

Hemşirelik Saha Referans

EL KİTABI



Editör:
Prof. Dr. Hayriye ÜNLÜ

- Deneyimli Öğretim Üyelerince Yazıldı
- Hemşireliğin Eksiksiz Tüm Konuları
- Acil ve Yoğun Bakım Durumları
- Bilgiye Kolay Ulaştıran Tablolar
- Güncel Tanı, Tedavi Kılavuzları
- Tamamı Renkli, Fotoğraflı İçerik
- Pratik Dikkat Kutucukları
- Her An Erişilebilir Boyutta

1.
CİLT

İç Hastalıkları Hemşireliği
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Laboratuvar Değerleri



GÜNEŞ TIP
KİTABEVLERİ

Hemşirelik Saha Referans

EL KİTABI

Editör

Prof. Dr. Hayriye Ünlü

Kısım Editörleri

Prof. Dr. Hayriye Ünlü

Prof. Dr. Sevgisun Kapucu

Doç. Dr. Gülten Koç

Doç. Dr. Ayfer Aydın

Prof. Dr. Ebru Akgün Çıtak

Doç. Dr. Fatoş Korkmaz



GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

HEMŞİRELİK SAHA REFERANS EL KİTABI

Copyright © 2022

Bu Kitabın her türlü yayın hakkı **Güneş Tıp Kitabevleri Ltd. Şti.**'ne aittir. Yazılı olarak izin alınmadan ve kaynak gösterilmeden kısmen veya tamamen kopya edilemez; fotokopi, teksir, baskı ve diğer yollarla çoğaltılamaz.

Cilt 1 ISBN: 978-975-277-883-2

Cilt 2 ISBN: 978-975-277-884-9

Takım Numarası: 978-975-277-882-5

Genel Yayın Yönetmeni: Murat Yılmaz

Genel Yayın Yönetmeni Yardımcısı: Polat Yılmaz

Yayın Danışmanı ve Tıbbi Koordinatör: Dr. Ufuk Akçıl

Yayına Hazırlama: Güneş Dizgi-Grafik Tasarım Birimi

Baskı: Ayrıntı Basım Yayın ve Matbaacılık Hiz. San. Tic. A.Ş.

Saray Mahallesi 126. Cadde No: 20 Kahramankazan / Ankara

Telefon: 0312 802 00 53-54

Sertifika No: 49599

UYARI

Medikal bilgiler sürekli değişmekte ve yenilenmektedir. Standart güvenlik uygulamaları dikkate alınmalı, yeni araştırmalar ve klinik tecrübeler ışığında tedavilerde ve ilaç uygulamalarındaki değişikliklerin gerekli olabileceği bilinmelidir. Okuyuculara ilaçlar hakkında üretici firma tarafından sağlanan ilaca ait en son ürün bilgilerini, dozaj ve uygulama şekillerini ve kontrendikasyonları kontrol etmeleri tavsiye edilir. Her hasta için en iyi tedavi şeklini ve en doğru ilaçları ve dozlarını belirlemek uygulamayı yapan hekimin sorumluluğundadır. Yayıncı ve editörler bu yayından dolayı meydana gelebilecek hastaya ve ekipmanlara ait herhangi bir zarar veya hasardan sorumlu değildir.

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnönü Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel: (0216) 546 03 47

www.guneskitabevi.com
info@guneskitabevi.com



ÖNSÖZ

Uluslararası Hemşirelik Konseyi (ICN) hemşireliği “Bireyin, ailenin ve toplumun sağlığını koruma ve geliştirmeye yardım eden ve hastalık halinde iyileştirme ve rehabilite etmeyi sağlayan bir meslek grubu olarak tanımlamaktadır. Hemşireliğin hizmet alan bireyler için yaşamsal önemi vardır. Hemşirelik hizmetleri, hasta, ailesi veya toplumun başka bir üyesi tarafından karşılanamayan hizmetlerdir. Hemşireler sağlık sistemi içinde hastalarla en fazla birlikte olan, onları yakından tanıyan, gereksinimlerini belirleyen ve bu gereksinimler doğrultusunda bakımı planlayan ve uygulayan meslek grubudur. Hemşireler; hangi hastalığın nasıl tedavi edileceğinin kararını vermeseler de, belirlenmiş tedaviyi uygulayan, uyguladığı tedavinin etkinliğini değerlendiren, tedaviye ilişkin komplikasyonları gözlemleyen, hastada mevcut ya da olası riskleri belirleyen ve bu risklerin önlenmesi için gerekli hemşirelik bakımını uygulayan meslek üyeleridir. Bilimsel bilgi ile bütünleştirilmiş bakım, kaliteli hizmet sunmak için oldukça önemlidir.

Öğretim elemanlarının stajlarda, öğrencilerden beklentileri; hastaların yaşadıkları tüm sağlık sorunlarını ele almaları ve bu sorunlara uygun hemşirelik bakımını sağlamalarıdır. Öğrencilerin beklentisi ise; hemşireliğin bütün alanlarını kapsayan uygulamada kullanabilecekleri kaynağın oluşturulmasıdır. Özellikle işe yeni başlamış, genç hemşireler kliniklerde tek başlarına hizmet vermek zorunda kaldıklarında hemşirelik uygulamaları sırasında hemen ulaşabilecekleri, bakımı planlarken kullanabilecekleri kaynaklara gereksinim duyduklarını belirtmektedirler.

Hemşirelik birçok kompleks sağlık sorunu olan hastaya bakım vermeyi gerektirebilir. Örn; ameliyat için hastaneye yatan hastanın beraberinde iç hastalıkları ve/veya psikiyatrik sağlık sorunu da olabilir. Hemşirelik bakımı hastanın yaşadığı tüm sorunları çözmeye yönelik planlanmalıdır. Hastanın yaşadığı sorunlar birbirlerini etkileyebilir ve bütün olarak ele alınmadıkça verilen hizmet yeterli olmayabilir, bu durumda hemşirelerin hastanın yaşadığı tüm sağlık sorunlarını eksiksiz ele alabileceği geniş kapsamlı uygulamaya dönük bir rehber ihtiyacı olacaktır. İşe yeni başlayan hemşirelere yönelik hazırlanmış olan “Hemşirelik Saha Referans El Kitabı” hemşirelik bakımının planlanmasında ve uygulanmasında rehber olacaktır. Bu kitap aynı zamanda hemşirelik uygulamalarının nedenlerine ilişkin bilimsel bilgilerde sunarak hemşireliğin bilimsel gelişimine katkı sağlayacaktır.

2 cilt olarak yayınlanacak olan “Hemşirelik Saha Referans El Kitabında” alanında deneyimli Öğretim Üyeleri tarafından editörlüğü yapılmış 7 kısım bulunmaktadır. Kitap bölümleri de alanında deneyimli, uzman öğretim elemanları tarafından yazılmıştır. Kitabın ilk cildinde “Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği”, “İç Hastalıkları Hemşireliği” ve tanı koymada yaygın olarak kullanılan “Laboratuvar Değerleri” yer almaktadır. Kitabın ikinci cildinde ise “Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği”, “Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği”, “Psikiyatri Hemşireliği” ve “Hemşirelik Esasları” yer almaktadır. Kitapta ayrıca her bir konu alanında acil ve yoğun bakım gerektiren durumlara da yer verilmiştir.

Kitabın yazımında ve editörlüğünde görev alan tüm öğretim elemanlarına teşekkür ederim. Kitabın hazırlanmasında bizlere destek olan Güneş Tıp Kitabevleri sahibi Sn. Murat Yılmaz’a ve ekibine de ayrıca teşekkürü bir borç bilirim.

Saygılarımla
Editör
Prof. Dr. Hayriye ÜNLÜ

YAZARLAR

(Soyadına Göre Alfabetik)

Dr. Öğr. Üyesi Bedriye Ak

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Elif Akyüz

Kırıkkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Selvinaz Albayrak

İstinye Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Aliye Okgün Alcan

İzmir Bakırçay Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Leyla Baysan Arabacı

İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Filiz Arslan

Emekli Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Fatma Taş Arslan

Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Doç. Dr. Selma Atay

Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Dijle Ayar

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayfer Aydın

İstanbul Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Arzu Karabağ Aydın

Kafkas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Nuran Aydın Ateş

İstanbul Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan

Bandırma Onyedi Eylül Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Hatice Ayhan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Öğr. Gör. Berrak Balanuye

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Murat Bektaş

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Hülya Bulut

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dilara Cengiz

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Birgül Cerit

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı

Arş. Gör. Rana Elçin Sezer Ceren

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı
Araştırma Görevlisi

Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik

Koç Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Hacer Çetin

Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastanesi Hemşireliği
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi**Şahika Şimşek Çetinkaya**

Kastamonu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi

Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Ebru Akgün Çıtak

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Emel Demir

Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Gülçin Demirdil

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Erbaa Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Arıkan Dönmez

Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayfer Ekim

İstanbul Arel Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. H. Nalan Özhan Elbaş

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Öğretim Üyesi

Dr. Öğr. Üyesi Zühal Erdoğan

Gazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Şule Ergöl

Kırıkkale Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Elif Budak Ertürk

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr.**Meryem Yavuz van Giersbergen**

Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıklar Hemşireliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. İlknur Münevver Gönenç

Ankara Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Ebelik Bölümü

Prof. Dr. Duygu Gözen

İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Florence
Nightingale Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Şenay Gül

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sevil Güler

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Neslihan Günüşen

Dokuz Eylül Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Nermin Gürhan

Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Şefika Dilek Güven

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi
Semra ve Vefa Küçük Sağlık Bilimleri
Fakültesi, Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Sevcan Avcı Işık

Başkent Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Sevecen Çelik İnce

Zonguldak Bülent Ecevit Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Figen İnci

Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Zübeyde Hanım Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Emine İyigün

Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Gülhane Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Kahraman

Kastamonu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Arş. Gör. Dr. Nevra Kalkan

Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Sevgisun Kapucu

Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu

Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Anabilim Dalı
Erzurum Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Semra Karaca

Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Türkan Karaca

Adıyaman Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Mevlüde Karadağ

Yüksek İhtisas Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Arş. Gör. Dr. Zeynep Karakuş

Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Karazeybek

Akdeniz Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Pınar Tekinsoy Kartın

Erciyes Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Ebru Erek Kazan

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Hemşirelik Esasları
Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Sıdika Kestel

Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç

Doğu Akdeniz Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Şenay Sarmasoğlu Kılıkçier
Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Prof. Dr. Semra Kocaöz
Niğde Ömer Halisdemir Üniversitesi
Zübeyde Hanım Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Sema Koçaşlı
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik
Bölümü Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

Doç. Dr. Gülten Koç
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Fatoş Korkmaz
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı

Doç. Dr. Fatma Koruk
Harran Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Doğum ve
Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gülşah Köse
Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Şerife Kurşun Kural
Selçuk Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sevinç Kutlutürk
Ankara Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Hemşirelik Bölümü İç Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocağcı
Koç Üniversitesi SANERC Direktörü
Hemşirelik Fakültesi Öğretim Üyesi

Doç. Dr. Nevin Onan
Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri
Fakültesi Hemşirelik Bölümü Psikiyatri
Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi F. Şeyda Ökdem
Başkent Üniversitesi
Sağlık Hizmetleri
Meslek Yüksekokulu

Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı Özbaş
Hacettepe Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Psikiyatri
Hemşireliği Anabilim Dalı

Uzm. Dr. Nurgül Özcan
Dr. Abdurrahman Yurtarslan Ankara
Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Doç. Dr. Çağrı Çöven Özçelik
Marmara Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Y. Sinem Üzar Özçetin
University College Dublin School Of
Nursing, Midwifery and Health Systems

Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel Özçirpan
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Filiz Özel
Kastamonu Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Zeynep Canlı Özer
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Birgül Özkan
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Ayşe Özkaraman
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Beste Özgüven Öztornacı
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Elif Sözeri Öztürk
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Sarı
İzmir Demokrasi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Bölümü

Prof. Dr. Hatice Yıldırım Sarı
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Dr Öğr. Üyesi Hacer Gülen Savaş
Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Doğum ve Kadın
Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Arş. Gör. Dr. Çiğdem Canbolat Seyman
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Şengül Yaman Sözbir
Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü, Doğum-Kadın Sağlığı
ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Fatma Uslu Şahan
Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Sibel Yılmaz Şahin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Hamidiye Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Fadime Üstüner Top
Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Çıtak Tunç
Bursa Uludağ Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Psikiyatri Hemşireliği Anabilim Dalı

Doç. Dr. Sevcan Atay Turan
Akdeniz Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Doç. Dr. Gülay Altun Uğraş
Mersin Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı

**Dr. Öğr. Üyesi
Berna Nilgün Özgürsoy Uran**
İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Doç. Dr. Gülzade Uysal
Sakarya Uygulamalı Bilimler Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü

Prof. Dr. Hayriye Ünlü
Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Cerrahi Hastalar Hemşireliği

Doç. Dr. Figen Yardımcı
Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Betül Yavuz
Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği
Anabilim Dalı

Dr. Öğr. Üyesi Gülay Yazıcı
Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi
Hemşirelik Bölümü Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği

Doç. Dr. Serpil Yüksel
Necmettin Erbakan Üniversitesi
Hemşirelik Fakültesi Cerrahi Hastalıkları
Hemşireliği Anabilim Dalı

İÇİNDEKİLER

CİLT 1

KISIM I İç Hastalıkları Hemşireliği

- Bölüm 1: Solunum Sistemi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı 3**
Prof. Dr. Elanur Yılmaz Karabulutlu
- Bölüm 2: Kardiyovasküler Hastalıklarda Hemşirelik Bakımı 47**
Prof. Dr. Zeynep Canlı Özer, Arş. Gör. Dr. Zeynep Karakuş
- Bölüm 3: Sinir Sistemi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı 85**
Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Arkan Dönmez
- Bölüm 4: Gastrointestinal Sistem Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı . . 169**
Dr. Öğr. Üyesi Berna Nilgün Özgürsoy Uran
- Bölüm 5: Endokrin Sistem Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı 219**
Doç. Dr. Pınar Tekinsoy Kartın
- Bölüm 6: Renal Sistem Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı 229**
Dr. Öğr. Üyesi Banu Çevik
- Bölüm 7: Kas İskelet Sistemi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı 251**
Doç. Dr. Ayşe Özkaraman, Dr. Öğr. Üyesi Filiz Özel
- Bölüm 8: İmmün Sistem Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı 285**
Prof. Dr. Sevgisun Kapucu
- Bölüm 9: Hematolojik ve Onkolojik Hastalıklarda Hemşirelik Bakımı . . 295**
Doç. Dr. Sevinç Kutlutürkan, Dr. Öğr. Üyesi Elif Sözeri Öztürk

KISIM II Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği

- Bölüm 1: Cerrahi Girişim Sonrası Ağrı ve Hemşirelik Bakımı 313**
Dr. Öğr. Üyesi Şerife Kuşun Kural
- Bölüm 2: Sıvı Elektrolit ve Asit Baz Dengesi 333**
Prof. Dr. Emine İyigün, Dr. Öğr. Üyesi Sibel Yılmaz Şahin

Bölüm 3:	Şok, Çoklu Organ Yetmezliği ve Hemşirelik Bakımı	343
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Elif Akyüz</i>	
Bölüm 4:	Yara ve Hemşirelik Bakımı	355
	<i>Prof. Dr. Mevlüde Karadağ</i>	
Bölüm 5:	Perioperatif Bakım	365
	<i>Prof. Dr. Meryem Yavuz van Giersbergen, Doç. Dr. Aliye Okgün Alcan</i>	
Bölüm 6:	Solunum Sisteminin Cerrahi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	411
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Zeliha Özdemir Köken, Arş. Gör. Rana Elçin Sezer Ceren, Prof. Dr. Sevilay Şenol Çelik</i>	
Bölüm 7:	Kardiyovasküler Hastalıklarda Hemşirelik Bakımı	449
	<i>Prof. Dr. Nalan Özhan Elbaş, Öğr. Gör. Berrak Balanuye, Dr. Öğr. Üyesi Elif Budak Ertürk</i>	
Bölüm 8:	Sinir Sisteminin Cerrahi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı . .	515
	<i>Doç. Dr. Gülay Altun Uğraş, Doç. Dr. Serpil Yüksel</i>	
Bölüm 9:	Gastrointestinal Sistemin Cerrahi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	569
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Sema Koçaşlı, Dr. Öğr. Üyesi Gülay Yazıcı</i>	
Bölüm 10:	Endokrin Sisteminin Cerrahi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	605
	<i>Doç. Dr. Hatice Ayhan, Doç. Dr. Gülşah Köse</i>	
Bölüm 11:	Üriner Sistem Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	641
	<i>Arş. Gör. Dr. Nevra Kalkan, Prof. Dr. Hülya Bulut</i>	
Bölüm 12:	Kas İskelet Sisteminin Cerrahi Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	655
	<i>Arş. Gör. Dr. Çiğdem Canbolat Seyman, Prof. Dr. Hayriye Ünlü</i>	
Bölüm 13:	Göz Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	673
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Ebru Karazeybek</i>	
Bölüm 14:	Kulak-Burun-Boğaz Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı	691
	<i>Doç. Dr. Sevil Güler, Dr. Öğr. Üyesi Zühal Erdoğan</i>	
Bölüm 15:	Sık Karşılaşılan Akut Durumlarda Hemşirelik Bakımı	719
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Sevcan Avcı Işık</i>	

KISIM III

Laboratuvar Değerleri

Laboratuvar Değerleri	765
<i>Uzm. Dr. Nurgül Özcan</i>	

CİLT 2

KISIM IV

Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği

Bölüm 1:	Doğum Öncesi Dönem ve Hemşirelik Bakımı	787
	<i>Doç. Dr. İlknur Münevver Gönenç</i>	
Bölüm 2:	Riskli Gebelikler ve Hemşirelik Bakımı	803
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Hacer Gülen Savaş</i>	
Bölüm 3:	Doğum Süreci ve Hemşirelik Bakımı	813
	<i>Doç. Dr. Şule Ergöl</i>	
Bölüm 4:	Doğum Sonu Dönem Anne Bakımı	823
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Şahika Şimşek Çetinkaya</i>	
Bölüm 5:	Doğum Sonu Dönem ve Yenidoğan Bakımı	839
	<i>Doç. Dr. Fatma Koruk</i>	
Bölüm 6:	Aile Planlaması: Doğum Kontrolü	845
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel Özçırpan</i>	
Bölüm 7:	İnfertilite	853
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Çiğdem Yücel Özçırpan</i>	
Bölüm 8:	Genital Yol Enfeksiyonları-Cinsel Yolla Bulaşan Enfeksiyonlar..	863
	<i>Doç. Dr. Şengül Yaman Sözbir</i>	
Bölüm 9:	Üreme Organlarının Yapısal Bozuklukları ve Hemşirelik Bakımı..	875
	<i>Prof. Dr. Semra Kocaöz</i>	
Bölüm 10:	Jinekolojik Kanserler ve Hemşirelik Bakımı	885
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Fatma Uslu Şahan</i>	

KISIM V

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

Bölüm 1:	Çocuk Sağlığı Hemşireliğine Felsefi Bakış	897
	<i>Prof. Dr. Ayşe Ferda Ocakçı</i>	
Bölüm 2:	Büyüme Gelişme Özellikleri	901
	<i>Prof. Dr. Duygu Gözen</i>	
Bölüm 3:	Sağlığın Değerlendirilmesi (Öykü Alma, Fizik Muayene)	909
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Selvinaz Albayrak, Doç. Dr. Ayfer Aydın</i>	
Bölüm 4:	Hastanede Yatmanın Çocuk ve Aile Üzerine Etkileri	921
	<i>Doç. Dr. Filiz Arslan</i>	

Bölüm 5:	Çocuklarda Sıvı Volüm-Elektrolit Dengesizlikleri	935
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Nuran Aydın Ateş</i>	
Bölüm 6:	Genitoüriner Sistem Sorunu Olan Çocuk	945
	<i>Doç. Dr. Güلزade Uysal</i>	
Bölüm 7:	Endokrin Sistem Sorunu Olan Çocuk	955
	<i>Doç. Dr. Dijle Ayar</i>	
Bölüm 8:	Çocuklarda Sık Görülen Enfeksiyon Hastalıkları	971
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Betül Yavuz</i>	
Bölüm 9:	Hematolojik Sorunu Olan Çocuk	991
	<i>Prof. Dr. Fatma Taş Arslan, Dr. Öğr. Üyesi Bedriye Ak</i>	
Bölüm 10:	Onkolojik Sorunu Olan Çocuk	1005
	<i>Doç. Dr. Sevcan Atay Turan</i>	
Bölüm 11:	Kardiyovasküler Hastalığı Olan Çocuk	1011
	<i>Prof. Dr. Hatice Yıldırım Sarı, Dr. Öğr. Üyesi Beste Özgüven Öztornacı</i>	
Bölüm 12:	Nörolojik Sistem Sorunu Olan Çocuk	1029
	<i>Prof. Dr. Murat Bektaş</i>	
Bölüm 13:	Kas İskelet Sistem Sorunu Olan Çocuk	1037
	<i>Doç. Dr. Figen Yardımcı</i>	
Bölüm 14:	Gastrointestinal Sistem Sorunu Olan Çocuk	1053
	<i>Doç. Dr. Çağrı Çövenler Özçelik</i>	
Bölüm 15:	Solunum Sorunu Olan Çocuk	1073
	<i>Doç. Dr. Ayfer Ekim</i>	
Bölüm 16:	Pediyatrik Palyatif Bakım	1085
	<i>Doç. Dr. Ayfer Aydın</i>	
Bölüm 17:	İlaç Hesaplama ve Uygulama	1095
	<i>Prof. Dr. Hacer Çetin</i>	
Bölüm 18:	Çocuklarda Sık Karşılaşılan Uygulamalar	1119
	<i>Doç. Dr. Emel Demir</i>	
Bölüm 19:	Çocukluk Dönemi Bağışıklama	1125
	<i>Doç. Dr. Fadime Üstüner Top</i>	

KISIM VI

Psikiyatri Hemşireliği

Bölüm 1:	Psikiyatri Hasta İle Görüşme, Gözlem ve Kayıt Süreci, Kliniğine Kabul, Öykü Alma	1135
	<i>Prof. Dr. Nermin Gürhan</i>	

Bölüm 2:	Çocukluk veya Adolesan Dönemiyle İlgili Yaygın Görülen Bozukluklar	1139
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Gülseren Çıtak Tunç</i>	
Bölüm 3:	Nörokognitif Bozukluklar	1145
	<i>Doç. Dr. Birgül Özkan</i>	
Bölüm 4:	Madde Bağımlılığı ve Bağımlılıkla İlgili Bozukluklar	1155
	<i>Doç. Dr. Semra Karaca, Dr. Öğr. Üyesi Gülçin Demirdil</i>	
Bölüm 5:	Şizofreni Bozukluğu ve Diğer Psikotik Bozukluklar	1167
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Azize Atlı Özbaş</i>	
Bölüm 6:	Depresyon Bozuklukları	1181
	<i>Dr. Öğr. Üyesi F. Şeyda Ökdem</i>	
Bölüm 7:	Bipolar ve İlişkili Bozukluklar ve Hemşirelik Yaklaşımları . . .	1187
	<i>Prof. Dr. Zekiye Çetinkaya Duman, Dr. Öğr. Üyesi Ayşe Sarı</i>	
Bölüm 8:	Anksiyete Bozuklukları, Obsesif Kompulsif Bozukluklar . . .	1199
	<i>Doç. Dr. Nevin Onan</i>	
Bölüm 9:	Travma, Stresör İlişkili ve Disosiyatif Bozukluklar	1211
	<i>Doç. Dr. Duygu Hiçdurmaz</i>	
Bölüm 10:	Beslenme ve Yeme Bozuklukları	1227
	<i>Prof. Dr. Leyla Baysan Arabacı</i>	
Bölüm 11:	Somatoform Bozuklukları	1237
	<i>Doç. Dr. Y. Sinem Üzar Özçetin</i>	
Bölüm 12:	Kişilik Bozuklukları	1243
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Sevecen Çelik İnce, Doç. Dr. Neslihan Günüşen</i>	
Bölüm 13:	Psikiyatrik Aciller	1249
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Didem Ayhan</i>	
Bölüm 14:	Psikoterapötik İlaçlar	1261
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Nilgün Kahraman</i>	
Bölüm 15:	Özel Durumlar: Ölüm, Kayıp ve Yas	1269
	<i>Doç. Dr. Figen İnci</i>	

KISIM VII

Hemşirelik Esasları

Bölüm 1:	Sağlığın Değerlendirilmesi ve Yaşamsal Bulgular	1279
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Şenay Sarmasoğlu Kılıkçier</i>	
Bölüm 2:	Oral –Yerel İlaç Uygulamaları	1293
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Arzu Karabağ Aydın</i>	

Bölüm 3:	Parenteral İlaç Uygulamaları	1305
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Ebru EreK Kazan</i>	
Bölüm 4:	Hijyenik Uygulamalar	1329
	<i>Dr. Öğr. Üyesi Şenay Gül</i>	
Bölüm 5:	Hareket Gereksinimi Uygulamaları	1337
	<i>Doç. Dr. Birgül Cerit</i>	
Bölüm 6:	Solunum Sistemi Uygulamaları	1355
	<i>Doç. Dr. Türkan Karaca</i>	
Bölüm 7:	Sıvı Gereksinimi Uygulamaları.	1361
	<i>Doç. Dr. Selma Atay</i>	
Bölüm 8:	Beslenme Gereksinimi Uygulamaları.	1373
	<i>Arş. Gör. Dilara Cengiz, Dr. Öğr. Üyesi Şenay Sarmasoğlu Kılıkçier</i>	
Bölüm 9:	Üriner Boşaltım Uygulamaları	1383
	<i>Dr. Şefika Dilek Güven</i>	
Bölüm 10:	Bağırsak Boşaltımı Uygulamaları.	1393
	<i>Doç. Dr. Hülya Fırat Kılıç</i>	
Bölüm 11:	Yara Bakımı	1405
	<i>Arş. Gör. Dr. Sıdıka Kestel, Doç. Dr. Fatoş Korkmaz</i>	



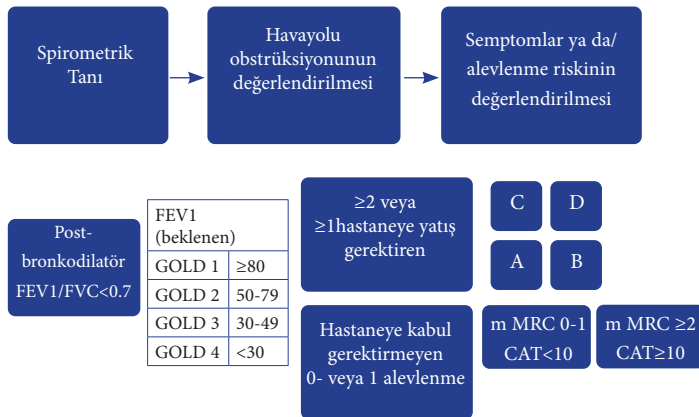
KOAH, genlerin ve çevrenin karmaşık etkileşimi sonucu oluşur. Her ne kadar genetik faktörler sigara içicilerde KOAH gelişme riskini değiştirmede rol oynayabilirlerse de, süreçte etkili diğer risk faktörleri de (cinsiyet, mesleki ve çevresel maruziyet, sosyoekonomik durum, doğum ağırlığı ...vb) bulunabilir.

Belirti ve Bulgular

- Dispne, tekrarlayıcı öksürük, balgam çıkarma, wheezing ve göğüste sıkışma KOAH'da en sık görülen semptomlardır. Semptomlar genellikle kronik (yani 3-5 yıl) ve yavaş ilerler. Dispne en belirgin semptomdur. Subjektif ve rahatsız edici bir his olan dispne hastalar tarafından nefes almada güçlük, göğüste ağırlık, hava açlığı ya da nefes nefese kalmak olarak tanımlanmaktadır. Yıllar içerisinde ilerleyici tarzda gelişir (genelde >5 yıl). Öksürük ilk ortaya çıkan semptomdur. Başlangıçta aralıklı olabilir, ancak daha sonra gün boyu devam edebilir. Sabahları ve kış aylarında daha şiddetli görünür. Balgam çıkarma sıklıkla öksürüğe eşlik eder. Balgam günde 20-30 ml kadardır, ancak 100 ml'ye kadarda artabilir. Balgam çıkarma, zaman zaman alevlenir ve artarken zaman zaman da remisyona girer. Wheezing ve göğüste sıkışma günden güne ve gün içinde değişebilen semptomlardır. Genellikle ileri olgularda gözlenir. Hastalığın ileri evrelerinde anoreksi ve kilo kaybı görülebilir. Gece gelişen oksijen desatürasyonu ve karbon-dioksit retansiyonu kabus görme, sabah baş ağrısı ve gündüz uyuklama gibi yakınmalara neden olur.
- KOAH'lı hastalarda aktivite kısıtlanmasına bağlı olarak depresyon, ümitsizlik ve karamsarlık görülebilir. Hipoksi ve dispne hafıza kaybı ve dikkat azalmasına neden olabilir. İleri derecede hiperkapnik hastalarda konfüzyon, başağrısı ve tremor olabilir.

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları/ Radyolojik Testler

- KOAH'ın kesin tanısı spirometri ile konur. En sık kullanılan ve en güvenilir parametre FEV₁'dir. Hava yolu obstrüksiyonunun derecesi FEV₁ ile belirlenir. *Tanı kriteri post-bronkodilatör FEV₁/FVC <%70 olmasıdır.* Akciğer volümleri, oksijen satürasyonu ve/veya arter kan gazları, elektrokardiyogram, hemoglobin, balgam kültürü, genç hastalarda Alfa 1 antitripsin düzeyi, bilgisayarlı tomografi, egzersiz testi, maksimum inspiratuvar ve ekspiratuvar basınçlar, astım şüphesi olanlarda bronkoprovakasyon ve PEF takibi tanıda kullanılan diğer testlerdir.



Şekil 1. GOLD 2017' ye göre KOAH' ta yeni değerlendirme şeması

Kaynak: Stoller J.K, Michota F.A, Mandell B.F. Cleveland Klinik İç hastalıkları. (çeviri ed: Demir A.M.). 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi; 2014, 33-39).

Astım Atağı

- Astımlı bir hastada öksürük, nefes darlığı, göğüste sıkışma, hissi, hırıltı ve hışıltı (wheezing) gibi semptomların ortaya çıkması ya da bu semptomların artması, bu bulgulara solunum fonksiyon bozukluklarının eşlik etmesi astım atağı olarak tanımlanır.
- Astım atağı nedenleri iki grupta toplanmaktadır: İlaç kullanım hataları (inhaler cihazı yanlış kullanmak, antiinflamatuvar tedavinin yetersiz olması, ilaçları önerilen dozda ve uygun teknikle kullanmak), tetik çeken faktörler (sigara dumanı, hava kirliliği, toz, duman, emosyonel durum, egzersiz, ilaçlar, üst-alt solunum yolu enfeksiyonları, bazı gıdalar, duyarlı olduğu allerjenler ile karşılaşmak).

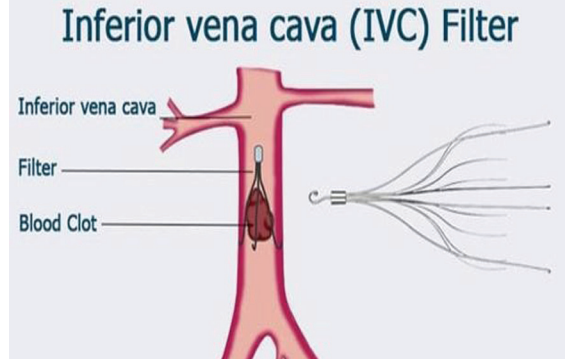


Astım atağında tedaviye rağmen düzelme yoksa, uzaktan duyulabilen inspiyum ve ekspiyumda wheezing veya sessiz toraks varsa, yardımcı solunum kas kullanımı varsa, nabız >100/dk, solunum Sayısı >30/dk ise, PEF <%25 ise, SaO₂ <%91, PaO₂ <60mmHg, PaCO₂ ve >42 mmHg ise hasta hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir.

Hemşirelik Tanısı, Girişimleri ve Sonuç Kriterleri

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Hemşirelik Girişimleri
Etkisiz havayolu temizliği Aktivite intoleransı Sıvı volüm eksikliği riski Uyku örüntüsünde bozulma Anksiyete Etkisiz sağlığı sürdürme: sigarayı bırakmada zorlanma	Bakınız KOAH hemşirelik bakımı	
Gaz değişiminde bozulma	Gaz Değişiminde bozulmanın azaldığı kanıtlanacaktır. Birey aşağıda verilen derecelendirmeye göre solunum durumu: gaz değişiminin tehlikeli sınırlarda olmadığını gösterir: (Derecelendirme 1-5: çok şiddetli, şiddetli, orta, hafif yada normalden sapma olmaması) Akciğer grafisi sonuçları, PaO ₂ , PaCO ₂ , arteriyel pH ve O ₂ saturasyonu, soluk sonu CO ₂ Birey aşağıda verilen derecelendirmeye göre solunum durumu: gaz değişiminin tehlikeli sınırlarda olmadığını gösterir: (Derecelendirme 1-5: çok şiddetli, şiddetli, orta, hafif yada normalden sapma olmaması) Dinlenme sırasında dispne, efor ile dispne, huzursuzluk, siyanoz ve uyku hali	- Yeterli gaz değişiminin sağlandığını belirlemek için akut dönem boyunca saatte bir solunum sesleri dinlenir (wheezing ve ronküs olmamalı). - Siyanoz açısından cilt ve mukoz membranların rengi değerlendirilir. (Siyanoz hipoksinin geç bulgusudur ve gaz değişimde bozukluk probleminin ciddi bir göstergesidir; PaO ₂ 60 mmHg'dan ; PaCO ₂ 45 mmHg =/ olmalıdır). - Pulse oximetre ile oksijen saturasyonu değerleri takip edilir (%90 olmalı). - İstem yapıldığında; saturasyonu artırmak için O ₂ uygulanır.

(Devamı)



Şekil 2. Vena kava inferior filtre ((41) Vena cava inferior Filtre. Web site: <https://www.egypt-business.com/Ticker/details/1738-United-States-Inferior-Vena-Cava-IVC-Filters-Industry-Share-and-2021-Forecast-Analysis-Report/157653>).



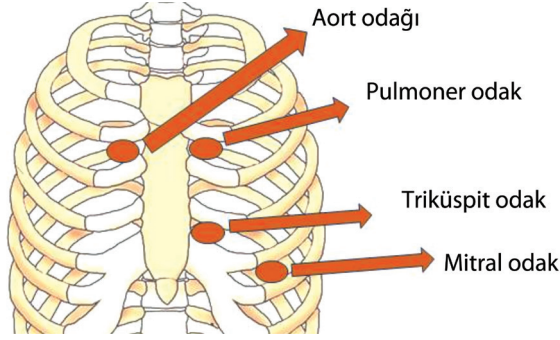
Antikoagülan tedavinin en önemli yan etkisi kanamadır. Bu hastalarda protrombin zamanı (PPT) düzenli olarak takip edilmelidir. Etkin heparin tedavisi PPT değerini normalin yaklaşık 2-2,5 katı artırır.

Tedavi

- Üç ana tedavi vardır: Antikoagülan tedavi (heparin, warfarin) reperfüzyon tedavisi (trombolitik tedavi ve trombektomi) ve mekanik yöntem (vena kava inferior filtreleri). Tedavi hastalığın şiddeti ve kanama riskine göre seçilir. Başlangıç tedavisi çok kısa sürede etkili olan heparindir.

Acil Serviste İzlem

Bakım aşağıdaki alanlarda verilir;
 Hastanın hava yolu, solunum ve dolaşımı sağlanır.
 Arteriyel kan gazları gözlenir ve normal kalması sağlanır.
 Akım hızı yüksek O₂ verilir.
 Solunum durumu, kardiyak durumu, yaşam bulguları, cilt rengi sürekli izlenir.
 Tanı işlemleri için gerekli düzenlemeler yapılır.
 Böbrek fonksiyonlarını izlemek için üriner katater takılır.
 Gerekli ilaçlar uygulanır. Başlangıçta damar yolu ile heparin ve daha sonra warfarin türevi oral antikoagülanlar verilir. Bronkodilatörler, analjezikler, kan basıncı ve kardiyak out put' un normal düzeylerde kalmasını sağlamak için kardiyotonik ilaçlar verilir.
 Hasta için güvenli ve sakin bir ortam sağlanır.
 Yapılan tedaviler ve bakım konusunda hasta ve aile bilgilendirilir.



Şekil 2. Kalbin odakları

Tablo 3: Fizik Muayene Yöntemleri

İnspeksiyon

- Postür (yatak içerisinde pozisyon)
- Deri (ısı, sıcaklık ve renk, siyanoz, ödem),
- Juguler venler (boyun ven dolgunluğu)
- Toraks ve prekordiyal bölge (göğüs deformitesi, solunum, pulsasyon)

Palpasyon

- Kalbin odaklarının palpasyonu (aort, pulmoner, trikuspit ve mitral)
- Periferik nabızların palpasyonu

Perküsyon

- Kalbin büyüklüğünü değerlendirme

Oskültasyon

- Kalbin odaklarını değerlendirme (aort, pulmoner, trikuspit ve mitral)
- Arteriyel kan basıncı ölçümü

Tablo 4. Kardiyak Tetkikler

Kan testleri	Lipit profili • Total kolesterol: 150-250 mg /dL (4.0-6.5 mmol/L) • LDL kolesterol: < 160 mg/dL (< 4.1 mmol/L) • HDL kolesterol: 30-75 mg/dL (0.8-2.0 mmol/L) • Trigliserid: 70-175 mg/dL (0.8-2.0 mmol/L) Elektrolit düzeyleri Enzim çalışmaları – Laktik Dehidrogenaz (LDH:135-214 U/L) – B-Tipi Natriüretik Peptit (BNP) (<99ng/dL) – Kreatin Kinaz (CK MB: 0.4 ng/mL) – Miyogloblin (Erkeklerde: 15.2-91.2 mcg / L, Kadınlarda: 11.1-57.5 mcg / L) – Troponin I (0-0.4 ng/ml) • İlaç seviyeleri (Digoksin: 0.5-2 ng/ml)
Egzersiz Elektrokardiyografi	• Koşu bandında sürekli ritim takibi ve kan basıncı kontrolü yapılarak uygulanır. • İşlem öncesi hasta aç olarak gelmeli, 3 saat öncesinden itibaren kafein, sigara ve alkol almama-lı, ağır egzersizden kaçınmalıdır. • Rahat kıyafetler ve ayakkabılar giymesi söylenmelidir. • İşlem sırasında yaşam bulguları ve elektrokardiyografide iskemik değişiklikler izlenmelidir. • Hasta devam etmek istemiyorsa, yaşam bulguları aşırı artış ya da azalma gösteriyorsa, göğüs ağrısı oluyorsa veya ciddi aritmiler geliştirse test sonlandırılmalıdır.

(Devamı)

Hemşirelik Bakımı:

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Hemşirelik Girişimleri
Etkisiz Periferik Doku Perfüzyonu	- Hastanın koopere ve oryante olması - Cilt ve mukozalarda siyanoz olmaması - Oksijen desteğine gereksinim duymaması	- Hastanın istirahat etmesi sağlanacak. - Yaşam bulguları takip edilecek. - Oksijen saturasyonu takip edilecek. - Kapiller dolum süresi değerlendirilecek. - Bilinç durumu takip edilecek. - Cildi renk değişimleri, siyanoz varlığı kontrol edilecek. - Gerekirse hasta monitorize edilecek. - Hekim istemine göre hastaya oksijen tedavisi başlanacak. - Hastanın genel durumunda meydana gelen değişimler ekip ile paylaşılacak.
Emboli Riski	- Emboli belirti ve bulgularının olmaması - Solunum hızı ve derinliğinin normal olması - Vücudunun herhangi bir yerinde karıncalanma ve uyuşma olmaması	- Hemodinamik stabilite sağlanıncaya kadar hasta yatak istirahatine alınacak. - Hastanın bilinç durumu takip edilecek. - Nörolojik muayene yapılacak. - Solunum fonksiyonları yakından takip edilecek. - Oksijen saturasyonu takip edilecek. - Taşipne, taşikardi, dispne, anksiyete, hipotansiyon ve juguler ven distansiyonunu kapsayan pulmoner embolinin belirtileri gözlemlenecek. - Derin ven trombozunu gösteren belirtiler (ağrı, renk ve ısı değişikliği, ödem) gözlemlenecek. - Hastanın genel durumunda meydana gelen değişimler ekip ile paylaşılacak.
Aktivite İntoleransı	Hedeflenen aktiviteyi tolere edebilmesi	- Hastanın vital bulguları yakından takip edilecek. - Hasta dinlenmenin sağlanması için yatak istirahatine alınacak. - Oda havalandırılıp uygun bir ortam sağlanacak. - Hastanın günlük yaşam aktivitelerine destek olunacak. - Yatak içi hareketlere tepkisi ve katılımı değerlendirilecek. - Yemeklerden önce ve sonra hastanın dinlenmesi sağlanacak. - Aktivite düzeyi hastanın toleransına göre belirlenecek. - Hastanın aldığı-çıkardığı takibi yapılacak.

Atrial Fibrilasyonlu Hastanın Acil Serviste Bakımı

- Hasta ve yakınlarından anamnez alınmalıdır.
- Hasta monitorize edilir.
- Yaşam bulguları sık takip edilir.
- Elektrokardiyografisi çekilir.
- Oksijen saturasyonu takip edilir.
- Gerekli ise hekim istemi ile oksijen tedavisi uygulanır.
- Bilinç durumu, oryantasyonu, kooperasyonu değerlendirilir.
- Hız ve ritm kontrolü için order edilen ilaçlar uygulanır.
- Embolik olaylara yönelik belirtiler takip edilir.
- Atriyal fibrilasyon sırasında hastanın göğüs ağrısı, hipotansiyon, senkop yaşaması durumunda yapılacak olan kardiyoversiyon için malzemeler hazır bulundurulur.

Atrial Fibrilasyonlu Hastanın Yoğun Bakımda Bakımı

- Hasta ve yakınlarından tam bir anamnez alınmalıdır.
- Hastanın kalp sesleri değerlendirilmelidir.
- 12 derivasyonlu elektrokardiyogramı değerlendirilmelidir.
- Oksijen saturasyonu ve hekim istemiyle arter kan gazı takibi yapılmalıdır.
- Gerekli durumlarda hekim istemiyle oksijen tedavisi uygulanır.
- Hipotansiyon, soğuk, soluk ve nemli deri gibi kardiyak out-put azalma belirti ve bulguları değerlendirilmelidir.
- Aldığı-çıkardığı sıvı takibi, ödem ve kilo takibi yapılmalıdır.
- Hastanın bilinç durumu ve oryantasyonu değerlendirilmelidir.
- Oluşan değişiklikler kayıt altına alınmalı ve hekime bildirilmelidir.

Yaşam Tarzı Müdahaleleri: Hipertansiyon, obezite, diyabet, sigara ve alkol kullanımını gibi risk faktörlerinin kontrolü önerilmektedir.

- Kan Basıncının Kontrolü: Sistolik kan basıncının 130 mm Hg'nin altında olması önerilmektedir.
- Kan Kolesterol Düzeyi: LDL-kolesterol hedefinin 100mg/dL'den düşük olması önerilmektedir.
- Sıvı ve Tuz Alımı: Günlük 1,5-2lt, tuz tüketiminin günlük en fazla 5 gram olarak sınırlandırılması önerilmektedir.
- Diyet Yönetimi: KY'deki diyetle doymuş yağlar yerine doymamış yağların kullanımı, sodyum ve glikoz oranı yüksek gıdalardan kaçınılması önerilmektedir.
- Kilo Yönetimi: BKİ 35 ile 45 aralığında olan bireylerde kilo vermenin önerildiği, BKİ'si 35'in altında olan bireylerin ise kilo vermesinin önerilmediği, bel çevresinin erkeklerde 94 cm'den, kadınlarda ise 80 cm'den düşük olması önerilmektedir.
- Fiziksel egzersiz: Hafif ve orta derecede solunumu arttıracak düzeyde ve düzenli egzersiz önerilmektedir (haftada en az 150 dakika orta şiddetli aktiviteler)
- Alkol kullanımı: Negatif inotropik etki, kan basıncı artışı ve aritmi nedeniyle bırakılması veya mümkün olduğunca kısıtlanması erkeklerde günlük 20 gramdan az, kadınlarda ise 10 gramdan az olması önerilmektedir.
- Sigara kullanımı: Kardiyovasküler olay riskini azaltılmada sigaranın bırakılması önerilmektedir.
- Bağışıklama: Solunum yolu enfeksiyonları dekompanseasyona neden olduğundan yılda bir defa influenza aşısı ve doktorunun önerisi ile pnömokok aşısı yaptırılması önerilmektedir.

Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Hemşirelik Girişimleri
Kardiyak Outputta Azalma	• Oksijen saturasyonun %95'in üzerinde olması • Solunum 16-20/dk olması • Derinin sıcak ve kuru olması • Dispne ve anjina bulgularının olmaması/azalması • Nabız 60-100/dk düzenli ritimde olması • Sistolik kan basıncının 60-90 mm/Hg ve diyastolik kan basıncının 90-140 mm/Hg arasında olması	• Kardiyak outputta azalmanın belirti ve bulguları izlenecek • Kan basıncında azalma/artma, solunum hızında artma, nabız hızında artma/azalma/düzensizlik, idrar miktarında azalma, mental durumda değişimler, periferik nabızlarda zayıflama, boyun venlerinde distansiyon) • Oksijen saturasyonu ve siyanoz açısından takip edilecek. • Periferler soğuk ve solukluk, renk yönünden takip edilecek. • Kapiller dolum takibi yapılacaktır. • Paroksizmal nokturnal dispne ve ortopne solunum sıkıntısı açısından hasta izlenecek. • Ortostatik hipotansiyon izlenecek. • Yorgunluk ve aktivite toleransında azalma değerlendirilecek. • Yatak istirahati sağlanacak ve tüm stresörler en aza indirilecek. • Order edilen inotropik ve vozoaktif ilaçlar uygulanacak. • Hastanın durumuyla ilgili değişiklikler ekibe bildirilecek.
Gaz Değişiminde Bozulma	• Yeterli oksijenasyonun sağlandığı gözlenecek • Normal solunum hız ve derinliği • Taşikardi olmaması • Huzursuzluk, ajitasyon olmaması • Cilt, mukoza ve tırnaklarda solukluk ve siyanoz olmaması • Halsizlik ve yorgunluğun olmaması	• Solunum hızı, kan basıncı açısından değerlendirilecek. • Havayolu açıklığı değerlendirilecek. • Oksijen saturasyonu takip edilecek. • Anormal solunum sesleri ve kalp sesleri değerlendirilecek. • Öksürük, dispne, taşikardi, ortopne, paroksizmal nokturnal dispne varsa kaydedilecek ve izlenecek. • Semi-fowler / fowler pozisyonu verilecek. • Yavaş yavaş ve derin soluk alıp vermesi sağlanacak. • Kan gazları değerlendirilecek. • Periferik ve santral siyanoz değerlendirilecek. • Gerekse durumunda nazal kanülle oksijen verilecek. • Akciğer ödemi gelişmesi açısından gerekli malzemeler hazır bulundurulacaktır. • Derin solunum egzersizi ve öksürük egzersizi öğretilecek. • Order edilen diüretik, bronkodilatör ve aminofilin gibi ilaçlar verilecek.

(Devamı)

Tablo 2. KİBAS Nedenleri

Beyin	BOS	Kan	Kitle lezyonları
Ödem • Vazojenik • Sitotoksik • İnterstisyel • Hipoosmolar	Subaraknoid hemoraji, intrakraniyal enfeksiyonlar veya konjenital durumlar nedeniyle ortaya çıkan hidrosefali	Venöz dolaşımdaki obstrüksiyonlar • Serebral venöz tromboz Ciddi hipoksi ve hiperkapni nedeniyle oluşan vasküler genişleme	Hematomlar • Subdural • Ekstradural • İntraserebral Tümör, apse, arteriyovenöz malformasyonlar

Tablo 3. KİBAS Belirti ve Bulguları

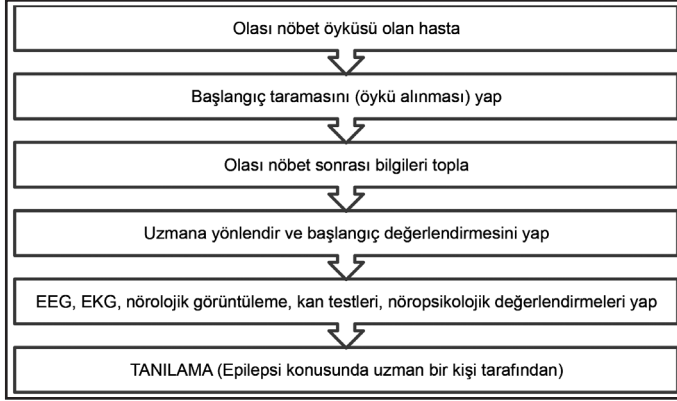
Erken Dönem Belirti ve Bulgular	Geç Dönem Belirti ve Bulgular
• Baş ağrısı (özellikle sabah saatlerinde kötüleşen ve öksürme, ıkınma ve esneme ile artış gösteren) • Kusma (genellikle sabah saatlerinde bulantı olmaksızın ortaya çıkan ve fişkırlar tarzda kusmaya kadar ilerleyebilen) • Papil ödemi • Nöbet • Fokal nörolojik bulgular	• Bilinç düzeyinde azalma • Nöbet • Pupil boyutu ve ışık reaksiyonunda değişiklikler • Herniasyon • Farks herniasyonu • Tentoryal herniasyon • Foramen magnum herniasyonu

Tablo 6. Hemorajik Tip SVO Risk Faktörleri

Anatomik	Hemodinamik	Hemostatik	Diğer
- Yapısal bozukluklar - Arteriyovenöz malformasyonlar - Serebral anevrizma - Serebral amiloid anjiyopati - Küçük damar hastalığı - Intrakraniyal venöz tromboz	- Kronik hipertansiyon - Akut hipertansiyon - Eklemsi - Renal yetmezlik	- Antikoagülanlar - Hematolojik bozukluklar - Hemofili - Trombositopeni - Myeloid lösemi - Trombolitikler	- İntraserebral tümörler - Alkolizm - Kokain ve diğer uyuşturucuların kullanımı

Tablo 7. SVO Belirti ve Bulguları**Belirti ve Bulgular**

- Motor defisitler: Fasiyal güçsüzlük, fokal güçsüzlük, parmak hareketlerinde kayıp
- Duyusal değişim: Uyuşma, karıncalanma
- Bilinç düzeyinde değişim
- Akut bellek bozukluğu
- Oryantasyon bozukluğu
- Konuşma bozukluğu
- Görsel-mekansal bozukluklar: Dikkatsizlik, ihmal
- Apraksi (öğrenilmiş hareketleri yapma yeteneğinin kaybı)
- Görsel bozukluklar: Diplopi, homonim hemianopsi, görme kaybı
- İşitme bozukluğu
- Denge kaybı, vertigo
- Ataksi
- Bulantı-kusma
- Baş ağrısı



Şekil 2. Epilepsinin tanılanmasında izlenecek yollar

Tablo 13. ILAE Epileptik Nöbet Sınıflandırmasına Göre Belirti ve Bulgular

Epileptik Nöbetler	Belirti ve Bulgular
1. Parsiyel (Kısmi/Fokal) Nöbetler	
a. Basit parsiyel nöbetler	• Kişinin bilinci yerindedir • Motor semptomlar (hareket ile ilişkili semptomlar) • Somatosensoryel veya özel duyuusal semptomlar (uyuşukluk hissi, anormal seğirme) • Otonomik semptomlar (terleme, bulantı) • Psişik semptomlar (algılamada bozulma, halüsinasyon)
b. Kompleks parsiyel nöbetler	• Bilinç bozukluğu • Rüya olma hissi • Korku • İritabilite • Öfke • Göz kırpmaları • Tikler
2. Jeneralize Nöbetler (Konvülsif veya Non-konvülsif)	
a. Absans (dalma) nöbetleri (Petit Mal)	• 5-10 saniye sürer • Anlamsız bakma • Hareketsiz kalma • Kısa süreli gözlerini tek bir noktaya sabitleme • Gözlerde yukarıya doğru kayma • Dış uyaranlara yanıt vermeme
b. Myoklonik nöbetler	Ani, kısa süreli kas kontraksiyonları Belirgin kas seğirmesi Elindeki eşyayı/objeyi fırlatma Yere düşme

(Devamı)

Tablo 16. ALS Tanısı İle İzlenen Hastada Hemşirelik Bakım Planı (Devam)

Tanımlayıcı Özellikler/Etyoloji	Hemşirelik Tanısı	Hedef(ler)	Hemşirelik Girişimleri	Sonuç Kriterleri/Değerlendirme
• Abdominal kaslarda güçsüzlük • İmmobilité • Defekasyon impulsunda bozulma • Yutma güçlüğü • Barsak hareketlerinde ~ • Defekasyona çıkmama • Abdominal distansiyon • Rektal dolgunluk • Fiziksel mobilitede bozulma • Abdominal kas güçsüzlüğü • İlaç yan etkileri	Konstipasyon	Düzenli defekasyon sağlanacak	• Konstipasyona neden olan faktörler belirlenecek • Hastanın önceki barsak alışkanlığı değerlendirilecek • Lifli besin alımı sağlanacak • Barsak sesleri değerlendirilecek • Defekasyon ihtiyacı olduğunda ertelememesi konusunda desteklenecek • Tuvalete gitme/sürgü kullanımı sırasında hastanın mahremiyeti ve güvenliği sağlanacak • Kontrendike bir durum yok ise hastanın sıvı alımı artırılacak • Abdominal kasları güçlendirici egzersizler yapılması konusunda teşvik edilecek • Gerektiğinde laksatifler uygulanacak • Hastanın yatak içi ve dışı mobilizasyonu sağlanacak	• Boşaltım alışkanlığı • Defekasyon sıklığı • Gaita özellikleri • Sıvı alımı • Barsak sesleri • Aktivite düzeyi

Multiple Skleroz (MS)

Tanım

Santral sinir sistemini (SSS) etkileyen, nöronları saran myelin kılıfın kaybı veya fonksiyon görememesi (demyelinizasyon), beyin ve spinal kordda plak veya lezyonlar ile karakterize nörodejeneratif, kronik ve inflamatuvar bir hastalıktır. Demyelinizasyon nedeniyle SSS'deki nöronların elektriksel iletimi bozularak duyuşsal, motor ve bilişsel işlevlerde değişiklikler ortaya çıkmaktadır.

■ **Etyoloji:** Hastalığın Etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir; fakat otoimmünite ile ilişkili olabileceği, immün sistemin myelin kılıfa yönelik bir saldırı başlattığı inflamatuvar bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Bununla birlikte viral enfeksiyonlar, sosyo-kültürel düzey, meslek, diyet, iklim koşulları, toksik maddeler, cerrahi travma, psikolojik stres, beslenme, sigara, radyoaktivite gibi faktörlerin de hastalığın ortaya çıkışında risk oluşturabileceği belirtilmektedir.

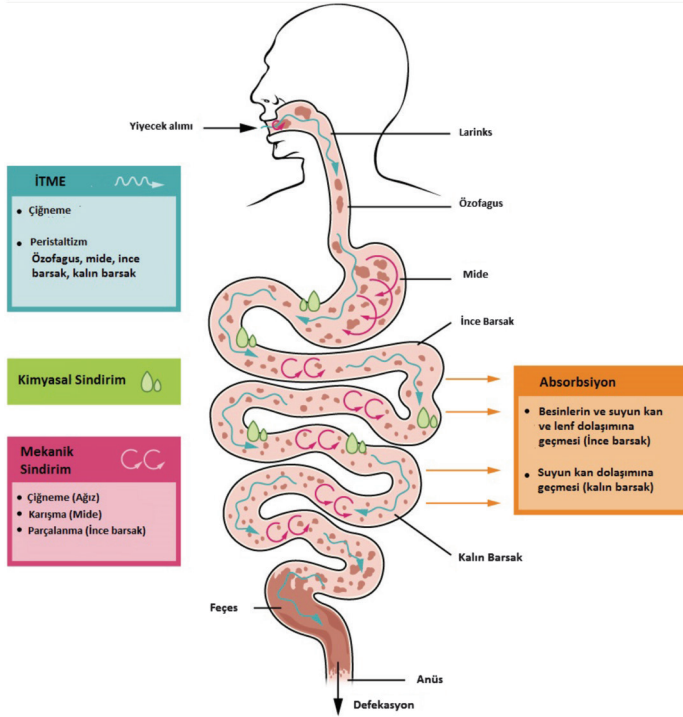
■ **Belirti ve Bulgular:** Hastalığa ilişkin belirti ve bulgular SSS'deki nörodejeneratif değişikliklere göre ortaya çıkmaktadır. MS hastalığına yönelik belirti ve bulgular birincil, ikincil ve üçüncül semptomlar olarak gruplandırılmaktadır (Tablo 17).

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları/ Radyolojik Testler

Hastalığın tanısı klinik özelliklere dayanılarak kesinleştirilmektedir. Bu amaçla hastanın şikayetleri, fiziksel muayenesi ve beyin veya omuriliğin manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri gibi yöntemlerden yararlanılmaktadır.

■ **Klinik ipucu:** MS hastalığının tanılanmasında en temel iki belirti

1. Sinir sistemi hasarına yönelik belirtiler



Şekil 1: Sindirim İşlemi

Kaynak: <https://opentextbc.ca/anatomyandphysiology/chapter/23-1-overview-of-the-digestive-system/>

■ GİS hastalıkları ve fonksiyon bozuklukları çeşitli semptomlarla ortaya çıkmakta ve bu bozukluklar organizmanın diğer sistemlerini de etkilemektedir. Bu nedenle GİS değerlendirmesinin kapsamlı bir şekilde yapılması gerekmektedir. Değerlendirmede öykü ve fizik muayene yöntemlerinin (inspeksiyon, oskültasyon, palpasyon ve perküsyon) yanı sıra tanı testleri de kullanılmaktadır.

Öykü

■ Hastanın genel sağlık durumunun değerlendirilmesi ile yaşamındaki değişikliğe ve hastalığa karşı gösterdiği tepkilerin belirlenmesinde önemli bilgi kaynağı olan öykü, hastanın yakınmalarının anlaşılması ve tanıya götürecek doğru testlerin planlanması açısından önem taşımaktadır. Öykü alırken, sosyodemografik özellikleri, öz ve soy geçmişi, yaşam şekli ve sağlıkla ilgili alışkanlıkları da en az GİS semptomları kadar tanıya yardımcı olacaktır. GİS ile ilgili olarak majör semptomların* varlığı, süresi, gelişim hızı ve hastayı ne şekilde etkilediği araştırılırken; hastalara ateş, terleme, iştahsızlık, kilo kaybı, stres etkenlerinin varlığı, ilaç ya da madde kullanım durumu ve seyahat durumu da sorulmalıdır.



MAJÖR GİS SEMPTOMLARI

Disfaji, Pirozis, Bulantı, Kusma, Karın Ağrısı, Aç ya da Tok Olma ile ilişkili Ağrı, Karında Şişkinlik, Diyare, Konstipasyon, Defekasyon Alışkanlıklarında Değişim, Perianal Bölgede Ağrı, Kaşıntı, Yanma, Akıntı, Parazit Öyküsü ve Sarılık

■ Semptomların gelişim hızı ve süresi ilk tablonun şekillenmesi açısından önemlidir. Yeni gelişen ve kısa süreli semptomların varlığından yakınan bir hastada iskemi, akut inflamasyon veya enfeksiyöz nedenler ön planda iken; uzun süreli semptomlar kronik inflamasyon, fonksiyonel ya da neoplastik hastalıklar ön plandadır. Örneğin; fonksiyonel barsak hastalıklarında besin alımı ile şikayetler artarken, duodenal ülserde yemekle veya antiasit kullanımı ile şikayetler azalmaktadır. Pankreatit gibi akut inflama-

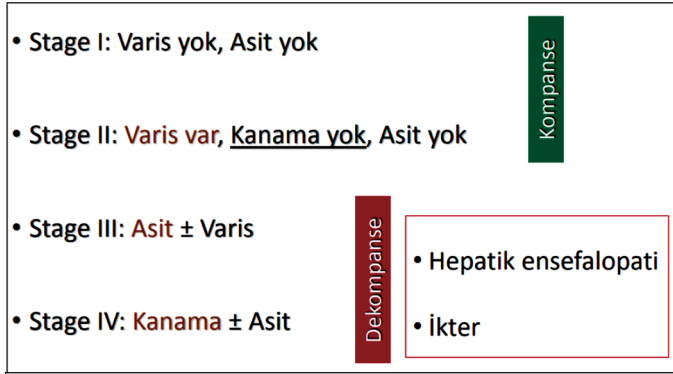


Şekil 4: Keiser - Fleicher Halkası

(Sol tanı anı- Sağ Tedaviden 5 yıl sonra)

Kaynak: <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMimc1101534>

■ **Kriptojenik Siroz:** Yukarıdaki siroz türlerinden herhangi birine uymayan siroz tablosudur. Genellikle yaşlılarda ve başka amaçlarla yapılan tetkikler sırasında ortaya çıkar.



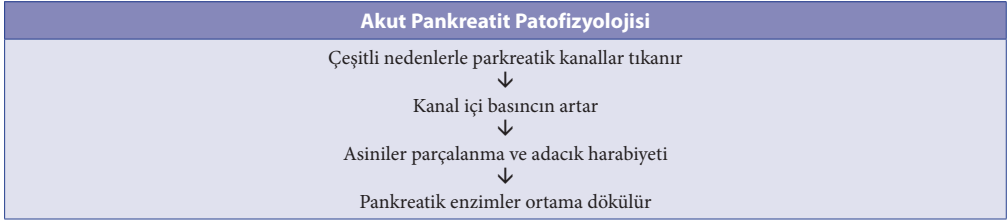
Şekil 5: Sirozun Evreleri

Kaynak: https://www.hepatitisc.uw.edu/go/evaluation-staging*monitoring/evaluation-prognosis-cirrhosis/core-concept/all

■ **Belirti ve Bulgular:** Hastalığın evresine göre değişir (Şekil 5). İlk evrelerde; halsizlik ve yorgunluk, sonraki evrelerde karında ve bacakta şişlik, sarılık, kaşıntı, hafif ateş, iştahsızlık, bulatni, dispne ve takipne, burundan ve ağızdan kan gelmesi, kas krampları, libido azalması, empotans, tüylerde azalma, menstruasyon değişiklikleri, erkeklerde jinekomasti ve konfüzyon görülür. Ayrıca fizik muayenede; spider anjioma (ciltte örümcek ağı görüntüsü), karın duvarında varisler ve karında asit birikimi saptanır. Karaciğer yetmezliklerinin belirti ve bulguları karşılaştırmalı olarak Tablo 5'te gösterilmiştir.

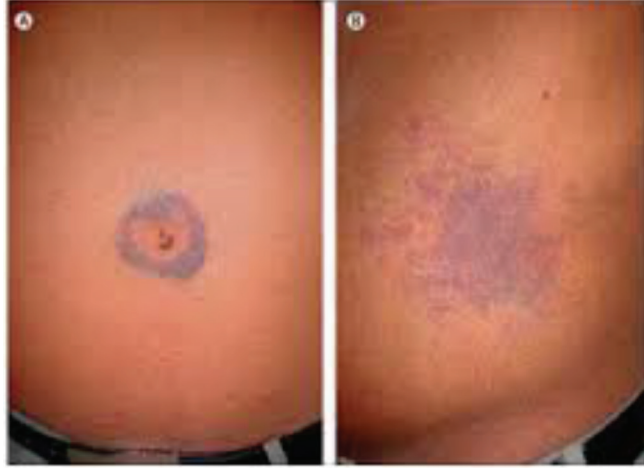
Tablo 5. Karaciğer Yetmezliği Bulguları

Bulgular	Akut Karaciğer Yetmezliği	Kronik Karaciğer Yetmezliği
Tüm vücut	Sistemik inflamatuvar yanıt Katabolizmada artış	Ciltte kızarıklık Ödem
Karaciğer	Metabolik fonksiyonların kaybı Hipoglisemi, laktik asidoz Koagülopati Hiperbilirubinemi	Hepatosplenomegali, hassasiyet ve ağrı İskemik hepatit, portal tıkanma Siroz Assit, palmar eritem, telenjektazi GİS varisler ve kanama



Şekil 6: Akut Pankreatit Patofizyolojisi

- **Belirti ve Bulgular:** Akut pankreatitte şiddetli ağrı en çok karşılaşılan ve ayırıcı tanıya götüren bir belirti olup, farklı şekillerde baş gösterir.
- Ani başlayan bele ve sırta yayılan epigastrik ağrı
 - Sırt üstü yattığında artan ağrı
 - Pankreatik bölgede enzim ve eksüda birikimine bağlı omuza yayılan ağrı
- Yiyecek ve alkol alımından sonra şiddetlenen ve antiasitlerle geçmeyen ağrının yanı sıra görülen diğer belirti ve bulgular ise; bulantı, kusma, epigastrik hassasiyet, abdominal gerginlik, sarılık ve mental bulanıklık görülür. Hasta kusma ile rahatlayamaz. Geç dönemde Grey-Turner (karnın yan tarafında ekimoz) ve Cullen (göbek çevresinde ekimoz) belirtileri görülür (Şekil 7). Ateş, taşikardi, siyanoz, soğuk ve nemli cilt, şok ve hipovolemiye bağlı hipotansiyon tipik bir belirtidir. Dispne ve hipoksi yaygındır, takipne ve gaz değişiminde bozulma görülür. Olguların %30'unda eşlik eden bir akciğer patolojisi (atelektazi, emboli, effüzyon) görülür. Alveolar ventilasyon / pulmoner kapiller akım oranı da bozulmuştur. Diyafragma irritasyonu nedeniyle hıçkırık görülebilir.



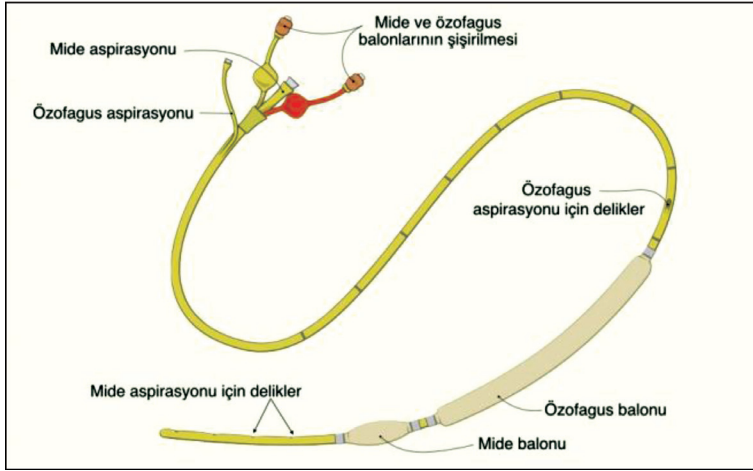
Şekil 7: Cullen ve Grey Turner Bulguları

Kaynak: Chauhan S, Gupta M, Sachdev A, et al. Cullen's and Turner's sign associated with portal hypertension. Lancet 2008;372-54

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları / Radyolojik Testler

Akut pankreatitte en önemli laboratuvar göstergesi serum amilaz ve lipaz değerlerinde artıştır. Serum amilaz ve lipaz değeri erken dönemde (2-12 saat) 3 katına çıkabilir. Serum amilaz değeri 48-72 saat sonra normale dönmeye başlarken, serum lipaz değeri 7-14 gün yüksek seyredebilir. Bunların dışında idrar amilaz ve lökosit değerleri de yüksektir.

- Amerikan Gastroenteroloji Derneği (American of Collage Gastroenterology)'nin 2018 kılavuzuna göre, akut pankreatit tanısı için üç kriterden en az ikisinin mevcut olması gerekir.
- Sürekli tarzda karın ağrısı



Şekil 12. Sengstaken-Blakemore Tüpü.

(Kaynak: https://en.wikipedia.org/wiki/Sengstaken-Blakemore_tube)

- Hastaların %80'inde bu yöntemler ile kanama kontrolü sağlanırken; başarısızlık durumunda cerrahi tedavi ve şantlar uygulanır. Şantlar yapılamıyorsa veya medikal tedaviye yanıt alınamıyorsa tek seçenek Sengstaken-Blakemore tüpü ile lokal tamponad sağlanmasıdır. Aktif kanamanın kontrolünden sonra hastalar kanama nöksleri açısından yüksek risk altındadırlar. Bunun önlenmesi için de beta bloker tedavisi ve düzenli endoskopik tedavilerin (sekonder profilaksi) yapılması gerekir. Bu aşamada tekrar kanama olması halinde yine şantlar (TIPS=Transjuguler Intrahepatik Portosistemik Şant) ve transplantasyon düşünülmelidir. TIPS uygulamasında, balonla dilatasyon sağlandıktan sonra 10 mm'lik metal stent konur.



Rekürren Kanamaların Önlenmesine Yönelik Önlemler

- Farmakoterapi (Beta-bloker; propranolol)
- Kronik Skleroterapi
- TIPS (Transplantasyon adayların)
- Şant Operasyonları

- Akut kanamanın tedavisinin yapılması kadar rekürren kanamaların önlenmesi de tedavide önemli bir adımdır. Nüks kanama ihtimali yaklaşık %70'dir. Bu nedenle gerekli önlemlerin alınması gereklidir.

Hemşirelik Yönetimi

Hastaların tedavisi için hemodinamik stabilizasyonun sağlanması ve kanamanın durdurulması veya önlenmesi amaçlanmaktadır. Hemşirelik tanılması hastanın fiziksel durumunu, duygusal tepkilerini ve bilişsel durumunu değerlendirmeyi içerir. Hastanın bilişsel durumu uyuşukluktan komaya kadar gidebilir. Bu amaçlar çerçevesinde hemşirenin aşırı volüm yüklenmesine dikkat edecek şekilde bazı genel önlemleri alması gerekir.

- ✓ Yatak istirahatının sağlanması
- ✓ Damar yolu açılması
- ✓ Hastanın monitörize edilmesi ve EKG takibi
- ✓ Oksijen inhalasyonu
- ✓ Yaşamsal bulguların takibi
- ✓ Laboratuvar tetkiklerinin yapılması
- ✓ Kan transfüzyonu
- ✓ Parenteral sıvı verilmesi
- ✓ Santral venöz basınç ve aldığı çıkardığı sıvı takibinin yapılması
- ✓ Ensefalopati riskinden dolayı proteinsiz diyet verilmesi ve konstipasyonun önlenmesi

ron sodyumun düzenlenmesi ve potasyumun eliminasyonunda fonksiyon gösterir. İdrar oluşumu esasında vücuttaki sodyumun %99'dan fazlası glomerüllerden geri emilir. Adrenal bezlerden aldosteronun salgılanması anjiyotensin II sayesinde olmaktadır. Anjiyotensin II böbreklerden salgılanan renin enziminin kontrolünde salınır. Şok, dehidratasyon durumunda böbrek arter kan basıncı normalin altına düştüğünde renin anjiyotensin sistemi aktif olur ve vücutta suyun tutulumu sağlanır. Günlük alınan potasyumun %90'ını böbrekler tarafından atılır.

- Böbreklerin sistemik ve renal hemodinamiğin düzenlenmesi (Renin, bradikinin ve prostoglandinler), kırmızı kan hücrelerinin üretimin (eritropoetin), kalsiyum, fosfor ve kemik metabolizmasında (1,25-dehidroksikolekalsiferol, D3 veya kalsitriol) görevleri vardır.
- Böbrekler, hidrojen iyonunu elimine ederek ya da baz bikarbonatı koruyarak beden pH'ını düzenler. Vücut sıvılarında hidrojen iyonu konsantrasyonu arttığı ya da pH azaldığı zaman (asidoz), böbrekler idrar ile hidrojen iyonu atılmasını hızlandırırken aynı anda kanda bikarbonat (HCO_3) iyonunun konsantrasyonunu yükseltmek için bikarbonatın reabsorbsiyonunu artırır. PH yükselmelelerinde ise (alkaloze) idrar ile bikarbonat atılımını hızlandırır.
- Böbrekler vücudun su dengesinin sürdürülmesinde önem rol oynar. Su atımı hormonal ADH kontrolü altındadır. ADH distal tübül ve toplayıcı kanalların suya olan geçirgenliğini kontrol etmektedir. Kanın ozmolaritesi artınca hipofiz arka lobundan ADH salgılanır. ADH varlığında toplayıcı kanallarda suyun geri emilimi artar ve konsantre idrar çıkarılır. ADH yokluğunda idrar ile çıkarılan su miktarının artması ile idrar dilüe olur.

Renal Sistemin Tanılanması

- Böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi için hastalık öyküsü, fizik muayene, laboratuvar değerleri, görüntüleme yöntemleri ve sıvı elektrolit dengesi değerlendirilmelidir.
- Öykü: Bireyin sağlık öyküsü, mevcut hastalıkları sorgulanmalıdır. Ailede böbrek hastalığı öyküsü, şu an mevcut yakınması, ateş, ağrı ve idrar çıkma durumu, idrar yaparken ağrı olup olmadığı sorgulanmalıdır. İdrarın miktarı, rengi hematüri olup olmadığı, gece idrara çıkma sıklığı gibi durumlar sorulmalıdır. Çünkü oligüri genellikle akut böbrek yetmezliğinde görülürken, anüri akut üriner obstrüksiyon, glomerül nefrit durumlarında görülebilir. Bireyin kullandığı ilaçların sorgulanması önemlidir. D vitaminin fazlalığı, antibiyotik ve antiinflamatuvar ilaçlar önemli böbrek sorunlarına neden olabilir. Ayrıca öyküde mutlaka bireyin demografik özellikleri, risk faktörleri, tıbbi öyküsü, böbrekle ilgili genel semptomlar tablo 1'de sunulduğu gibi sorgulanmalıdır.

Tablo 1. Renal Sistemin Değerlendirilmesinde Sorgulanacak Parametreler

Demografik özellikler	Risk faktörleri	Böbrekle ilgili semptomlar
Yaş Kullandığı ilaçlar	Aile öyküsü (HT, DM, Polikistik Böbrek hastalığı)	Periferik ödem Noktüri
Diyet veya bitkisel ürünler	Hipertansiyon	Anüri
Çocukluk döneminde geçirdiği hastalıklar (Nefrotik sendrom, stafilokok enfeksiyonları)	Diabetes mellitus Akut böbrek yetmezliği	Dizüri Bulantı-kusma Ağızda metalik tat
Sigara, alkol öyküsü		İştahsızlık Baş ağrısı Kilo artışı
		Kaşıntı
		Kuru pullu deri
		Yorgunluk
		Mental durum değişikliği
		Diyare
		Hematüri

AIDS Belirti ve Bulguları

Enfekte durumdan 2-6 hafta sonra	Kronik HIV enfeksiyonu
• Ateş • Boğaz ağrısı • Lenfadenopati • Miyalji • Artralji • Diyare • Baş ağrısı • Bulantı/kusma • Kilo kaybı • Aseptik menenjit • Monoiliasis • Döküntü ya da ülserler	• Halsizlik • Ateş • Gece terlemesi • Diyare • Kilo kaybı • Tekrarlayan LAP • Monoiliasis • Tüylü lökoplaki • Herpes zoster • Seboraik dermatit • Ağızda aftöz ülserler • Tekrarlayan vajinal kandidiazis

**DİKKAT!**

HIV bulaştıktan sonra belirtiler 2-15 yıl arasında geniş bir aralıkta görülür, sero pozitif bireylerin %80'i bu dönemde ve hastalık bulaşıcıdır.

Tanı:

- **ELİSA** (tarama testi),
- **Hızlı HIV Antikor Testi**
- **Western Blot Testi** (doğrulama testi) yapılır. Virüsü alan bireylerde 3-12 hafta içerisinde ELİSA bakılır, test pozitif ise Western Blot Testi ile HIV'in pozitifliği doğrulanır.
- **P24 Çekirdek Antijeni**; FDA tarafından kullanımı onaylanmıştır. Çok özgüldür, daha az duyarlıdır (%85-90).

Tedavi ve Hemşirelik Bakımı:

- Semptomları olan tüm hastalara HIV tedavisi başlanmalıdır, nonsemptomatik olanlarda CD⁺ T hücre sayısı 200-350 hücre/mm³ olduğunda tedavi başlanmalıdır. HIV ile enfekte bireylerde tedavi iki amaca yöneliktir;
 1. Hastalığın ilerlemesini geciktirmek için, doğrudan virüse müdahale etmek,
 2. Fırsatçı enfeksiyonların ve kanser gelişmesinin engellenmesi.
- HIV'ne karşı kullanılan ilaç protokolleri sürekli değişmektedir, bu protokolleri oluşturan ilaçlar anti-retroviral ajanlar olarak bilinmektedir. Antiretroviral tedavi rejimleri oldukça kompleks, önemli yan etkileri olan, virüsün hızla yapı değiştirmesi ve viral direnç nedeniyle tedavide zorluklar yaratan maliyeti oldukça yüksek tedavilerdir.

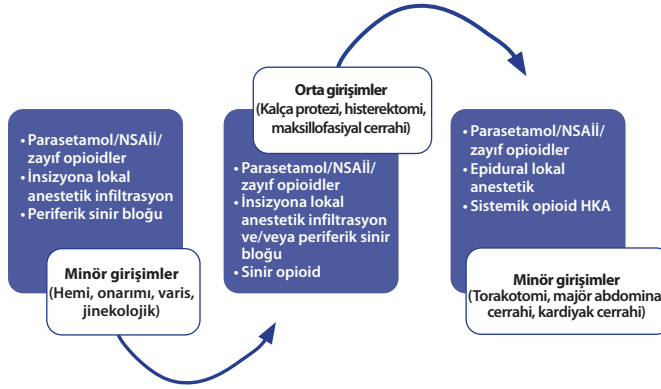
HIV için Standart Tedavi

- HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy- Yüksek Aktiviteli Antiretroviral Tedavi)
- Antiretroviral tedavi rejimlerinin yanı sıra, Aşı çalışmaları da devam etmektedir. Ayrıca, tedavide fırsatçı enfeksiyonlar için, antibiyotikler ve immün sistemi güçlendirmek için, sitokin ve lenfokinlerin kullanımına ilişkin çalışmalar sürmektedir.

Korunma ve Hemşirenin Sorumlulukları

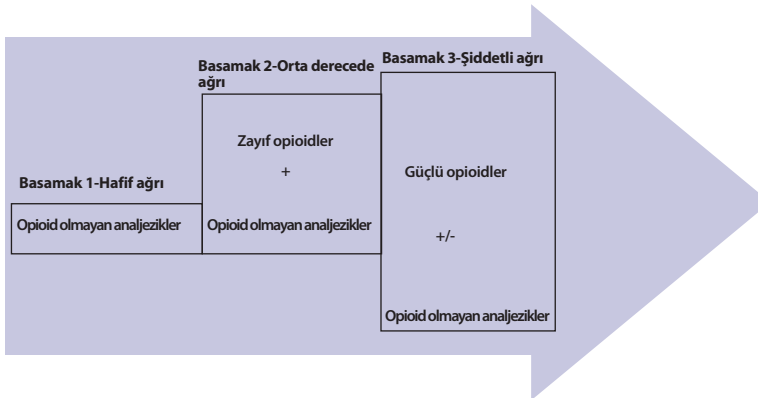
- HIV'li hasta ile çalışır iken evrensel koruyucu önlemlerin alınması
- Hastane politika ve prosedürlerinin oluşturulmasında yer alma
- Sağlık eğitim programlarını oluşturma ve uygulama

- Cerrahi girişim sonrası ağrının farmakolojik tedavisi planlanırken hastanın bireysel özellikleri, altta yatan hastalıkları ve cerrahi girişim türüne bağlı gelişebilecek ağrı şiddeti dikkate alınır. Cerrahi girişim sonrası ağrının tedavisinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün kanser ağrı tedavisine benzer bir şekilde basamaklı ağrı tedavisi önerilir (Şekil 6).

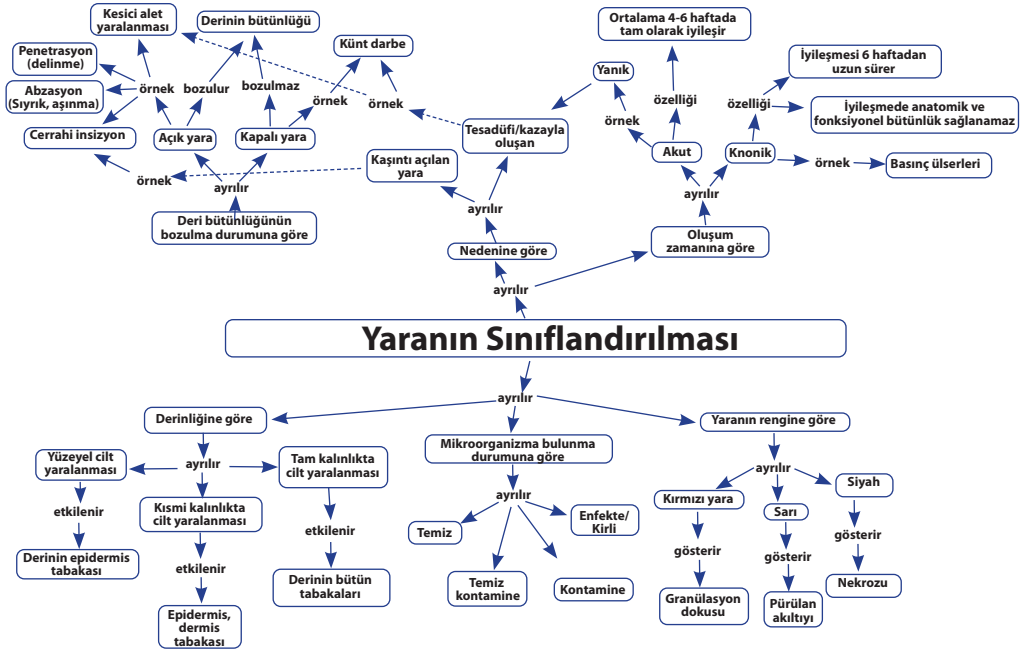


Şekil 6. Cerrahi girişim türüne göre analjezik tedavi basamağı.

- Cerrahi girişim sonrası kronik ağrının tedavisinde de temel algoritma, DSÖ tarafından geliştirilen üç adımlı analjezik merdivenidir (Şekil 7). Bu yöntemde temel hedef; merdivenin birinci basamağında yer alan ilaçlarla tedaviye başlanması, ağrı devam ederse merdivenin diğer basamaklarında yer alan ilaçların kullanılmasıdır. Hafif ağrı opioid olmayan analjeziklerle tedavi edilir (Basamak 1), ağrının giderilmesi mümkün değilse (orta derecede ağrı), tedaviye zayıf opioid analjezikler eklenir (Basamak 2), bu tedavide yeterli değilse (şiddetli ağrı), zayıf opioidler yerine güçlü opioidlerle tedaviye devam edilir (Basamak 3). Bu yöntemde ayrıca bazı ağrı tiplerinde etkili olabilecek adjuvan analjezikler ve analjeziklerin yan etkilerini tedavi etmek için tasarlanmış yardımcı ilaçlar da tedaviye eklenebilir.



Şekil 7. DSÖ Analjezi Merdiveni.



Kavram Haritası 2. Yaranın Sınıflandırılması.

Yara İyileşmesinin Aşamaları

■ Yara iyileşmesi ölü ve nekrotik dokuların yerini yeni ve sağlıklı hücrelere bırakması olayıdır. Yara iyileşmesi bozulan dokunun anatomik bütünlüğünün ve fonksiyonun yeniden oluşturulması için gelişen dinamik ve kompleks bir süreçtir. Bu süreç sürekliliği olan, her birinde hücresel olayların ve biyokimyasal aktivitelerin yer aldığı, birbirinin takip eden aşamalardan oluşur.

Yara iyileşmesinde üç aşama vardır. Bunlar:

- İnflamasyon aşaması (başlangıç)
- Proliferasyon aşaması (granülasyon)
- Maturasyon aşaması (skar kontraksiyonu)'dır.

a. İnflamasyon aşaması (başlangıç): İyileşmenin ilk aşamasıdır. İnflamatuvar reaksiyon vücudun travmaya karşı gösterdiği ani, saldırgan, lokalize tepki olarak tanımlanmaktadır. Bu aşamanın görevi zedelenme bölgesindeki ölü hücre ve mikroorganizmaları yok ederek yeni dokunun yerleşeceği ortamı hazırlamaktır. İyileşmenin niteliğini belirlemede inflamatuvar tepki çok önemlidir. "İnflamasyon olmazsa onarım da olmaz" denilebilir.



İnci Bilgi: İnflamasyon aşamasının seyrini etkileyen her durum doku iyileşmesini tehlikeye sokabilir.

- İnflamasyon aşaması yaralanmadan hemen sonra başlar ve genellikle 2-5, bazı kaynaklara göre 0-4 gün arasında devam eder. İnflamasyon aşamasında yer alan olaylar damarsal değişimler, kan hücresi tepkisi sonucu gelişir.
- İnflamasyonun erken döneminde hemostaz oluşur. Bazı kaynaklarda bu aşama ayrı olarak da ele alınabilmektedir. Hemostazın amacı kanamayı durdurup, mikroorganizmanın girişini engellemektir. Yaralanma sırasında oluşan kan kaybını önlemek için vazokonstriksiyon gelişir. Vazokonstriksiyon sonucu, yara bölgesinde kapiller damarlar ve arteriollerde daralma olur. Vazokonstriksiyonun etkisiyle trombositler bir araya toplanarak fibrinojenin yardımıyla pıhtı oluştururlar ve yaralanma sonucu oluşan kanama durur (Tablo1).

beslenme takviyesi ile desteklenmesi önerilir. Beslenme takviyesinde hekim istemine göre arjinin, omega-3 yağ asitleri ve nükleotidler tercih edilebilir. Bu ürünler ameliyat öncesi dönemde 5-7 gün kullanılabilir. Hastanede kalma süresini kısaltmak ve sağlık hizmetiyle ilişkili enfeksiyon (SHİE) riskini azaltmak için enteral/oral beslenme takviyelerine hastaneye yatıştan önce başlanabilir. Parenteral beslenme ameliyat öncesi dönemde sadece malnütrisyonu olan ya da enerji gereksinimi enteral beslenme ile karşılanamayan ağır beslenme riski olan hastalarda uygulanabilir.

- Ameliyat sırasında aspirasyon riskinin azaltılması için ameliyat öncesi dönemde hastaya besin ve sıvı kısıtlaması uygulanır.
- Ameliyat öncesi aç kalma süresi ayarlanır. Hastaların gece yarısından itibaren aç kalmaları gerekli değildir.
- Hastalar anestezi 2 saat önceye kadar berrak sıvıları ve sınırsız miktarda suyu içebilir. Berrak sıvılar; su, posasız meyve suyu, sütsüz çay ya da kahve ve karbonhidrat içeren içeceklerdir. Alkol bu kategoriye girmemektedir (Resim 1).
- Anne sütü 4 saat, diğer sütler 6 saat önce kesilir (Resim 1).
- Hastalar anestezi öncesi 6 saate kadar katı gıda alabilirler.
- Sütlü çay ve sütlü kahvenin kıvamını kontrol etmek zor olduğu için katı gıda olarak kabul edilir.
- Kızarmış/yağlı gıdalar ve et yendiği durumlarda daha uzun aç kalma süresi gerekebilir (örneğin 8 saat ya da daha fazla) (Resim 1).
- Hastanın düzenli olarak kullandığı ve ameliyat öncesi dönemde kesilmesi gerekmeyen ilaçlar ameliyattan 1 saat önceye kadar 30 ml su ile verilir.
- Elektif bir ameliyatın başlaması gecikirse, aşırı susama ve dehidratasyonu önlemek için hastaya bir miktar su içirebilmesi göz önünde bulundurulur.
- Travaydaki kadınların, gastromotilite ya da metabolik bozukluğu olan ve potansiyel hava yolu problemi olan hastaların besin ve sıvı kısıtlaması hastanın durumuna göre değerlendirilir.
- Hastalar ameliyat öncesi dönemde su yutmamak koşulu ile ağızlarını çalkalayıp dişlerini fırçalayabilirler.



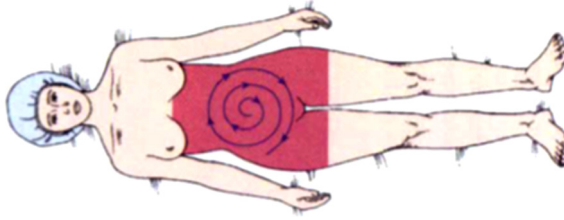
Resim 1. Ameliyat Öncesi Besin ve Sıvı Kısıtlaması.

- Ameliyat sonrası dönemde yeterli iyileşmenin sağlanabilmesi için hastaların iyi beslenmiş olması gerekir. Hastaların protein (doku onarım ve iyileşmesine destek olur), C vitamini (kollajen oluşumunu destekler) ve çinko (doku büyümesi, cilt bütünlüğü ve hücrel bağışıklığı destekler) ağırlıklı beslenmesi önemlidir. Şişman ve çok zayıf hastalarda iyileşme yeterli olmayacağı için komplikasyon görülme riski daha yüksektir. Şişman hastalarda solunum ve yara iyileşmesinde problemler (iyileşmenin gecikmesi, yara ayrılması) görülebilir. Çok zayıf hastalarda ise doku iyileşmesi için gerekli olan besin maddelerinin yetersizliği nedeniyle enfeksiyon ve yara iyileşmesinde gecikme olabilir.

Bağırsak Hazırlığı

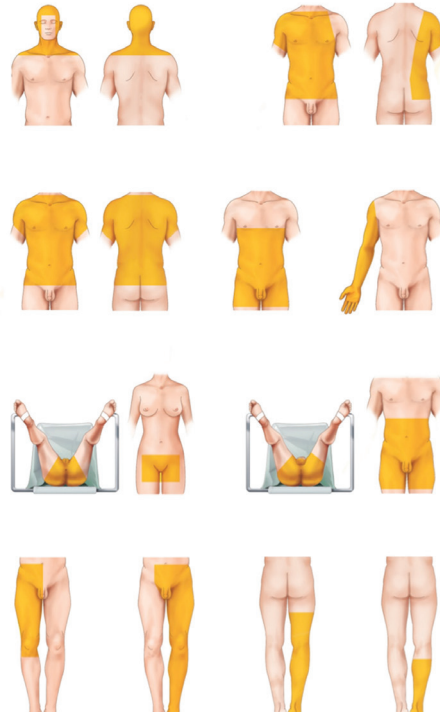
- Abdominal ya da intestinal cerrahi uygulanacak hastalara abdominal organların fekal kontaminasyonu, distansiyonu önlemek ve cerrahi alanın net görülmesini sağlamak amacıyla bağırsak hazırlığı uygulanır. Bağırsak hazırlığı uygulanacak olan ameliyatın çeşitine göre değişiklik gösterir. Bağırsak hazırlığında mekanik hazırlık (lavman, laksatif, gastrointestinal lavaj, ilaç tedavisi ve diyet) ile birlikte antibi-

güvenlik alanı bırakacak şekilde uygulanır. Deri antisepsisinde kullanılan antiseptik solüsyonun hastanın ya da elektrotların altında birikmesini önlemek için hastanın her iki tarafına, fazla solüsyonu emecek kompresler yerleştirilir. Deri antisepsisi bittikten sonra bu kompresler alınır. Daha sonra önce insizyon alanı sonra periferik doğru steril örtüler ile örtülür.



Resim 9. İnsizyon alanının antisepsisi

Kaynak: Rothrock JC, McEwen DR. AlexandersCare of thePatient in Surgery. Fourteen Edition. St Louis: ElsevierMosby; 2011, 95-107.



Resim 10. Özel anatomik alanlar için deri antisepsisi

(<https://evelynpence.myportfolio.com/surgical-nursing-illustrations>)

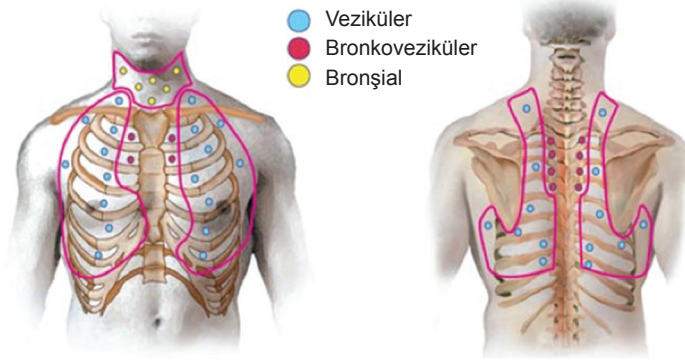
Hastaya Pozisyon Verilmesi

- Ameliyathanede cerrahi alanın yeterince açık olması, kas-iskelet sisteminin korunması, düzgün vücut postürünün sağlanması amacıyla hastalara ameliyat türüne göre çeşitli pozisyonlar verilir. Hastaya verilecek olan pozisyonun kararını anesteziist ve cerrah vermektedir. Hastaya pozisyon verme cerrahi ekibin ortak sorumluluğudur.

Ronküs; inspirasyon ya da ekspirasyonda duyulan, öksürme ile geçebilen, yavaş, sürekliliği olan, horultu şeklinde, hava kabarcıkları sesine benzeyen sestir. Hava yollarının sekresyonlarla tıkanması durumunda duyulur.

Wheezing; inspirasyon ya da ekspirasyonda duyulan, sürekliliği olan, tiz, ısıklık sesine benzeyen sestir. Havayollarının yabancı cisim, astım, enfeksiyon nedeniyle tıkanıklığında görülür.

Stridor; inspirasyonda duyulan, gürtlütlü, tiz, stetoskopsuz duyulabilen ve üst solunum yollarında bir tıkanıklığı işaret eden sestir.



Şekil 1. Normal solunum seslerinin dinlendiği bölgeler
(<https://atclclinicalworkshop.com/cpne-care-plan-questions-2/>)

Atelektazi

■ **Tanım:** Akciğerin bir veya birden çok segmentinde ya da bir lobunda meydana gelen kollaps ve hacim kaybı atelektazi olarak adlandırılmaktadır. Hacim kaybı meydana gelen akciğer bölümlerinde opaklaşma görülmektedir. Atelektazi postoperatif dönemde ve hareketsiz hastalarda sık görülen pulmoner komplikasyonlardan olup önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Atelektazi oluşum mekanizmalarına göre alt tiplere ayrılmaktadır. En sık karşılaşılan şekli obstrüktif tip atelektazidir. (Tablo 3).

Tablo 3. Atelektazi Oluşum Mekanizmaları

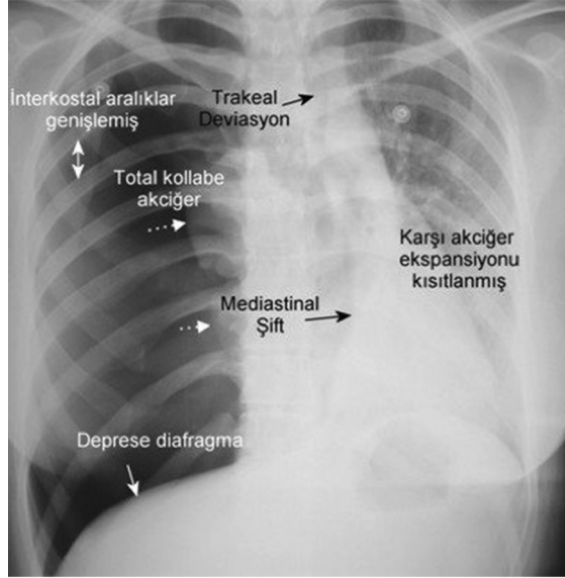
Obstrüktif tip atelektazi;	Alveol ile trakea arasındaki tıkanma sonucu alveollerdeki havanın reabsorpsiyonu sonucu oluşmaktadır.
Adeziv tip atelektazi;	Sürfaktan eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Yetersiz sürfaktan alveollerde kollapsa yol açmakta ve alveollerin yeniden genişlemesini engellemektedir.
Kompresif tip (pasif) atelektazi;	Plevral effüzyon, plevral tümör, pnömotoraks ve amfizem nedeniyle meydana gelmektedir. Plevral aralık içinde yer tutan lezyonlar mekanik olarak akciğer parankimi üzerinde baskı oluşturmaktadır.
Skatrisyel atelektazi;	Pulmoner fibrozise bağlı meydana gelmektedir. Fibrotik odaklar komşu oldukları akciğer bölümlerinin kollabe olmasına sebep olmaktadır.

■ Atelektazinin etyolojisi, belirti-bulguları ve tanı yöntemlerine Tablo 4'de yer verilmiştir.

Özofagus yaralanmaları: Göğüs travmalarında en sık servikal özofagusta olmak üzere perforasyonlar görülebilir. Özofagus perforasyonu mediastinit, plörit ve sepsis nedeni olabileceğinden göz ardı edilmemelidir.

Diyafragma yaralanmaları: Göğüs travmalarında özellikle penetran yaralanmalara bağlı olarak diyafragmada lacerasyon ve rüptür gelişebilir.

Trakeobronşiyal yaralanmalar: Delici kesici alete bağlı göğüs yaralanmalarında trakeal ya da bronşial rüptür oluşabilir.



Resim 1. Tansiyon pnömotoraks.

Etyoloji

Penetran göğüs travmalarına genellikle kesici-delici alet yaralanmaları, ateşli silah yaralanmaları ve araç içi trafik kazaları yol açmaktadır. Künt göğüs travmaları ise yüksekten düşme, künt cisimlere çarpma ve araç içi ya da dışı trafik kazalarına bağlı olarak ortaya çıkmaktadır.

Belirti ve Bulgular:

- Göğüs travmalarından en çok etkilenen sistemler solunum ve dolaşım sistemi olduğu için ortaya çıkan belirti ve bulgular da çoğunlukla bu sistemlere yöneliktir. Travmanın şekline, etkilediği doku ve organa göre farklı belirti ve bulgular ortaya çıkabilir. Hastanın solunum karakterinde değişiklik görülür. Dispne, hipoksi, hiperkapni en önemli belirtilerdir. Ayrıca solunum seslerinde azalma görülebilir ya da belli bir bölgeden solunum sesleri alınamayabilir. Hastada hipovolemi, asidoz, ağrı, kardiyak outputta azalma, hipotansiyon, taşikardi, siyanoz, hemoptizi, toraksta asimetri, trakeanın orta hattın kayması ve buna bağlı olarak juguler vende dolgunluk, cilt altı amfizemine bağlı krepatasyon, ajitasyon, vücut ısısında artma gibi çeşitli belirti ve bulgular görülebilir.

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları / Radyolojik Testler:

- Göğüs travması olan hastalarda hemodinamik stabilite sağlandıktan sonra travmanın etkilerinin ve sınırlarının tam olarak anlaşılabilmesi için bazı destekleyici testlere ihtiyaç olabilir. Bu testler Tablo 12'de görülmektedir.

Raynaud Hastalığı (Sendromu)

- **Tanım:**1862’de Raynaud tarafından tanımlanan Raynaud hastalığı, genellikle parmaklarda çeşitli etkilere bağlı olarak arterlerin aralıklı vazokonstrüksiyonu ile oluşan soğukluk, siyanoz, solgunluk (pallor) ve ağrı ile karakterize tablodur. 20-40 yaşları arasındaki kadınlarda erkeklere oranla iki kat daha fazla rastlanır. Raynaud sendromu, genellikle el parmaklarında görülmesine rağmen ayak parmakları, burun, kulaklar ve dil gibi organların distal arterlerinde de görülebilir.
- **Etyoloji:** Tıkayıcı arter rahatsızlıkları, sigara, stres, hipertansiyon, aşırı soğuk havaya maruz kalma, bazı ilaçlar, immünolojik nörolojik ve hematolojik sebepler nedeniyle görülebilir.

Raynaud Sendromu Belirti ve Bulguları

- Damarlardaki spazm daha çok soğuğa maruz kalmayla (soğuk su ile el yıkama ya da soğuk hava) ya da emosyonel faktörlerle ortaya çıkar. Hastalık atağı birkaç dakikadan birkaç saate kadar sürebilir.
- Arteriol vazospazma bağlı olarak deri soluk ve beyaza yakın sararmış görünür. Vazospazm sırasında venöz kanın göllenmesi nedeniyle cilt sonradan mavimsi (siyanotik) bir görünüm alır.
- Vazospazmın kaybolmasıyla arteriollere kan dolar ve deri hiperemik, kırmızı (rubor) görünüm alır. Raynaud sendromunun tipik özelliği beyaz, mavi ve kırmızı renk değişimi olmasıdır.
- Renk değişikliğine karıncalanma, uyuşukluk ve yanma biçiminde ağrı da eşlik eder. Tutulum çift taraflı (her iki elde) ve simetriktr.
- Solukluk ve siyanoz arter ve arteriyollerin vazokonstrüksiyonu nedeniyle ekstremitelere kan akımının azalması, kızamıklık ise vazospazm sonucu hiperemi gelişmesi ve oksijenlenmiş kanın aniden kapillere hücumu sonucudur



Resim 1. Raynaud Sendromu Belirti ve Bulguları.

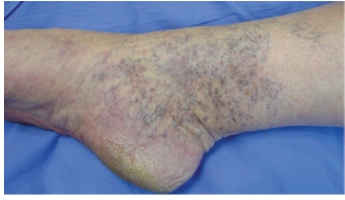
Komplikasyonlar

Gangren, ülserasyon ve enfeksiyonlardır.

Tanı

Fiziksel muayene, anamnez, laboratuvar analizleri, (hemogram, sedimentasyon, biyokimya, tam idrar tetkikleri) soğuk analizi (en çok uygulanan test) parmak pletismografisi ile konulur.

- Bu yöntemle arteriyel dolaşım ve dijital arterler değerlendirilir. Ayrıca renkli doppler de tanıda kullanılabilir.

	Korona flebektazika (<i>Malleolar-ankle flare</i>): Ayağın medial ya da lateral kesiminde yelpaze şeklinde intradermal telenjektaziler
	Beyaz atrofi (<i>Atrophie blanche</i>): Ciltte beyaz renkli atrofik alanlar
	Lipodermatoskleroz Cilt, cilt altı ve fasyada kronik fibrozis

Resim 3. KVV’de en sık görülen cilt değişiklikleri

Kaynaklar:(1)<https://memphisvascular.com/patient-education/spider-veins-memphis/>,
(2) <https://sites.google.com/site/birkanakbulut/sorularlavaris>, (3)<http://healinglifeisnatural.com/get-rid-of-varicose-and-spider-veins-from-inside/>,
(4)<https://hr.medic-life.com/sclerotherapy-for-varicose-and-spider-veins-9152>,
(5) <https://www.klinik.org.tr/wp-content/uploads/2017/10/Ven%C3%B6z-ve-Arteriyel-%C3%9Clerler-T%C3%BCn%C3%BCn-Kurto%C4%9Flu.pdf>,
(6)<https://tr.pinterest.com/pin/88523948914047276/>

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları/ Radyolojik Testler

■ Kronik venöz yetmezlik için tanısı için öncelikle iyi bir fizik muayene ve öykü alınmalıdır. Fizik muayenede KVV’nin belirti-bulguları gözlemlenirken, öyküde risk faktörleri değerlendirilmelidir. Tanılamada CEAP sınıflamasından (*Bakınız; Varikoz venler konusu*) yararlanılabilmektedir. Bu değerlendirmelere ek olarak aşağıdaki testler yapılmaktadır.

- **Doppler ultrasonografi** (venöz reflü ve obstrüksiyon için invazif olmayan bir test),
- **Doppler çift yönlü akış testi ve Renkli akış çalışmaları, Renkli Doppler ultrasonografi** (venöz akış ve trombüs varlığını değerlendirmek için);
- **Venografi/Flebografi/Assendan venografi, dessendan venografi** (kontrast maddenin dorsal pedal vene enjekte edildikten sonra çekilen venöz sistem radyografisi)
- **Direk Venöz Basınç Ölçümü**; Yüzeysel ayak veninden uygulanan bir kanül ile ölçülmektedir. Direkt venöz basınç ölçümü invaziv olma özelliğinden dolayı ender olarak kullanılmaktadır.
- **İndirek Venöz Basınç Ölçümü**; pletismografi (volum-basınç değişikliklerinin ölçüldüğü teknik) yöntemiyle yapılmaktadır. Derin baldır kası ve derin venöz yetersizliği hakkında bilgi sağlar.

1. Sırt üstü rahat ve yumuşak bir yere yatın ve ellerinizi boynunuzun arkasında birleştirin. Ayaklarınız gergin olacak şekilde uzatın ve dizlerinizi karnınıza doğru bükün. Bu pozisyondayken bacaklarınızı gergin olacak şekilde yukarı doğru uzatın ve yavaş olarak başlangıç pozisyonuna dönün. Bu egzersizi 5-20 defa tekrarlayın.



2. Bacaklarınız minder üzerindeyken sırt üstü yatın. Ayak parmaklarınızı katlayın ve zorlayarak sonuna kadar açın. Parmaklarınızı açıp kapatarak bir dakika boyunca bu hareketi yapın.



3. Oturur pozisyonda veya seyahatyorsanız her iki ayak parmaklarınızın üzerinde yükselip geri aynı pozisyona getirin. Bu pozisyonu gün içinde en az 5 dakika boyunca yapınız.



4. Yine oturur pozisyondayken bacaklarınızı ileri doğru uzatıp kalçalarınızla aynı veya daha yüksek hiza-ya getirip tekrar aynı pozisyona getirin. Bu pozisyonu da yine gün içinde en az 5 dakika boyunca yapınız.



Resim 6. Venöz Staz Ülserlerde Egzersizler

Kaynak: <http://www.yarabakimidernegi.org>

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları/ Radyolojik Testler

- Kardiyak tamponadta tüm görüntüleme yöntemleri perikardiyal sıvı varlığını gösterir. En önemli tetkik ekokardiyografidir (EKO). Tanımlanmış tipik ekokardiyografi bulguları:
 - Geniş perikardiyal sıvıya ek olarak:
 - sağ atriyum kompresyonu,
 - sağ ventrikulün diyastolik kollapsı(en karakteristik)
 - triküspit ve mitral akım hızlarında anormal solunumsal değişkenlik
 - inspiratuar kollaps olmaksızın dilate vena cava inferior olarak sayılabilir
- Perikard sıvısında kesin tanı EKO ile konmaktadır. Hipotansif hastalarda yüksek sistemik venöz basınç, düşmekte olan kan basıncı, pulsus paradoksus, muayenede akciğerleri temiz olan hastada taşikardi ve dispne veya takipne, göğüs ve batin yaralanmaları, perikardit hikayesi olması ve kalp gölgesinde açıklanamayan artış olduğunda tamponaddan şüphelenilmelidir.
- Beck triadı bileşenleri ve pulsus paradoksus kombinasyonunda, perikardiyal efüzyonu araştırmak için yatakbaşı US ile görüntüleme hemen yapılmalıdır.
- Tamponadda elektrokardiyografi (EKG) normal olabilmekle birlikte sıklıkla nonspesifik değişiklikler
 - özellikle de ST-T dalga değişiklikleri bulunur.
 - EKG’de sıklıkla düşük voltajlı QRS kompleksleri ($<0.7mV$)
 - Epikardiyum inflamasyonuna bağlı ST segment elevasyonu, PR segment depresyonu görülür.
- EKG’de perikardit bulguları nadiren bulunabilir. Kalbin perikard sıvısı içerisinde yüzmesine bağlı olarak QRS kompleksinde nadiren de P ve/veya T dalgasını da kapsayacak şekilde üç veya dört atımda bir voltaj değişikliği izlenir ve bu durum “elektrikse alternans” olarak adlandırılır. Hem P hem de QRS komplekslerinde elektriki alternans izlenmesi tamponad için spesifiktir.
- Akciğer Grafisinde de normal ya da genişlemiş kalp gölgesi görülmektedir. Ayrıca, radyonüklit yöntemler, bilgisayarlı tomografi ve manyetik rezonans görüntüleme yöntemleri ile de sıvının varlığı ortaya konabilir.



Resim 9. Kalp Tamponatında Akciğer Grafisi

Kaynak: <https://images.app.goo.gl/Rdgyt3N7wK7WspFP6>

Tedavi

- Kesin tedavi ve spesifik tanı için perikardiyosentez gereklidir. Perikardiyosentez yapılana kadar hastanın hemodinamisini sürdürmek için kan, plazma veya serum fizyolojik ile intravasküler volüm arttırılmalı ve inotropik destek sağlanmalıdır. İntravenöz olarak volüm replasmanı hipovolemik hastalarda özellikle faydalıdır. Ancak diğer taraftan aşırı sıvı yüklenmesi intraperikardiyal basıncı daha da arttırarak hemodinamiyi bozabilir, tamponadı tetikleyebilir, o nedenle sıvı replasmanı dikkatli yapılmalıdır.

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları/Radyolojik Testler

- Beyin tümörlerinin tanınmasına, kapsamlı sağlık öyküsü alınması ve nörolojik muayene yapılması ile başlanır. Tümörün yerleşiminin belirlenmesinde çeşitli radyolojik tanı testlerinden yararlanılır. MSS tümörlerinde BOS içine hücre yayılımı olduğundan, LP ile alınan BOS örneğinde, malign hücre varlığı değerlendirilir

Beyin Tümörü Tanısında Kullanılan Radyolojik Testler	
Kontrastlı BT	• Lezyonun sayısı, büyüklüğü, yoğunluğu saptanır. • Ventriküler sistem hakkında bilgi verir. • Serebral ödem ya da kanama belirlenebilir.
Kontrastlı/kontrastsız MRG	• Cerrahi girişim öncesi beyin tümörlerinin yerleşimi ve özellikleri belirlenir. • Ameliyathanede, tümör rezeksiyonu sırasında gerçek zamanlı görüntüleme sağlanır. • Cerrahi girişim sonrası tümörün cerrahiye yanıtı hakkında bilgi verir. • Küçük lezyonlar, hipofiz bölgesi ve beyin sapı tümörleri saptanabilir.
Fonksiyonel MRG	• Cerrahi girişim öncesi beynin belirli işlevsel alanları (konuşma, görme vb.) belirlenir. • Cerrahi girişim sırasında bu bilgiler haritalama için navigasyon sistemlerine aktarılarak, bu alanlar korunur.
Bilgisayar yardımlı stereotaktik biyopsi	• Derin yerleşimli tümörler saptanabilir. • Tedavinin planlanması ve prognoz izleminde kullanılır.

- **Tedavi:** Beyin tümörlerinde öncelikli olarak cerrahi tedaviye başvurulur. Tümörün tipine, yerine ve ulaşılabilirliğine göre farklı cerrahi girişimler uygulanır. Bazen tümörün tamamen çıkarılamadığı durumlarda, hastadaki semptomların azaltılması amacıyla tümörün bir kısmının çıkarıldığı palyatif cerrahi de uygulanabilir.

Cerrahi yaklaşım	Supratentorial yaklaşım	İnfratentorial yaklaşım	Transsfenoidal yaklaşım
Tümörün yerleşim yeri	- Frontal lob, - Temporal lob, - Oksibital lob	- Serebellum, - Beyinsapı	- Hipofiz bezi

- özbakım gereksinimini,
- psikolojik destek gereksinimini değerlendirir.



Cerrahi tedavi sonrası oluşan dayanılmaz ağrı, ani başlangıçlı duyu ve motor yetersizlik, omurilik enfarktüsünün neden olduğu vertebra kollapsının bulgusu olabileceğinden, hemşire hastanın ağrısını ve nörolojik durumunu sık aralıklarla değerlendirmelidir.

Spinal Tümörlü Hastanın Hemşirelik Bakım Planı

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Hemşirelik Girişimleri
Tümör invazyonu veya ödem nedeniyle diyaf- ragma invazyonunu sağlayan sinirlerin hasarlanması ile ilişkili SOLUNUM ÖRÜNTÜSÜNDE ETKİSİZLİK	Hastanın • normal hız ve derin- likte solunum yap- ması, • göğüs hareketlerinin simetrik olması, • SpO₂ değerinin > %90 olması	• Hastanın solunumu yakından izlenir. • Solunum sesleri dinlenir, anormal bulgular hekime bildirilir. • Hasta monitörize edilir. • Göğüs fizyoterapi uygulanır. • Acil müdahale için entübasyon malzemeleri ve ventilatör hastanın yanında bulundurulur. • Hastanın AKG değerleri izlenir. • Hekim istemi doğrultusunda oksijen tedavisi uygulanır. • Anksiyete kontrolü sağlanır.
Tümörün sinir kökü üzerindeki baskısı, vertebra kollapsı, cer- rahi insizyon ve sırt üstü düz yatış pozisyo- nu ile ilişkili AKUT AĞRI	Hastanın • rahatladığını veya ağrısının tolere edi- lebilir düzeyde azal- dığını ifade etmesi	• Ağrının niteliği ve şiddeti değerlendirilir. • Ağrıyı artıran faktörler (öksürme, hapşırma, ıkınma) değ- lendirilir. • Anksiyete kontrolü sağlanır. • Hekim istemindeki farmakolojik tedavi, önerilen doz ve ara- lıkta uygulanır. • Farmakolojik tedavi ile birlikte uygun farmakolojik olmayan ağrı kontrol yöntemleri uygulanır. • Ağrı kontrol yöntemlerinin etkinliği değerlendirilir. • Hasta kontrollü analjezi veya multimodal analjezi gerekliliği (özellikle vertebra kollapsında) değerlendirilir ve gereksinim hekime bildirilir. • Uygun pozisyon verilir. Kontrendikasyon yoksa cerrahi alan üzerindeki basıncı azalttığından hastaya yan yatış pozisyonu verilir.
Uzun süreli immobili- zasyon, sürekli sırt üstü yatış pozisyonu ve nörolojik defisit ile ilişkili DOKU BÜTÜNLÜĞÜNDE BOZULMA RİSKİ	• Basınç yarısının gelişmemesi	• Günde en az iki kez hastanın cildi, özellikle basınç altında kalan bölgeler (sakrum, trokanterler ve topuklar), değ- lendirilir. • Omurganın nötral pozisyonu korunarak hastanın pozisyonu 2 saatte bir değiştirilir. • Paraplejik ve quadripalejik hastaların pozisyonu 30 dakikada bir değiştirilir. • Destek yüzeyler kullanılır. • İdrar ve gaita inkontinansı olanlarda cilt bariyerleri kullanılır. • Hastanın yeterli sıvı ve protein alımı sağlanır. • Parapleji vb. nörolojik defisiti yoksa hasta en kısa sürede mobilize edilir.



Taburculuk planlamasında,

- rehabilitasyon ve psikolojik destek gereksinimi belirlenir ve danışmanlık sağlanır.
- işlev kaybı olan hastalara mesane ve bağırsak kontrol programı öğretilir.
- yürümeye yardımcı cihazlar kullanılacaksa, bu cihazlar ve kullanımı anlatılır.
- duyu-motor defisiti olan hasta ve aile ev ortamını nasıl düzenleyecekleri konusunda bilgilendirilir.

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları/Radyolojik Testler

- Hastadan ayrıntılı bir öykü alınır. Ayrıca fizik muayene, baryumlu grafi, üst gastrointestinal endoskopisi, özofagus manometrisi ve sintigrafi yapılır. Baryumlu grafi ile akalazyanın karakteristik özellikleri olan özofagusta peristaltizmin kaybı, boşalmayan besin ve tükürük salgısına bağlı olarak baryum sütunun üzerinde hava-sıvı dengesi görülebilir. Tipik görüntü ise alt özofagusun ince kuş gagası gibi oluşudur. Manometre ile özofagus ve sfinkterlerin bir haritası çıkarılır. Bu işlemde özofagus peristaltizminin yokluğu, alt özofagus sfinkterinde tam olmayan gevşeme, alt özofagus sfinkterinde yüksek basınç ve mide basıncına göre artmış özofagus basıncının olması tanıyı kesinleştirir.



Mutlaka Yapılmalı!

- 40 yaş üzerindeki ve/veya semptomları kısa sürede gelişen,
- Kısa sürede fazla kilo kaybı olan,
- Ailesinde özofagus ya da mide kanseri varlığı olan,
- Sigara ve alkol kullananlar,
- Uzun süredir gastroözofageal reflü şikayeti olan,
- Baryumlu grafisi şüpheli olan hastalarda üst gastrointestinal endoskopisi mutlaka yapılmalıdır.

Hemşirelik Bakımı

- Akalazyada tedavinin amacı alt özofajiyal sfinkter basıncını düşürmek, besin geçişini kolaylaştırmak ve normal besin alımını sağlamaktır. Bu amaçla ilaçla tedavi (antikolinergikler, kalsiyum kanal antagolistleri, uzun etkili nitratlar), cerrahi (özofagomiyotomi) ve dilatasyon (balonla pnömatik dilatasyon) uygulanır.

İlaç Tedavisi

- Tedavide kullanılan ilaçların amacı, alt özofagus sfinkterinin gevşemesini sağlamak ve bu şekilde besinlerin mideye geçişini kolaylaştırmaktır.
- Yemeklerden 10-30 dk önce 10-30 mg nifedipin ya da 5-10 mg isosorbid dinitrat dilatına konulur.

- Hemşire genel ameliyat öncesi ve sonrası bakımın yanı sıra bu hastalara beslenme düzenlerine ve şikayetlerini azaltmaya yönelik eğitim vermelidir. Bu eğitimde; uyurken ve yemek yerken yatak başını yükseltmesi, ülsere neden olabilecek phenylbutazone ve salicylat gibi ilaçları almaması, az ve sık aralarla beslenmesi, besinleri iyi çiğnemesi, her lokma ile su içmesi, posası az, yumuşak besinleri tercih etmesi, alkol-gazlı içecekler-kızartma-kahve-baharatlı vb besinlerden kaçınması, çok sıcak ve soğuk besinleri tüketmemesi, mümkünse ilaçların sıvı ya da dilatı formlarını tercih etmesi konuları yer alır.
- Kilo takibinin yapılması, ağız ve diş bakımı verilmesi, olası komplikasyon belirtilerinin izlenmesi önemlidir. Ameliyat sonrası da hastanın yeni yemek yeme alışkanlığını sürdürmesi gerekir. Ayrıca cerrahi insizyon bölgesi enfeksiyon açısından gözlemlenmeli, asepsiye özen gösterilmeli, hasta konforu sağlanmalıdır.

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Hemşirelik Girişimleri
Disfaji ve kusmaya bağlı ASPIRASYON RİSKİ	Hastanın; • aspirasyon riskinin olmaması, • kusmasının olmaması.	• Hastaya semifowler pozisyon verilir. • Kusma oluştuğunda baş yana çevirilir. • Kusma sonrasında ağız bakımı verilir. • Aspirasyon pnömonisi riski belirtileri gözlemlenir. • Yaşam bulguları izlenir.

(Devamı)



Transsfenoidal ve transnazal yaklaşım kafatasının açılmasını gerektirmemesi, enfeksiyon, kanama gibi komplikasyonların az olması ve mortalitenin daha az olması nedeni ile günümüzde sıklıkla tercih edilmektedir.

Hastanın görme alanı ve görme testleri dikkatli değerlendirilmeli ve ameliyat öncesi ile karşılaştırılmalıdır.

Görme veya görme alanı ile ilgili yeni bir bulgunun kanamayı gösterebileceği unutulmamalıdır.



Kafa içi basınç artışı bulguları: kan basıncında artış, nabız basıncında artış, bradikardi, pupil değişimleri, solunum değişiklikleri vb dikkatli takip edilir.
Intrakraniyal kanama bulguları: bilinçte değişim, baş ağrısı, anizokori, rinore, mide bulantısı, kusma vb dikkatli takip edilir.

Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Hemşirelik Girişimleri
Anksiyete	- Anksiyete yaratan durumu belirtir. - Ameliyat süreci ile ilgili bilgi sahibi olur. - Ameliyattan sonraki pansumanları ve drenleri bilir. - Ameliyattan sonra yapılacak egzersizleri bilir ve uygular.	- Hasta ile sakin ve güven verici bir iletişim kurulur. - Hastanın duygularını ve korkularını ifade etmesine izin verilir. - Hastaya uygulanacak tüm işlemler ve işlemler sırasında neler hissedeceği ile ilgili bilgi verilir. - Hastaya genel bir anestezi alacağı ve dikkatli bir izleme için 48 saate kadar yoğun bakım ünitesinde kalabileceği söylenir. - Ameliyat sonrasında monitöre bağlı olarak takip edileceği konusunda bilgi verilir. - Ameliyattan sonra burnunda nazal kateter bulunacağı ve en az 1 gün kalacağı açıklanır. - Hastaya cerrahiden sonra üriner kateteri olacağı ve bunun bir süre kalacağı açıklanır. - Hastanın durumuna uygun yapılacak testler için hazırlık yapılır. - Hastanın durumuna uygun izlemler yapılır. - Hastaya hormon replasman tedavisine ihtiyaç duyulabileceği açıklanır. - Hastaya ameliyattan sonra kullanacağı reçeteli ilaçları hakkında bilgi verilir. - Hastaya ameliyattan sonra yapılacak derin solunum ve yatak içi egzersizler öğretilir. - Hastanın soru sormasına fırsat verilir, soruları cevaplandırılır. - Gevşeme teknikleri öğretilir.
Adaptif kapasitede azalma-inttrakraniyal	- Nörolojik bulgular normaldir. - Serebral perfüzyon normaldir. - Kafa içi basınç artışı bulguları yoktur. - Rinore yoktur. - Sütür hattında gerginlik ve baskı yoktur.	- Kafa içi basınç artışı bulguları dikkatli takip edilir. - Kafa içi basınç artışı bulguları, rinore varlığında doktor ile iletişime geçilir. - Intrakraniyal kanama bulguları dikkatli takip edilir. - Yatak başı 30-45° kaldırılır. - Hapşurmaması, öksürmemesi, sümürmemesi söylenir. - Birkaç gün boyunca eğilmemesi sağlanır ve söylenir. - Yumuşak dış fırçaları ile dişini fırçalaması gerektiği açıklanır. - Diş fırçalarken dikiş hattına zarar vermemesinin önemi açıklanır. - Gargara kullanabileceği söylenir. - Kusma takip edilir, kusma olduğunda özellikleri yönünden gözlem yapılır ve hasta değerlendirilir. - Burundaki pansuman düzenli olarak rinore yönünden takip edilir. - Hasta solunum sıkıntısı yönünden değerlendirilir. - Nörolojik durum sık aralıklar ile değerlendirilir. - Vital bulguları sık aralıklar ile değerlendirilir.

- Yaralanma, inflamasyon
- Beslenme faktörleri (Omega-3 yağ asitleri, lutein, zeoksantin içeren besinlerden zengin beslenme ile risk azaltılabilir).
- Ultraviyole (UV) ışığa sık maruz kalma

Belirti ve Bulgular

- Görme bozukluğu tek gözde başlar.
- Periferik görme bozulmamış, santral (merkezi) görme bozukluğu/bulanık görme vardır.
- Okuma, dikiş dikme gibi yakın ve santral görmeyi gerektiren aktiviteleri yapamama

Tanıyı Destekleyen Laboratuvar Bulguları/ Radyolojik Testler:	
Funduskopi	Gözün fundusunun değerlendirilmesi
Fundus Floresein Anjiografi (FFA)	Retina dolaşımının görüntülenmesinde, lezyonun özelliklerini belirlemek ve tedavi planı yapmak açısından faydalıdır.
Elektroretinografi (ERG)	Işığa retinal yanıtı ölçmek için
İndosiyenin Yeşili Anjiografisi (İSYA)	Fundusun derin katlarının ve koroid damarların incelenmesinde
Optik Koherens Tomografisi (OKT)	Biyolojik dokuların mikro yapılarının yüksek rezolüsyonlu tomografik kesitlerini sunan bir görüntüleme sistemidir. Göze temas etmeden çekim yapılabilen ve invazif olmayan bir tekniktir. Membran lokalizasyonunu belirlemek, retina kalınlık ölçümü, retina içi ve altı sıvıların takibi, membran ile RPE ilişkisinin değerlendirilmesi, tedavi sonrası dokularda meydana gelen değişikliklerinin gözlenmesi için kullanılır.

Hemşirelik Bakımı

Hemşirelik Tanısı	Sonuç Kriterleri	Hemşirelik Girişimleri
Retinanın makular alanının dejenerasyonuna bağlı Azalmış Görme Algısı	-Görme değişikliklerine uyum sağlayacak -Görme değişikliklerine adaptasyonu sözel olarak ifade edecek	• Bireylere görmeye yardımcı olan aletler ve diğer baş etme yöntemleri ile ilgili bilgi vererek, yavaş ve ilerleyici görme kaybına uyum sağlamalarına yardımcı olunur. • Azalan görme kaybı ile baş etmede büyük puntolu kitap ve dergiler, büyüteç ve aydınlatma cihazları yardımcı olabilir. • Merkezi görme kaybında, erken tedavi (görmenin korunması ve hastalığın yavaşlatılması) için acilen doktora başvurulmalıdır.
Görmede değişme ile ilgili Travma Riski	-Hastada yaralanma meydana gelmeyecek	• Görme bozukluğundan kaynaklanan düşmeleri ve diğer yaralanmaları önlemek için standart hemşirelik girişimleri yapılmalıdır. • Yaralanma riskini ve evde düşmeleri en aza indirmek için taburculuktan önce ev güvenliğinin sağlanması gerekmektedir.
Önceki deneyimlere bağlı olmayan hastalık süreci ve tıbbi rejimle ilgili Bilgi Eksikliği	-Görmenin sürekli izlenmesinin önemini anladığını sözel olarak ifade edecek	• Hasta Eğitimi; -Hastalığın ilerlemesinin değerlendirilebilmesi için düzenli göz kontrollerinin yapılması -Merkezi görmenin hastanın kendisi tarafından izlenmesi için Amsler kılavuzunun kullanımı (internetten elde edilebilir) -Görme değişikliklerine uyum sağlamak ve ev güvenliğini sürdürmek için tedbirler -Foto-dinamik tedavi (retinal kan damarlarının içine ışık ile aktive olan bir ilacın enjekte edilmesi sonucunda kan damarları tıkanır ve kanama durdurulur) uygulanmışsa işlem sonrası koyu camlı gözlük ve gözü koruyucu giysilerin kullanımı, tedavi sonrası 5 gün parlak ışıklardan kaçınma

Acil Müdahale Gerektiren KBB Hastalıklarında Hemşirelik Bakımı**Dış Kulak Yolu Tıkanıklığı Olan Hastanın Acil Serviste Bakımı**

Dış kulak kanalı dar ve kavslidir. Buşon veya yabancı cisimlerle tıkanabilir. Kulak kiri kurudukça, dışa doğru hareket eder. Buna rağmen bazı insanlarda birikir ve tıkaç oluşturur. Yaşlı insanlar özellikle bu duruma yatkındır. Yaşlanma ile kulak kiri daha sert ve kuru hale gelir. Pamuklu aplikatörle kulak kirini çıkarmaya çalışmak genellikle kulak kirinin kulak kanalında daha derine yerleşmesine neden olur. Kulak kanalı obstrüksiyonu sesin iletimini ve işitmeyi engeller. Dolgunluk hissi ve kulak çınlamasına neden olur. Yabancı cisim veya serumen otoskop ile görülebilir. Tedavide kulak kanalını temizlemeye odaklanılır. Tıkanıklığı gidermek için dış kulak kanalına irrigasyon uygulanır. Buşon, yabancı cisim ve böceklerin küret, forseps veya başka bir alet kullanılarak çıkarılması gerekebilir. Mineral yağ veya topikal lidokain damlaları, böcekleri çıkarılmadan önce hareketsiz hale getirmek veya öldürmek için kullanılır. Fasülye gibi taneli bir yabancı cisim veya bir böcek kanalı tıcarsa su ile irrigasyon uygulanmaz. Su, nesnenin şişmesine neden olarak çıkarılmasını zorlaştırır.

Vertigosu Olan Hastanın Acil Serviste Bakımı

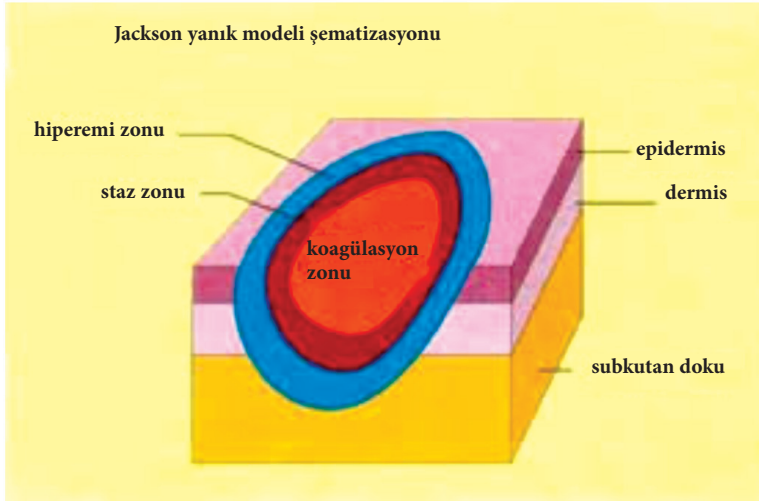
Vertigosu olan hastanın acil servisteki bakımı klinikteki bakımı ile benzer olup, “Meniere Sendromu” başlığı altında kapsamlı olarak ele alınmıştır.

Ani İşitme Kaybı Olan Hastanın Acil Serviste Bakımı

Ani işitme kaybı, üç günden daha kısa süre içinde aniden ortaya çıkan işitme kayıplarıdır. Serumen, östaki tüpünde fonksiyon bozukluğu, otitis media, iç kulaktaki kan akımının olumsuz etkilenmesi nedeniyle gelişebileceği gibi, idiyopatik olarak da gelişebilir. Genellikle tek taraflı olup, nadiren çift taraflı görülebilir. Ani işitme kaybına tinnitus ve vertigo eşlik edebilir. İşitme kaybı hafiften tamamen sağırığa kadar farklı derecelerde olabilir. Tedavi nedene yönelik olmakla birlikte, vakaların %85-90'ında neden bulunamayabilir. Kalıcı işitme kaybı gelişmemesi için tedaviye ilk 48-72 saat içinde başlanmalıdır. Tedavide sistemik steroidler, Pirasetam (nootropil), H2 reseptör antagonistleri, B1 – B6 vitamini, Asiklovir (viral kökenli ise) uygulanır. Hastaya sigara ve alkol kullanmaması, tuz ve aktivite kısıtlaması önerilir. Hastanın işitme testleri sık aralıklarla tekrarlanır.

Burun Kanaması Olan Hastanın Acil Serviste Bakımı

Burun kanaması olan hastanın acil servisteki bakımı klinikteki bakımı ile benzer olup, “Epistaksis” başlığı altında kapsamlı olarak ele alınmıştır.



Şekil 5. Jackson'ın Yanık Alanları

Kaynak: <http://openaccess.inonu.edu.tr:8080/xmlui/bitstream/handle/11616/11365/288961.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sistemik Yanıt

- Yanık yarası sadece fiziksel bir olay değildir. Yaralanma yerinde sitokinlerin ve diğer inflamatuvar mediatörlerin (histamin, kemotaktik faktörler, prostaglandinler, mast hücresi vb.) salınımı ile, yanık toplam vücut yüzey alanının %25-30'una ulaştığında sistemik bir etkiye sahip olmaktadır. Büyük yanıkların ilk iki saatinde total vücut suyunun %15'i, ilk sekiz saatinde %80'i kaybedilebilir. Bu nedenle hipovolemik şok (yanık şoku) ve buna bağlı hemodinamik değişiklikler çok çabuk ortaya çıkar. Yanık ilk oluştuğunda meydana gelen olaylar Şekil 4'de verilmiştir.
- Yanık yaralanması sonucu sistemlerde bazı değişiklikler meydana gelmektedir:
- **Kardiyovasküler Değişiklikler:** Kılcal damarlarda geçirgenlik artmakta, bu da damar içi proteinlerin ve sıvının interstisyel bölme kayına neden olmaktadır. Bu durum kardiyak outputun dolayısıyla kan basıncında düşmeye ve sonucunda hipovolemik şok, organ hipoperfüzyonu gibi durumların oluşmasına neden olmaktadır. Elektrik yanıkları EKG değişikliklerine, miyokard enfarktüsüne ve ventriküler fibrilasyon dahil olmak üzere kardiyak aritmilere neden olabilmektedir.
- **Solunumsal Değişiklikler:** İnflamatuvar mediyatörler bronko konstriksiyona neden olarak özellikle ciddi yanıklarda solunum sıkıntısı sendromu ortaya çıkabilmektedir. Doğrudan havayolu hasarı oluşmuşsa (karbonmonoksit zehirlenmesi, duman inhalasyonu vb. nedenlerle) epitelyal hücrelerde hasar oluşmakta, alveolar hasar, pulmoner ödem ve azalmış oksijen difüzyonu gibi durumlar görülebilmektedir.
- **Renal Değişiklikler:** Renal sistem etkileri dolaylı olarak görülmektedir. Azalmış kardiyak output, akut böbrek hasarı ile sonuçlanabilen azalmış Renal perfüzyon ve oligüriye yol açmaktadır. Buna ek olarak, yanık yaralanmasından sonra, hasar görmüş eritrositlerden hemoglobin ve kas dokusundan miyogloblin açığa çıkar. Böbrek kan akımı yetersiz olduğunda, hemogloblin ve miyogloblin renal tübülleri tıkararak akut tübüler nekroza ve böbrek yetmezliğine neden olur.
- **Gastrointestinal Değişiklikler:** Gastrointestinal sistemdeki damarlar daralarak bölgeye olan kan akımını engeller. Peristaltizm durur ve paralitik ileus gelişir. Yoğun stres nedeniyle Curling's ülseri (Stres ülseri) adı verilen gastrik veya duodenal erozyon meydana gelebilir.
- **Metabolik Değişiklikler:** Geniş yanıklı bireylerin metabolik hızları normalin iki katına çıkar. Bu hipermetabolik durum yanık sonrası 7-14 günde en yüksektir. Yanığa stres reaksiyonu ile kan glikoz düzeyi yükselir.
- **İmmün Sistemde Değişiklikler:** Yanıkla birlikte hücresel ve humoral immünite baskılanır. Trombosit tahribi nedeniyle trombositopeni gelişir.

- Zorlu diurezin başarılı olabilmesi için ilacın büyük oranda böbreklerden değişmeden atılması, plazma proteinlerine bağlanma oranlarının yüksek olmaması ve dağılım hacminin düşük olması gibi bazı farmakokinetik özellikleri içermesi gerekmektedir.
- Diürezin tedavideki önemi henüz tartışmalı bir konudur.

Hemodiyaliz ve Hemoperfüzyon

- Hemodiyaliz ve hemoperfüzyon yöntemleri invaziv işlemler olduğundan sadece yaşamı tehdit eden özgül zehirlenmelerde kullanılmalıdır.
- Uygulanan yöntem zehrin böbrekten atılımını %30 ya da daha fazla artırıyorsa kullanılmalıdır.
- ABD Zehir Danışma Merkezleri hemodiyalizi; lityum, aminofilin, teofilin, etilen glikol, asetil salisilik asit, metanol ve etanol zehirlenmelerinde, hemoperfüzyonu ise aminofilin, teofilin, uzun etkili barbituratlar ve karbamazepin zehirlenmelerinde önermektedir.

1. Destek Tedavisi

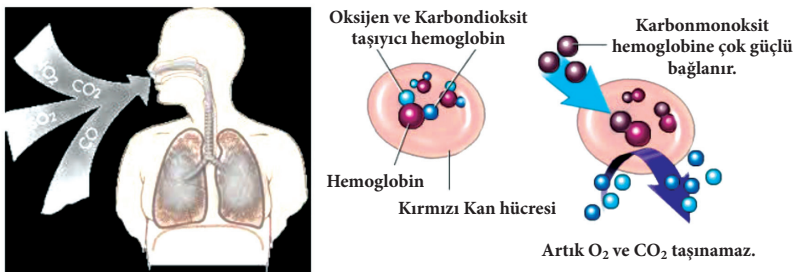
- Solunumsal komplikasyonlar en sık ölüm nedenini oluşturmaktadır. Bu nedenle havayolu korunmalı, aspirasyon önlenmelidir.
- Kardiyovasküler komplikasyonlar olarak aritmi, bradikardi, hipotansiyon ve kardiyak arrest görülebilir. Bu komplikasyonlara yönelik girişimler uygulanmalıdır.
- Stres ülseri profilaksisi de düşünülmelidir.
- Tüm koma yapıcı, hipotansif ve nefrotoksik ilaçlarla zehirlenen hastalarda idrar çıkışı 0,5 ml/kg/saat'in üzerinde tutulmalıdır.
- Birçok ilaç toksikasyonu hipotermiye neden olabilmektedir. Hasta ve sıvılar ısıtılmalıdır.

Karbonmonoksit (CO) / Doğal Gaz Zehirlenmeleri

- Karbonmonoksit, bir karbon ve bir oksijen atomundan oluşan molekülün adıdır. Doğal gaz, gaz yağı, benzin, tüp gazı, kömür ve odun gibi yapısında "karbon" bulunan yakıtların yanması veya tam olarak yanmaması sonucunda oluşan dumanda yer alan renksiz, kokusuz zehirli bir gazdır. Tatsız, renksiz, kokusuz olması ve tahriş etme özelliğinin olmaması nedeni ile fark edilmediği için "sessiz katil" olarak bilinmektedir.

Önem sırasına göre karbonmonoksit kaynakları şunlardır:

- Sobalardan sızan gazlar
- Bacasız ısıtıcılar (Gazlı Japon sobaları, LPG tüplü ısıtıcılar).
- Doğalgaz / LPG'li şofben ve kombilerden sızmalar
- Otomobil egzoz gazları
- Sigara dumanı
- Jeneratörler
- Solunan havada karbonmonoksit konsantrasyonu artarsa, kana geçer ve oksijenin taşındığı hemoglobine O_2 'den daha kolay bağlanır. Yani bütün CO 'lar bitmeden O_2 bağlanamaz. Bu bakımdan oksihemoglobin meydana gelemez ve kanda karboksihemoglobin artar, dokulara oksijen taşınamaz ve hücre ölümü meydana gelir (Şekil 7).



Şekil 7. Karbonmonoksit Zehirlenmesi

Hemşirelik Saha Referans

EL KİTABI

ARADİĞINIZ TÜM TIP KİTAPLARI BU ADRESTE



www.guneskitabevi.com

GENEL DAĞITIM

GÜNEŞ TIP KİTABEVLERİ

ANKARA

M. Rauf İnan Sokak No: 3
06410 Sıhhiye / Ankara
Tel: (0312) 431 14 85 • 435 11 91-92
Faks: (0312) 435 84 23

İSTANBUL

Gazeteciler Sitesi Sağlam Fikir Sokak
No: 7 / 2 Esentepe / İstanbul
Tel: (0212) 356 87 43

KADIKÖY

Rasimpaşa Mah. İskele Sokak
No: 4 / A Kadıköy / İstanbul
Tel&Faks: (0216) 546 03 47



Türkiye'nin her yerinden...
0505 734 13 13



ISBN 978-975-277-882-5



9 789752 778825