



## YBAK1207 YAŞLI BAKIM İLKE VE UYGULAMALARI-I DERSİ UYGULAMA SINAVI BECERİ REHBERİ

**Kaynak:** Sarı C. Okur E (Eds). Yaşlı Bakımına Yönelik Temel İlke ve Uygulamalar, Kitap, Ankara Nobel Tıp Kitabevleri, 2024 (Kaynak göstermeden alıntı yapmayınız).

### 1. VÜCUT SICAKLIĞI, NABIZ, SOLUNUM, KAN BASINCI UYGULAMA BASAMAKLARI VE GEREKÇELERİ

#### 1. Vücut Sıcaklığının Ölçümü


İşlem Basamakları	Gereke/Açıklama
1.Eller yıkanır.	El hijyeni, mikroorganizmaların yayılmasını ve bulaşı önler.
2.Gerekli malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.	İşlemin doğru ve güvenli bir şekilde yapılmasını sağlar.
3.Hastanın kimliği doğrulanır. Bireyden ismini söylemesi istenir. Bireyin ismi ve tanımlayıcı bilekliğindeki diğer bir kimlik belirleyici ile hasta kayıtlarıyla karşılaştırılır.	Doğru hastaya müdahale edildiğinden emin olmayı sağlar ve hataların önlenmesine yardım eder.
4.Hastaya yapılacak işlem açıklanır ve izin alınır.	Bilgi verme hasta ile iş birliği yapılmasını ve hastanın rahatlamasını sağlar.
5.Hastaya supine ya da fowler pozisyonu verilir.	Ölçümün güvenli olmasını sağlar.
6.Termometre ölçüm probuna tek kullanımlık prop yerleştirilir.	Mikroorganizmaların yayılmasını ve ölçüm probunun kirlenmesini engeller.
7.Gerekli ise eldiven giyilir.	Eldiven kan ya da diğer vücut sıvılarıyla bulaşı, temas yoluyla mikroorganizmaların bulaşı önler. Bu tür durumlar söz konusu değilse eldiven oral, aksiller ya da timpanik ölçümlerde gerekli olmayabilir.
8.Termometrenin açma düğmesine basılır ve hazır olduğunda ölçüm gerçekleştirilir.	Doğru ölçüm için termometrenin açık ve hazır durumda olması gereklidir.
<b>Oral Yol ile Ölçüm Yapılacak İse;</b>	
<ul style="list-style-type: none"><li>✓ Prop hastanın dilinin altına, posterior sublingual boşluğa yerleştirilir.</li><li>✓ Hastadan termometreyi ısırılmayacak şekilde dudaklarını sıkıca kapatması istenir.</li><li>✓ Sinyal sesi duyuluncaya ve vücut sıcaklığı dijital göstergede görününceye kadar prop elle tutulur.</li><li>✓ Sinyal sesi durduktan sonra derece hastanın ağzından çıkarılır.</li></ul>	 <p>Berman A, Snyder S, Frandsen G.,2022</p> <p>Prop, arka dil altı boşluğunun ilerisine doğru geçerse yüzeyin hemen altında bulunan kan damarları ile temas eder. Doğru ölçüm için uygun bölgenin belirlenmesi gerekir.</p>

	Prop desteklenmeden ölçüm yapılması, probun uygun ölçüm alanından kaymasına ve hatalı ölçüm yapılmasına neden olur. Sinyal sesi ölçümün tamamlandığını gösterir.
<b>Aksiller Ölçüm Yapılacak İse;</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aksiller bölge açıkta kalacak şekilde hasta kıyafetleri çıkartılır/hastadan çıkartması istenir.</li> <li>✓ Hastanın mahremiyeti sağlanır.</li> <li>✓ Hastanın koltuk altı nemlilik ve lezyonlar yönünden kontrol edilir, nemli ise peçete ile kurulanır.</li> <li>✓ Elektronik termometre çalıştırılır.</li> <li>✓ Elektronik termometrenin ucu deriye temas edecek şekilde aksiller bölgenin ortasına yerleştirilir.</li> <li>✓ Hastanın kolunu kapatması ve ön kolu göğsünün üzerine yerleştirmesi istenir.</li> <li>✓ Termometreden sinyal sesi gelene kadar beklenir, sinyal sesi durduktan sonra derece koltuk altından çıkarılır.</li> </ul>	<p>Hastanın rahat etmesi sağlanır ve mahremiyeti korunur.</p> <p>Nem ya da lezyon ölçüm sonucunu etkileyebilir.</p>  <p>Berman A, Snyder S, Frandsen G.,2022 Probun doğru bölgeye ve doğru şekilde yerleştirilmesi doğru ölçüm yapılmasını sağlar. Termometre probunun tamamen deri yüzeyiyle kaplanması doğru ölçüm sonucunu verir.</p>
<b>Rektal Yolla Ölçüm Yapılacak İse;</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Yatak çevresindeki perdeler ve mümkünse oda kapıları kapatılır. Hastanın mahremiyeti sağlanır.</li> <li>✓ Eldivenler giyilir.</li> <li>✓ Hastaya Sim's pozisyonu verilir ve anal bölgesi açılır.</li> <li>✓ Gerekli ise hastanın altına tedavi bezi/ hasta alt bezi serilir.</li> <li>✓ Termometre probunun 2,5cm'lik bölümüne suda çözünen kayganlaştırıcı sürülür.</li> <li>✓ Pasif elin baş ve işaret parmakları ile hastanın anüsü açıkta kalacak şekilde kalçalar ayrılır.</li> <li>✓ Hastadan yavaş ve derin nefes alması istenir.</li> <li>✓ Termometre anüse yavaşça ve zorlamadan 3.5 cm ilerletilir.</li> <li>✓ Sinyal sesi gelene kadar ve ekranda değer görülünceye kadar prop içerde tutulur.</li> </ul>	<p>Hastanın rahat olmasını sağlar ve mahremiyetini korur.</p> <p>Eldiven kan ya da diğer vücut sıvılarıyla bulaşı, temas yoluyla mikroorganizmaların bulaşını önler.</p> <p>Ölçüm yapan kişinin kalçayı daha rahat görmesini sağlar, sadece anal bölgenin açıkta kalması hastanın sıcaklığını ve mahremiyetini korur.</p> <p>Yatağın temiz kalmasını sağlar.</p> <p>Kayganlaştırıcı jel friksiyonu azaltır, anüse probun girişini kolaylaştırır, rektal mukoz membranlarda tahriş ve yaralanma riskini azaltır.</p>  <p>Potter PA, Perry AG, Stockert P, Hall A.,2022</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sinyal sesi durduktan sonra prop dikkatli bir şekilde yerinden çıkarılır.</li> <li>✓ Tuvalet kâğıdı ile anüs etrafına bulaşmış olabilecek feçes ve kayganlaştırıcı silinir. Tuvalet kâğıdı atılır.</li> <li>✓ Eldivenler çıkarılır ve atılır. Eller yıkanır/antiseptik solüsyonla ovulur.</li> <li>✓ Ekranda görülen değer okunur.</li> </ul>	<p>Anal sfinkterin gevşemesini, anüsün daha rahat görülmesini sağlar.</p> <p>Prop anal açıklığa doğru bir şekilde yerleştirilmezse çevre dokularda yaralanma ve rahatsızlığa neden olabilir.</p> <p>Termometrenin desteklenmesi ve doğru bir şekilde probun çıkarılması rektumda meydana gelebilecek hasar ya da rahatsızlığı önler. Hastanın hijyeni sağlanmış olur. Mikroorganizmaların yayılmasını önler.</p>
12.Prop, serbest bırakma düğmesine basarak termometreden çıkarılıp atılır.	Probun gerektiği şekilde atılması, mikroorganizmaların bulaşmasını azaltır.
13.Hastaya rahat bir pozisyon verilir.	Hastanın rahatını sağlar.
14.Ölçüm sonucu ile ilgili hastaya bilgi verilir.	Bilgi vermek hasta ile iş birliği yapılmasını ve hastanın rahatlamasını sağlar.
15.Malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.	Temizlik ve düzen sağlar.
16.Eller yıkanır/antiseptik solüsyonla ovulur.	El yıkama mikroorganizmaların yayılmasını önler.
17.Ölçülen sıcaklık hasta dosyasına, gözlem formuna ya da bilgisayara kaydedilir.	Kayıt, bilgilerin saklanması ve veri toplanmasının devamlılığını sağlar.

### Timpanik Membran Sıcaklığının Değerlendirilmesi

İŞLEM BASAMAKLARI	GEREKÇE/AÇIKLAMA
1.Eller yıkanır.	El hijyeni, mikroorganizmaların yayılmasını ve bulaşı önler.
2.Gerekli malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.	İşlemin doğru ve güvenli bir şekilde yapılmasını sağlar.
3.Hastanın kimliği doğrulanır. Bireyden ismini söylemesi istenir. Bireyin ismi ve tanımlayıcı bilekliğindeki bir kimlik belirleyici ile hasta kayıtlarıyla karşılaştırılır.	Doğru hastaya müdahale edildiğinden emin olmayı sağlar ve hataların önlenmesine yardım eder.
4.Hastaya yapılacak işlem açıklanır ve izin alınır.	Bilgi verme hasta ile iş birliği yapılmasını ve hastanın rahatlamasını sağlar.
5.Hastaya supine ya da fowler pozisyonu verilir.	Ölçümün güvenli olmasını sağlar.
6.Termometre ölçüm probuna tek kullanımlık prop yerleştirilir.	Mikroorganizmaların yayılmasını ve ölçüm probunun kirlenmesini engeller.
7.Gerekli ise eldiven giyilir.	Eldiven kan ya da diğer vücut sıvılarıyla bulaşı, temas yoluyla mikroorganizmaların bulaşı önler. Bu tür durumlar söz konusu değilse eldiven oral, aksiller ya da timpanik ölçümlerde gerekli olmayabilir.
8. Termometrenin ucu yumuşak bir basınçla dış kulağın girişine doğru yerleştirilir ve termometre hastanın çene hattı doğrultusunda tutulur.	


9.Kulak kepçesi tutularak yukarıya ve geriye doğru kulak kanalı doğrultusunda çekilir.	Kulak kanalının düzleştirilerek timpanik membranın açığa çıkmasını ve doğru ölçüm yapılmasını sağlar. Uç doğru şekilde yerleştirilmezse, hastanın vücut sıcaklığının olduğundan daha düşük ölçülmesine neden olabilir.	
10.Termometrenin açma düğmesine basılır ve hazır olduğunda ölçüm gerçekleştirilir.	Doğru ölçüm için termometrenin açık ve hazır durumda olması gereklidir.	
11.Prop, serbest bırakma düğmesine basarak termometreden çıkarılıp atılır.	Probun gerektiği şekilde atılması, mikroorganizmaların bulaşmasını azaltır.	
12.Hastaya rahat bir pozisyon verilir.	Hastanın rahatını sağlar.	
13.Ölçüm sonucu ile ilgili hastaya bilgi verilir.	Bilgi vermek hasta ile iş birliği yapılmasını ve hastanın rahatlamasını sağlar.	
14.Malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.	Temizlik ve düzen sağlar.	
15.Eller yıkanır/antiseptik solüsyonla ovulur.	El yıkama mikroorganizmaların yayılmasını önler.	
16.Ölçülen sıcaklık hasta dosyasına, gözlem formuna ya da bilgisayara kaydedilir.	Kayıt, bilgilerin saklanması ve veri toplanmasının devamlılığını sağlar.	

### Temporal Arter Sıcaklığının Değerlendirilmesi

İŞLEM BASAMAKLARI	GEREKÇE/AÇIKLAMA
1.Eller yıkanır.	El hijyeni, mikroorganizmaların yayılmasını ve bulaşı önler.
2.Gerekli malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.	İşlemin doğru ve güvenli bir şekilde yapılmasını sağlar.
3.Hastanın kimliği doğrulanır. Bireyden ismini söylemesi istenir. Bireyin ismi ve tanımlayıcı bilekliğindeki diğer bir kimlik belirleyici ile hasta kayıtlarıyla karşılaştırılır.	Doğru hastaya müdahale edildiğinden emin olmayı sağlar ve hataların önlenmesine yardım eder.
4.Hastaya yapılacak işlem açıklanır ve izin alınır.	Bilgi verme hasta ile iş birliği yapılmasını ve hastanın rahatlamasını sağlar.
5.Hastaya supine ya da fowler pozisyonu verilir.	Ölçümün güvenli olmasını sağlar.
6.Termometre ölçüm probuna tek kullanımlık prop yerleştirilir.	Mikroorganizmaların yayılmasını ve ölçüm probunun kirlenmesini engeller.
7.Gerekli ise eldiven giyilir.	Eldiven kan ya da diğer vücut sıvılarıyla bulaşı, temas yoluyla mikroorganizmaların bulaşı önler. Bu tür durumlar söz konusu değilse eldiven oral, aksiller ya da timpanik ölçümlerde gerekli olmayabilir.
8. Termometre uzaktan kumanda cihazı gibi tutulur, parmakla açma düğmesine basılır. Probun ucu hastanın alnının ortasına yerleştirilir ve hafif eğik tutulur.	Cihazın kullanımını ve okunmasını kolaylaştırır. Cihazın dümdüz ve dik olarak kullanılması özellikle genç ya da zihinsel dalgalanma yaşayan hastalarda korku yaratabilir.

<p>9.Açma düğmesine tekrar basılır ve düğmeye basmaya devam edilerek, prop alın boyunca düz bir çizgi üzerinde saç çizgisine doğru yavaşça kaydırılır.</p>	 <p>Doğru ölçüm için termometrenin açık ve hazır durumda olması gereklidir. Temporal arter alnın ortasında deri yüzeyinin 2 mm altında yer alır; yüzün yan tarafında bu damarlar daha derindedir. Bu nedenle yüzün yan tarafından ölçüm yapmak sonucun daha düşük çıkmasına neden olabilir.</p>
<p>10.Termometre tıklama sesi çıkaracaktır. (Hızlı tıklama sesi yüksek sıcaklık, yavaş tıklama sesi ise cihazın hala taramakta olduğunu fakat yüksek sıcaklık tespit edilmediğini gösterir).</p>	<p>Tıklama sesi bir uyarı niteliğindedir.</p>
<p>11.Saçlar, kulağı örtmeyecek ve boyun bölgesini açıkta bırakacak şekilde taramır. Prop alından kaldırılarak kulak memesinin arkasında masteodin hemen altında kalan boyun bölgesine bastırılır.</p>	<p>Ter alın derisi üstünde buharlaşmadan dolayı serinlemeye ve sonucun düşük çıkmasına neden olur. Terleme sırasında kulak memesinin arkasındaki baş bölgesi atriyal ölçüm için gereken yüksek kan akış hızına sahiptir, bu vücut sıcaklığı sonucunun tekrar kontrolünü sağlar.</p>
<p>12.Termometrenin düğmesi bırakılır ve sıcaklık değeri okunur.</p>	<p>Sıcaklık değerinin okunması için gereklidir.</p>
<p>13.Prop, serbest bırakma düğmesine basarak termometreden çıkarılıp atılır.</p>	<p>Probun gerektiği şekilde atılması, mikroorganizmaların bulaşmasını azaltır.</p>
<p>14.Hastaya rahat bir pozisyon verilir.</p>	<p>Hastanın rahatını sağlar.</p>
<p>15.Ölçüm sonucu ile ilgili hastaya bilgi verilir.</p>	<p>Bilgi vermek hasta ile iş birliği yapılmasını ve hastanın rahatlamasını sağlar.</p>
<p>16.Malzemeler tedavi tepsisine yerleştirilir.</p>	<p>Temizlik ve düzen sağlar.</p>
<p>17.Eller yıkanır/antiseptik solüsyonla ovulur.</p>	<p>El yıkama mikroorganizmaların yayılmasını önler.</p>
<p>18.Ölçülen sıcaklık hasta dosyasına, gözlem formuna ya da bilgisayara kaydedilir.</p>	<p>Kayıt, bilgilerin saklanması ve veri toplanmasının devamlılığını sağlar.</p>

## 2. Periferik arterden nabız ve solunum sayma uygulama becerisi

<b>İşlem basamakları</b>	<b>Gerekçe</b>
1. Hastaya yapılacak işlem açıklanır.	Anksiyetesini azaltmak için işlem bireye açıklanır.
2. Eller yıkanır.	Mikroorganizmaların bulaşmasını önler.
3. Hastanın kimliği doğrulanır.	Hastanın kimliğini tespit etmek doğru hastanın gereken müdahaleyi aldığından emin olmayı sağlar ve hataları önler.
4. Malzemeler hazırlanır.	İşlemin doğru ve güvenilir bir şekilde yapılmasını
5. Birey aktivitede bulunmuş ise 5-15 dk dinlendirilmesi sağlanır.	Doğru sonucun elde edilmesini sağlar.
6. Bireye rahat bir pozisyon verilir.	Hastanın konforunu sağlar.
7. Gerekliyorsa eldiven giyilir.	Kan ya da vücut sıvılarıyla temas söz konusu değilse genelde eldiven giyilmez. Eldiven kullanımı kan ve vücut sıvılarıyla teması engeller.
8. Değerlendirme yapılacak periferik arter belirlenir.	Değerlendirmenin güvenli ve doğru olmasını sağlar.
9. Seçilen bölge açıkta kalacak şekilde bireyin kıyafetleri sıyrılır.	Nabız değerlendirilmesi yapılacak bölgenin üzerinin açık olması gerekir. Sadece o bölgenin açık kalması hastanın sıcaklığını korur ve mahremiyetini sağlar.
<b>Radial Arterin Tespiti</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Birey yatar pozisyonda ise, kolu gövdeye paralel olacak şekilde vücudun yanına uzatılır, eli ise avuç içi yere bakacak şekilde pozisyon verilir veya bireyin ön kolu göğsünün üzerine kıvrılır.</li><li>• Birey oturuyor ise, kolu bir desteğin üzerine konulur. Kolu dirsekten 90 ° açı yapacak şekilde bükülür, el bileği düz duracak, avuç içi yere bakacak biçimde eli yerleştirilir veya birey ön kolunu göğsünün üzerine kıvrır.</li><li>• İğaret, orta ve yüzük parmakları (üç parmak) radial arterin üzerine konulur.</li><li>• Başparmak ile bileğin dış yüzünden desteklenir.</li><li>• Radial arter üzerine orta düzeyde (yeterli) bir basınç uygulanır.</li><li>• Nabız hissedilir.</li></ul>	<p>Nabız bölgesine kolay erişim sağlar.</p>  <p>Parmak uçları dokunmaya duyarlıdır ve nabız daha iyi hissedilir. Uygun basınç palpasyona olanak sağlar. Aşırı basınçta nabız kaybedilir. Düşük basınçta ise nabız hissedilmez.</p>
<b>Brakial Arterin Tespiti</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Antikubital fossada, biceps ve triceps kasları arasında bulunur. Nabzın değerlendirileceği kolu uygun biçimde yerleştirin.</li><li>• Parmak uçlarını, dirseğin vücuda yakın iç kısmına, serçe parmak hizasında antekübital bölge üzerine, başparmağınızı ise dirseğin dış kısmına yerleştirin.</li><li>• Parmak uçlarınızla arter üzerine hafif bir baskı uygulayarak brakial arteri hissedin.</li></ul>	



### **Temporal Arterin Tespiti**

- Bařta temporal kemik üzerinde, gözün yan kısmında, şakaklardadır. Hastanın rahat edebileceği bir pozisyona alınmasını sağlayın.
- Aktif elinizin parmak uçlarını baştaki temporal kemik üzerine, gözün yan üst kısmına yerleştirin ve temporal arteri hissedin.

### **Karotis Arterin Tespiti**

- Boyunda sternokloidomastoid kasının orta kenarı boyunca uzanır. Bireyi oturtun ya da sırtüstü yatar pozisyonda ise başını 30 derece yükseltin.
- Başını orta hatta ve hafif ekstansiyon durumuna getirerek, boyun bölgesinin rahat biçimde görülebilir olmasını sağlayın.
- Aktif elinizin parmak uçlarını sternokleidomastoid kasın orta iç kısmı ile trakea arasına koyun ve karotis arteri hissedin.

### **Femoral Arterin Tespiti**

- Her iki inguinal ligamentin altında, simfizis pubis ve spina iliaca anterior süperior arasında bulunur. Kardiyak arrest ya da şok durumunda nabız diğer bölgelerden alınamadığında ve uyluk bölgesinde kan dolaşımının değerlendirilmesinde kullanılır.
- Bireyin sırtüstü pozisyon almasını sağlayın.
- Nabzın değerlendirileceği bacağını, ayak parmakları yukarı gelecek şekilde uzatın ve kasık bölgesini mahremiyete dikkat ederek açın.
- Aktif elinizin parmak uçlarını, simfizis pubis ve antero superior iliyak spine arasındaki inguinal ligamentin orta j-hattında, femoral arter üzerine koyun.



Temporal arter

Berman A Berman A, Snyder S, Frandsen G.,2022

### **Popliteal Arterin Tespiti**

- Her iki popliteal çukurda dizin arkasında bulunur. Bireyin sırtüstü ya da yüzüstü pozisyon almasını sağlayın.
- Sırtüstü yatar pozisyonunda; nabzın değerlendirileceği bacağı, dizden hafif kıvrarak ayak tabanını yatağa basar duruma getirin.
- Her iki elinizin başparmağını dizin üst kısmına işaret, orta ve yüzük parmak uçlarını dizin arka kısmındaki popliteal çukurun dış yan kısımlarına yerleştirin ve popliteal arteri hissedin.
- Yüzüstü yatar pozisyonda; nabzı değerlendireceği bacağı, dizden hafif kıvrarak ayak tabanını yukarı bakar duruma getirin.
- Aktif elinizin parmak uçlarını dizin arka kısmındaki popliteal çukurun dış yan kısımlarına yerleştirin, popliteal arteri hissedin.



### **Posterior Tibial Arterin Tespiti**

- Her iki ayak bileğinin iç yüzeyinde, medial malleolus'un üstündedir. Hastaya sırtüstü yatış pozisyonu verin.
- Nabzın değerlendirileceği bacağı, ayak parmakları yukarıya bakacak şekilde uzatın ya da dizden hafif kıvrarak ayak tabanını yatağa basar duruma getirin.
- Aktif elinizin parmak uçlarını ayak bileğinin iç kısmında medial malleolusun posterioruna dikey olarak yerleştirin ve posterior tibial arteri hissedin.




### **Dorsalis Pedis Arterin Tespiti**

- Birinci ve ikinci ayak parmağı, eksantör tendonun arasında bulunur. Bireyin sırtüstü ya da yarı oturur pozisyon almasını sağlayınız.
- Nabzın değerlendirileceği bacağı ayak parmakları yukarıya bakacak şekilde uzatınız ya da bacağı dizden hafif kıvrarak ayak tabanını yatağa basar duruma getirin.
- Aktif elinizin parmak uçlarını ayak bileğinden başparmağa doğru uzanan tendonun paralelinde yer alan dorsalis pedis arter üzerine yerleştirin ve arteri hissedin.










	<p>Berman A Berman A, Snyder S, Frandsen G.,2022</p>  <p>Berman A Berman A, Snyder S, Frandsen G.,2022</p>
10. Bir dakika süre ile bireyin nabızı sayılır (Bireyin, kalp, solunum hastalığı yoksa 30 sn sayıp, iki ile çarpılır).	Ölçümün ve değerlendirmenin doğruluğunu sağlar.
11. Nabzın sayısı, ritmi, dolgunluğu değerlendirilir. Nabız sayma tamamlandıktan sonra hemen arkasından hastaya hissettirilmeden solunum sayılmalıdır.	Hastanın kardiyovasküler durumu hakkında ek bilgi elde edilmesini sağlar.
<p><b>Solunum Sayma ve Değerlendirme</b></p> <p>12. Nabız hızını değerlendirdikten sonra el radial arterden çekilmeden hastanın göğüs hareketleri izlenerek solunumu da değerlendirilir.</p>	Hasta solunum hızının sayıldığını far ederse solunum hızı değişebilir. Hastanın nefesini tutmasını ya da hızlı nefes alıp vermesini önler.
13. Her inspirasyon ve ekspirasyon periyodu bir solunum olarak değerlendirilir.	Nefes alıp verme tam bir döngü olup, tek bir solunumu oluşturur.
14. Hastanın solunumu düzenli ise 30 sn. süre ile sayılır 2 ile çarpılarak dakikadaki solunum sayısı hesaplanır.	Hız derinlik ve diğer özellikleri gözlemlenmek için yeterli zaman gereklidir.
15. Düzenli/normal değilse, 12'de az, 20'den fazla ise bir dakika sayılır.	Daha fazla zaman ayırmak solunum sürecindeki eşitsizlikleri tespit etmeye yarar.
16. Aynı zamanda solunum derinlik ve ritim açısından değerlendirilir.	Hastanın solunum durumu hakkında ilave değerlendirme yapmayı sağlar.
17. Uygulama sonrasında bireye rahat bir pozisyon verilir.	Hastanın konforunu sağlar.
18. Uygulama sonunda bireye işlem sonuçları ile ilgili bilgi verilir.	Hastanın bakımına katılımını ve sağlık durumunu anlamasını sağlar.
19. Eller yıkanır.	Mikroorganizmaların bulaşmasını önler.
20. Nabız ve solunumun sıklığı, derinliği ve niteliği kaydedilir.	Solunumun niteliği, değişimlerin belirgin özelliklerini ortaya çıkarır. Verilerin saklanması ve takibi konusunda güvenilirliği sağlar.

### 3. Brakiyal arterden kan basıncı ölçümü işlem basamakları

Uygulama basamakları	Gerekçe/açıklama
1. El hijyeni sağlanır.	El hijyeni, mikroorganizmaların yayılmasını ve bulaşı önler.
2. Hastanın kimliğini doğrulanır.	Doğru hastaya müdahale edildiğinden emin olmayı sağlar ve hataların önlenmesine yardım eder.
3. Araç-gereçler kolay ulaşılabilecek bir yere yerleştirilir.	İşlemin doğru ve güvenli bir şekilde yapılmasını sağlar.
4. Uygulama hastaya açıklanır.	Uygulamanın hastaya açıklanması hastanın endişesini azaltır ve iş birliğini kolaylaştırır.
5. Hastaya semi-fowler veya yatar pozisyon verilir.	Kan basıncı sonucunun doğru ölçülmesi için gereklidir.
6. Hastanın mahremiyeti sağlanır.	Hastanın kendini rahat hissetmesi sonucu etkiler.
7. Hastanın dinlenmiş ve yiyecek, içecek alma durumu belirlenir ve gerekliyse hasta dinlendirilir.	Ölçümden hemen önce yapılmış faaliyetler yanlış sonuç alınmasına neden olabilir.
8. Kan basıncının değerlendirilmesi için uygun kol belirlenir.	Kan basıncı ölçümü geçici süre el ve ayaklara kan gitmesine engel olabilir. Kolda ölçüme engel olacak bir durum varsa sonucun yanlış çıkmasına neden olabilir.
9. Gerekli ise eldiven giyilir.	Eldiven kan ya da diğer vücut sıvılarıyla bulaşı, temas yoluyla mikroorganizmaların bulaşı önler.
10. Koldaki giysiler yukarı kıvrılır/ sıkıyorsa çıkartarak üst kol tamamen açıkta bırakılır.	Arterin üzerindeki giysiler sesin duyulmasını engeller, kolu sıkı kıyafetler kan akışının azalmasına ve dolayısıyla yanlış ölçüm sonucuna neden olabilir.
11. Hastanın kolu ön kol kalp seviyesinde ve avuç içi yukarı bakacak şekilde ayarlanır.	Doğru ölçüm sonucu kolun pozisyonundan etkilenebilir. Üst kol sağ atrium seviyesinin altındaysa okunan değer yüksek, yukarda ise okunan değer daha düşük olabilir.
12. Kol desteklenerek düz yumuşak bir zemine yerleştirilir.	Kan basıncı ölçümünde kolun pozisyonu sonucu değiştirebilir. Üst kol sağ atrium seviyesinin altında ise okunan değer yüksek, kol kalp seviyesinden yukarıdaysa okunan değer düşük olacaktır. Sırt desteklenmediğinde diastolik basınç, bacak bacak üstüne atma durumunda ise sistolik basınç hatalı olarak yüksek ölçülebilir. Dirseğin iç kısmının yukarı bakacak şekilde çevrilip çan ya da diyaframın brakiyal arter üzerine yerleştirilmesi işlemi kolaylaştırır.
13. Ölçüm yatar konumda yapılıyorsa, kol yastıkla desteklenir. Oturur konumdaysa kol elle desteklenir ya da yatak üstü masa ile desteklenir. Hasta sandalyede oturuyorsa arkasına yaslanmalıdır. Bu durumda sandalye arkalığı hastanın sırtını desteklenmiş olur. Hastanın bacak bacak üstüne atmaması gereklidir.	



<p>14. Brakiyal arter bölgesi elle palpe edilerek nabız hissedilir.</p> <p>15. Manşet iletim boruları aşağı bakacak şekilde dirseğin iç kısmı üzerinde ve antekübital fossadan 2,5-5 cm yukarısında ve manşet üzerindeki ok işareti brakiyal arteri gösterecek şekilde yerleştirilir.</p>	<p>Artere doğrudan uygulanan manşet basıncı en doğru şekilde okumayı sağlar. Manşet stetoskobun üzerine gelirse ya da iletim boruları hastanın başına doğru gelecek şekilde yerleştirilirse yanlış okuma gerçekleşebilir.</p>	
<p>16. Manşeti kolun etrafına hafifçe ve rahat bir şekilde sarılır ve kola uygun sıklıkta ayarlanır.</p>	<p>Manşetin hafifçe ve rahatça sarılması basıncın eşit şekilde dağılımını sağlar ve doğru ölçüm yapılmasına yardım eder. Manşetin fazla gevşek ya da sıkı sarılması sonucun yanlış okunmasına neden olabilir.</p>	
<p>17. Manometre göz seviyesinde tutulur.</p> <p>18. Manometre göstergesinin sıfırda olduğu kontrol edilir.</p>	<p>Manometre ibresi sıfırın üzerinde olmaması, civalı manometrenin eğik tutulması, yanlış kalibrasyon ya da göstergenin uygun olmayan bir yükseklikte okunması kan basıncı ölçümünün belirlenmesinde hatalara neden olabilir.</p>	
<p><b>SİSTOLİK KAN BASINCINI BELİRLEME</b></p>		
<p>19. Belirlenen kolda radial nabız palpe edilir.</p>	<p>Palpasyon tahmini sistolik kan basıncı ölçümünü sağlar</p>	
<p>20. Puvar avuç içine yerleştirilir ve hava ayar düğmesi döndürülerek sıkıca kapatılır.</p>	<p>Manşetin içindeki manşon valf açıkken şişmez.</p>	
<p>21. Aktif el ile manşon şişirilirken pasif el ile radial nabız hissedilir.</p>	<p>Nabzın kaybolduğu basınç değerini belirlemeye yarar.</p>	
<p>22. Radial nabız atımının hissedilemediği değer manometre üzerinde belirlenir.</p>	<p>Korotkof sesin doğru olarak belirlenebilmesi için manşon nabzın hissedilmediği noktanın üzerine kadar şişirilmelidir.</p>	
<p>23. Puvarın ayar düğmesi döndürülerek manşonun havası tamamen boşaltılır.</p>	<p>Manşonun havasının tamamen boşaltılması kan basıncı ölçümüne devam etmeden önce kısa bir süre kanın tekrar dolmasına ve kol boyunca dolaşıma izin verir.</p>	
<p>24. Oskültasyon ile ölçüm yapmak için 1 dakika beklenir.</p>		
<p>25. Stetoskop kulaklıkları kulağa doğru bir şekilde yerleştirilir.</p>	<p>Kulaklığın doğru takılması dışarıdaki seslerin duyulmamasını ve dinlenen seslerin daha net duyulmasını sağlar.</p>	
<p>26. Puvarı avuç içine yerleştirilir, hava ayar düğmesi döndürülerek sıkıca kapatılır.</p>	<p>Manşonun hava ile dolması için gereklidir.</p>	

<p>27. Manometre göstergesinin sıfırda olduğu kontrol edilir ve manometreden 90 cm'den fazla uzaklaşmayacak şekilde durulur.</p>	<p>90 cm'den uzak tutulması gösterge üzerindeki rakamların yanlış okunmasına neden olabilir.</p>	
<p>28. Brakiyal arterin yeri tekrar belirlenir ve stetoskopun alıcısı hafif bir basınçla brakiyal arter üzerin kıyafetler veya manşet ile temas etmeyecek şekilde düzgünce yerleştirilir.</p>	<p>Steteskobun alıcısının doğru alana yerleştirilmesini sağlar.</p> <p>Brakiyal arter üzerine ağır baskı arter biçimini ve sesi bozar.</p> <p>Ayrıca alıcının kıyafetlere sürtünmesi arterlerdeki kan akış hızının sesinden başka seslerin duyulmasına neden olur.</p>	
<p>29. Manşon, hastanın daha önce belirlenen değerinden 30mm Hg daha yüksek değere şişirilir.</p>	<p>Manşonun belirlenen noktanın üzerinde şişirilmesini sağlamak, sistolik basınca bağlı ilk sesi duymadan önce bir süre beklemeyi sağlar. Faz 2 seslerinin, faz 1 olarak duyulmasını engeller.</p>	
<p>30. Hava ayar düğmesi yavaşça ve düzenli bir biçimde açılarak manometre ibresinin saniyede 2-3 mmHg arasında bir hızda inmesi sağlanır.</p>		
<p>31. Manşonun havası boşaltılırken başlangıçta hafif olarak başlayan ve yavaşça artan sistolik sesler manometreden kontrol edilir.</p>	<p>Sistolik kan basıncı manşetteki hava boşalırken kanın damarlarda ilerlemeye başladığı anda uyguladığı ilk kuvvet yani korotkof seslerin 1. Fazıdır.</p>	
<p>32. Manşonun havası boşaltılırken sesin ilk duyulduğu andaki manometre değeri sistolik kan basıncı olarak belirlenir.</p>		
<p>33. Manşon boşaltmaya devam edilir ve seslerin tamamen kaybolduğu andaki manometre değeri diyastolik kan basıncı olarak belirlenir.</p>	<p>Korotkof seslerin 5. fazının başlangıcına bağlı ortadan kaybolduğu nokta genellikle diastolik basıncın okunduğu yerdir.</p>	
<p>34. Son kaybolan sesin duyulmasından sonra manşet hızla tamamen boşaltılır.</p>	<p>Manşonun bir sonraki kullanım için hazır olmasını ve hastanın kolundaki dolaşımın devamını sağlar.</p>	
<p>35. Manşet hastanın kolundan çıkartılır.</p>		
<p>36. Ölçüm yapılan kol örtülür. Hastaya uygun bir pozisyon verilir.</p>	<p>Hastanın konforu sağlanır.</p>	
<p>37. Araç-gereçler ortamdan uzaklaştırılır.</p>	<p>Temizlik ve düzen sağlanır.</p>	
<p>38. El hijyeni sağlanır.</p>	<p>Mikroorganizmaların yayılmasını engeller.</p>	
<p>39. Ölçülen kan basıncı değeri hasta dosyasına, gözlem formuna ya da bilgisayara kaydedilir.</p>	<p>Kayıt, bilgilerin saklanması sağlar.</p>	
<p>40. Sonuç değerlendirilir.</p>	<p>Kan basıncının takibini sağlar.</p>	

#### 4. SUBKUTAN ENJEKSİYON UYGULAMA BASAMAKLARI VE GEREKÇELERİ

##### Subkutan Enjeksiyon bölgelerine ilişkin bireye verilen pozisyonlar ve bölgenin belirlenme yöntemleri

Enjeksiyon Bölgesi	Pozisyon	Bölgenin Belirlenmesi
Üst kolun dış yan yüzü	<i>Fawler pozisyonunda kol</i> karnı üzerine doğru dirsekten bükülmeli gevşek bir şekilde düz durmalıdır. <i>Supine pozisyonunda kol:</i> dirsekten bükülerek diğer omuza doğru çaprazlanmalıdır.	Akromion çıkıntının dört parmak altı ve dirseğin dört parmak üstünde kalan bölgenin ortasından dikey bir hat ile bölünür. Dışta yan tarafta kalan bölge enjeksiyon noktasıdır.
Abdominal bölge	Hasta semi rekümbent ya da fawler pozisyonunda olabilir.	Kostal hat ile anterior spina iliaka arasında olan karnı bölgesidir. Göbek deliğinin üç-dört parmak dışında (alt, üst, sağ, sol bölge olarak) kalan alan enjeksiyon bölgesidir.
Uyluğun ön yan kısmı ya da bacağın üst ön yan kısmı	Hastaya fawler ya da supine pozisyon verilir.	Trokanter majörün 10 cm altından ve patellanın 10 cm üzerinde kalan bölgenin dikey bir çizgiyle iki alana ayrılır. Dışta kalan yan kısım enjeksiyon noktasıdır.
Skapulanın hemen alt kısmı	Hastaya prone, lateral ya da fawler pozisyon verilebilir.	Skapulanın hemen altındaki bölgedir. Yalnızca 0.5-1 ml ilaç hacmi uygulanabilir.
Dorsogluteal bölgenin üst kısmı	Hastaya prone ya da lateral pozisyonunda olabilir.	Üst dorsogluteal bölgenin dışta kalan yan kısmı enjeksiyon noktasıdır.

##### Subkutan ilaç uygulama işlem basamakları

İşlem basamakları	Gereççe
Malzemeler hazırlanır: Antiseptik solüsyon (Kurum politikasına uygun, örn:%70 alkol), Pamuk (2 adet), Enjektör ve iğne (0,5 ya da 1ml'lik enjektör, 25-30 gauge ve 1-1.5cm iğne), İlaç, Nonsteril Eldiven	Uygulamanın planlı yapılmasını sağlar.
İlaç istemi kontrol edilir (ilaç adı, dozu, yolu, zamanı).	İlacın güvenli ve doğru uygulanmasını sağlar.
El hijyeni sağlanır	Mikroorganizmaların geçişini engeller.
İlaç hazırlanır	İlacın güvenli ve doğru uygulanmasını sağlar.
Hasta kimliği doğrulanır. Hasta ilaç ve uygulama hakkında bilgilendirilerek işlem için hastadan izin alınır.	
Eldiven giyilir. Hastanın mahremiyetine özen gösterilerek enjeksiyon bölgesi açılır	Sağlık çalışanını korur.
Hassasiyet, şişlik, skar dokusu enflamasyon olmayan bir enjeksiyon bölgesi seçilir	Enjeksiyon bölgesi, ilaç emiliminin etkileyebilecek faktörlerden uzak olmalıdır.
Bölge merkezden dışarıya doğru antiseptikli pamukla dairesel hareketlerle temizlenir. Bölge kurumaya bırakılır (5-10sn)	Mikroorganizmaların uzaklaşmasını sağlar.
İşlem sonunda kullanılmak üzere yeni hazırlanmış kuru pamuğu pasif elin yüzük parmağı ile küçük parmağı arasına yerleştirilir.	İğne çıkarıldığında pamuğa kolayca erişilir.
Enjektörü eline alarak iğne koruyucusundan çıkarılır. Enjektör aktif ele alınır, diğer el ile subkutan doku baş, işaret ve orta parmak ile toplanır ya da deri gerilir	Enjektörün sabit tutulması sağlanır.
Enjektör aktif olan elin baş ve işaret parmakları arasında 90° ise kalem gibi, 45°-60° ise parmakların altta kalacak biçimde tutulur.	İğnenin kolayca subkutan dokuya ulaşımını sağlar.
Subkutan dokunun miktarına bağlı olarak 45°-90° bir açıyla hızlı bir şekilde iğne dokuya batırılır. Geri çekme işlemi yapılmaz.	
Toparlanan subkutan doku serbest bırakılır. İlaç yavaş bir basınçla enjekte edilir.	İlacın emilimini artırır.
İğne batırılan açıyla çıkarılır. İğne çekildikten hemen sonra kuru pamuk tamponla hafif basınç uygulanır. Bölgeye masaj yapılmaz.	Enjeksiyon çevresindeki dokuların desteklenmesi hastanın rahatsızlığını azaltır.
Kullanılmış iğne ucu ve diğer malzemeler güvenli biçimde uygun atık kutularına atılır.	Delici kesici yaralanmalardan korur.
Hastaya rahat bir pozisyona gelmesi için yardımcı olunur.	Hasta konforunu artırır.
Eldivenler çıkarılır.	Mikroorganizmaların bulaşması engellenir.
Uygulama kayıt edilir	Yasal dayanak sağlar.

## 6. RAHAT YATIŞ POZİSYONLARI UYGULAMA BASAMAKLARI

### Yaşlıya Fowler Pozisyonu Verme

- \* Eller yıkanır, eldiven giyilir.
- \* Çarşaf, havlu, ince yastık, rulo gazlı bez, ayak destek tahtası gibi gerekli malzemeler hazırlanır.
- \* Yaşlının gizliliğinin korunmasına dikkat edilir.
- \* Yaşlının bireyselliğinin desteklenmesi, anksiyetesinin azaltılması ve bakıma dahil edilmesi için işlem hakkında bilgi verilir.
- \* Uygulama süresince yaşlı ile iletişim sürdürülür.
- \* Yaşlı hareket yeteneği/hareket sınırlılığı doğrultusunda desteklenir, bakıma katılımı için cesaretlendirilir.
- \* Vücut mekaniğine uygun hareketle önce yatak kenarlıkları indirilir, yüksekliği ayarlanır.
- \* Uygulama öncesi yaşlının tüp, kateter, intravenöz yol gibi çıktıları varsa, bunlara zarar vermemeye özen gösterilir.
- \* Yaşlı sırtüstü yatağa yatırılır.
- \* Hastanın durumuna göre yatak başucu 45°-60° açığa yükseltilir.
- \* Yaşlının diz altı ince bir yastıkla, topuklardaki basıncı azaltmak için ayak bilekleri yastıkla ve ayaklar ayak tahtası ile ya da sert bir yastıkla desteklenir.
- \* Hastanın kolları hareket edemiyorsa altına yastık konulur.
- \* Yaşlıda felç gibi alt ekstremitelerini kontrol edemediği bir durum varsa bacakların dışa dönmesini engellemek için kalça kenarına rulo destekler yerleştirilir.
- \* Pozisyon değişimleri öncesi ve sonrası yaşlının yaşam bulguları dikkatlice izlenir.
- \* Uygulama bitiminde yatak kenarlıkları kaldırılır ve yatak eski haline getirilir.
- \* İşlem bitiminde eldivenler çıkarılır ve eller yıkanır.
- \* İşlem kaydedilir.



### Yaşlıya Supine Pozisyonu Verme

- \* Eller yıkanır, eldiven giyilir.
- \* Çarşaf, havlu, ince yastık, rulo gazlı bez, ayak destek tahtası gibi gerekli malzemeler hazırlanır.
- \* Yaşlının gizliliğinin korunmasına dikkat edilir.
- \* Yaşlının bireyselliğinin desteklenmesi, anksiyetesinin azaltılması ve bakıma dahil edilmesi için işlem hakkında bilgi verilir.
- \* Uygulama süresince yaşlı ile iletişim sürdürülür.
- \* Yaşlı hareket yeteneği/hareket sınırlılığı doğrultusunda desteklenir, bakıma katılımı için cesaretlendirilir.
- \* Vücut mekaniğine uygun hareketle önce yatak kenarlıkları indirilir, yüksekliği ayarlanır.



- \* Uygulama öncesi yaşlının tüp, kateter, intravenöz yol gibi çıktıları varsa, bunlara zarar vermemeye özen gösterilir.
- \* Yaşlının başına boyun ve omuzları destekleyecek yükseklikte yastık yerleştirilir.
- \* Kolları omuz hizasına yükseltecek şekilde altına, ince bir yastık yerleştirilir.
- \* Kollar içe doğru hafifçe döndürülerek, vücuttan biraz uzaklaştırılarak iki yana doğru uzatılmalıdır.
- \* Avuç içine parmakların kavraması için küçük bir rulo yerleştirilmelidir.
- \* Diz altına rulo havlu veya ince bir yastık konulmalı, ayak tabanları sert bir yastıkla ya da ayak tahtası ile desteklenmelidir. Böylece ayaklara dorsal fleksiyon pozisyonu verilmiş olur. Vücut sanki ayakta dik pozisyondaymış gibi durmalıdır.
- \* Pozisyon değişimleri öncesi ve sonrası yaşlının yaşam bulguları dikkatlice izlenir.
- \* Uygulama bitiminde yatak kenarlıkları kaldırılır ve yatak eski haline getirilir.
- \* İşlem bitiminde eldivenler çıkarılır ve eller yıkanır.
- \* İşlem kaydedilir.

### Yaşlıya Prone Pozisyonu Verme

- \* Eller yıkanır, eldiven giyilir.
- \* Çarşaf, havlu, ince yastık, rulo gazlı bez, ayak destek tahtası gibi gerekli malzemeler hazırlanır.
- \* Yaşlının gizliliğinin korunmasına dikkat edilir.
- \* Yaşlının bireyselliğinin desteklenmesi, anksiyetesinin azaltılması ve bakıma dahil edilmesi için işlem hakkında bilgi verilir.
- \* Uygulama süresince yaşlı ile iletişim sürdürülür.
- \* Yaşlı hareket yeteneği/hareket sınırlılığı doğrultusunda desteklenir, bakıma katılımı için cesaretlendirilir.
- \* Vücut mekaniğine uygun hareketle önce yatak kenarlıkları indirilir, yüksekliği ayarlanır.
- \* Uygulama öncesi yaşlının tüp, kateter, intravenöz yol gibi çıktıları varsa, bunlara zarar vermemeye özen gösterilir.
- \* Baş sağa veya sola çevrilmeli altına ince bir yastık yerleştirilmelidir.
- \* Anatomik yapıya dikkat edilmeli boyun ve bel bölgesinin normal eğimleri korunmalıdır.
- \* Her iki kolda yukarı başın yanına veya başın döndürüldüğü taraftaki kol yukarı diğer kol aşağı doğru uzatılabilir.
- \* Ayak parmak uçlarının yatakla temas ederek basınç altında kalmasını önlemek için ayağın altına yastık yerleştirilmelidir.
- \* İri göğüslü veya kilolu bireylerde göğüs altına ince bir yastık yerleştirilmelidir
- \* Pozisyon değişimleri öncesi ve sonrası yaşlının yaşam bulguları dikkatlice izlenir.
- \* Uygulama bitiminde yatak kenarlıkları kaldırılır ve yatak eski haline getirilir.
- \* İşlem bitiminde eldivenler çıkarılır ve eller yıkanır.
- \* İşlem kaydedilir.



## Yaşlıya Lateral Pozisyonu Verme

- \* Eller yıkanır, eldiven giyilir.
- \* Çarşaf, havlu, ince yastık, rulo gazlı bez, ayak destek tahtası gibi gerekli malzemeler hazırlanır.
- \* Yaşlının gizliliğinin korunmasına dikkat edilir.
- \* Yaşlının bireyselliğinin desteklenmesi, anksiyetesinin azaltılması ve bakıma dahil edilmesi için işlem hakkında bilgi verilir.
- \* Uygulama süresince yaşlı ile iletişim sürdürülür.
- \* Yaşlı hareket yeteneği/hareket sınırlılığı doğrultusunda desteklenir, bakıma katılımı için cesaretlendirilir.
- \* Vücut mekaniğine uygun hareketle önce yatak kenarlıkları indirilir, yüksekliği ayarlanır.
- \* Uygulama öncesi yaşlının tüp, kateter, intravenöz yol gibi çıktıkları varsa, bunlara zarar vermeye özen gösterilir.
- \* Yaşlı 90° yan yatırmak için önce sırtüstü yatırılır.
- \* Yaşlı birey gerekiyorsa yatağın kenarına çekilir, yan tarafa çevrilir.
- \* Vücudun altta kalan kol, dirsekten bükülerek avuç içi yukarı bakacak şekilde yastık hizasına getirilir.
- \* Üstte kalan kolun altına kalın bir yastık yerleştirilir.
- \* Yerleştirilen yastık üstteki kolu omuz hizasına kadar kaldırmalıdır. Böylece kolun içeri dönmesi ve aşağı düşmesi engellenmiş olur.
- \* Üstte kalan bacak hafifçe dizden bükülmeli ve altına bacağı kalça hizasına kaldıracak yükseklikte yastık yerleştirilir.
- \* Ayağın yastıktan sarkmamasına dikkat edilir.
- \* Altta kalan bacak geride ve hafif dizden bükülmüş olmalıdır.
- \* Yaşlı bireyin geriye doğru düşmesini önlemek için sert bir yastıkla sırtı desteklenmelidir.
- \* Pozisyon değişimleri öncesi ve sonrası yaşlının yaşam bulguları dikkatlice izlenir.
- \* Uygulama bitiminde yatak kenarlıkları kaldırılır ve yatak eski haline getirilir.
- \* İşlem bitiminde eldivenler çıkarılır ve eller yıkanır.
- \* İşlem kaydedilir.

