40 ± 10.79 'dir (Tablo 14). Araştırmacının, sistolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 80 mmHg, en yüksek değeri 190 mmHg, ortalama değeri 120.87 ± 17.27 'dir. Araştırmacının, diastolik kan basıncı ölçümlerinin en düşük değeri 43 mmHg, en yüksek değeri 110 mmHg, ortalama değeri 72.08 ± 9.33 'dir (Tablo 15). Villegas ve arkadaşlarının çalışmasında hemşirelerin sadece % 2' sinin güvenilir bir ölçüm yaptığı gözlenmiştir (94). Araştırma da, hemşire ölçüm sonuçları ile araştırmacı ölçüm sonuçları arasında fark bulunmaktadır. Araştırmanın bu sonucu, Villegas ve arkadaşlarının çalışması ile benzerlik göstermektedir.

Hemşirelerin, vücut sıcaklığı ölçümlerinin en düşük değeri 35.5° C, en yüksek değeri 38.2° C, ortalama değeri 36.41 ± 0.38 'dir (Tablo 14). Araştırmacının, vücut sıcaklığı ölçümlerinin en düşük değeri 35.6° C, en yüksek değeri 38.3° C, ortalama değeri 36.52 ± 0.38 'dir (Tablo 15).

Araştırmada yaşam bulguları ölçüm değerleri incelendiğinde; hemşire nabız, solunum ve kan basıncı ölçüm değerleri ile araştırmacı nabız, solunum ve kan basıncı ölçüm değerleri arasında fark olduğu saptanmıştır. Hemşire vücut sıcaklığı ölçüm değerleri ile araştırmacı

vücut sıcaklığı ölçüm değerleri arasında fark olmadığı birbirine çok yakın değerler elde edildiği görülmektedir.

4.1.3 Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarına Uyma Durumlarının İncelenmesi

Araştırmada, hemşirelerin, nabız ölçümlerinde standartlara uyma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin, %92.7'si ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi kriterine, %95.8'i ellerin yıkanması kriterine, %77.0'ı hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine, %93.8'i hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme kriterine %95.4'ü hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi kriterine, %96.0'ı ölçüm süresinin tam 1 dakika olması kriterine uymamıştır. %92.8'i nabız dolgun ve ritminin ölçüme etkisinin değerlendirilmesi kriterine uymuş, %93.0'ı nabız ölçüm sonucunun normlara uygunluğunu değerlendirme kriterine, %93.7'si hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymamıştır (Tablo 16).

Nabız sayarken hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastaya uygun pozisyon verilmesi, hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme, hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi, ölçüm süresinin tam 1 dakika olması gibi ölçümün doğruluğunu etkileyen önemli kriterlere uymadıkları görülmektedir.

Sneed ve Hollerbach tarafından gerçekleştirilen, "Arterial Fibrilasyonun Değerlendirilmesinde Nabız Hızının Doğruluğu" isimli çalışmada; 94 hemşire tarafından apikal ve radial nabız ölçümleri arterial fibrilasyon boyunca 15, 30 ve 60 saniyelik ölçümler gerçekleştirilmiştir. Hemşirelerin nabız hızı ölçümlerini tekniğe uygun olarak gerçekleştirdiği saptanmıştır. Sneed ve Hollerbach tarafından gerçekleştirilen çalışma sonucunda nabız ölçümünün klinik değerlendirmede önemli bir standart olarak kullanıldığı ve ölçüm sırasında hemşireler tarafından %10 hata yapıldığı saptanmıştır. 60 saniyede yapılan ölçümlerin %72.9 oranında en doğru ölçümler olduğu bulunmuştur (82). Hemşirelerin, stabil olan hastalar için genellikle nabız ölçüm süresini 15 saniye olarak tuttukları ve 4 ile çarparak kaydettikleri gözlenmektedir. Ancak stabil hasta standartı da başlı başına ele alınması gereken bir durumdur. Yaşam belirtilerinin gün içinde, beslenme ile, alınan sıvı, sarf edilen efor, stres ve heyecan ile değişebileceği bilgisi, nabız gibi oksijenasyonun ve perfüzyonun göstergesi olan bir bulgunun 60 saniye sayılması gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Sneed and Holler Back tarafından gerçekleştirilen çalışmada arteriyel fibrilasyonda, % 86 oranında hemşirelerin elde ettiği nabız hızlarının araştırmacılar tarafından elde edilen değerlerin altında olduğu bulunmuştur (82). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin, 60 saniyelik nabız ölçümü yapmadıkları anlaşılmaktadır. Araştırmamızın bu sonucu, Sneed ve Hollerbach'in çalışması ile uygunluk göstermemektedir. Araştırmacı ölçümleri ile hemşire nabız ölçümleri ortalama değerleri arasında farklılık olma nedeni hemşirelerin nabız ölçümünü tam 1 dakika (60 saniyelik) olarak yapmıyor olmaları ile açıklanabilir (Tablo 14 - 15). Hemşirelerin servislerde yoğun iş yükü altında çalışmaları, hasta sayısının fazla olması, yaşam bulguları ölçüm sıklığının hekimlerce belirlenmesi nedenleri ile iş yüklerini azaltmak için 15 saniyelik ölçümü tercih ettikleri düşünülmektedir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun hastaya işlem ve sonuçları hakkında bilgi vermedikleri saptanmıştır. Hemşirelerin hasta haklarından biri olan hastanın bilgilendirilmesi maddesine uymadıkları, hastayı bu konuda aydınlatmadıkları anlaşılmaktadır.

Hemşirelerin yine büyük çoğunluğunun işlem öncesi ellerin yıkanması kriterine uymadıkları saptanmıştır. Bu kritere uymama hem hastalar hem de hemşireler için bir enfeksiyon riski taşımalarına neden olacaktır. Hemşirelerin işlerini çabuk bitirmek kaygısından dolayı bu kriteri atladıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun nabzın dolgunluk ve ritmini değerlendirmesi ve nabız ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterlerine uymadıkları ve ayrıca bu konuda herhangi bir (kayıt etme gibi) girişimde bulunmadıkları görülmektedir. Bu sonuç; hastanelerde iyi bir kayıt sisteminin bulunmamasına, hemşirelerin kayıt tutmanın öneminin farkında olmamasına ve kayıt yerine sözel rapor etmeyi daha çok tercih etmesine bağlanabilir.

Araştırmada hemşirelerin, solunum ölçümlerinde standartlara uymalarına göre dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin, %98.7'si ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi, %99.5'i ellerin yıkanması kriterine, %99.0'ı hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine, %98.8'i hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme kriterine uymuş, %94.6'sı hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi kriterine, %99.3'ü ölçüm süresinin tam 1 dakika olması kriterine, %99.7'si ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi kriterine, %86.4'ü hastanın oksijen tedavisi almasının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi kriterine, %83.8'i hastanın nabız hızının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi kriterine, %92.6'sı

solunumun dolgunluk ve ritminin değerlendirilmesi kriterine, %98.0'ı solunumun ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterine, %98.8'i hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymamıştır (Tablo 17). Literatür çalışmaları, yanlış ölçümlerin değerlendirilmesinde özellikle solunum hızı sınırları üzerine dikkat çekmiştir (36,37,45,75,81,88). Yapılan çalışmalarda, bir dakikada ve 15 saniyede gerçekleştirilen solunum hızı ölçümlerini karşılaştırmış ve 15 saniyede yapılan ölçümlerin yanlış olduğu saptanmıştır (54,55,56). Ayrıca çocuklarda, benzer sonuçların 30 ve 60 saniyede yapılan ölçümler kullanılarak karşılaştırıldığında, 60 saniyelik ölçümlerde en az hata olduğu bildirilmiştir (81). Buna göre doğru ölçüm elde edebilmek için, solunum hızının 60 saniye ölçülmesi gerektiği vurgulanmalıdır. Araştırmada; araştırma kapsamındaki hemşirelerin, solunumu 1 dakika süreyle ölçemedikleri saptanmıştır.

Mower ve arkadaşlarının “ Hasta Takibindeki Solunum Sayısı ve Nabız Oksimetresinin Karşılaştırılması” isimli çalışmasında üniversite tıp merkezi acil servisine başvuran 12 096 yetişkin hastanın 1 dakika içinde solunum sayıları gözlenerek ölçülmüş. 18-70 yaş arası 10 740 hastanın %90'dan düşük oksijen saturasyonunun solunum sayılarını etkilediği saptanmıştır (55). Araştırmada hemşirelerin solunum ölçüm standartlarına uygunluk gözlemlerinde, hastanın oksijen tedavisi almasının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi kriterine uyan %23.6, uymayan %86. 4'tür. Hemşirelerin çoğunluğunun hastanın, oksijen tedavisi almasının ölçüme etkisini değerlendirmedikleri saptanmıştır. Ayrıca yukarıda da belirtildiği gibi ölçümlerin 1 dakikada (60 saniyelik) gerçekleştirilmediği de belirlenmiştir. Araştırmanın bu sonucu literatür bilgisi ile benzerlik göstermemektedir (54,55,56,81). Hemşirelerin solunum ölçümünde bazı standartları uygulamayarak atladıkları literatür bilgisi ile doğrulanmaktadır (45,71). Yine yukarıda da belirtildiği gibi hemşirelerin solunum ölçümünde de bazı standartları atlaması servislerin yoğunluğu ve hemşirelerin iş yüklerini hafifletmek istemeleri ve ayrıca yaptıkları ölçümlerin hekimlerce önemsenmediğini düşünmeleri ile açıklanabilir. Bir yandan da literatür hekimlerin, hemşirelerin kayıtlarına bağlı kaldığını ve çoğu değerlendirmelerinde bu kayıtları göz önüne aldıklarını belirtmektedir (36,37,45,75).

Nabız ölçüm kriterlerinde olduğu gibi hemşirelerin büyük çoğunluğunun; hastaya işlem ve sonuçları hakkında bilgi vermedikleri, hastaların bilgilendirilme hakkını gözetmedikleri görülmektedir.

Hemşirelerin yine büyük çoğunluğunun işlem öncesi ellerin yıkanması kriterine uymadıkları saptanmıştır. Hastane enfeksiyonlarının bulaşında en önemli neden ellerin yıkanmamasıdır. Bu kriterin uygulanmaması ile hem hastalar hem de hemşireler için enfeksiyon riski artmaktadır. Hemşirelerin işlerini çabuk bitirerek rutin kaygısından kurtulmak için bu kriteri atladıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun solunumun derinlik ve ritminin değerlendirilmesi ve solunum ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterlerine uymadıkları ve ayrıca bu konuda herhangi bir (kayıt etme gibi) girişimde bulunmadıkları görülmektedir. Bu durum; hemşirelik uygulamalarında geleneksel olarak sözlü iletişimin ağırlık kazanmış olması, hemşirelerin çoğunlukla kayıt tutmanın öneminin farkında olmaması ve ülkemizde hastanelerde standart bir kayıt sisteminin kullanılmaması ile açıklanabilir.

Araştırmada hemşirelerin, kan basıncı ölçümlerinde standartlara uymalarına göre dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin, %93.0'ı ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi kriterine, %100'ü ellerin yıkanması kriterine, %98.5'i steteskobun kullanılmadan önce kulaklık kısmının alkollü pamukla silinmesi kriterine, %100'ü steteskobun diyafram kısmının alkollü pamuk ile silinmesi kriterine, %64.6'sı hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine, %92.7'si hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme kriterine, %98.3'ü hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi kriterine, %99.7'si ölçüm öncesi hastanın kan verme ya da alma durumuna dikkat edilmesi kriterine, %96.5'i ölçüm öncesi hastanın nabız hızının kontrol edilmesi 20 atımdan fazla artmasının dikkate alınması kriterine, %96.7'si kan basıncı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterine, %93.3'ü hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymadıkları saptanmıştır (Tablo 18). Hellmann ve Grimm'in çalışmasında kan basıncı ölçümü boyunca konuşmanın hatalı ölçüme neden olduğu saptanmıştır (33). Mauro'un, Prineas ve Jacobs'un çalışmalarında, steteskopun diyaframını doğru yerleştirmemenin kan basıncı ölçümünde hatalı ölçüme neden olduğu belirlenmiştir (51,72). Newton'un, Fleming ve arkadaşlarının çalışmasında, ölçüm boyunca kişinin pozisyonunun, kan basıncı ölçümünün doğruluğu üzerinde önemli etkisinin olduğu saptanmıştır (58,20). Webster'in, Hill ve Grim' in çalışmasında, kolun pozisyonunun doğru kan basıncı ölçümünü etkilediği belirlenmiştir (96,34). Tachovsky'nin , Forsberg'in ve Hocken'ın çalışmalarında, doğru kan basıncı ölçümünde ölçümün yerinin önemli olduğu

saptanmıştır (85,21,35). Yapılan çalışmalarda, uygun olmayan manşet boyutunun hatalı kan basıncı ölçümünün de payının olduğu belirlenmiştir (62,63,23,24,93,9,52,50). Bir çalışmada ise doğru kan basıncı ölçümünü etkileyen bu faktörlere ek olarak, hemşirelerin sıklıkla önerilen teknikleri izlemedikleri saptanmıştır (7). Villegas ve arkadaşlarının çalışmasında, hemşirelerin sadece % 2' sinin güvenilir bir ölçüm yaptığı gözlenmiş ve % 3' ünün tekniğe uygun ölçüm yaptığı belirlenmiştir (94).

Araştırmada hemşirelerin kan basıncı ölçüm kriterlerinden çoğunluğuna uymadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin kan basıncı ölçümü sırasında uymadıkları ölçüm kriterleri ile kan basıncı ölçümünün doğruluğunu etkileyen etmenler arasında benzerlik olduğu görülmektedir (20,21,31,32,47,54,78).

Eştürkler ve arkadaşlarının çalışmasında en sık gözlemlenen hatalar; manşon basıncı yükseltilirken nabız kontrolü yapmama (%77.7), ölçüm öncesi ibrenin sıfır noktası kontrolünü yapmama (%60.5), palpasyonla arteria brakialis'in yerini belirlememe (%56.5) olarak saptanmıştır (18). Araştırma kapsamındaki hemşirelerin kan basıncı ölçüm standartları gözlemleri incelendiğinde; ölçüm öncesi hastanın nabız hızının kontrol edilmesi 20 atımdan fazla artmasının dikkate alınması, kriterine uyan %3.5, uymayan %96.5, manşonun ölçüm öncesi iyice boşaltılması, kriterine uyan %97.6, uymayan %2.4, steteskobun uygun şekilde belirlenen yere yerleştirilmesi, kriterine uyan %100 olarak bulunmuştur (Tablo 18). Araştırmadan, araştırma kapsamındaki hemşirelerin, Eştürkler ve arkadaşlarının çalışmasındaki sağlık ekibi üyelerinden daha az kritere uygun ölçüm yaptıkları anlaşılmaktadır. Ancak manşonun iyice boşaltılarak ibrenin sıfırlanmasında ve steteskobun arteria brakialis üzerine yerleştirilmesi standardında araştırma kapsamındaki hemşirelerin daha fazla oranda doğru uygulama yaptıkları görülmektedir.

Araştırmada, kan basıncı ölçümünde hemşirelerin büyük çoğunluğunun; hastaya işlem ve sonuçları hakkında bilgi vermedikleri saptanmıştır. Hemşirelerin hasta haklarından biri olan hastanın bilgilendirilmesi maddesine uymadıkları, hastayı bu konuda aydınlatmadıkları yine kan basıncı ölçümü sırasında da tekrarlanmıştır.

Kan basıncı ölçümü sırasında yine hemşirelerin büyük çoğunluğunun işlem öncesi ellerin yıkanması, steteskobun kulaklık kısmının alkollü pamukla silinmesi, steteskobun diyafram kısmının alkollü pamukla silinmesi kriterlerine uymadıkları saptanmıştır. Hemşirelerin bu kriterlere uymaması; hem hastalar hem de hemşireler için nazokomiyal

enfeksiyon riski taşımalarına neden olacaktır. Hemşirelerin işlerinin yoğunluğundan dolayı bu kriterleri atladıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun kan basıncı ölçüm değerlerinin normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterine uymadıkları görülmektedir. Hemşirelerin bu kriteri uymaması; ülkemizde hastanelerde iyi bir kayıt sisteminin oluşturulmamasına ve hemşirelerin geleneksel uygulamalarında sözel rapor etmeyi, kayıt etmeye tercih etmesi ile açıklanabilir.

Kan basıncı ölçüm kriterlerinde hemşireler; manşonun ölçüm öncesi iyice boşaltılması, manşonun kola uygun şekilde yerleştirilmesi, steteskobun uygun şekilde belirlenen yere yerleştirilmesi ve kolda sabitlenmesi, puvarın avuç içine yerleştirilmesi, manşon basıncının kan basıncı değerine uygun şekilde şişirilmesi, manşonunu 2 mmHg saniye hızında düşürülmesi, hastanın ölçüm sırasında konuşmaması, krottkoff seslerinin duyulması, manometrenin doğru gözlenmesi, hemşirenin manometreyi görüş alanı içinde tutması, ölçümün doğru kayıt edilmesi gibi kriterlere büyük çoğunlukla uydukları görülmektedir. Diğer yaşam bulguları kriterlerinden daha fazla sayıda kan basıncı ölçüm kriterlerini uyguladıkları saptanmıştır.

Araştırmada hemşirelerin, vücut sıcaklığı ölçümlerinde standartlara uymalarına göre dağılımları incelendiğinde; hemşirelerin, %96.6'sı ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi kriterine, %86.9'u ellerin yıkanması kriterine, %85.2'si hastaya uygun pozisyon verilmesi kriterine uymuş, %79.6'sı hastanın ölçüm bölgesinin ölçüm öncesi ıslak bezle silinmesi, kurulanması ve bir süre beklenmesi kriterine, %55.3'ü termometreyi bekletildiği dezenfektan solüsyondan çıkarttıktan sonra temizden kirliye doğru silinmesi kriterine, %65.2'si termometrenin bölgeye doğru yerleştirilmesi kriterine, %83.0'ı ölçüm sonrası termometreyi temizden kirliye doğru silerek temizlemesi kriterine, %95.1'i ölçümün değerlendirilmesinde hastanın sağlık durumunun dikkate alınması kriterine, %88.5'i ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi kriterine, %98.6'sı hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme kriterine uymamıştır (Tablo 19). Termometrelerin ölçüm bölgesinde yeterli süre bekletilmesinin doğru ölçümü sağlamada önemli olduğu belirlenmiştir (13,60,61). Graves ve Markarion tarafından yapılan çalışmada, termometrelerin % 37' sinin bir dakikadan daha az yerinde bırakıldığı bulunmuştur (29). Araştırmada; vücut sıcaklığı ölçüm standardında; termometrenin uygun süre yerinde bekletilmesi kriterine uyan hemşirelerin oranı %91.3, uymayanların ise %8.7 olduğu saptanmıştır (Tablo 19). Araştırma sonucu ile Graves ve

Markarion tarafından yapılan çalışma arasında benzerlik bulunmamaktadır. Araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük çoğunluğunun termometreleri yeterli süre beklettikleri söylenebilir.

Vücut sıcaklığı ölçümünde hemşirelerin büyük çoğunluğunun; hastaya işlem ve sonuçları hakkında bilgi vermedikleri saptanmıştır. Hemşireler, hastaya işlem öncesi bilgi vermeyerek hasta haklarından aydınlanmış onam maddesine ve işlem sonrası ölçüm sonucu konusunda hastaya bilgi vermeyerek hasta haklarından hastanın bilgilendirilmesi maddesine uymadıkları görülmektedir.

Hemşirelerin yine büyük çoğunluğunun işlem öncesi ellerin yıkanması, termometrenin bekletildiği solüsyondan çıkartıldıktan sonra temizden kirliye doğru silinmesi, ölçüm sonrası termometreyi temizden kirliye doğru silerek temizlenmesi kriterlerine uymadıkları saptanmıştır. El yıkama enfeksiyon zincir döngüsünü kırarak nazokomiyal enfeksiyonları engeleyen etkili bir işlemdir. Termometrelerin vücut sıcaklığı ölçümü öncesi ve sonrası temizden kirliye doğru silinmesi termometrelerin ortak kullanıldığı hastanelerde enfeksiyon bulaşını önlemeye yönelik bir işlemdir. Hemşirelerin bu kriterleri uygulamaması, hem hastaların hem de hemşirelerin enfeksiyon açısından risk taşımalarına neden olacaktır. Hemşirelerin işlerinin yoğunluğundan dolayı bu kriteri atladıkları düşünülmektedir.

Hemşirelerin büyük çoğunluğunun vücut sıcaklığı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi kriterine uymadıkları görülmektedir. Hemşirelerin, kayıt tutmanın öneminin farkında olmaması ve kayıt yerine sözel rapor etmeyi daha çok tercih etmesi, ayrıca hastanelerde iyi bir kayıt sisteminin olmaması bu kritere uymama nedeni olabilir.

Literatürde, profesyonellerce yaşam bulguları ölçümlerinin sınırlarının bilinmesinin yararlı olduğu, bir çok faktörün bu ölçümlerin doğruluğunu, güvenilirliğini etkilediği ve bunların farkında olunmasının önemi belirtilmiştir (19,57,59). Bu sınırların bilinmesi normalden sapma durumlarının hekime bildirilmesi ve gerekli girişimlerin zamanında yapılması açısından önemlidir.

Hemşireler yaşam bulguları ölçüm sınırlarını bilip, bu sonuçların değerlendirilmesinde önemli rol oynadığını bilmelerine karşın yaşam bulguları ölçüm standartlarına uymalarına yönelik yapılan gözlemlerde; nabzın dolgunluk ve ritminin değerlendirilmesi kriterine uymayan hemşirelerin oranı %92.8, nabzın değerlendirilmesinde hastanın sağlık durumunun

dikkate alınması kriterine uymayanların oranı ise %93.0'dır. Solunumun derinlik ve ritminin değerlendirilmesi kriterine uymayan hemşirelerin oranı %92.6, solunum ölçümünde hastanın sağlık durumunun dikkate alınması kriterine uymayanların oranı ise %98.0'dır. Kan basıncı ölçümünde hastanın sağlık durumunun dikkate alınması kriterine uymayan hemşirelerin oranı %96.7'dir. Vücut sıcaklığının ölçümünde hastanın sağlık durumunun dikkate alınması kriterine uymayan hemşirelerin oranı %95.1'dir (Tablo 16,17,18,19).

Hemşirelerin yaşam bulguları sınırlarını bilmesi, hastanın sağlık durumunun değerlendirilmesinde yardımcı olacaktır. Hastanın yaşam bulgularının ölçülmesi hemşirenin sorumluluğudur. Ancak, bu bulguların ölçülmesinin ötesinde, bunların değerlendirilebilmesi daha da önemli bir sorumluluktur (38, 89). Yaşam bulgularının ölçümü için gereken hemşirelik becerileri oldukça kolaydır; ancak hemşirenin yaşam bulgularını etkileyen değişkenleri, hastanın genel durumundaki değişikliklerin yaşam bulgularına nasıl yansıdığını, aralarındaki ilişkinin ne olduğunu ve yaşamsal bulgulardaki değişikliklere yönelik hemşirelik girişimlerinin neler olduğunu da bilmesi gerekmektedir (5).

4.1.4 Hemşirelerin Yaşam Bulguları Ölçüm Standartlarından Aldıkları Puanların İncelenmesi

Hemşirelerin nabız, solunum, kan basıncı ve vücut sıcaklığı ölçümünde standartlara uyma toplam puan ortalamaları ve standart sapmaları ile işaretlenmiş değer aralıkları incelemesinde; hemşirelerin, nabız toplam puanları en düşük 4, en yüksek 11 ve ortalaması 5.559 ± 0.981 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, solunum toplam puanları en düşük 4, en yüksek 7 ve ortalaması 5.256 ± 0.893 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, kan basıncı toplam puanları en düşük 11, en yüksek 18 ve ortalaması 13.011 ± 1.235 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, vücut sıcaklığı toplam puanları en düşük 3, en yüksek 14 ve ortalaması 7.869 ± 1.805 olarak saptanmıştır. Hemşirelerin, genel toplam puanları en düşük 26, en yüksek 43 ve ortalaması 31.697 ± 2.774 olarak saptanmıştır (Tablo 20).

Hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartlarına uyma durumlarına göre aldıkları puanların dağılımı incelendiğinde; hemşirelerin %95.3'ü nabız ölçüm standartlarından 5-9 puan orta (Tablo 21), %84.2'si solunum ölçüm standartlarından 5-9 puan orta (Tablo 22), %98.8'i kan basıncı ölçüm standartlarından 9-16 puan orta (Tablo 23), %83.2'si vücut

sıcaklığı ölçüm standartlarından 5-9 puan orta (Tablo 24), %100'ünün yaşam bulguları ölçüm standartlarından aldıkları genel toplam puanı 24-46 puan orta düzeyde bulunmuştur (Tablo 25). Hemşirelerin büyük çoğunluğunun yaşam bulguları ölçüm standartlarına orta düzeyde uydukları bulunmuştur.

Eştürkler ve arkadaşları tarafından yapılan “ Kan Basıncı Ölçümü Konusunda Bilgi, davranış ve Kullanılan Kan Basıncı Ölçerlerinin Güvenilirliği” isimli çalışmada hekim, hemşire ve ebelerle yaptıkları gözlem çalışmasında hemşirelerin ortalama gözlem puanı orta düzeyde bulunmuştur (18). Araştırma kapsamında yer alan hemşirelerin kan basıncı ölçüm gözlemlerinden aldıkları puanların ortalaması 13.011 ± 1.235 (Min=11 Max=18)' dir (Tablo 28). Hem araştırmada hem de Eştürklerin çalışmasında, hemşirelerin puan ortalamaları orta düzeyde bulunmuştur. İki çalışma sonucu, birbirine benzerlik göstermektedir.

4.1.5 Hemşire ve Araştırmacı Yaşam Bulguları Ölçüm Değerleri Ortalamalarının İncelenmesi

Hemşirelerin aldıkları yaşam bulguları ölçüm değerleri ile araştırmacı tarafından alınan yaşam bulguları kontrol ölçüm değerleri karşılaştırılmıştır; hemşire nabız ölçümü ortalama değeri 80.17 ± 8.74 , araştırmacı nabız ölçümü ortalama değeri 77.85 ± 8.96 tir. Hemşire nabız ölçümü değeri ile araştırmacı nabız ölçüm değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=23.367$ $p<0.01$). Hemşire solunum ölçümü ortalama değeri 19.76 ± 2.31 , araştırmacı solunum ölçüm ortalama değeri 18.98 ± 2.48 dir. Hemşire solunum ölçüm değeri ile araştırmacı solunum ölçüm değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=14.339$ $p<0.01$). Hemşire sistolik kan basıncı ölçümü ortalama değeri 120.89 ± 18.12 , araştırmacı sistolik kan basıncı ölçüm ortalama değeri 120.87 ± 17.27 dir. Hemşire sistolik kan basıncı ölçüm ile araştırmacı sistolik kan basıncı kontrol ölçümü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t= 0.094$ $P>0.05$). Hemşire diastolik kan basıncı ölçümü ortalama değeri 73.40 ± 10.79 , araştırmacı diastolik kan basıncı ölçüm ortalama değeri 72.08 ± 9.33 dir. Hemşire diastolik kan basıncı ölçüm ile araştırmacı diastolik kan basıncı kontrol ölçümü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 7.227$ $P<0.01$). Hemşire vücut sıcaklığı ölçümü ortalama değeri 36.41 ± 0.38 , araştırmacı vücut sıcaklığı ölçüm ortalama değeri 36.52 ± 0.38 dir. Hemşire vücut sıcaklığı ölçüm değeri ile

araştırmacı vücut sıcaklığı değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-12.703$ $p<0.01$) (Tablo 32). Araştırmada, ölçümler sırasında yaşam bulguları kriterlerini takip ederek ölçüm yapması nedeni ile araştırmacı ölçümleri doğru kabul edilerek analiz değerlendirilmiştir. Araştırmada, kriterlere uymanın hemşireleri doğru yaşam bulguları ölçümü yapmaya götürdüğü kanıtlanmıştır.

4.2 SONUÇ

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesinde Dahiliye, Dahiliye Yoğun Bakım, Göğüs & Enfeksiyon, Özel Kat, Dermatoloji, Nöroloji Servislerinde çalışan 30 hemşirenin, 30 iş günü süresince en az 30 ölçümünün, yaşam bulguları ölçüm standartlarına uygunluğunun değerlendirilmesi amacıyla gözlenmesi ve hemşirelere ait tanıtıcı özelliklerin saptanması amacı ile hemşire tanıtım formu da uygulanmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda, şu sonuçlara varılmıştır.

Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinden; yaş ortalamasının 25.06 ± 2.94 olduğu, %30.0'nin göğüs & enfeksiyon servisinde çalışmakta olduğu, %36.6'sının 0-1 yıldır çalışmakta olduğu, %60.0'nin daha önce hiçbir kurumda çalışmadığı, %36.6'nın daha önce dahiliye servisinde çalışmış olduğu, %36.7'sinin 2-3 yıldır buldukları serviste çalışmakta olduğu, %33.4'ünün ön lisans ve %40.0'nin lisans mezunu olduğu, %63.4'ünün günde 4 kez ve üzeri sıklıkta yaşam bulguları aldığı, %63.4'ünün yaşam bulguları alma sıklığını çoğunlukla yeterli bulduğu, %86.6'sı yaşam bulguları alma sıklığının hastanın durumuna göre olması gerektiği düşüncesine sahip olduğu saptanmıştır. Hemşirelere ait tanıtıcı özelliklerden hemşirelerin büyük bir kısmının sağlık Yüksekokulu ve Hemşirelik Yüksekokulundan yeni mezun oldukları ve ilk iş deneyimleri olduğu sonucuna varılmıştır.

Hemşireler tarafından alınan yaşam bulguları ölçümlerinin ortalama değerleri, nabız 80.17 ± 8.74 / dk, solunum hızı 19.76 ± 2.31 / dk, kan basıncı sistolik 120.89 ± 18.12 mmHg ve kan basıncı diastolik 73.40 ± 10.79 mmHg, vücut sıcaklığı 36.41 ± 0.38 °C olarak bulunmuştur. Araştırmacı tarafından alınan yaşam bulguları ölçümlerinin ortalama değerleri ise, nabız 77.85 ± 8.96 / dk, solunum hızı 18.98 ± 2.31 / dk, sistolik kan basıncı 120.87 ± 17.27 mmHg ve diastolik kan basıncı 72.08 ± 9.33 mmHg, vücut sıcaklığı 36.52 ± 0.38 °C olarak saptanmıştır.

Hemşirelerin aldıkları yaşam bulguları ölçüm sonuçları ile araştırmacı tarafından alınan yaşam bulguları kontrol ölçümleri karşılaştırılmıştır; hemşire nabız ölçümü ortalama değeri 80.17 ± 8.74 , araştırmacı nabız ölçümü ortalama değeri 77.85 ± 8.96 tir. Hemşire nabız ölçümü değeri ile araştırmacı nabız ölçüm değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=23.367$ $p<0.01$). Hemşire solunum ölçümü ortalama değeri 19.76 ± 2.31 , , araştırmacı solunum ölçüm ortalama değeri 18.98 ± 2.48 dir. Hemşire solunum ölçüm değeri ile araştırmacı solunum ölçüm değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=14.339$ $p<0.01$). Hemşire sistolik kan basıncı ölçümü ortalama değeri 120.89 ± 18.12 , araştırmacı sistolik kan basıncı ölçüm ortalama değeri 120.87 ± 17.27 dir. Hemşire sistolik kan basıncı ölçüm ile araştırmacı sistolik kan basıncı kontrol ölçümü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur ($t= 0.094$ $P>0.05$). Hemşire diastolik kan basıncı ölçümü ortalama değeri 73.40 ± 10.79 , araştırmacı diastolik kan basıncı ölçüm ortalama değeri 72.08 ± 9.33 dir. Hemşire diastolik kan basıncı ölçüm ile araştırmacı diastolik kan basıncı kontrol ölçümü arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t= 7.227$ $P<0.01$). Hemşire vücut sıcaklığı ölçümü ortalama değeri 36.41 ± 0.38 , araştırmacı vücut sıcaklığı ölçüm ortalama değeri 36.52 ± 0.38 dir. Hemşire vücut sıcaklığı ölçüm değeri ile araştırmacı vücut sıcaklığı değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($t=-12.703$ $p<0.01$). Araştırmada, ölçümler sırasında yaşam bulguları kriterlerini takip ederek ölçüm yapması nedeni ile araştırmacı ölçümleri doğru kabul edilerek analiz değerlendirilmiştir. Araştırma sonucunda, kriterlere uymanın hemşireleri doğru yaşam bulguları ölçümü yapmaya götürdüğü kanıtlanmıştır.

Hemşirelerin, yaşam bulguları ölçüm standartlarına uygun ölçüm yapma durumları incelendiğinde, çoğunlukla ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmediği, hastaya uygun pozisyon verilmediği, ölçüm süresinin tam 1 dakika olmadığı, yaşam bulgularının dolgunluk ve ritminin değerlendirilmediği, hastanın sağlık durumunun dikkate alınmadığı, hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verilmediği saptanmıştır.

Hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartlarına uyma durumlarından aldıkları toplam puan ortalaması 32.46 ± 1.95 olarak saptanmıştır. Bu değer orta düzeyde yer almıştır.

Bu sonuçlar; hemşirelerin yaşam bulguları ölçüm standartlarına uyma durumlarından aldıkları puanların orta düzeyde olması ve hemşire yaşam bulguları ölçümlerinin ortalama değerleri ile araştırmacı yaşam bulguları ölçümlerinin ortalama değerleri arasında

istatistiksel düzeyde anlamlı farkın bulunması hemşirelerin, yaşam bulguları ölçüm standartları kriterlerine uymamaları nedeniyle doğru ölçüm değerleri elde etmediklerini göstermiştir.

Araştırma sonucunda, dahiliye servisinde çalışan hemşirelerin servislerindeki yoğun çalışma koşulları nedeniyle yaşam bulguları ölçüm standartlarından bazılarını uygulamadıkları ve bu doğrultuda doğru ölçüm değerleri elde etmedikleri bulunmuştur. Bunun yanı sıra yaşam bulguları hastanın fizyolojik sağlığının bir göstergesidir ve hem hemşire hem de ölçümleri dikkate alarak hastanın tedavisine yön veren hekim için önemli olduğu unutulmamalıdır.

4.2.1 ÖNERİLER

Bu sonuçlar ışığında şu önerilerde bulunula bilinir;

- Hastane yönetimince, hemşirelerin iş yükünün azaltılması ve iş doyumlarının artırılabilmesi ve uygulama teknikleri arasındaki farkı en aza indirmek için, hemşirelik bakım ve uygulamalarında standardizasyonun sağlanabilmesi için hastane yöneticileri ile işbirliğine gidilmesi ve multidisipliner anlayışın geliştirilmesi,
- Yaşam bulguları ölçüm teknikleri konusunda ulaşılabilmesi için hizmet içi eğitim programlarının düzenlenmesi, yeniliklerin takip edilmesi,
- Yaşam bulguları takibinin, hastanın fizyolojik değişim ve gelişiminin gözlenmesi için hemşirelik bakım ve uygulamalarının değerli bir kanıt olduğunun anlaşılması, kayıt sisteminin geliştirilerek, hemşirelerin kayıt değerlendirmelerini de içerecek şekilde hazırlanması,
- Hemşirelik uygulamalarında bir çok hemşirelik girişiminin geleneksel şekilde sürdürülmesinin önlenmesinde, gözlemsel ve deneysel çalışmaların yapılması ve sonuçlarının uygulamaya geçirilmesinde hemşirelik disiplinlerinin farklı alanlarında iş birliğine gidilmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. AKDEMİR N., "Panel 2:Hemşirelik Hizmetlerinde Standartlaşma-Açılış Konuşması", III. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, SİVAS, 24-26 Haziran 1992, s:21-24.
2. BALIK E., "Çocuklarda Total Parenteral Nutrisyon" Klinik Nütrisyon, Logos Yayıncılık A.Ş., 1993, 23-31.
3. BARRAFF L.J., SCHRİGER D.L., "Orthostatic Vital Signs: Variation With Age, Specifiety And Sensivity In Detecting A 450 ml Blood Loss" American Journal Of Emergeney Medicene, 10, 1992, pp: 99-103.
4. BAYNE CG., "Vital Signs : Are We Monitoring The Right Parameters?" Nursing Management, 28(5), May 1997, pp:74-76.
5. BİROL L., AKDEMİR N., BEDÜK T., "İç Hastalıkları Hemşireliği" Vehbi Koç Vakfı Yayınları, No:6, ANKARA, 1995.
6. BİROL L., "Hemşirelik Süreci" Etki Matbaacılık, 3.Baskı, İZMİR, 1997, s:14-28.
7. BOGAN B., KRİTZER S., DEANE D., "Nursing Student Compliance To Standars For Blood Pressure Measurement" Journal Of Nursing Education, 32, 1993, pp:90-92.
8. BOTTL, M.A. AND HUNT, J.O., The routine of post anaesthetic observations. Contemporary Nurse 3, 1994, pp: 52-57.
9. BURCH, G.E. AND SHEWEY, L., Sphygmomanometric cuff size and blood pressure recordings. JAMA 2251973, pp: 1215-1218,.
10. BURROUGHS, J. AND HOFFBRAND, B.I., A critical look at nursing observations. Postgraduate Medical Journal 66, 1990, pp. 370-372.
11."Cardiovascular Diseases; Vital Signs" Standford Hospital & Clinics, Standford Universty Medical Center, Google, 2003.
12. CARPENITO L.J., "Hemşirelik Tanıları El Kitabı", 7. Baskı, Çev:Erdemir F., Nobel Tıp Kitabevi, 1999, 518-519.
13. COGGON, D.N. AND VESSEY, M.P., Errors in using clinical thermometers. British Medical Journal 1, 1976, pp. 692.
14. DAVIS, M.J., Vital signs of Class I surgical patients. Western Journal of Nursing Research 12, 1990, pp. 40-41.

15. DEMPSEY D., CONROY-HILLER T., O'NEILL S., McCUTHEON H., "Descriptive Stud Of Nurse' Copmliance With Postprocedural Vital Sign Measurement In A Gastointestinal Investigation Unit" *Gastroentrerol Nursing*, 25(5), Sep-Oct 2002, pp. 181-187.
16. EKİCİ B., ATAY S., "Hemşirelikte Standart ve Kalitenin Önemi" *Uluslar arası Kalite, Maliyet ve Hemşirelik Sempozyumu Kitabı*, 3-5 Kasım, Ege Üniv. Basımevi, İzmir, 1993, 20-25.
17. EREFE İ., "Sağlık Hizmetlerinde Standart Ve Kalitenin Önemi" , Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Uluslararası Kalite, Maliyet Ve Hemşirelik Sempozyumu, A.K.M., 3-5 Kasım 1993, İZMİR, Ege Üniv. Basımevi, Bornova-İZMİR, 1995, s:20-25.
18. EŞTÜRKLER F., ÇENGEL S.S., ÇETİNEL H., KÜLEY S., TOKSUN A., GÜZELANT A., PADIR İ., POLAT G., ÖLÇERLER T., "Kan Basıncı Ölçümü Konusunda Bilgi, Davranış ve Jullanılan Kan Basıncı Ölçerlerin Güvenilirliği Araştırması" II. Temel Sağlık Hizmetleri Sempozyumu Özet Kitabı, Manisa, 7-8 Mayıs 2004, ss:31.
19. EVANS D., HODGKINSON B., BERRY J., "Vital Signs In hospital Patients; A systematic Review" *International Journal Of Nursing Studies*, 38,2001, pp: 643-650.
20. FLEMING, S.E., HORVATH, J.S. AND KORDA, A., Errors in the measurement of blood pressure. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynaecology* 23, 1983, pp. 136-138.
21. FORSBERG, S.A., DEGUZMAN, M. AND BERLİND, S., Validity of blood pressure measurements with cuff in the arm and forearm. *Acta Medica Scandinavica* 188,1970, pp. 389-396.
22."FOTOĞRAFLARLA KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ" [www.goecmes.com/Hot Springs/resort/9484/2002](http://www.goecmes.com/Hot_Springs/resort/9484/2002) .
23. GEDDES, L.A. AND TİVEY, R., The importance of cuff width in measurement of blood pressure indirectly. *Cardiovascular Research Centre Bulletin* 14,1976, pp. 69-79.
24. GEDDES, L.A. AND WHİSTLER, S.J., The error in indirect blood pressure measurement with the incorrect size of cuff. *American Heart Journal* 96, 1978, pp. 4-8.
25. GÖKDOĞAN F., NURAL N., KARADENİZ G., "Hemşirelikte Bakım Standardizasyonuna İlişkin Bir Araştırma" *Standard Ekonomik ve Teknik Dergi*, yıl:6, sayı:368, Ağustos 1992, s: 25-30.
26. GÖMBÜL Ö., "Hemşirelikte Kalite Güvenliği ve Standartlar" *THD*, Cilt:43, Sayı:3, 1993, 22-28.

27. GÖNÜLSÜZ S., “Bakım Standartları Nedir? Nasıl Belirlenir?” Sağlık Hizmetlerinde Toplam Kalite Yönetimi Ve Performans Ölçümü, Haberal Eğitim Vakfı, 1-2 Kasım 1996.
28. GÖZÜBÜYÜK N., İZMEN B., “Neden Akreditasyon?” nbz. Sağlık Yatırımları Danışmanlık Hizmetleri Aş.Kitabı, İstanbul, 2003, s: 3-24.
29. GRAVES, R.D. AND MARKARIAN, M.F., Three minute time interval when using an oral mercury in glass thermometer with or without J-sheaths. Nursing Research 29,1980, pp. 323–324.
30. “Grup 2: Onkoloji Hastasının Bakımında, Bakım Standartlarının Oluşturulması Çalışma Grubu Etkinlikleri”, Onkoloji Hemşireliği Derneği Bülteni, No:16-17, 2003, s:37-42.
31. GUYTON A.C. “Tıbbi Fizyoloji” Çev. Nurân GÖKHAN ve Hayrunisa ÇAVUŞOĞLU; 3.Bs., Nobel Kitabevi, İstanbul, 1989 s:217-222, 247-255, 306-308.
32. HASEL, K.L. AND ERICKSON, R.S., Effect of cerumen on infrared ear temperature measurement. Journal of Gerontological Nursing 21, 1995, pp. 6–14.
33. HELLMANN, R. AND GRIMM, S.A., The influence of talking on diastolic blood pressure readings. Research in Nursing and Health 7, 1984, pp. 253–256.
34. HILL M. AND GRIM C., How to take a precise blood pressure, AJN , 91 (2):38, 1991.
35. HOCKEN, A.G., Measurement of blood-pressure in the leg. Lancet 1, 1967, pp. 466–468.
36. HOLBURN, C.J. AND ALLEN, M.J., Pulse oximetry in the accident and emergency department. Archives of Emergency Medicine 6, 1989, pp. 137–142.
37. HOOKER, E.A., O'BRIEN, D.J., DANZL, D.F., BAREFOOT, J.A. AND BROWN, J.E., Respiratory rates in emergency department patients. Journal of Emergency Medicine 7, 1989, pp. 129–132.
38. İNANÇ N., HATİPOĞLU S., YURT V., Ve Ark., “Hemşirelik Esasları” Gata Basımevi, ANKARA, 1994.
39. JAMIESON M. ELIZABETH, McCALL M. JANICE, WHYTE A. LESLEY, “Clinical Nursing Practics” Elsevier Science Limited, All Rights Reserved,, 2002 Page:21-24, 45-50, 59-68.
40. JOHONSSON P., OLENI M., FRILUND B., “Patient Satisfaction With Nursing Care In The Context Of Health Care: A Literature Study”, Scand J Caring Sci , 16(4, December, 2002), pp:337-344.

41. JOYCE M., BLACK E., MATASSANAN J. "Medical- Surgical Nursing Clinical Management For Continuity Of Care" W.B. Saunders Company-Philadelphia, 5 th Edition, 1997, Page:234-238.
42. KARADENİZ G., "Yaşlılara Evde Bakım Rehberi", Emek Matbaacılık, MANİSA, Ocak, 1999, s:47-55.
43. KAVUNCUBAŞI Ş., "Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi" Siyasal Kitabevi, Ankara, 2000, 276-279.
44. KEANE , BRACKMAN, CLAIRE, "Essentials Of Nursing" W.B. Saunders Company-Philadelphia, London, 1974, Page:31-37.
45. KELLERMAN, A.L., COFER, C.A., JOSEPH, S. AND HACKMAN, B.B., Impact of portable pulse oximetry on arterial blood gas test ordering in an urban emergency department. *Annals of Emergency Medicine* 20, 1991, pp. 130-134.
46. KUM E., VELİOĞLU P., "Hemşirelikte İşlevler, Standartlar ve Nitelikler" 1980, 3.Baskı.
47. LANCE R., LİNK ME., PADUA M., CLAVELL LE, JOHNSON G., KNEBEL A., "Comparison Of Different Methods Of Obtaining Orthostatic Vital Signs", *Clinicing Of Nursing Research*, 9(4), Nov 2000, pp:479-491.
48. LUNA, G.K., EDDY, A.C. AND COPASS, M., The sensitivity of vital signs in identifying major thoracoabdominal hemorrhage. *American Journal of Surgery* 157, 1989, pp. 512-515.
49. MALINDA M., "Fundamentals Of Nursing", Universty Of Pennsylvania School Of Nursing Prentice-Hall, Inc. Englewood Clifes, New Jersey, 1979, page:80-103.
50. MANNING, D.M., KUCHİRKA, C. AND KAMİNSKİ, J., Miscoffing: inappropriate blood pressure cuff application. *Circulation* 68, 1983, pp. 763-766.
51. MAURO, A.M.P., Effects of bell versus diaphragm on indirect blood pressure measurement. *Heart and Lung* 17, 1988, pp. 489-494.
52. MAXWELL, M.H., SCHROTH, P.C., WAKS, A.U., KARAM, M. AND DORNFELD, L.P., Error in blood pressure measurements due to incorrect cuff size in obese patients. *Lancet* 2, 1982, pp. 33-36.
53. MCCONELL EA., "Parameters For Vital Signs Monitors" *Nursing Management*, 30(2), Feb 1999, pp:65-68,.
54. MOWER, W.R., SACHS, C., NICKLİN, E.L. AND BARAFF, L.J., Pulse oximetry as a fifth pediatric vital sign. *Pediatrics* 99, 1997, pp. 681-686.

55. MOWER, W.R., SACHS, C., NICKLIN, E.L., SAFA, P. AND BARAFF, L.J., Effect of routine emergency department triage pulse oximetry screening on medical management. *Chest* 108, 1995, pp. 1297-1302.
56. MOWER, W.R., SACHS, C., NICKLIN, E.L., SAFA, P. AND BARAFF, L.J., A comparison of pulse oximetry and respiratory rate in patient screening. *Respiratory Medicine* 90, 1996, pp. 593-599.
57. MULROW, C.D., OXMAN, A.E. (EDS.), *The Cochrane Collaboration Handbook* [updated 1 March 1997]. In: *The Cochrane Library, The Cochrane Collaboration, Oxford: Update Software; Updated Quarterly, 1997.*
58. NEWTON, K.M., Comparison of aortic and brachial cuff pressures in flat supine and lateral recumbent positions. *Heart and Lung* 10, 1981, pp. 821-826.
59. NHS Centre for Reviews and Dissemination, *Undertaking systematic reviews of research on effectiveness: CRD guidelines for those carrying out or commissioning reviews.* University of York Publishing Services, York, 1996.
60. NICHOLS, G.A., Time analysis of febrile and afebrile temperature reading. *Nursing Research* 21, 1972, pp. 463-464.
61. NICHOLS, G.A. AND FIELDING, J.J., Taking oral temperature of febrile patients. *Nursing Research* 18, 1969, pp. 448-450.
62. NIELSEN, P.E. AND JANNICHE, H., The accuracy of auscultatory measurement of arm blood pressure in very obese subjects. *Acta Medica Scandinavica* 195, 1974, pp. 403-409.
63. NIELSEN, P.E., LARSEN, B., HOLSTEIN, P. AND POULSEN, H.L., Accuracy of auscultatory blood pressure measurements in hypertensive and obese subjects. *Hypertension* 5, 1983, pp. 122-127.
64. NURAL N., "Kalite Bakım Standardı", *Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, SİVAS, 24-26 Haziran 1992, s:28-30.*
65. OKUMUŞ H., "Hastaların Bakım Gereksinimlerine Göre Hasta-Hemşire Oranının Saptanması Üzerine Bir Çalışma", *Hemşirelik Bülteni* s (20), (1991), s:47-55.
66. OKUMUŞ H., "Hemşirelik Hizmetlerinde Kalite Güvenliği" III. *Ulusal Hemşirelik Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu, 24-26 Haziran, Esnaf Matbaacılık, Sivas, 1992, 95-105.*

67. OYMAK E., "Standardizasyon Ve Hizmet Standardı Geliştirme" , Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu, SİVAS, 24-26 Haziran 1992, s:25-27.
68. ÖZCAN A., Hemşire-Hasta İlişkisi Ve İletişim, I. Baskı, İzmir, Saray Tıp Kitabevi, 1996.
69. ÖZTÜRK C., "Pnömonosi Olan Çocuğun Bakımı Konusunda Geliştirilen Bakım Standardının Bakım Kalitesine Etkisi" Ege Üniv. HYO Dergisi, Ocak-Nisan, Cilt:13, Sayı:1-3, İzmir, 1997, 105-118.
70. POTTE P A., PERRY AG., "Basic Nursing Theory And Practice Third Edition", copyright ,1995, page.250-295.
71. PRANSKY, S.M., The impact of technique and conditions of the tympanic membrane upon infrared tympanic thermometry. Clinical Pediatrics 30 Suppl,1991., pp. 50–52.
72. PRINEAS, R.J. AND JACOBS, D., Quality of Korotkoff sounds: bell vs diaphragm, cubital fossa vs brachial artery. Preventative Medicine 12, 1983, pp. 715–719.
73. RATHE R., "Vital Signs", The Universty Of Florida Google Basic Clinical Skills/ Physical Exam Study Guides, 1998.
74. ROACH, M., BMT unit recommends less frequent measurement of vital signs during blood transfusion. Oncology Nursing Forum 22, 1995, pp. 717–718.
75. ROSEN, L.M., YAMAMOTO, L.G. AND WIEBE, R.A., Pulse oximetry to identify a high-risk group of children with wheezing. American Journal of Emergency Medicine, 7, 1989, pp. 567–570.
76. ..."www.saglikbakanligi.gov.tr" Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Hizmetleri İstatistiksel Verileri, 2000.
77. SCHUMACHER, S.B., Monitoring vital signs to identify postoperative complications. Medsurg Nursing 4,1995, pp. 142–145.
78. SHARDO S., CARTER J., WINGARD JR., MEHTA P., " Monitoring Vital Signs In A Bone Marrow Transplant Unit: Are They Needed In Middle Of The Night?", Bone Marrow Transplantation, 27(11),Jun 2001, pp:197-200.
79. SHERMA FT. "Vital Signs Are Still Well,Vital. How 'Dr.Rectal', Asticler For Propertechnique, Never Misses a Fever", Geriatrics, 57(3), Mar 2002, pp: 9-12.

80. SHERWITZ, L., EVANS, L., HENNRİKUS, D. AND VALBONA, C., Procedures and discrepancies of blood pressure measurements in two community health centres. *Medical Care* 22, 1982, pp. 727-738.
81. SIMOES, E.A., ROARK, R., BERMAN, S., ESLER, L.L. AND MURPHY, J., Respiratory rate: measurement of variability over time and accuracy at different counting periyots. *Archives of Diseases in Childhood* 66, 1991, pp. 1199-1203.
82. SNEED, N.V. AND HOLLERBACH, A.D., Accuracy of heart rate assessment in atrial fibrillation. *Heart and Lung* 21,1992, pp. 427-433.
83. SÜMBÜLOĞLU V, SÜMBÜLOĞLU K., "Sağlık Bilimlerinde Araştırma Yöntemleri" Hatiboğlu Yayınevi, 1988, 112-114.
84. ŞEN N. "Total Parenteral Beslenen Çocuklarda Standart Hemşirelik Bakım Modelinin Bakım Kalitesine Etkisi" Ege Üniv. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir, 2001.
85. TACHOVSKY, B.J., Indirect auscultatory blood pressure measurement at two sites in the arm. *Research in Nursing and Health* 8, 1985, pp. 125-129.
86. TAYLOR, LİLLİS, LEMONE, " Funda Mentals Of Nursing The Art And Science Of Nursing Care" JB. Lippincott Company-1989, Page: 392-429.
87. TERAKYE G., Hasta Hemşire İlişkileri, Zirve Ofset Ltd. Şt.Basımı,Genişletilmiş 5. Baskı, Ankara, 1998.
88. TYLER, I., TANTSİRA, B., WİNTER, P. AND MOTOYAMA, E., Continuous monitoring of arterial oxygen saturation with pulse oximetry during transfer to the recovery room. *Anesthesia and Analgesia* 64, 1985, pp. 1108-1112.
89. ULUSOY M.F., GÖRGÜLÜ R.S., "Hemşirelik Esasları-Temel Kuram, Kavram, İlke Ve Yöntemler", cilt:1,3 bs., ANKARA:72, TDFO Ltd.Şti., 1996.
90. UYER G. "Hemşirelik Ve Yöntem" 1. Baskı, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1993, sy:94-109, 266-275.
91. UYER G. "Hemşirelik Ve Yöntem" 3. Baskı, Hürbilek Matbaacılık, Ankara, 1997, sy:102-108.
92. UZUN Ö., ÖZER N., "Erişkin Hastalarda Oral, aksiller ve Kulaktan Ölçülen Isı Değerlerinin Karşılaştırılması" Uluslar arası Katılımlı VI. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kitabı, Gata Hemşirelik Yüksekokulu, 14-16 Mayıs, Ankara, 1998, sy:243-247

93. VAN MONTFRANS, G.A., VAN DER HOEVEN, G.M., KAREMAKER, J.M., WIELING, W. AND DUNNING, A.J., Accuracy of auscultatory blood pressure measurement with a long cuff. *British Medical Journal* 295, 1987, pp. 354–355.
94. VILLEGAS, I., ARIAS, I.C., BOTERO, A. AND ESCOBAR, A., Evaluation of the technique used by health-care workers for taking blood pressure. *Hypertension* 26, 1995, pp. 1204–1206.
95. ...“Vital Signs” A Practical Guide To Clinical Medicine, University Of California San Diego, Google, 2003.
96. WEBSTER, J., NEWNHAM, D., PETRIE, J.C. AND LOVELL, H.G., Influence of arm position on measurement of blood pressure. *British Medical Journal* 288, 1984, pp. 1574–1575.
97. ... “ What Is Hight Blood Pressure?” Vital Signs Health Center , Yahoo Health, 2003.
98. ZEAL T. “Tecnology Introduces a New Clinical Thermometer” *The Royal Collega Of General Practitiones, References Book*, London, 1993.
99. ZEITZ K., MccUTHCHEON H., “Policies That Drive The Nursing Practice Of Postoperative Observations”, *International Journal Of Nursing Study*, 39(8),November 2002, 831-839.

EK - I

Denek Numarası:

Tarih:

Çalıştığı Servis:

Çalışma Saatleri:

YAŞAM BULGULARI ÖLÇÜM STANDARTLARI FORMU

<i>Hastanın Adı Soyadı</i>					
Yaşam Bulguları Alınma Sıklığı					
Yaşam Bulguları Standartları	1.ölçüm Hemş.Kont.	2.ölçüm Hemş.Kont.	3.ölçüm Hemş.Kont.	4.ölçüm Hemş.Kont	5.ölçüm Hemş.Kont.
NABIZ ÖLÇÜM KRİTERLERİ					
*Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi					
*Ellerin yıkanması					
*Gerekli malzemelerin hazırlanması					
*Hastaya uygun pozisyon verilmesi					
*Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme					
*Hasta efor sarf etmişse dinlendirilmesi					
*Nabız alınacak bölgenin belirlenmesi					
*Ölçüm süresinin tam 1 dk. Olması					
*Saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması					
* Ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması (Araştırmacı tarafından aynı anda saniye tutuldu)					
*Ölçümün doğru kayıt edilmesi					
*Nabzın dolgunluk ve ritminin ölçüme etkisinin değerlendirilmesi					
*Nabız ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi					
Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme					

Hastanın Adı Soyadı					
Yaşam Bulguları Alınma Sıklığı					
Yaşam Bulguları Standartları	1.ölçüm Hemş.Kont.	2.ölçüm Hemş.Kont.	3.ölçüm Hemş.Kont.	4.ölçüm Hemş.Kont.	5.ölçüm Hemş.Kont.
SOLUNUM ÖLÇÜM KRİTERLERİ					
*Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi					
*Ellerin yıkanması					
*Gerekli malzemelerin hazırlanması					
*Hastaya uygun pozisyon verilmesi					
*Hastanın uyuyorsa uyandırılması ve bir süre beklenmesi					
*Hastanın efor sarf etmişse dinlendirilmesi					
*Ölçüm süresinin tam 1 dk. Olması					
*Saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması					
*Ölçüme başlama ve bitiş süresinin iyi ayarlanması					
*Ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi					
*Hastanın O2 tedavisi almasının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi					
*Hastanın nabız hızının ölçüme etkisinin değerlendirilmesi					
*Ölçüm sırasında solunum hareketleri periyotunun iyi ayarlanması					
* Ölçümün doğru kayıt edilmesi					
*Solunumun derinlik ve ritminin değerlendirilmesi					
*Solunum ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi					
*Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme					

Hastanın Adı Soyadı					
Yaşam Bulguları Alınma Sıklığı					
Yaşam Bulguları Standartları	1.ölçüm Hemş.Kont.	2.ölçüm Hemş.Kont.	3.ölçüm Hemş.Kont.	4.ölçüm Hemş.Kont.	5.ölçüm Hemş.Kont.
KAN BASINCI ÖLÇÜM KRİTERLERİ					
*Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi					
*Ellerin yıkanması					
*Gerekli malzemelerin hazırlanması					
*Stetoskobun kullanılmadan önce kulaklık kısmının alkollü pamuk ile silinmesi (hemşirenin enfeksiyondan korunması açısından)					
*Stetoskobun diyafram kısmının alkollü pamuk ile silinmesi (hastadan hastaya bulaşı önlemek için)					
*Hastaya uygun pozisyon verilmesi(sırt üstü yatar pozisyonda)					
*Manşon şişirilmeden önce kolun desteklenerek kalp seviyesine yükseltilmesi					
*Hasta uyuyorsa uyandırılması ve bir süre bekleme					
*Hastanın efor sarf etmişse dinlendirilmesi					
*Ölçüm öncesi hastanın kan verme ya da alma durumuna dikkat edilmesi					
*Ölçüm öncesi nabız hızının kontrol edilmesi ve 20 atımdan fazla artmasının dikkate alınması					
*Manşonun ölçüm öncesi iyice boşaltılması					
*Manşonun kola uygun şekilde yerleştirilmesi ve kolda sabitlenmesi					

*Steteskobun uygun şekilde belirlenen yere yerleştirilmesi (Brakial arter üzerine nabız alınan bölgeye)					
*Puvarın avuç içine yerleştirilmesi,baş parmak ve işaret parmağının kullanılarak hava ayar düğmesinin sıkıca kapatılması,sonra puvarın düzenli bir şekilde hızla pompalanarak manşonun şişmesinin sağlanması.					
*Manşon basıncının hastanın kan basıncı değerine uygun şekilde şişirilmesi(nabız alınmadığı noktadan itibaren 30 mm/Hg eklenerek manşon basıncı saptanır)					
*Manşonun 2mm/Hg/saniye hızında düşürülmesi					
*Hastanın ölçüm sırasında konuşmaması					
*Kratkoff seslerinin duyulması					
*Manaometrenin doğru gözlenmesi					
*Hemşirenin manometreyi görüş alanı içinde tutması					
*Ölçümün doğru kayıt edilmesi					
*Kan Basıncı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi					
*Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme					

Hastanın Adı Soyadı					
Yaşam Bulguları Alınma Sıklığı					
Yaşam Bulguları Standartları	1.ölçüm Hemş.Kont.	2.ölçüm Hemş.Kont.	3.ölçüm Hemş.Kont.	4.ölçüm Hemş.Kont.	5.ölçüm Hemş.Kont.
VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇÜM KRİTERLERİ					
*Ölçüm öncesi hastanın bilgilendirilmesi					
*Ellerin yıkanması					
*Gerekli malzemelerin hazırlanması					
*Hastaya uygun pozisyon verilmesi					
*Ölçüm yapılacak bölgeye uygun termometreyi belirleme (Aksiller ölçüm)					
* Hastanın ölçüm bölgesinin ölçüm öncesi ıslak bezle silinmesi, kurulanması ve bir süre beklenmesi					
*Termometreyi bekletildiği dezenfektan solüsyondan çıkarttıktan sonra temizden kirliye doğru silinmesi					
*Termometrenin derecesinin doğru şekilde düşürülmesi ve kontrol edilmesi					
*Termometrenin deriye ya da mukozaya temasının sağlanması					
*Termometrenin bölgeye doğru yerleştirilmesi					
* Termometrenin civa sütununun 35°C'nin altına düşmesinin sağlanması					
* Hemşirenin ölçüm sonrası termometreyi temizden kirliye doğru silerek temizlemesi					
*Hemşirenin termometreyi ölçüm sonrası solüsyona koyması					
*Vücut sıcaklığı ölçüm sonucunun normlara uygunluğunun değerlendirilmesi					
* Ölçüm sırasında çevre koşullarının uygun duruma getirilmesi					
*Ölçümün doğru kayıt edilmesi					
*Hastaya ölçüm sonucu hakkında bilgi verme					

EK – II

YAŞAM BULGULARI ÖLÇÜMLERİNDE KULLANILACAK ARAÇ GEREÇLERİN STANDARTLARI

TANSİYON ALETİ NİN KRİTERLERİ	
*Aletin manşetinin uygun büyüklükte olması	
*Manşonun kolda sabitlenmesini sağlayacak yapışkanların veya kancanın sağlam olması	
*Manşonun standart genişliğinin erişkinler için 12.5 cm olması	
*Tansiyon aletinin bağlantı tüplerinin doğru şekilde bağlanması ve bağlantıda açıklık olmaması	
*Manometrenin çalışır durumda olması, ibrenin tam sıfırı göstermesi ve ibrenin iniş hızının normal olması	
*Stetoskobun bağlantı tüplerinin kontrol edilmesi açıklık olmaması	
*Stetoskobun sesi iyi şekilde iletmesi	
*Ölçüm yapılmadan önce manşonun iyice boşaltılması	

NABİZ VE SOLUNUM SAYIMINDA KULLANILACAK SAATİN KRİTERLERİ	
*Saatin saniyeli olması	
*Saatin hemşirenin görüş alanı içinde olması	

TERMOMETRENİN KRİTERLERİ	
*Vücut ısının alınacağı bölgeye uygun olmalı ,aksiller ölçümde termometrenin balon kısmı normal boyutta olması	
*Termometreler hergün %10'luk savlonlu solüsyonda 2/3'ü içinde olacak şekilde 30 dk bekletilerek dezenfekte edilmesi	
*Solüsyondan çıkarıldıktan sonra herbiri kurulanmalı ve 100.0 cc alkol-iyot (3-4 damla iyot damaltılmış)solüsyonunda bekletilmesi	
*Alkol-iyot solüsyonunun hergün değiştirilmesi	
*Termometrenin bozuk olmaması ve doğruluğundan emin olunması.	

EK - III**HEMŞİRE TANITIM FORMU**

1)Denek No:.....

2)Yaşınız:.....

3)Hangi serviste çalışıyorsunuz?.....

4)Bu serviste ne kadar süredir çalışıyorsunuz?.....

5)Daha önce çalıştığınız kurum

6) Daha önce çalıştığınız servisler

7)Bu servislerde ne kadar süre çalıştınız?.....

8)Hangi okul mezununuz?

1-Sağlık Meslek Lisesi

2- Sağlık Meslek Yüksekokulu(Ön Lisans)

3- Hemşirelik Yüksekokulu

4- Sağlık Yüksekokulu (Lisans)

5- Sağlık Bilimleri Enstitüsü (Yüksek Lisans)

9)Çalıştığınız servisten memnun musunuz?

1- Hiç 2- Çok az 3- Orta derecede 4-çoğunlukla 5- Çok memnunum

10)Çalıştığınız serviste ne kadar sıklıkta yaşam bulguları (ANTA) alıyorsunuz?

1-Günde 2 kez 2-Günde 3 kez 3-Günde 4 ve üstü 4-Gerekli görüldükçe

11)Sizce bu sıklık yeterli mi?

1- Hiç yeterli değil 2- Çok az 3- Orta derecede 4-Çoğunlukla 5- Çok yeterli

12)Sizce hastaların yaşam bulguları ölçüm sıklığı nasıl olmalıdır?

1-Hekim istemine göre 2- Hastanın durumuna göre 3- Gerekli oldukça

4-Hasta istedikçe 5- Hemşire istedikçe

ÖZGEÇMİŞ

Nurgül GÜNGÖR, 1979 yılında İzmir’de doğmuştur. İlköğretimini 1993 yılında “Ziya Gökalp İlköğretim Okulu”nda tamamlamıştır. 1996 yılında “İzmir Kız Lisesi”nden mezun olmuştur. Üniversite eğitimini 1997 – 2001 yılları arasında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümünde tamamlamış ve lisans diploması almıştır.

2001 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında Yüksek Lisansa başlamıştır. Aralık 2002 yılında Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsünde Araştırma Görevlisi olarak göreve başlamıştır. Halen bu görevde bulunmaktadır.