

**KLİNİK BECERİ
ÖĞRENİM REHBERLERİ
DÖNEM III**



[2019]

İÇİNDEKİLER

BÖLÜM-1: Hasta-Hekim Görüşmesi Becerisi Rehberi	4
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Murat TEKİN	
BÖLÜM-2 Genel Anamnez Alabilme ve Sistemik Muayene Sorgusu Becerisi Öğrenim Rehberi	9
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Fatih KAMIŞ	
BÖLÜM-3 Hastanede Yaşam Becerisi Rehberi.....	11
Hazırlayan: Öğr. Gör. Ali KAPLAN	
Uzman Hemşire Canan TAYFUR	
BÖLÜM-4: Batın Muayenesi Beceri Eğitim Rehberi	19
Hazırlayan: Doç. Dr. Yavuz BEYAZIT	
BÖLÜM-5: Kardiyovasküler Sistem Muayene Becerisi Rehberi	23
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Ercan AKŞİT	
BÖLÜM-6: Solunum Sistemi Muayene Becerisi Rehberi	27
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Pınar MUTLU	
BÖLÜM-7: Kanamalı Hastaya Yaklaşım Becerisi (İnterosseoz uygulama).....	29
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Canan AKMAN	
Dr. Öğr. Üyesi İbrahim UYSAL	
BÖLÜM-8: Erişkin İleri Yaşam Desteği Uygulama Rehberi	33
Hazırlayan: Doç. Dr. Mesut ERBAŞ	
BÖLÜM-9: Kadın Ürogenital Sistem Muayene Becerisi Rehberi	35
9.1 Spekulum Takma ve Smear Alma Becerisi.....	35
9.2 Leopold Manevraları Ve Fundus Pubis Ölçüm Becerisi	37
Hazırlayan: Prof. Dr. A. Mesut ÜNSAL	
BÖLÜM-10: Erkek Genital Sistem Muayene Becerisi Rehberi	40
10.1. Erkek Dış Genital Sistem Muayenesi Becerisi Rehberi	40
10.2 Rektal Tuşe ile Prostat Muayenesi becerisi Rehberi	41
Hazırlayan: Doç. Dr. Eyüp Burak SANCAK	
BÖLÜM-11: Nörolojik Muayene Beceri Rehberi.....	42
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Mustafa ÇAM	
BÖLÜM-12: Kas-İskelet Sistemi Muayenesi Beceri Rehberi	44
12.1. Hastayı Karşılama ve Genel Değerlendirme Beceri Rehberi	54
12.2. Servikal Omurga Değerlendirmesi Beceri Rehberi.....	55

12.3. Omuz Eklemi Değerlendirme Beceri Rehberi.....	56
12.4. Dirsek, El Bileği ve El Muaynesi Beceri Rehberi.....	57
12.5. Torakal-Lumbal Omurga ve Postür Muaynesi Beceri Rehberi.....	58
12.6. Kalça Eklemi ve Pelvis Muaynesi Beceri Rehberi.....	59
12.7. Diz Eklemi Muaynesi Beceri Rehberi.....	60
12.8. Ayak ve Ayak Bileği Muaynesi Beceri Rehberi.....	61
Hazırlayan: Doç. Dr. Burak KAYMAZ	
BÖLÜM-13: Göz Hastalıkları Uygulama Beceri Rehberi.....	62
13.1. Çocuklarda Konjenital Nazolakrimal Kanal Tıkanıklığında Lakrimal Masaj Uygulama Beceri Rehberi.....	62
13.2. Göze İlaç Uygulama Beceri Rehberi.....	64
Hazırlayan: Doç. Dr. Arzu TAŞKIRAN ÇÖMEZ	
BÖLÜM-14: Baş ve Boyun Muaynesi Beceri Rehberi.....	66
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Özge ÇAĞLAR	
BÖLÜM-15: Psikiyatrik Anamnez Alma ve Ruhsal Durum Muaynesi Becerisi Rehberi.....	72
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Erhan AKINCI	
BÖLÜM-16: Aydınlatılmış Onam / Tedavi Reddi Alma Beceri Rehberi.....	74
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Esin KALKAN	
BÖLÜM-17: Klinik Biyokimyanın Laboratuvar Evreleri.....	76
Hazırlayan: Doç. Dr. Dilek ÜLKER ÇAKIR	
BÖLÜM-18: Pediatrik Anamnez Alma ve Fizik Muayene Beceri Rehberi.....	76
Hazırlayan: Dr. Öğr. Üyesi Fatih BATTAL Dr. Öğr. Üyesi Taylan ÇELİK	

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Tam Entegre Model Örneği.....	12
Şekil 2. Fonksiyonel Entegre Model Örneği	12
Şekil 3. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Organizasyon Yapısı	12
Şekil 4. Basınçlı tip intraosseous girişim aparatı uygulaması (Fotoğraflar Acil Çalışanları, Yazar Ferhat Gül,12 mart 2019 da google görsellerden alınmıştır.).....	30
Şekil 5. Matkap tipi intraosseous girişim aparatı uygulaması.....	31
Şekil 6. Spekulum Takma İşlemi	35
Şekil 7. Leopold Manevraları (LM).	38
Şekil 8. Fundus Büyüklüğüne Göre Gebelik Haftası Tahmini	38
Şekil 9. konjenital nazolakrimal kanal	62
Şekil 10. Göze ilaç uygulama yolları	64

ÖNSÖZ

Sevgili Öğrenciler;

Tıp Eğitiminin tüm dünyada olduğu gibi ülkemiz ve Fakültemiz içinde önemi tartışılmaz. Tıp Eğitimindeki ana amaç iyi hekim yetiştirmek, bunu mesleki bilgi, beceri ve tutum kazanımları ile sağlamaktır. Günümüzde geleneksel tıp eğitiminin, modern tıp eğitimine evrilmesi kaçınılmaz bir gerekliliktir. Disiplin temelli eğitimden güncel eğitime geçilmeli, ezberci eğitim yerini öğrenen öğrenciye bırakmalıdır. Organ sistem temelli eğitim yerine probleme dayalı eğitime, yeterliliğe dayalı eğitime, topluma dayalı eğitime, çıktıya dayalı eğitime ve öz-yönelimli öğrenmeye dönüşmelidir. Eğitici merkezli eğitim, öğrenci merkezli eğitime dönüşmelidir. Usta-çırak eğitimi yerini sistematik eğitime bırakmalıdır.

ÇOMÜ Tıp Fakültesi olarak, mezun edeceğimiz hekim adaylarımızda oluşturmayı amaçladığımız yetkinlikler; profesyonellik, sağlık savunuculuğu, ekip üyesi olabilmek, sağlık danışmanlığı yapabilmek, yönetici ve lider özelliklerine sahip iletişimci bir bilim insanı olarak sizleri yetiştirmektedir. Bu bağlamda Fakültemiz 01.08.2019 tarihli 04/02 sayılı Fakülte Yönetim Kurulu kararı doğrultusunda oluşturduğumuz Mesleksel Beceri Kurulunun ve 130'un üzerinde öğretim üyesinin üstün gayretleri ile Klinik Beceri Öğrenim Rehberleri Dönem I, Dönem II ve Dönem III için hazırlanmıştır. 2018-2019 döneminde uygulamaya göre Mesleksel Beceri Dersleri ilk Üç dönem için 2019-2020 döneminde de devam edecektir. Program ile ilgili dönem sonunda öğrencilerden ve öğretim üyelerinden alınacak geri bildirimler ile güncel gereksinimlere uygun revizyonlar planlanacaktır.

Hekimlik, bilgi birikiminin yanında kazanılan beceriler ve zaman içinde geliştirilen tutum ve davranışların bütünüdür. Tutum ve davranışlara yansımayan, kalıcılığı olmayan kazanımlar anlamsızdır. Uygulamaya çalıştığımız mesleksel beceri öğrenimi sadece tıbbi becerileri değil aynı zamanda entelektüel becerilerin de kazanılmasını sağlayacaktır.

ÇOMÜ Tıp Fakültesi Mesleksel Beceri Öğrenim klavuzlarının hazırlığında emeği geçen herkese teşekkür ediyor, uygulamalarda görevli tüm meslektaşlarıma şükranlarımı sunuyor, tüm öğrencilerimize başarılar diliyorum.

Prof. Dr. Tamer DEMİR

Klavuzun Kullanımı İle İlgili Genel Bilgiler

Klinik Beceri Eğitiminin amacı; Tıp Eğitimi alan öğrencilerin klinikte uygulaması gereken temel mesleki becerilerin, yasal ve güvenilir ortamda kontrollü olarak kazandırılmasıdır. Öğrenciler açısından çeşitli mesleksi uygulamaların ilk olarak hasta üzerinde gerçekleştirilmesi birçok nedenle stres yaratmakta ve hasta üzerinde hatalı uygulamalara neden olabilmektedir. Hasta üzerinde uygulama yapmadan önce simüle edilen ortamlarda (Mesleksi Beceri Laboratuvarı) maket yada simüle hasta üzerinde uygulanarak mesleki beceri kazandırılması hasta haklarına uygun, hastanın risk almadığı bir eğitim ortamı sağlamaktadır.

Gerçekte var olan görevlerin, ilişkilerin, fenomenlerin, ekipmanların, davranışların ya da bazı bilişsel aktivitelerin taklit edilmesi simülasyon olarak tanımlanmaktadır. Mesleksi beceri laboratuvarları, öğrencilere simüle edilen ortamda hastaya zarar vermeden, tekrarlayarak, hata yapıp, hatalarından öğrenerek deneyim kazanmasına olanak verir. Öğrenciye performansı üzerinde düşünmesi için gerekli eğitsel ortamı hazırlar. Böylesi bir eğitsel ortamda uygun beceri eğitim yöntemlerinin de desteği ile öğrenilenlerin transferi arttırılmış olur. Simülasyona dayalı eğitimler her öğrencinin öğrenmesine fırsat tanıyan, eşitlikçi, yetişkin öğrenme ilkelerinin etkili bir şekilde kullanıldığı, farklı öğrenme stillerine hitabeden ortamlardır. Becerilerin sınıf ortamından gerçek durumlara transferi cesaretlendirilirken, doğru uygulamalar ve tekrar hatırlama oranı ile yeterlilik yükselecektir. Her bir becerinin uygulaması için bir kılavuz olması eğitici değişse de öğretilen bilginin aynı olmasını, bu sayede bilginin öğretildiği şekliyle kim öğretirse öğretsin objektif bir şekilde sınanabilmesini sağlamaktadır.

Klavuz hazırlanırken YÖK tarafından belirlenmiş ve Ulusal Çekirdek Eğitim Programı (UÇEP)'nda belirtilen müfredtan yararlanılmıştır.

Eğitim yöntemi:

Her beceri için kılavuz hazırlanırken konu ile ilgili kurul öğretim üyelerinin görüşleri alınmıştır.

Her kılavuz öğrencinin kendisine aittir ve her beceri eğitimden sonra eğitmen tarafından yeterliliği değerlendirilerek imzalanır. Uygulama aşamasında önce beceri öğrenci gurubuna sırası ile okunur ve eğitici tarafından demonstrasyon yapılır. Bu amaç için varsa önceden hazırlanmış ve uygunluğu kabul edilmiş video gösterimi de kullanılabilir.

Daha sonra bir öğrenci kılavuzu basamak basamak okuyarak başka bir öğrenci uygulamayı yapar. Diğer öğrenciler ve eğitici uygulama başmaklarını izler, eğitici gerekli gördüğü yerde uygulamada yol gösterici olarak iştirak eder.

Becerilerin uygulama düzeyi rehberde yazmaktadır. Öğrenciden bu düzeyden daha fazlası beklenmemelidir.

Beceriler mutlaka kılavuzda belirtildiği şekilde uygulanmalıdır. Uygulamalar ile ilgili sorunlar yada öneriler uygulatıcıların birlikte görüşü ile değiştirilecektir, uygulama esnasında **ferdi değiştirme kabul edilmemelidir.**

Değerlendirme: Rehberde belirtildiği şekilde işaretlenerek yapılır.

Rehberler sınavdan önce sınav sorumlu öğretim üyesine puanlama için teslim edilecektir. Öğrencinin ilk uygulamasında tüm basamaklarda yeterli bulunmaması durumunda ikinci ve üçüncü uygulama tekrarları yaptırılmalıdır. Üç uygulama tekrarının ardından öğrencinin yetersiz bulunması durumunda öğrenciye pekiştirme yapması için ek fırsat tanınır. Uygulmanın sonunda eğitici öğrencinin yeterlilik durumuna ilişkin uygun seçeneği işaretler ve formu imzalar. Eğiticiler öğrencilere aşağıdaki formda belirtilen ilgili yerleri doldurarak yazılı ve sözel geri bildirimde bulunmalıdır.

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleksel beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

Öğrencinin Adı-Soyadı :

Öğrenci Numarası :

	BECERİ EĞİTİMLERİ	Kurul
DÖNEM - 3	Hasta-Hekim İletişimi Öğrenim Rehberi	1
	Genel Anamnez ve Sistemik Muayene Beceri Rehberi	
	Hastanede Yaşam	
	Batın Muayenesi Beceri Rehberi	2
	Kardiyovasküler Sistem Muayenesi Beceri Rehberi	
	Solunum Sistemi Muayenesi Beceri Rehberi	3
	Kanamalı hastaya yaklaşım becerisi (interosseoz yaklaşım, turnike)	
	Erişkin İleri Yaşam Desteği Uygulama Rehberi	
	Kadın Ürogenital Sistem Muayenesi	4
	<ul style="list-style-type: none">• Spekulum Takma ve Smear Alma• Leopold Manevraları ve Fundus Pubis Ölçüm Teknikleri	
	Erkek Ürogenital Sistem Muayenesi	5
	<ul style="list-style-type: none">• Erkek Dış Genital sistem Muayenesi• Rektal Tuşe ile Prostat Muayenesi	
	Nörolojik Muayene Rehberi	
	Baş-Boyun Muayenesi Beceri Rehberi	
	Kas-İskelet Sistemi Muayenesi	6
	<ul style="list-style-type: none">• Hastayı Karşılama ve Genel Değerlendirme• Servikal Omurga Değerlendirmesi• Omuz Eklemi Muayenesi• Dirsek, El Bileği ve El Muayenesi• Torokal-Lumbal Omurga ve Postür Muayenesi• Kalça Eklemi ve Pelvis Muayenesi• Diz Eklemi, Ayak ve Ayak Bileği Muayenesi,	
	Göz Muayenesi Uygulama Becerisi	
	<ul style="list-style-type: none">• Çocuklarda Konjenital Nazolakrimal Kanal Tıkanıklıklarında Masaj Uygulaması Beceri Rehberi• Göze İlaç Uygulaması	
	Psikiyatrik Anamnez ve Fizik Muayene	
	Aydınlatma ve Onam Alma Beceri Rehberi	
Klinik Biyokimyanın Laboratuvar evreleri	6	
Pediyatrik Anamnez Alma ve Fizik Muayene		

BÖLÜM-1: Hasta-Hekim Görüşmesi Becerisi Rehberi

Amaç : Staj eğitimine hazırlamak amacı ile Hasta Hekim Görüşmesi becerilerin öğrencilere kazandırılması amaçlanmıştır.

Gerekli Ekipmanlar : Eğitim Föyü,

Uygulama Yeri : Mesleksi Beceri Lab., Eğitim Salonları, Uygun Poliklinikler. Dönem 3 Kurul 1 eğitim boyunca Perşembe günleri saat: 13:30-17:30 arası

Hazırlık Bilgileri :

Hasta Hekim Görüşmesi

Hasta ile hekimin görüşme süreci çok önemlidir. Anamnezi iyi almak, hastanın kendisini ifade etmesine izin vermek öntanımları doğru belirlemeye ve tanıya giden süreci daha doğru ve daha hızlı hale getirmeye sağlar. İyi ve kaliteli görüşme süreci, sadece hastaya doğru tanı konulmasını değil, hastanın hastalığı ile ilgili süreci daha kaliteli geçirmesini de sağlar. Sağlığı koruma ve geliştirmeyi, hastalıkları iyileştirmeyi kendine hedef edinmiş hekimlerin hasta hekim görüşmesine önem vermesi gerekir.

İyi bir hasta hekim görüşmesi için iyi iletişim becerileri gerektirir. İletişim becerilerinin geliştirilebilir beceriler olduğu, hastalara daha çok fayda sağlamak isteyen her hekimin iletişim becerilerini de geliştirmesi gerektiği unutulmamalıdır. İyi bir Hasta hekim görüşmesi için ilk şart rahat bir ortamdır. Ortam sessiz, yeterli aydınlıkta, mahremiyete uygun (hastanın anlatıklarını başkalarının duymasını, muayene esnasında görmesini istemeyebileceği unutulmamalıdır) olmalıdır. Hasta ile göz hizasında olmalı, karşılıklı oturarak görüşme yapılmalıdır.

Hasta ile görüşme süreci karşı karşıya geldiği andan itibaren başlar. Bu süreç genellikle hastanın poliklinik kapısından içeri girmesidir. O andan itibaren hastanın hekim hakkında, hekimin hasta hakkında görüşleri oluşmaya başlar. İlk izlenimler önemlidir. Sıcak bir karşılama hastayı çok rahatlatır. İçten bir gülümseme ile hoş geldiniz demek, oturacağı yer göstermek hastanın ilk izlenimlerinin oldukça olumlu olmasını sağlar. Güven duygusunu oluşturan ilk adımlardır. Hastaya kendini tanıtmak ve hastayla tanışmak olumlu ilk izlenimleri pekiştirerek devam ettirir. Hastanın cinsiyeti, doğum tarihi, mesleği, medeni durumu, iletişim bilgileri vb. bilgiler kaydedilmelidir.

İlk karşılaşma ve genel bilgilerin kaydından sonra hastaya başvuru nedenini sorma sırası gelmiştir. Hastalar hekime pek çok sebep ile başvurur. Çoğu zaman bir rahatsızlığı için olsa da, bazen bilgi almak, biten kronik hastalığına ait ilaçlarını yazdırmak, sağlık raporu almak, bilgi danışmak vb. sebeplerle de başvurabilirler. O yüzden ‘‘şikayetiniz nedir?’’ tarzı sorular yerine açık uçlu ‘Size nasıl yardımcı olabilirim?’ , ‘Sizi bugün buraya getiren sebep nedir?’ gibi açık uçlu sorular tercih edilmelidir. Hasta başvuru sebebini ya da şikayetlerini anlatmaya başlayınca mümkün olduğu kadar sözünü kesmeden bitinceye kadar izin vermek ve iyi dinlemek gerekir. Hastaların en önemli ihtiyaçlarından bir tanesi anlaşılma istemektir. Anlattıklarının anlaşıldığından emin olan hasta güven konusunda bir basamak daha yol katetmiş demektir. Etkin dinleme yöntemini iyi uygulayan hekimler hastaya güven verme konusunda avantaj sağlarlar. Öte yandan dinlenmediğini düşünen hasta hekime güven konusunda şüpheye düşer. Bazı hastalar gerçek şikayetlerini anlatmakta zorlanabilirler. Hastanın sözü bittiği zaman ‘Başka ne söyleyebilirsiniz?’ benzeri cümlelerle hastaya başka söylemek istediği şikayetleri konusunda cesaretlendirebiliriz. Bu hastanın anlatmaktan kaçındığı şikayetleri anlatmasına yardımcı olabilir.

Hastanın şikayetlerinin tamamını anlattığından emin olmak ve hastayı iyi dinlediğinizi bir kez daha göstermek için hastanın şikayetleri özetlenir. Bu hastaya söylemeyi unuttuğu ya da yanlış anlattığı şikayetlerini düzeltme ve ekleme fırsatı sunar. Hekim de anladığını teyit etmiş olur. Hastanın şikayetlerine yönelik hikayesi alınır; ne zaman başladı, arttıran azaltan durumlar, öncesinde herhangi tedavi girişimi olup olmadığı, sonuçları vb. Bu hikaye alınırken konuyu yine açık uçlu sorularla sorgulamak hastanın kendisini kendi ifadeleri ile anlatmasına izin vermek gerekir. Cevabı evet-hayır olan sorular görüşmeyi sınırlandırır. Hasta aşırı ve gereksiz detaya dalar veya konudan uzaklaşırsa ‘Yakınmanız/sorunuz ile ilgili ne anlatabilirsiniz’ benzeri cümlelerle konuyu doğru noktaya getirmek gerekebilir. Anlaşılmayan noktaları ya da yetersiz anlatımı ‘biraz daha açıklayabilirmisiniz’ benzeri cümlelerle açıklığa kavuşturmaya çalışılır.

Hastanın özgeçmiş, soygeçmiş sorgusu, halihazırda kullanmakta olduğu ilaçları, bildiği bir alerjisi olup olmadığı alışkanlıkları (sigara, alkol vb.) sorulduktan sonra sistem sorgusuna ve Fizik Muayeneye geçilir. (Anamnez alma; Genel anamnez alma ve sistemlere göre anamnez alma kısmında ayrıntılı anlatılacaktır.)

Görüşme esnasında başka bir şeyle meşgul olmamak, dikkate hastaya verdiğinizi vücut dilinizle göstermek gerekir. Görüşme esnasında not almanız gerektiğinde konuşmayı bölmeden uygun zamanda notlar alınır.

Görüşme esnasında hastanın anlayabileceği dil kullanmak, Hastanın anlayamayacağı tıbbi terimleri kullanmaktan kaçınmak gerekir.

Hastalara yaklaşımda önemli noktalardan biri de hastanın rahatsızlığı/hastalığını algılama biçimi ve sosyal hayatını nasıl etkilediğidir. ‘Bu sorun sizi ve ailenizi nasıl etkiledi/etkilemekte/etkileyecek?’ ‘Bu sorun günlük hayatınızda herhangi bir değişiklik yapmanıza sebep oldu mu?’ ‘Bu sorun size kendini zi nasıl hissettiriyor?’ benzeri sorularla hastanın sorunlarının hastayı nasıl etkilediği ya da etkileyebileceğini öğrenilebilir.

Empati yeteneği yüksek olan hekimlerin hastaları anladıklarını daha iyi hissederler. Hastadan alınan bilgiler sonrasında hastaya onu anladığımızı belirten empati cümlelerinin kurulması, hastanın hastalığa ve tedaviye uyumunu artırır. Anamnez ve Fizik Muayene sonrasında hastaya durumu açıklamak için kapsamlı bilgi verilmelidir. Mevcut durum, olasılıklar, yapılabilecek işlemler ve tedavi yolları konularında hastanın anlayabileceği bir dil kullanarak açıklama yapılır. Yapılan açıklamaların hasta tarafından anlaşılıp anlaşılmadığı konusunda emin olmak gerekir. Bu yüzden gerekirse sorular sorarak hastanın anlayıp anlamadığı kontrol edilebilir.

Hasta hekim görüşmesi sonucunda varılan karara hasta ile birlikte varmak ve hastanın bu kararları uygulama durumunu gözden geçirmek gerekir. Hastanın alınan kararları uygulamada güçlük yaşayıp yaşamayacağı, ya da bu güçlükleri nasıl aşabileceği tartışılmalıdır. Aşmada zorlanacağı güçlükler için alternatif yollar varsa gözden geçirilmeli ve karara varılmalıdır. Çözümlerin uygulanacağından emin olmak için hastaya ‘Yaptığımız görüşmede aldığımız bu kararlara rahatlıkla uyabileceğinizi düşünüyorum. Siz de bu görüşüme katılıyor musunuz?’ benzeri cümlelerle çözümlerin hasta tarafından uygulanacağına emin olduktan sonra gerekli ise bir sonraki görüşme tarihi belirlenerek görüşme sonlandırılır.

1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması					
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması					
BASAMAKLAR			GÖZLEMLER		
			1	2	3
1	Selamlama/uygun şekilde karşılama Görüşmeye başlarken başvurunu/hastayı selamlamak ve ona “hoşgeldiniz” demek çok önemlidir. Selamlamayı jest ve mimiklerinizi kullanarak yapınız (Örneğin başvuran/hasta ile tokalaşabilirsiniz). Başvurunu/hastayı ayağa kalkarak karşılayabilirsiniz.				
2	Kendini tanıtmak Kendinizi tanıtırken isminizin önüne ünvanınızı ekleyebilirsiniz (Stajyer Dr. Ali Ak vb).				
3	Başvurunu/hastayı kendini rahat hissedebileceği yere alma, gerekli mahremiyeti sağlama ve oturabileceği yer gösterme Başvurunu/hastayı kendini rahat hissedebileceği hissedebileceği yere alınız. Gerekli mahremiyeti sağlamak için bulunduğunuz odanın kapısını kapatınız. Başvuran/hasta ile sessiz bir ortamda görüşünüz. Başvuran/hastaya “buyrun, şu koltuğa oturunuz” gibi sözel bir ifade kullanınız veya elinizle başvurana/hastaya oturabileceği yeri işaret ediniz.				
4	Başvurunun/hastanın adını sorma, konuşma sırasında başvurana ismiyle hitap etme Başvurunun/hastanın ismini öğreniniz ve bütün görüşme sürecinde ona ismiyle hitap ediniz. İsim kullanırken “Ayşe Hanım” “Ali Bey” gibi ifadeleri tercih edebilirsiniz				
5	Başvurunun/hastanın neden başvurduğunu öğrenmeye yönelik açık uçlu soruyla başlama Başvurunun/hastanın yakınmalarını rahatça söylemesini sağlayacak şekilde açık uçlu soruyla başlayınız. (Sizi bugün buraya getiren sebep nedir? Size nasıl yardımcı olabilirim? gibi) Başvurunun/hastanın sorununu çok kısa, birkaç sözcükle dile getirdiği durumlarda ‘Başka ne söyleyebilirsiniz?’ gibi sorular sorunuz.				
6	Başvurunun/hastanın sözlerini bölmeden dinleme Özellikle başvuran/hasta açık uçlu soruları yanıtlarken hastanın konuşmasını bölmek için özen gösteriniz. Aklınıza takılan veya açıklanmasını istediğiniz noktaları sormak ya da bir şey söylemek istediğiniz zaman konuşmasını bitirmesini bekleyiniz. Başvuran/hastanın konuşması için zaman tanıyınız. Görüşme sürecinde zaman zaman sessizlikler olmasını doğal karşılayınız.				
7	Karşılıklı anlayışı geliştiren vücut dilini (göz teması, yüz ifadesi, duruş, ses tonu) kullanma Başvuran/hasta ile iyi iletişim kurabilmenin en önemli bileşenlerinden birisi sözsüz iletişim basamaklarını doğru uygulamaktır. Göz teması kurmak, olumlu yüz ifadesi takınmak, ve kişinin duyabileceği uygun ses tonu ile konuşmak gibi temel sözsüz iletişim basamaklarını uygulayınız.				
8	Başvurunun/hastanın anlatımıyla sorunun/başvuru nedenini öğrenmek için açık uçlu ve yönlendirici olmayan sorular sorma ve başvuru nedeninin ayrıntısını dinleme Başvurunun/hastanın başvuru nedenini ayrıntısına yönelik sorular sorunuz. “sorunuzunolduğunu söylediniz. Bu konuda biraz daha ayrıntılı bilgi verebilir misiniz?” gibi sorular yöneltilir. ‘Ekleme istediğiniz bir şey var mı?’ diyerek anlatımın olabildiğince geniş olmasını sağlayınız. Çok detaylı ve ana konudan uzak bir anlatıma yönelirse ‘Yakınmanızla/sorunuzla ilgili olarak ne anlatabilirsiniz?’ ya da ‘Öncelikle yakınmanızla/sorunuzu anlatırsanız’ diyerek konuya çekiniz. “Evet/hayır” gibi tek yanıtı olan sorular konuşmayı sınırlandırır ve iletişimin tek yönlü olmasına neden olur. Sorununun/başvuru nedeninin ayrıntısını öğrenmeyi sağlayacak “açık uçlu sorular” sorunuz (örnek: ... sorunuzun sizi nasıl etkilediğini söyler misiniz?, vb).				
9	Başvurunun/hastanın anlatımına ilgi gösterme ve “etkin” dinleme Başvuran/hastayı “etkin dinleme Becerisi”ne sahip olmak iletişim açısından çok önemli bir basamaktır. Etkin ya da diğer bir ifadeyle aktif dinleme güven ve samimiyetini kazanmayı sağlayan, düşünce ve duygularını açıkça ifade edebilmelerine olanak veren bir iletişim tekniğidir. Bu nedenle kişinin konuştuğu şeyleri yargılamadan kabul ediniz. Daha sonra söylenenleri kendi sözcüklerinizle ifade ediniz, ya da imalarınızı empati yoluyla belirtiniz. Etkin dinleme sırasında “biraz daha anlatabilir misiniz?” “Şöyle mi yoksa böyle mi demek istediniz?”, “Biraz daha açıklayabilir misiniz?” gibi soru ifadeleri kullanabilirsiniz.				
10	Görüşme sırasında başka işlerle meşgul olmama Başvuran/hasta ile görüşme sırasında bütün ilginizi karşınızdaki kişiye yöneltiniz. Bu süreçte başka hiçbir işle meşgul olmayınız (Örneğin cep telefonu ile konuşmayınız, başka kişilerle ilgilenmeyiniz, vb).				

11	Konuşmayı bölmeden notlar alma: Her görüşmede not almak gerekemeyebilir, sadece belli noktaları ve kritik bilgileri görüşmeyi bölmeyecek şekilde ve çoğu zaman başvuranla/hastayla göz temasını kesmeden not alınız.			
12	Başvurunu/hastayı sorununu aktarma konusunda yüreklendirme Başvuranın/hastanın duraksadığı anlarda başını sallayarak, ‘hı hı’ diyerek, ‘devam edin, dinliyorum’ diyerek onu daha fazla anlatmaya, ayrıntıları aktarmaya teşvik ediniz. Bazen başvuranın/hastanın son tümcesini ya da sözcüğünü soru olarak yöneltmek sözlü iletişimi sağlar.			
13	Başvuranın/hastanın anlayacağı bir dil kullanma Tıbbi sözcük ve deyimleri kullanmamaya özen gösterir ‘Ağrının lokalizasyonunu gösterir misiniz?’ yerine ‘Ağrının yerini gösterir misiniz?’ sorusu daha anlaşılır olacaktır.			
14	Edinilen bilgileri özetleme ve başvuranın varsa ek açıklamalar yapmasına olanak sağlama Konuşulan bilgileri başvuranın/hastanın doğrulaması varsa ek açıklamalar yapması için şimdiye kadar konuşulanları özetleyiniz			
15	Başvuranın/hastanın problemi algılama biçimine, problemden etkilenişine, beklentilerine ve düşüncelerine yönelik sorular sorma “bu sorun sizin ve ailenizin yaşamını nasıl etkilemekte/etkileyecek, iş/okul/günlük yaşantınız herhangi bir değişiklik yaratacak mı? gibi sorular sorunuz			
16	Kendini başvuranın yerine koyma (empati yapma) Görüşme sırasında hekimin kendisini başvuranın/hastanın yerine koyması (empati yapması) önemlidir. Başvuran/hasta bu yolla kendisini güvende hisseder. Başvurma nedeni ile ilgili ayrıntıları anlattıktan sonra “sizi anlıyorum”, “kendimi sizin yerinize koyduğumda”, “sizin gibi düşünmeye çalıştığımda”, “sıkıntılarınızı anlıyorum”, “birlikte çözüm yollarını düşünebiliriz” gibi ifadeler kullanınız.			
17	Başvuranın duygu ve tepkilerine yanıt verme Başvuran/hastanın verdiği tepkiler karşısında sakin, kararlı, sağduyulu ve tarafsız olmaya çalışınız.			
18	Başvuran/hastaya uygun, kapsamlı ve gereksinimleri karşılayan bilgileri verme Başvuran/hastanın sorunu ile ilgili çözüm seçeneklerini içeren bilgiyi açık ve kapsamlı olarak paylaşınız, seçenekleri hasta için sözel ya da görsel materyallerle anlaşılır hale getiriniz.			
19	Aktarılan bilgilerin başvuran/hasta tarafından doğru ve yeterli anlaşıldığından emin olma Başvuran/hastanın açıklamalara ilişkin sorusu olup olmadığını sormak uygun olabilir. Örneğin “şimdiye kadar konuştuğumuz konular ile ilgili sormak istediğiniz bir şey var mı? gibi sorular yöneltiniz. Konunun anlaşıldığından emin olmak için gerekirse siz sorular yönlendirerek açıklamaları derinleştiriniz.			
20	Çözüm için başvuran/hastanın rolünün önemini tartışma Başvuran/hastanın alınan kararların uygulanması noktasında çok önemli bir rolü bulunmaktadır. Bu önemi başvuran/hastaya açıkça ifade ediniz (Örneğin; “Ayşe hanım, almış olduğumuz bu kararların uygulanması ve sonucun başarılı olabilmesi noktasında sizin çok önemli bir rolünüz bulunmaktadır. Sizin bu konuda göstereceğiniz olumlu ve kararlı yaklaşım bizim başarılı bir sonuç almamızı kolaylaştıracaktır. Bu noktada söylemek, tartışmak istediğiniz noktalar var mı?” şeklinde bir konuşma yapınız.)			
21	Karar verme süreçlerine başvuran/hastayı da katma ve bunu başvuran/hastayla paylaşma Başvuranın/hastanın çözüm seçenekleri ile ilgili düşüncesini sorunuz, hangisi/hangilerinin onun için uygun olduğunu öğreniniz, gerektiğinde ek açıklamalar yapınız.			
22	İçinde bulunulan durumda önerilen çözümlerin başvuran/hasta tarafından kabul edilebilirliğini tartışma Çözümün başvuran/hasta için uygulanmasındaki güçlükler olup olmadığını sorunuz. Başvurana/hastaya karar vermesi için zaman tanıyınız.			
23	Çözümlerin başvuran/hasta tarafından uygulanacağından emin olma Çözümlerin başvuran tarafından uygulanacağından emin olmak için başvuran/hastaya “yaptığımız görüşmeden aldığımız kararları rahatlıkla uygulayabileceğinizi düşünüyorum. Siz bu görüşüme katılıyor musunuz?” gibi sorular yöneltiniz.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-2 Genel Anamnez Alabilme ve Sistemik Muayene Sorgusu Becerisi Öğrenim Rehberi

Amaç :Genel Anamnez Alma ve Sistemik Muayene Sorgusu Becerisi kazandırmak.

Gerekli Ekipmanlar :Kağıt, kalem, steteskop

Uygulama Yeri :İç Hastalıkları servisi, Dermatoloji servisi, Kadın doğum servisi, Nöroloji servisi, Dönem 3 Kurul 1 eğitim boyunca Perşembe günleri saat:13:00-17:00 arası

Hazırlık Bilgileri :

		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR				
1	Hastayla tanışın; selamlaşın			
2	Kendinizi tanıttın ve rolünüzü açıklayın; ' Ben doktor X, tanı ve tedavinizde size yardımcı olacağım' vs			
3	İlgi ve Saygı gösterin, hastanın fiziksel rahatlığını gözetin			
4	Cinsiyetini, doğum tarihini, mesleğini, medeni durumunu, çocuk sayısını (varsa), yaşadığı ili/semti, tel. numarasını anamnezin kimden alındığını not edin			
5	Başvuru nedenini açık sorularla öğrenin; 'Hangi sorun sizi hastaneye getirdi' vs.			
6	Hastanın başlangıç cümlelerini sözünü kesmeden dinleyin.			
7	Şikayetlerinin tamamını belirlemeye çalışın ve sonrasında hastanın cümleleriyle tekrar ederek şikayetlerini anladığınızı gösterin.			
8	Hastanın şikayetlerini sözünü kesmeden dinledikten sonra şikayetleri üzerinden kapalı sorulara yönelin; 'ateşiniz bu şikayetinize eşlik ediyor mu?' vs.			
9	Şikayetine yönelik hikayesini dinleyin (ne zaman başladı, artış var mı, öncesinde tedavi aldı mı/fayda gördü mü? Vs.)			
10	Özgeçmişini sorgulayın; Hipertansiyon, Diyabet gibi kronik hastalıklarını, aşılama geçmişini, geçirmiş olduğu ameliyatları, düzenli olarak kullandığı ilaçları, allerji durumunu (ilaç, besin) sorgulayın.			
11	Soygeçmişini (Birinci dereceden akrabalar; anne, baba, çocuk, İkinci dereceden akrabalar)			
12	Kullanmakta olduğu ilaçları; isimlerini, ne amaçla kullandığını, dozları, kullanım şekilleriyle birlikte not edelim.			
13	Alışkanlıklarını; sigara; kaç yıldır/günde kaç paket, alkol tüketimi			
14	Sistem sorgusuna geçilir.			
15	Kilo kaybı/kilo alımı var mı, ne kadar sürede ve kaç kilo?			
16	Halsizlik, iştahsızlık, ateş, gece terlemesi sorgulanır			
17	Deride: Döküntü, Beze veya şişlik, Kaşıntı, Batma veya karıncalanma, Kuruluk, Terlemede artış, Renk Değişikliği, Tırnaklarda değişiklik, Saç dökülmesi, Kılınmada artış (kadınlara sorulacak), Kılınmada azalma, Var/yok şeklinde not edilecek			
18	Baş ve boyun: Baş ağrısı, Kafa travma öyküsü Baş dönmesi Dengesizlik, Görme Bozukluğu, Gözlük veya lens kullanımı, En son göz muayenesi zamanı Gözlerde batma veya ağrı Gözde kızarma, Göz yaşarmasında artış, Çift görme, Bulanık Görme, Görme alanında karanlık bölgeler, Gözde Işık Çakmaları, İşitme Azlığı, İşitme cihazı, Kulak çınlaması, Kulak kanalından akıntı gelmesi Burun ve sinüsler: Burun akıntısı, burun kaşıntısı, burun tıkanıklığı, burun kanaması, geniz(post nazal akıntı), yüzde ağrı Ağız ve boğaz: Diş protezi, diş etlerinde ağrı kanama, en son diş hekimi muayenesi, ağız kuruluğu, ses değişikliği, ağız içinde yara Boyun: Boyunda şişlik, boyunda ağrı-hassasiyet, boyun hareketlerinde ağrı,			

19	Meme: Beze veya şişlik, Ağrı veya hassasiyet, Meme cildinde kızarıklık/ısı artışı, Meme başından akıntı		
20	Solunum sistemi: Öksürük, balgam, hırıltı, nefes darlığı		
21	Kalp ve dolaşım sistemi: Proksimal nokturnal dispne, Ortopne, Angina pectoris, Çarpıntı, Senkop Presenkop, Ortostatik hipotansiyon, Bacaklarda ödem, Klodikasyo intermitant, Reynaud Fenomeni, Ayak krampları, Variköz venler, Derin ven trombozu hikayesi		
22	Sindirim sistemi: Yutma güçlüğü, nazal regürjitasyon, Özofageal yutma güçlüğü, Katı gıdalarda yutma güçlüğü Sıvı gıdalarda yutma güçlüğü Özofageal regürjitasyon, Ağrılı yutma (odinofaji), Pirozis, Gastrik regürjitasyon, Bulantı/kusma, Gaz ve şişkinlik şikayeti, Geğirme, Karında şişme, Karın ağrısı, Mide ağrısı, Dışkılamada pattern değişikliği, İshal, Kabızlık, Dışkı kaçırma Melena Hematokezya Hematemez, Gözde sararma (subikter), Citte sararma (ikter), Dışkı renginde açılma (akolik gayta) İdrar renginde koyulaşma, Dışkıda parazit, Bilinen safra kesesi taşı, Bilinen sarılık hikayesi, Geçmişte kan transfüzyon		
23	Üriner sistem: İdrara çıkma sıklığında artış, Günlük idrar miktarında artış (poliüri), Gcece idrara sık çıkma (noktüri), idrar yaparken yanma (disüri), Kanlı idrar (hematüri), Köpüklü idra, İdrar kaçırma, Böbrek taşı hikayesi, Çatallı işeme, İdrar akışında veya çapında azalma		
24	Genital sistem (erkek) : Skrotal (torbada) herni (fıtık), Penis (kamuş) akıntısı veya yarası, Testiküler (hayalar ile ilgili) ağrı veya şişlik, seksual geçişli hastalık hikayesi, erektil disfonksiyon Genital sistem (kadın): İlk adet görme yaşı, Adet görme sıklığı, Son adet tarihi, Gebelik/doğum/çocuk sayısı, Dismenore Vajinal akıntı Vajinal kaşıntı, Vajinal ağrı, Seksüel geçişli hastalık hikayesi, Kürtaj/düşük sayısı, Seksüel fonksiyon (doğum kontrol yöntemi, ağırlı cinsel ilişki.		
25	Kas-İskelet sistemi: Kas ağrısı, Eklem ağrısı, eklemde şişme, sabah sertliği, eklemde ısı artışı-kızarıklık, hareket kısıtlılığı, boyun sırt bel ağrısı, travma öyküsü		
26	Nörolojik sistem: Extremitelerde uyuşma-karınalanma, duyu azalması, titreme(tremor), paralizi, nöbet (epilepsi) öyküsü, kuvvet kaybı, istemsiz hareket		
27	Hematolojik-immunolojik sistem: Kan grubu, sık enfeksiyon hikayesi, anemi hikayesi, transfüzyon ve transfüzyon reaksiyonu hikayesi, alersi hikayesi, spontan kanama hikayesi (örk; dişeti)		
28	Psikiyatrik değerlendirme: Hafıza ve davranış değişiklikleri, uyku bozukluğu, huzursuzluk-aşırı heyecan-anksiyete bozuklukları, intihar düşünceleri,		

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-3 Hastanede Yaşam Becerisi Rehberi

Amaç : Hastane organizasyon yapısı ve işleyişini kavrayabilme, multidisipliner çalışma ortamını anlama ve iletişim kurma becerilerini geliştirme, renkli kod uygulamalarını öğrenme ve uygulayabilme

Gerekli Ekipmanlar : Eğitim Föyü, Slayt, Klinik Alanda Sağlık Profesyonele Gözlem Formu, Telefon

Uygulama Yeri : Eğitim Salonları, Uygun Poliklinik ve Klinikler. Dönem 3 Kurul 1 eğitim boyunca Perşembe günleri saat:13:30-17:30 arası

Hazırlık Bilgileri :

1. Hastane Organizasyon Yapıları ve İşleyişleri

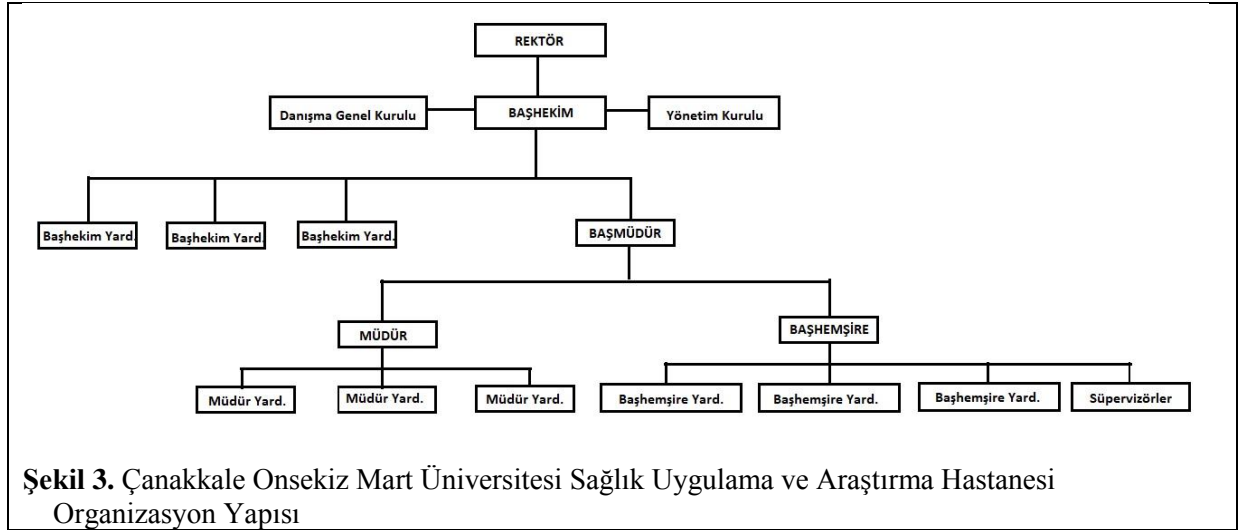
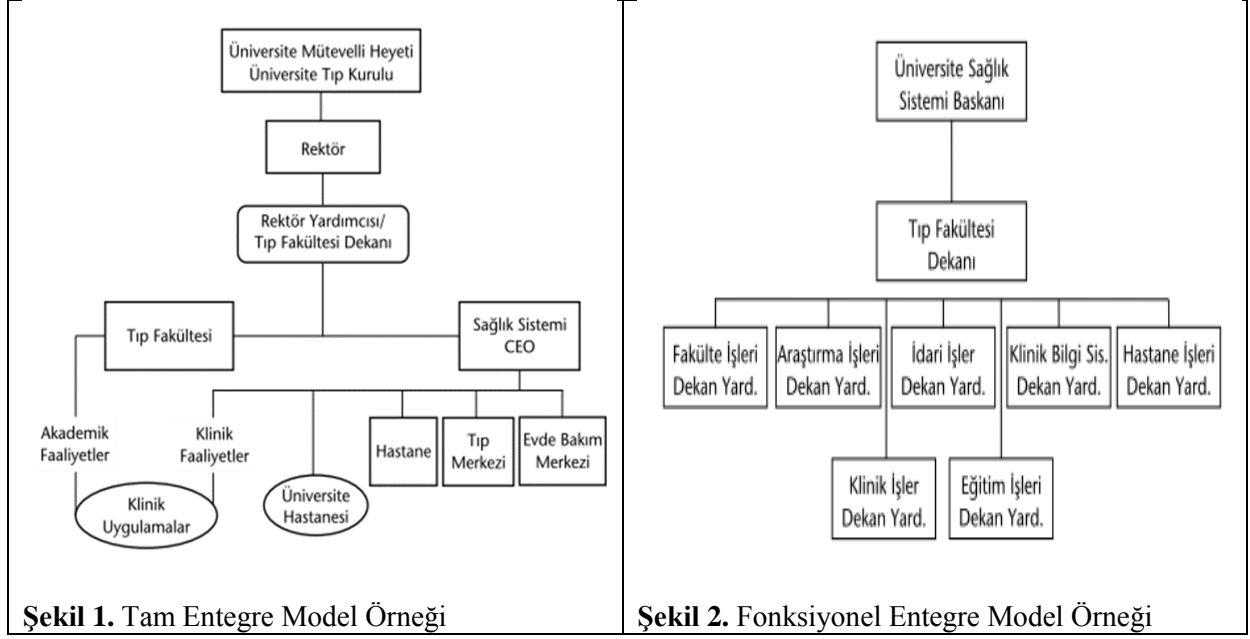
Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization) hastaneleri teşhis, tedavi, müşahede ve rehabilitasyon gibi hizmetlerinin bir arada verildiği yataklı tedavi kurumları olarak tanımlamıştır (1). Bu kurumlar aynı zamanda iyi yönetilmesi gereken, toplum sağlığına hizmet veren kuruluşlardır (2).

Üniversite hastaneleri sağlık hizmeti sunumunun yanı sıra eğitim ve araştırma faaliyetlerinin de bir arada yürütüldüğü karmaşık yapılara sahiptir. Bu konuların üstesinden gelebilmek, çeşitli disiplinlerden gelen çeşitli becerilere sahip sağlık hizmet sunucularının yer aldığı bir takım çalışmasını gerekli kılar (3). Üniversite hastaneleri birçok organizasyonel farklılıklar göstermesine karşın, genelde iki farklı organizasyonel modelin geçerli olduğu görülmektedir (4):

1. Tam Entegre Model: Üniversite hastanesi hizmet sunumunun, eğitim ve araştırma faaliyetlerinin tek bir yönetici ve kapsayıcı tek bir yönetim kurulu tarafından yönetilmesidir.

2. Fonksiyonel Entegre Model: Akademik faaliyetlerin, tıp fakültesi hekim uygulamaları ve bağlı hastane operasyonlarının her birinin farklı liderler ve ayrı bağımsız kurullar tarafından yönetildiği daha esnek bir modeldir.

Türkiye’de üniversite hastaneleri 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu’nun 3. Maddesinin (j) fıkrasında “*Uygulama ve Araştırma Merkezi: Yükseköğretim kurumlarında eğitim öğretimin desteklenmesi amacıyla çeşitli alanların uygulama ihtiyacı ve bazı meslek dallarının hazırlık ve destek faaliyetleri için eğitim-öğretim, uygulama ve araştırmaların sürdürüldüğü bir yükseköğretim kurumudur.*” kapsamında değerlendirilmektedir.



2. Sağlık Hizmeti Veren Meslekler ve Sağlıkta Multidisipliner Yaklaşım ve İletişim

İletişimin, sağlık çalışanları üyeleri arasındaki ilişkinin temeli için hazırlayıcı rolü bulunmaktadır. Sağlık hizmetinin üretilip etkin bir şekilde verilmesinde iletişim vazgeçilmez bir yere sahiptir. Çünkü bir sağlık kuruluşunda birimler arası bilgi akışı ne kadar hızlı ve tam ise, orada üretilen hizmetler o düzeyde mükemmelliğe yaklaşır. İletişimin iyi olduğu kurumlarda, çalışanların da bundan olumlu etkilendiği yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır (5).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı’nın sağlık meslek mensuplarını tanımladığı yönetmelikle (2014); başta Uzman tabip, tabip, uzman diş tabibi, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire, klinik psikolog olmak üzere toplamda 47 meslek ve rolleri tanımlanmıştır (6).

Günümüzde nitelikli sağlık hizmeti sunabilmek için başlıca koşullardan biri; alanında uzman profesyonelin olmasının yanı sıra bir diğeri de profesyonellerin de ekip anlayışı içerisinde işlerini sürdürmeleri ve sağlıklı iletişim kurabilmeleridir. Sağlık ekibi, hedefi hasta gereksinimlerini dikkate alan kapsamlı ve kaliteli sağlık hizmeti vermek, iki veya daha fazla klinisyenin iş birliği içinde çalışıp, ortak kararların alınıp, ortak kaynak kullanımını ile koordinasyon ve iletişimin sağlandığı birliktelik olarak tanımlanabilir (7).

Hastanelerde etkin ekip çalışması ile hizmet sunmanın hasta ve ailesi, ekip çalışanları ve hastaneye sağladığı birçok yarar araştırmalarla desteklenmiştir (8). Manser, hasta güvenliği ve ekip çalışması arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında güçlü bağlar olduğunu bulmuş ve ekip içi iletişimin önemine değinmiştir (9). Etkin ekip çalışması hasta bakımını olumlu yönde etkilerken, kendi içerisinde uyumsuz, iletişim kopukluğu olan ekiplerde ise hasta bakımına olumsuz yansımalar söz konusudur (10).

3. Renkli Kodlar ve Uygulanması

İnsan hayatının devam ettiği tüm alanlarda olduğu gibi hastane gibi sağlık hizmeti sunulan alanlarda da çeşitli risk etmenleri mevcuttur. Bu risklerin önceden tespit edilmesi, gerçekleşmesi halinde neler yapılması ve risk yönetiminin nasıl yönetilmesi gerektiğinin belirlenmesi önemlidir. Dolayısıyla acil durumları yönetmek için çeşitli araçlara gerek duyulmuş ve bunlara yönelik bir takım uyarıcı sistemler geliştirilmiştir. Dünyada bu amaçla en yaygın kullanılan araçlardan birisi de renkli kodlardır. Renkli kodlar, belirlenmiş olan acil duruma göre (11);

- Hastane çalışanlarını haberdar eder.
- Risk durumunda iletişime olanak tanır.
- Kısa ve net mesaj verir.
- Doğru müdahale için zaman kazandırır.
- Panik oluşmasına engel olur.
- Acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılar.
- Hasta ve çalışan güvenliğini sağlar.

Ülkemizde sağlıkta kalite çalışmaları kapsamında 2008 yılında mavi kod, 2009 yılında pembe kod, 2012 yılında beyaz kod ve 2015 yılında kırmızı kodun hayata geçmesiyle birlikte dört farklı renkli kod uygulaması başlatılmıştır (11).

Hastanemizde Renkli Kodlar Birimi teknolojik alt yapı desteğiyle sistematik bir şekilde hizmet vermektedir. Kişi bulunduğu yerden telefon ile renkli kod tuşlamasını yaptıktan sonra, kodun başlatılması için “5” tuşuna basar. Kod bildirim hastanemizde bulunan ilgili ekibin pager çağrı cihazlarına bireyin bulunduğu yer bilgisiyle birlikte düşer ve ekip olay yerine hızlıca intikal eder. Süreç tamamlandıktan sonra kodu başlatan bireyin aynı telefonda kod tuşlamasını yaptıktan sonra “6” tuşuna basarak süreci tamamlaması gerekir.

1. Beyaz Kod (1111):

Beyaz kod kapsamı ve uygulaması, sağlık çalışanlarına yönelik şiddeti önlemek amacıyla kullanılan acil durum yönetim kodudur. Beyaz kodun amacı; sağlık kuruluşlarında, sağlık çalışanlarının, hasta ve yakınlarının başına gelebilecek fiziksel, cinsel, psikolojik, sözel, ekonomik şiddet ve hırsızlık gibi durumlarında güvenlik personelinin en hızlı şekilde durumdan haberdar edilmesi ve olay yeri güvenliğinin sağlanıp, kayıt altına geçmesidir (12).

Ülkemizde yapılan araştırmalara göre, en sık pratisyen hekimler ve hemşireler şiddete uğramaktadır. En sık acil servislerde çalışanlar şiddete maruz kalmaktadır. Sağlık çalışanlarının son 11 yıl içinde en az bir kez şiddete maruz kalma oranının %49,5, 1-5 kez şiddete maruz kalma oranının %48,3 olduğu saptanmıştır. %72,4’ünün sözel şiddete, %11,7’sinin fiziksel şiddete maruz kaldığı ifade edilmiştir (13-14).

Hastane çalışanlarının şiddet görmesi halinde en yakın sabit telefonda 1111 numarasına çevirip, beyaz kod çağrısını başlatmış olması gerekir. Çağrı başlatma şekli hastaneden hastaneye değişirken kod çevrimi sonrası genelde bir tuşla kodun başlanması sağlanır. Kod bildirim sonrasında güvenlik ekipleri olay yerine intikal ederek, personeli koruma altına alıp, ilgili sorumlularla psikolojik destek başlatılır. Travmaya uğramış ise gerekli ilk yardım ve tıbbi tedavi başlatılır (15). Mevzuat gereği bireyin şikayetine bakılmaksızın adli süreç başlatılır ve hukuki destek sağlanır (16). Aynı zamanda sistem üzerinden Sağlık Bakanlığı’na süreç bildirilir.

2. Mavi Kod (2222):

Tüm dünyada acil durum için aynı rengin kullanıldığı standart tek koddur. Acil tıbbi müdahale gerektiren (solunum/kardiyak arrest) durumlarında hasta, hasta yakınları ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetimidir. Başka bir ifade ile yitirilmiş temel yaşam desteğinin hedeflenen sürede (0-5 dk.) tekrardan kazandırılması sürecidir. Uygulamada yaşamın sürdürülebilirliği

açısından birçok risk olduğundan, süreçte yaşanacak hata ve gecikmeler hastanın güvenliği açısından ciddi risk teşkil etmektedir (17).

Günümüzde hastanelerde Mavi Kod uygulaması hastanelerde önemli bir kalite ölçütü haline gelmiştir. Uygulama süreci genellikle profesyonel bir ekibin oluşturulması, hazır durumda bulunulması, sevk edilmesi, ekibin hastaya ulaşmaya kadar yapılacak ön hazırlıkları ve tedbirleri, ulaşılma araç ve zamanını, hazır ekipmanı, etkin bir müdahaleyi, müdahale sonrası yönetimi ve kayıtları kapsamaktadır (18). Mavi Kod uygulamasında geçerli uluslararası kod 2222 olarak kabul görmüştür.

3. Pembe Kod (3333):

Sağlık kurum ve kuruluşlarında bebek ya da çocuk kaçırma riski eyleminin söz konusu olduğu durumlarda, vaktinde müdahale edilmesi amacıyla oluşturulan acil çağrı kodudur. Sağlık hizmet sunucusu kendi özgün koşulları çerçevesinde çocuk kaçırılma durumları için bir uyarı sistemi kurmaktadır (11).

4. Kırmızı Kod (5555):

Sağlık kurum ve kuruluşlarında çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilmesi, oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve önlemek amacıyla oluşturulan acil çağrı kodudur. Sağlık kurumunun kırmızı kodla ilgili yılda en az bir kez tatbikat gerçekleştirmesi zorunlu kılınmıştır (11).

1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
	Hastane Organizasyon Yapıları ve İşleyişleri			
1	Hastane organizasyon yapısı öğrenilir, hiyerarşi bilinir.			
2	Hastane tıbbi birimleri gezilir, işleyiş öğrenilir.			
	Sağlık Hizmeti Veren Meslekler ve Sağlıkta Multidisipliner Yaklaşım ve İletişim			
3	Bir sağlık profesyoneli ile tanışılır.			
4	Sağlık personelinin mesleki bilgileri öğrenilir.			
5	Sağlık personelinin birimi ve uygulama alanı, günlük çalışması hakkında bilgiler öğrenilir. Ekip içi iletişim gözlemlenir			
6	Sağlık personelinin çalışma alanında kullandığı özel ekipmanlar öğrenilip, gözlemlenir.			
7	Sağlık çalışanının gözünden hastanede çalışmanın güçlü yönleri tanımlanır.			
8	Sağlık çalışanının gözünden hastanede çalışmanın zayıf yönleri tanımlanır.			
9	Sağlık çalışanının gözünden hastanede çalışmanın fırsatları tanımlanır.			
10	Sağlık çalışanının gözünden hastanede çalışmanın tehditleri tanımlanır.			
	Renkli Kodlar ve Uygulanması			
11	Renkli kod uygulamalarında işleyişini bilme			
12	Renkli kod uygulamalarında uygun kod başlatma			
13	Renkli kod uygulamalarında uygun kod sonlandırma			

KAYNAKLAR

- Seçim, H. (1991). Türkiye’de Hastanelerin Organizasyonu İçin Bir Model Önerisi, Hastane Yönetimi ve Organizasyonu. İstanbul Üniversitesi İşletme İktisadi Enstitüsü Yayınları, İstanbul.
- Aslan, Ş. (2004). Hastanelerde Örgütsel Çatışma: Teori ve Örnek Bir Uygulama. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, (11), 599-617.
- Uğurluoğlu, Ö. (2015). Üniversite hastanelerinde uygulanan organizasyon yapılarının değerlendirilmesi. İşletme Bilimi Dergisi, 3(1), 52-63.
- Wartman, S. A. Academic Health Center: Evolving Organizational Models. http://aahci.org/policy/reddot/AAHC_Evolving_Organizational_Models.pdf.Erişim Tarihi: 05.03.2015.
- Akyurt, N. (2009). Sağlıkta iletişim ve Marmara üniversitesi sağlık hizmetleri meslek yüksekokulu öğrencilerinin iletişim becerileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(11), 15-33.
- Gazete, R. (2014). Sağlık meslek mensupları ile sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensuplarının iş ve görev tanımlarına dair yönetmelik.
- Hall P, Weaver L. Interdisciplinary education and teamwork: a long and winding road. Med Educ 2001; 35:867- 875.
- Ulusoy, H., & Tokgöz, D. M. (2009). Hekim ve Hemşirelerin Ekip Çalışmasına İlişkin Görüşleri. Pamukkale Tıp Dergisi, (2), 55-61.
- Manser, T. (2009). Teamwork and patient safety in dynamic domains of healthcare: a review of the literature. Acta Anaesthesiologica Scandinavica, 53(2), 143-151.

10. Akyürek, B., Serap, Ö. Z. E. R., Argon, G., & Zeynep, C. O. N. K. (2005). Hekim Davranışlarının Hemşire Memnuniyeti ve Hemşirelerin İşine Devam Etme Durumu Üzerine Etkisi. Ege Tıp Dergisi, 44(3), 167-172.
11. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/6409,ulusal-renk-kodlarpdf.pdf?0> (Erişim tarihi: 04.09.2019)
12. Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM). Sağlık Çalışanlarına Yönelik Artan Şiddet Olaylarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu. Sıra Sayısı: 454. Ankara: TBMM; 2013. p.391.
13. Ayrancı Ü, Yenilmez Ç, Günay Y, Kaptanoğlu C. [The frequency of being exposed to violence in the various health institutions and health profession group]. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2002;3(3):147-54.
14. Gökçe T, DüNDAR C. [The frequency of exposing to violence and its effects on state and trait anxiety levels among the doctors and nurses working in Samsun Psychiatry Hospital]. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2008;15(1):25-8.
15. Bakanlığı, T. S. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı Beyaz Kod Birimi. Çalışan Hakları ve Güvenliği Rehberi. Ankara: 2013, 5.
16. Bakanlığı, T. S. (2012). Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. Resmi Gazete Sayısı, 28277(28.04).
17. Koltka N, Çelik M, Yalman A, Süren M, Öztekin F. Kardiyopulmoner Resusitasyonun Başarısına Etkisi olan Faktörler. Türk Anest Rean Der Dergisi. 2008;36 (6):366-72.
18. Bakanlığı, T. S. Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı: Hastane Hizmet Kalite Standartları. Pozitif Matbaa, Ankara, 2011;36.

BÖLÜM-4: Batın Muayenesi Beceri Eğitim Rehberi

Amaç : Batını fizik muayene ile değerlendirebilme becerisi kazandırmak

Gerekli Ekipmanlar : Simüle Hasta, Eldiven ve Steteskop

Uygulama Yeri : Mesleksi Beceri Laboratuvarı

Hazırlık Bilgileri :

Öğrenim hedefleri:

1. Batının değerlendirilmesinde kullanılan fizik muayene basamaklarının (inspeksiyon, oskültasyon, perküsyon, palpasyon) öğrenilmesi
2. İşlem basamaklarının doğru ve sırasıyla uygulanması

		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hastaya yapılacak muayene işlemi için bilgi verilir			
2	Eller yıkanır			
3	Eller ve steteskop önce hafifçe ısıtılır sonra steteskop alkolle temizlenir			
4	Hastanın sağ tarafında durulur, hasta gövdesinin üst kısmı çıplak kalacak şekilde başının altına bir yastık konulur, kolları yanlarda veya göğüs üzerinde olacak şekilde yatırılır. Muayene eden hekimin hastanın solunumundan sakınması amacıyla hastanın başı sol yana çevrilir.			
5	Hastaya, abdominal kaslarının gevşemesini sağlayacak şekilde dizlerini kıvrması söylenir, gerekirse hastanın dizlerinin altına yastık da konulabilir			
İNSPEKSİYON (Gözle muayene etme)				
6	Bu muayene gün ışığında, oda ısısında ve mahremiyeti sağlanmış bir şekilde yapılmalıdır. Karnın duvarının solunuma iştirak edip etmediği incelenmeli, yerel ya da yaygın abdominal bozukluklar saptanmalıdır. Bu muayene yönteminin amacı: Karnın sınırları, deri değişiklikleri, renk değişimleri, anormal girinti ve çıkıntılar, distansiyon, herni, peristaltizm, pulsasyon, geçirilmiş ameliyat skarları, strialar, döküntüler ve damarsal değişikliklerin tespitidir.			
OSKÜLTASYON (Steteskop ile dinleme)				
7	Hastaya steteskop ile batının dinlenerek muayene edileceği sözel olarak belirtilir. Muayene sırasında hastayı irrite etmemek için steteskop, kullanılmadan önce avuç içinde tutularak ya da avuca sürtülerek ısıtılır.			
8	Kullanılacak stetoskobun diyafram ve çan kısmı olmalıdır ve diyafram ile bağırsak sesleri, çan kısmı ile de damar sesleri dinlenmelidir.			
9	Diyafram kullanılırken deri üzerine tamamen temas ettiğinden emin olunmalıdır. Bunun için hafifçe bastırılmalıdır. Steteskop çanı kullanıldığı zaman hafifçe temas ettirilmeli, fazla bastırılmamalıdır. Kulağa takılan metal boruların açısı hafifçe buruna doğru olacak şekilde kıvrılmalıdır. Yatak örtüleri, takılar ve hasta giysileri gibi ses ileten birçok obje çevrede bulunup ses karışıklığına neden olabileceğinden bu açıdan dikkatli olunmalıdır.			
10	Batındaki her 4 kadrana, ayrı ayrı en az 1'er dakika süre ile dinlenmelidir.			
11	Bu muayene yönteminin amacı: Barsak motilitesi, vasküler akış ve peritonun solunuma			

	iştiraki ile ilişkili hareketlerinden kaynaklanan normal veya anormal seslerin varlığının tespit edilmesidir (Barsak seslerinin normal, hiperaktif veya hipoaktif oluşu ile gastroenteritler, intestinal obstruksiyon, paralitik ileus, peritonit gibi durumlar tesbit edilebilir. Bununla birlikte aort, renal, mezenterik, ve femoral arterlerle ilişkili üfürümler duyulabilir, postravmatik A-V anastomozlar, tesbit edilebilir.)			
	PALPASYON (Dokunarak muayene)			
12	Sırt üstü yatar pozisyondaki hastanın kalça ve diz eklemine hafif fleksiyon yaptırılır ve hastaya karnına tek veya çift el ile dokunularak ve bastırılarak muayene edileceği belirtilir. Muayene esnasında hastanın ağrısının olması durumunda doktoruna bunu ifade etmesi gerektiği belirtilir.			
13	Önce yüzeysel palpasyon, sonra derin palpasyon yapılır. Hem yüzeysel hem derin palpasyon saat yönünün tersinden başlanarak sağ alt kadrana doğru yapılır. Karında hassasiyet ve ağrılı bir nokta varsa en son o bölge palpe edilir.			
14	Palpasyon uygulamak için, başparmak hariç diğer parmaklar birleşik ve el abdomene paralel bir şekilde tutulmalı, parmak uçları hafif bastırılarak palpasyon yapılmalıdır. Hastanın karnı, 1 veya 2 parmağın palmar yüzeyi ile 1-4 cm derinliğinde aşağı doğru bastırılır. (yüzeysel palpasyonda abdomen 1 cm içe çökecek kadar, derin palpasyonda ise 4 cm içe çökecek kadar bastırılır.) Bu işlem esnasında hastaya ağrısının olup olmadığı sorulur ve yüz ifadesi değerlendirilir. Yüzeysel palpasyonun amacı: Karın duvarının durumu, aşırı duyarlılık varlığı (hiperestezi), cilt ve cilt altı dokuların, yüzeye yakın yapıların ve duyarlılığın değerlendirilmesidir. Derin palpasyonun amacı: Batın içi organlarda ağrı varlığı, organların boyutları ve kitle varlığı gibi patolojik durumların belirlenmesidir. Kitle tespit edilmesi durumunda kitlenin lokalizasyonu, şekli, kıvamı, yüzeyinin durumu, ağrılı olup olmadığı, hareketli/fikse olması, solunum ile hareketli ve pulsatil olup olmadığı değerlendirilir. Organlara özgü ağrılı noktaların saptanması da bu muayene yöntemi ile sağlanır [Mide noktası, duodenum noktası, safra kesesi noktası (Murphy noktası), apendiks noktaları (Mc Burney), overin ağrılı noktaları, üreterlerin ağrılı noktaları, böbreklerin ağrılı noktaları vb]			
15	Karaciğer ve Dalak alt kenarının palpasyonla tespit edilmesi: Parmak uçlarının aksillayı göstermesi kaydıyla karaciğer için sağ inguinal bölgeden, dalak için ise sol inguinal bölgeden palpasyona başlanır. Hasta nefes alıp verirken her inspiyumda el bastırılır. Her ekspiyumda el midklaviküler hat boyunca yavaşça yukarı doğru hareket ettirilir. Bu işlem yukarı doğru karaciğer veya dalak alt ucu ele çarpıncaya kadar tekrar edilir. İnspiyum esnasında karaciğer veya dalak alt ucunun parmaklara çarptığı nokta, organın alt kenarının sınırı olarak belirlenir. Normal insanlarda karaciğer palpe edilmez, nadiren kosta yayını 1-2 cm geçebilir.			
16	Böbreklerin ve üreter noktalarının palpasyonu: Bu muayene bimanuel yapılır. Hasta sırt üstü yatarken, muayene edilen böbreğin sağ veya sol olmasına bağlı olarak sol veya sağ el hastanın beline 12. Kostanın hemen altına, ona paralel olarak yerleştirilir. Bir elin parmak uçları kostovertebral açığa yetişecek şekilde koyulur. Diğer el ise sağ üst kadrana rektus abdominis kasının latereline 15paralel olarak yerleştirilir. Bir elle böbrek yukarı doğru itilirken diğer elle mediale ve yukarı doğru bastırılarak böbrek palpe edilmeye çalışılır. (Normalde böbrekler palpe edilemez)			
	PERKÜSYON (parmakla vurarak çıkan sesin değerlendirilmesi)			
17	Hastaya gürültüsüz bir ortamda batının dokunarak ve dinlenerek muayene edileceğinin bilgisi verilir.			
18	Sol elin 3. parmağı batın cildine yerleştirilir, 90 derece fleksiyon yapılan sağ elin 2. veya 3. parmak ucu ile, dirsek sabit tutularak, el bileğinin hareketi ile, cilde yerleştirilen parmağın tırnak dibi ile distal falanksının eklemi arasına kısa darbeler vurarak perküsyon yapılır.			
19	Perküsyonda timpan ses veya matite alınabilir. Timpan ses: Tınlama tarzında, düşük rezistanslı uzun bir sestir. Abdomende sıvı hava			

	<p>olduğunda duyulur. Timpan ses batında baskın sestir, çünkü ince ve kalın barsaklar içinde hava mevcuttur.</p> <p>Mat ses: Dolgun, kısa süreli, yüksek frekanslı bir sestir. İçi dolu organlar üzerinde duyulur.</p>			
20	<p>Karın muayenesinde perküsyona ksifoidden başlanır ve distale doğru 4 kadran ışınsal tarzda perküte edilir. Normalde ışınsal tarzda perküsyon sonucunda tüm batın kadranlarında timpan karakterde ses duyulur. Işınsal tarzda perküsyon sonucunda batında matite alınır bu noktalar şaretlenir ve perküsyon işlemi tamamlandıktan sonra matite alınan noktalar birleştirilir. Açıklığı yukarı bakan bir matite olması durumunda hastada asit olduğu, açıklığı aşağı bakan bir matite varlığında ise batında pelvik kitle, gebelik (hasta bayansa) varlığı ya da dolu mesane akla gelmelidir.</p> <p>Karın muayenesinde perküsyonda amaç: Katı ve içi boş viseral organların boyutlarını ve pozisyonlarını tespit etmek (Karaciğerin yerini ve büyüklüğünü belirlemek, batında asit (sıvı) varlığını saptamak, batındaki kitleleri belirlemek, dalağın yerini ve büyüklüğünü tespit etmek).</p>			
21	<p>Karaciğerin üst sınırının perküsyon ile belirlenmesi: Sağ midklaviküler hat boyunca ikinci interkostal aralıktan başlanarak sırasıyla interkostal aralıklar yukarıda tarif edildiği şekilde perküte edilir, perküsyon sesi her interkostal aralıkta dinlenir, matitenin alındığı interkostal aralık karaciğer üst sınırı olarak belirlenir. Normalde karaciğerin en üst sınırına (kubbesine) varıldığında, karaciğer ile parmak arasında içi hava dolu bir akciğer dilciği bulunduğundan submat bir ses alınır. Buna karaciğerin relatif matitesi denir ve normallerde 4-5. kostalar arasına rastlar. Aşağıya doğru perküsyona devam edilirse matite gittikçe artarak 5-6. aralıkta tam mat olur. Burada karaciğer, diafraqma ve plevra toraksa tamamen yanaşmışlardır. Buna da karaciğerin absölü (gerçek) matitesi denir.</p> <p>Karaciğerin alt sınırının perküsyon ile belirlenmesi: Karaciğer üst Sınırının belirlenmesini takiben karaciğer alt sınırı belirlenmek üzere yukarıda yapılan perküsyon işlemine timpan ses alınana kadar kaudal yönde devam edilir ve timpan sesin alındığı nokta karaciğer alt sınırı olarak belirlenir. Karaciğer boyutları krano-kaudal(vertikal) yönde belirlenir. Erişkin bir kişide, karaciğerin perküsyonu sonucunda alt sınırı ve üst sınırı arasında kalan vertikal uzunluk 6-12 cm arasında değişmektedir. Karaciğer matitesinin 6. interkostal aralıktan daha aşağıdaki bir noktada alınması pitoz durumunun varlığına işaret eder</p> <p>Karaciğer perküsyonunda amaç: Karaciğer büyüklüğünün, hepatomegali ve pitoz durumunun tespiti.</p>			
22	<p>Dalak perküsyonu: Normal dalak arka karın planında ve yanda küçük bir alanda lokalizedir. Sol orta koltukaltı çizgisi üstünde 9. ile 11. kostalar arası aralıkta dalağa ait oval bir matite bulunur. Dalak normalin 3 katından fazla büyürse kostaların altına taşar ve palpasyonla ele gelir. Fakat kostaları aşmamış bir dalak ancak perküsyonla saptanabilir. Bu amaçla öncelikle “Traube alanı” sınırları tarif edilmelidir. Ksifoidden geçen yatay çizgi, ön aksiller hat ile alt Kosta yayı (arcus costalis) arasındaki alan “Traube alanı” olarak adlandırılır. Bu bölgede perküsyon yapılırsa normalde mide fundusunda bulunan havadan dolayı timpanik ses alınır.</p> <p>Matite varlığı çoğunlukla splenomegaliyi düşündürür. Splenomegali dışında; Akciğer bazalindeki enfeksiyonlarda, sol plevrada sıvı varlığında, karaciğer sol lob hipertrofilerinde, veya traube alanını dolduran kitlelerde bu bölgede matite saptanır ve traube alanı kapalı denir.</p> <p>Dalak perküsyonunda amaç: Dalak büyümesinin var olup olmadığının tespit edilmesidir.</p>			
	BATIN MUAYENESİNDE ÖZEL DEĞERLENDİRMELER			
23	<p>Tüm bu değerlendirmelerden önce hastaya bilgi verilir.</p> <p>Rebound hassasiyet: Bir elin parmakları birleşik olarak, abdomene dik gelecek şekilde yavaş ve derin olarak bastırılır. Sonra el hızla geri çekilir. El geri çekildiğinde kişinin ağrısı olup olmadığı değerlendirilir. Eğer ağrı olmuyorsa bu normal bulgudur ve “rebound negatif”</p>			

	<p>olarak değerlendirilir, eğer el geri çekildiğinde kişinin ağrısı oluyorsa bu anormal bir durumdur ve “rebound pozitif” olarak değerlendirilir.</p> <p>Defans muayenesi: Karın ağrısı olan hastada derin palpasyon sırasında kas rijiditesinin saptanmasıdır.</p> <p>Amaç: Periton irritasyonunun değerlendirilmesi.</p> <p>Kostovertebral açılı hassasiyeti: Hastayı muayene masasına oturtma, el açık ve parmaklar birbirine yapışık olarak hipotenar bölge ile sağ ve sol kostovertebral açılara sertçe vurma, hastanın ağrısında artış olup olmadığını sorma, gözleme.</p> <p>Amaç: Renal hastalıkların değerlendirilmesi.</p> <p>Değişen matite: İşinsal tarzda perküsyon sonucunda batında lokalize bir noktada matite alınması durumunda buradaki matitenin sıvı ya da kitleye ait olup olmadığını ayırmasını yapmak için perküsyonla matitenin alındığı noktadaki el sabit tutularak hastaya matitenin alındığı tarafın karşı tarafına doğru dönmesi istenir. Bir süre beklendikten sonra tekrar aynı noktaya perküsyon yapılır. Eğer perküsyon sonucunda matite kaybolmuş yerini timpan bir sese bırakmışsa burada asit vardır, eğer hala matite alınıyorsa solid kitle varlığı düşünülmelidir</p> <p>Amaç: Peritoneal asitin belirlenmesi.</p>			
24	Hastaya muayene bulguları ile ilgili bilgi verme.			
25	Steteskopu alkolle temizleme.			
26	Elleri yıkama.			
27	Tüm bulguların hasta dosyasına dikkatlice kayıt edilmesi			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-5: Kardiyovasküler Sistem Muayene Becerisi Rehberi

Amaç : Kardiyovasküler Sistem Muayenesi Yapabilme Becerisi Kazandırmak.

Gerekli Ekipmanlar : Maket, Steteskop, Simüle Hasta

Uygulama Yeri : Tıp Fakültesi Mesleksel Beceri Laboratuvarı, Kardiyoloji Servisi

Hazırlık Bilgilileri :

KARDİYAK MUAYENEYE

*Kardiyak muayeneye başlamadan önce hasta önce sistemik bir muayeneden geçirilmelidir. Hastanın genel durumuna, nefes darlığı, göğüs ağrısı , halsizlik gibi bulguları gösterip göstermediğine bakılmalıdır.

*Hastanın vital bulguları değerlendirilmelidir (Ateş, nabız, solunum sayısı. Tansiyon uygun bir şekilde ve mutlaka her iki koldan da ölçülmelidir. En yüksek çıkan koldaki tansiyon değeri not edilmelidir.)

*Hastanın periferik siyanoz bulguları olup olmadığına bakılmalıdır.

*Kalp hastalıklarının periferik bulguları olup olmadığı incelenmelidir.

*Periferik nabız palpasyonu, hız ve ritimi değerlendirilmelidir.

*Her iki ekstremitelerdeki nabızlar değerlendirilmelidir.

*Gözde *korneal arkus* ya da *ksantelezma* gibi hiperlipidemi bulgularının olup olmadığı değerlendirilmelidir.

*Konjunktivalar kardiyak semptomları açıklayabilecek olası anemi varlığını gösterebildiğinden solup olup olmadıkları değerlendirilmelidir.

**Facies mitrale* (al yanak mor dudak) bulgusu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

*Kerotis arterde üfürüm olup olmadığı değerlendirilmelidir. Dinlemeden önce hastanın nefesinin tutulmasının istenmesi solunum sesi ile üfürüm sesinin karışmasını önleyecektir.

*Hastada pretibial ödem olup olmadığı değerlendirilmelidir.

*Juguler venin değerlendirilmesi yapılmalıdır.

Juguler basınç değerlendirilirken eksternal juguler ven kullanılır. Hastanın başı 45 ° eleve edilmeli, boyun venöz dalgalarının en yüksek seviyesinin sternal açıdan vertikal olarak ne kadar yüksekte olduğu bir cetvel yardımıyla ölçülmelidir. Sağ atrium Louis açısından 5 cm daha derinde olduğundan hesaplanan değere 5 cm daha eklenmelidir.

İnspeksiyon:

*Kardiyak operasyon geçirdiğini gösteren cerrahi skar olup olmadığı değerlendirilmelidir.

*Göğüs duvarında deformasyon olup olmadığı değerlendirilmelidir.

*Kalıcı pil olup olmadığı araştırılmalıdır (kalp pilleri, klavikulanın yaklaşık 2 cm altında, kabartılı olarak palpe edilebilir)

*Kalbin apeksinin atımı değerlendirilmelidir.

Palpasyon :

*Elinizin avuç kısmı kalbin anatomik lokalizasyonunda palpe edilir. Apeks atımı, şiddeti, süresi değerlendirilir.

*Tril olup olmadığı araştırılmalıdır. Triller palpe edilebilen üfürümlerdir.

Oskültasyon :

- *Stetoskopun diyafram ve çan kısmıyla kalp odaklarını dinlenir.
 - * Kalp seslerini ayırt etmek için nabız palpasyonu ile beraber kardiyak oskültasyon yapılır.
 - *S1, atriyoventriküler kapakların kapanması ile oluşan sestir. Apikal atımdan hemen önce ve en güçlü apekte duyulur
 - *S2, aort ve pulmoner kapakların kapanması ile oluşan sestir. En iyi üst sol sternal kenarda stetoskopunuzun diyafram kısmı ile duyulur. Apikal atımdan sonra duyulur.
 - *S1 ve S2 özellikleri değerlendirilmelidir. (normal mi, sert mi, yumuşak mı) Çiftleşme olup olmadığı değerlendirilmelidir.
 - *Üçüncü kalp sesi duyulup duyulmadığı değerlendirilmelidir. S3 erken diyastolik bir sestir.
 - *Dördüncü kalp sesi duyulup duyulmadığı değerlendirilmelidir. S4 diyastolde, presistolik olarak duyulan bir sestir. Sertleşmiş hale gelen ventriküllere karşı atriyal kontraksiyonla oluşur. Hipertansiyon, aort darlığı, iskemi gibi durumlarda duyulabilir. Atrial fibrilasyonda duyulmaz.
 - *Hastada üfürüm olup olmadığı değerlendirilmelidir.
- Üfürümler, kanın akışı sırasında duyulan uğultu şeklindeki sesler olarak tanımlanır. Üfürümler; sistolik mi, diyastolik mi olduğu, inspirasyonla ya da ekspirasyonla değişip değişmediği, yayılımı değerlendirilmelidir.

Sistolik Üfürümler:

- *Atrioventriküler kapaklar kapalı, Aort ve Pulmoner kapaklar açık konumda iken duyulan üfürümlerdir.
- *Mitral yetersizliği üfürümü pansistoliktir ve en iyi apekte duyulur, aksillaya yayılır.
- *Aort darlığında, sistolik ejeksiyon üfürümü duyulur, boyuna yayılır.

Diyastolik üfürümler:

- *Atrioventriküler kapaklar açık, Aort ve Pulmoner kapaklar kapalı konumda iken duyulan üfürümlerdir.
- *Bu üfürümleri duymak için çeşitli manevralar yapmak gerekir. Diyastolik üfürümler her zaman patolojiktir.
- *Aort yetersizliği üfürümü en iyi hasta öne eğilerek duyulur iken, Mitral stenozu üfürümü en iyi hasta sol yan pozisyonda yatarken duyulur

Üfürümlerin şiddeti :

- 1.derece : Dikkatli dinlemekle zor duyulan üfürümlerdir.
- 2.derece : Kolay duyulabilen ancak şiddetli olmayan üfürümlerdir
- 3.derece : Kolaylıkla duyulabilen şiddetli üfürümlerdir ancak tril palpe edilmez.
- 4.derece : Şiddetli üfürümlerdir beraberinde tril palpe edilir.
- 5.derece : Çok şiddetli üfürümlerdir fakat stetoskop dinleme odağına konmadan duyulmaz.
- 6.derece : Stetoskop dinleme odağına konmadan duyulan üfürümlerdir.

1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	İlk olarak hastaya kendini tanıttınız, işlemi anlatınız, muayene için izin alınız.			
2	Ellerinizi hastayı muayene etmeden önce mutlaka yıkayınız			
3	Yeterince aydınlatılmış muayene odasında, hastanın sağ yanında muayene için hazır olunması.			
4	Hastanın belden yukarısının mücade edilirse giyisilerden arındırılması, vücudun diğer alanlarının bir örtü ile kapatılması			
5	Hastaya muayeneden önce tüm işlemler hakkında bilgi verilmesi, ani hareketlerden kaçınılması.			
İNSPEKSİYON				
6	Hastaya 45 derece olacak şekilde yatar pozisyon verilmesi ve boyun venöz dolgunluğunun değerlendirilmesi.			
7	Göğüs duvarının anatomik deformiteler yönünden araştırılması			
8	Göğüs duvarı derisinin, dudakların, tırnakların siyanoz, vb. yönünden araştırılması			
9	Göğüs duvarını görünümü şişlik, çöküntü, ödem, pigmentasyon, skar yönünden incelenmesi.			
10	Hasta oturur ve yatar pozisyonda iken kalp tepe atımının incelenmesi.			
11	Tırnak yataklarında kapiller dolunun incelenmesi			
PALPASYON				
12	Hekimin ellerinin soğuk olmamasına özen göstererek yatar pozisyondaki hastanın kalp tepe atım noktasının parmak uçları ve el ayası ile belirlenmesi. Bu lokalizasyonun orta sternal hattın, 5. interkostal aralık ve orta klaviküler hattın ne kadar uzaklıkta olduğunun tespit edilmesi.			
13	Hastanın oturtulması, kalp tepe atımının tespit edilmesi.			
14	Hastanın yatar ve oturur pozisyonlarda avuç içi ile tril varlığının değerlendirilmesi			
PERKÜSYON				
15	Hasta yatar pozisyonda iken, ön aksiller hattın başlayarak medial yönde sternum boyunca interkostal aralıklar kullanılarak perküsyonla kalp matitesi ile boyutlarının tespit edilmesi			
16	Hasta oturur pozisyonda iken, ön aksiller hattın başlayarak medial yönde sternum boyunca interkostal aralıklar kullanılarak perküsyonla kalp matitesinin boyutları tespit edilmesi			
OSKÜLTASYON				
17	Kullanılacak steteskopun soğuk olmamasına özen gösterilmesi. Kalp sesi dinleme noktalarının tespit edilmesi. · Aort odağı: Sternum sağ kenarı ile sağ ikinci interkostal aralık ile kesiştiği yer · Pulmoner odak: Sternum sol kenarı ile sol ikinci interkostal aralık ile kesiştiği yer · Triküspit odak: Sternumun sol kenarı ile sol dördüncü interkostal aralık ile kesiştiği yer · Mitral odak: Orta klaviküler hattın sol beşinci interkostal aralık ile kesiştiği yer			
18	Bu kalp dinleme noktalarının steteskopun hem diyaframlı hem de çan yüzeyi kullanılarak hasta oturur, öne doğru eğilirken, sırt üstü yatar ve sol yana doğru yatarken olmak üzere ayrı ayrı dinlenmesi.			
19	Her dinleme noktası ve pozisyonunda kalp atım hızının ve ritminin değerlendirilmesi			
20	Kalp sesleri - Şiddeti - Yoğunluğu - Süresi - Kardiyak siklustaki zamanlaması yönünden değerlendirilmesi			

21	Üfürümlerin, perikardiyal sürtünmenin (frotman), galo ritminin olup olmadığının araştırılması			
22	Periferik arterler: -Karotis -Brakial -Radial -Femoral -Popliteal -Dorsalis pedis -Posterior tibialis ; sayı, düzeni, şiddeti yönünden incelenmesi			
23	Hastaya muayenenin bittiğini söyleyiniz. Sonuçlar hakkında bilgi veriniz			
24	Ellerinizi yıkayınız			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-6: Solunum Sistemi Muayene Becerisi Rehberi

Amaç :Solunum sistemini fizik muayene ile değerlendirebilme becerisi kazandırmak

Gerekli Ekipmanlar : Steteskop, saat

Uygulama Yeri :

Hazırlık Bilgileri :

Öğrenim hedefleri :

1. Solunum sisteminin değerlendirilmesinde kullanılan fizik muayene basamaklarının (inspeksiyon, palpasyon, perküsyon, oskültasyon) öğrenilmesi
2. İşlem basamaklarının doğru ve sırasıyla uygulanması

		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR				
1	Elleri yıkama			
2	Elleri ve steteskopu ısıtma			
3	Hastaya işlem hakkında bilgi verme			
4	Hastayı oturtturarak gövdesinin üst kısmı çıplak kalacak şekilde giysilerini çıkarmasını isteme			
5	Göğüs kafesini gözle muayene etme (inspeksiyon)- Burun kanadı solunumu, yardımcı solunum kası kullanımı, siyanoz, çomak parmak, göğüs duvarı deformitesi, göğüs ön-arka çap değerlendirmesi.			
6	Solunum dakika hızını belirleme: Bir dakika süre ile solunum hareketlerini el ile hissederek sayma. (inspeksiyon)			
7	Solunumun tipini ve solunum sıkıntısı bulgularının değerlendirilmesi – Takipne, bradipne, apne, yardımcı solunum kası kullanımı, retraksiyonlar, ortopne, inleme, hışırtı sesi. (inspeksiyon)			
8	Suprasternal çentikte trakea üzerine 3. Parmağı yerleştirerek 2. Ve 4. Parmak ile trakea çevresindeki yumşak doku bölgelerinin palpe edilmesi (palpasyon).			
9	Servikal , supraklaviküler ve aksiler lenfadenopati açısından açınsından kontrol edilmesi.			
10	Oturan hastanın arkasına geçilmesi.			
11	Her iki el ile hastanın göğüs kafesini yanlardan kavrayıp, orta hatta baş parmakları birleştirerek hastadan derin nefes alıp vermesini isteme (solunuma katılım değerlendirmesi), baş parmakların orta hattan eşit uzaklaşıp uzaklaşmadığını görme . (palpasyon).			
12	Hastaya aynı şiddette (on-onbir veya araba) dedirtirerek, el ayalarını hastanın sırtına yerleştirme (vibrasyon torasik değerlendirme), titreşimlerin tüm göğüs kafesinde aynı olup olmadığını değerlendirme. (palpasyon).			
13	Sol elin 3. parmağını interkostal aralığa yerleştirme, sağ dirseği sabit tutarak, eli fleksiyona getirme ve sağ el 3. parmak ucunu el bileği hareketi ile sol elin 3. parmak ucuna kısa darbeler ile vurma (perküsyon)			
14	Göğüs duvarında simetrik alanların perküsyonunu karşılaştırmalı olarak yapma ve sesi değerlendirme (perküsyon)			
15	Diyafragma hareketinin ve kostodiafragmatik sinüslerin açıklığının kontrolü: Arkada yukardan aşağı doğru perküsyon yaparken, kotuk altlarına yakın bölgede, derin ekspirasyonda diyafragma matitesinin başladığı yeri işaretleme. Parmak aynı bölgede iken hastaya derin nefes almasını söyleyerek, matitenin sonor sese dönüştüğünü saptama. (perküsyon)			
16	Solunum sesi değerlendirmesi için steteskopu göğüs duvarına sıkıca yerleştirme, hastadan ağız açık bir şekilde derin nefes alıp vermesini isteme (oskültasyon)			

17	Oskültasyonu simetrik bir şekilde yukarıdan aşağıya doğru yapma (oskültasyon)			
18	Solunum sesinin normal olup olmadığını, tüm akciğer alanlarında eşit ve simetrik olup olmadığını değerlendirme (oskültasyon)			
19	Ek seslerin varlığını ve özelliklerini değerlendirme (Hastadan öksürmesini, derin nefes almasını isteyerek ek seslerin solunumla ilişkisini değerlendirme)			
20	Hastaya muayene bulguları ile ilgili bilgi verme			
21	Elleri yıkama			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-7: Kanamalı Hastaya Yaklaşım Becerisi (Intraosseöz uygulama)

Amaç : Kanamalı hastayı değerlendirilebilmek ve acil şartlarda intraosseöz yol açma becerisi kazandırmak

Gerekli Ekipmanlar : Simüle Hasta, Eldiven, intraosseöz damar yolu kiti

Uygulama Yeri : Tıp Fakültesi Mesleksel Beceri Laboratuvarı

Öğrenim hedefleri:

1. Kanamalı hastaya yaklaşımda acil durumlarda alternatif bir damar yolu kullanımı olarak intraosseöz damar yolu olduğunu bilmek
2. İntarosseöz damar yolunun uygulanabileceği giriş yollarını öğrenmek
3. İşlem basamaklarının doğru ve sırasıyla uygulanması

Şok: Dolaşım bozukluğu nedeniyle oksijen sunumunun veya dokulara kan dağılımının yetmediği durumların tamamını kapsayan klinik bir tablodur. Şoklu hastada erken tanı ve tedavi kardiyak arrestin önlenmesi açısından çok önemlidir.

Kardiyojenik, Distürübütif, Obstrüktif ve dolaşan kan ve sıvı volümünün kaybı sonucu oluşan dolaşım yetmezliğine bağlı ortaya çıkan **Hipovolemik** şok olarak etyolojik olarak sınıflandırılır. Klavuzun bu bölümünde sadece hipovolemik şok ve yaklaşımdan kısaca bahsedilecektir.

Tablo 1. Kan kaybına bağlı şokun sınıflandırılması

	Sınıf I	Sınıf II	Sınıf III	Sınıf IV
Kan Kaybı(ml)	<750	750-1500	1500-2000	>2000
Kan Kaybı(% vücut volüm)	≤% 15	% 15-30	%30-40	≥%40
Nabız/dk	≤100	≥100	≥120	≥140
Sistolik Basınç	Normal	Normal	Azalmış	Azalmış
Solunum Sayısı	14-20	20-30	30-40	≥40
İdrar Çıkışı(ml/saat)	≥30	20-30	5-15	eser
Mental Durum	Hafif Anksiyete	Anksiyete	Konfüzyon	Letarjik

Hipovolemik Şokta Acil Tedavi Yaklaşımı

- Hastanın bilinci ve ABC'si değerlendirilir.
- SpO2 >94 olacak şekilde oksijen verilir.
- Dışa kanama varsa kontrol altına alınır.
- Hastaya şok pozisyonu verilir.
- Hasta hipotermiden korunur.
- Damar yolu açılır (2 dk içinde IV yol açılmıyorsa IO yol açılır).

Sıvı Uygulamaları

Erişkin hastada;

- Şok bulguları var ise 10 ml/kg ringer laktat veya SF 10-20 dk içinde uygulanır
- 20 dk'da bir toplam 3 kez tekrarlanabilir.

Çocuk hastada;

- 20 ml/kg IV bolus SF uygulanır.
- 5-20 dk'da bir toplam 3 kez tekrarlanabilir.

Yenidoğanda;

- 10 ml/kg SF bolus IV 20 dk içinde uygulanır.

İlaç Uygulamaları

- Amaç doku perfizyonu ve oksijenizasyonunu sağlamaktır.
- İlaç uygulamaları monitorizasyon eşliğinde yapılmalıdır.
- Bu amaçla kullanılan temel ilaçlar; Dopamin, Dobutamin, Adrenalin dir.

İntarosseöz Yol

Damar yolu olarak venöz yol açılmadığında, acil tedavi gereken durumlarda infüzyon yolu sağlanması amacı ile uygulanabilir. Bu yoldan her türlü sıvı, kan, ilaç uygulaması yapılabilir. Rutin olarak tercih edilmemek ile birlikte özellikle kardiyak arrest durumunda ilk tercih intravenöz yol iken, **intraosseous yol en az üç kez başarısız olan venöz yol uygulamalarından sonra** Amerikan Kalp Derneği (AHA), Avrupa Resüsitasyon Konseyi (ERC), Acil Hekimleri Amerikan Koleji (ACEP), Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), Ameri-kan Cerrahlar Koleji (AKS), Yoğun Bakım Hekimliği Amerikan Koleji (ACCM) ve Acil Tıbbi Servis Hekimleri ABD Ulusal Birliği (NAEMSP) tarafından **önerilmektedir**. Hemodinamik ve solunumsal instabilite durumunda (şok, sepsis, yanık, yaygın ödem, travma, status epilepsi vb.) İntraosseöz yol kullanılabilir.

İntraosseöz giriş yolları

Proksimal Tibia: Çocukta tuberositas tibia'nın 1-2cm altı, 1-2cm mediali; erişkinde tuberositas tibia'nın 1-2 cm altı, 2cm medialin 1cm üzerindeki alandır. En sık kullanılan bölgedir (Şekil 4).

Medial Malleolus:

Distal tibia: Distal tibiada medial malleolden 1 cm yukarıdaki nokta uygulama alanıdır.

Distal Femur: Distal femurda epikondillerin orta hattında 2-3 cm üzerindeki noktaya uygulama yapılır.

Humerus: Humerus başında tuberkulum majus palpe edildikten sonra 2 cm distalindeki noktaya uygulama yapılır.

Sternum: Erişkinde sternum çentiğinin 1.5 cm altında manibrum sterni üzerindeki bölgeden uygulama yapılır.



Şekil 4. Basınçlı tip intraosseous girişim aparatı uygulaması (Fotoğraflar Acil Çalışanları, Yazar Ferhat Gül,12 mart 2019 da google görsellerden alınmıştır.)



Şekil 5. Matkap tipi intraosseous girişim aparatı uygulaması

İğnenin Yerinin Doğrulanması

- Kemik iliği rahatlıkla aspire ediliyorsa,
- Girişim sonrası iğne bırakıldığında düşmeden dik konumda duruyorsa,
- Verilen sıvılar dirençle karşılaşmadan rahatlıkla gidiyorsa,
- İğne giriş yerinin çevresinde cilt altında Herhangi bir şişlik olmuyorsa, İğne doğru yerdedir.

Kemik İçi Yol Uygulamasına Bağlı Gelişebilecek Komplikasyonlar

İntraosseöz girişimlerde komplikasyon oranı < %1 dir.

- Ağrı,
- Lokal Hematom,
- Sıvı ekstravazasyonu,
- Büyüme plağı yaralanması,
- Kompartman sendromu,
- İyatrojenik kırık,
- Enfeksiyon,
- Hava embolisi.

BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1.	Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2.	Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
1	Elleri yıkama			
2	Malzeme hazırlığı yapma eldiven giyme			
3	Hastaya işlem hakkında bilgi verme			
4	Hastaya işlem için uygun pozisyonu verme (Hastayı sırtüstü pozisyona getirdikten sonra bacağı hafifçe external rotasyon vererek yer ile maksimum 60 derecelik açı olacak şekilde diz altını havlu, çarşaf, el vb ile destekleyerek pozisyon verme)			
5	Kemik içi yol açılacak yeri belirleme			
6	Kemik içi yol açılacak bölgenin üzerindeki cilde, tek yönde içerden dışarıya dairesel olarak dezenfektan solüsyonlu gazlı bez ile antisepsi uygulama			
7	Kemik içi yol açma setini kutusundan çıkararak uygun iğne derinliğini cihaz üzerinden ayarlama: [Yetişkinlerde uygulama bölgesi (Proksimal tibia, Malleolus, Radius) , Bebek ve çocuklar 0-3 yaş için: 0,5-1 cm, 3-6 yaş için 1-1,5 cm, 6-12 yaş için 1.5 cm]			
8	Cihazı iğnenin güvenlik mandalı yukarı bakacak ve uygulama yapılacak bölgeye 90 açı ile bir elin baş ve 2. parmak yardımı ile yerleştirme			
9	Uygulama yapacak el ile pozisyonu koruyarak diğer elle güvenlik mandalını çıkarma			
10	Uygulama yapacak elin 2. ve 3. parmağını cihazın güvenlik kanatlarının altına, avuç içini de cihazın tepesine yerleştirip baskı uygulayarak tetikleme			
11	Tetikleme gerçekleştikten sonra dairesel hareketlerle cihazı iğneden ayırma			
12	İğnenin içinden klavuzu çıkarma			
13	Güvenlik mandalını, iğneyi sabitlemek için, açık ucundan yatay olarak iğnenin başı ile cilt arasına yerleştirme			
14	İğnenin kemik içinde olduğunu ve uygulamanın başarılı olduğunu doğrulama:(Kemik içi yol			

	kateterinin 90 derece açı ile tibia üzerinde olduğunu kontrol etme. Enjektör ile sıvı vermeden önce kemik iliğini aspire etme ve gözleme , Kemik iliği boşluğuna 20 ml %0.9 NaCl vererek kemik içi yolun açık olduğunu gözleme , Cilt altına sıvı kaçağı olmadığını gözleme)			
15	Kemik içi iğnenin güvenliğini sağlamak için, güvenlik mandalını cilde flaster ile sabitleme ve hastaya kemik içi yol açıldığını gösteren bileklik takma			
16	Eldivenleri çıkarılmış olan kılavuz teli çıkarıp atık kutusuna atma			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-8: Erişkin İleri Yaşam Desteği Uygulama Rehberi

Amaç : Erişkin İleri Yaşam Desteği Uygulama Becerisi Kazandırma

Gerekli Ekipmanlar :

Uygulama Yeri : Tıp Fakültesi Mesleksel Beceri Laboratuvarı

Hazırlık Bilgileri :

İleri yaşam desteği temel yaşam desteğine (TYD) ek olarak, etkili ventilasyon ve perfüzyonu sağlamak için gelişmiş araç-gereç ve tekniklerin kullanılmasını, EKG monitörizasyonu ile ritim analizini, intravenöz yol açıklığının sağlanması ile arrest sonrası dönemin stabilizasyonunu da içerecek şekilde ilaç ve elektrik tedavisini (defibrilasyon) ve tüm bunları gerçekleştirecek bilgi, eğitim ve deneyimlerle beraber uygulamalar konusunda karar verebilmeyi içerir.

İleri yaşam desteği hastane dışı veya içinde başlatılmış olan temel yaşam desteği (TYD) uygulamalarını takiben ve olabildiğince erken başlatılmalıdır.

1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması 2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması	GÖZLEMLER		
	1	2	3
BASAMAKLAR			
1) Aktif KPR uygulanan hastada dk da en az 10 kez balon maske(ambu) ventilasyonuna geçilecek.			
2) Kardiyak kompresyonlar dk'da en az 100-120 ve derinliği 5-6 cm olarak sürdürülecek.			
3) Hastayı defibrilatör veya monitörü bağlayarak monitörize ederek ritim analizi yapmak.			
4) Bu sırada kardiyak kompresyonlara ve balon maske ventilasyona ara verilmeyecek.			
5) Ritim analizi sonucu şok uygulanmaz (NEA/Asistoli) ritimler var ise derhal damar yolu açılarak 1mg adrenalin i.v yapılacak ve KPR uygulamaya devam edilecek.			
6) Her 2 dk'da bir 10 sn geçmeyecek şekilde nabız kontrol edilecek ve her 3-5 dk da bir 1mg adrenalin i.v yapılacak.			
7) Deneyimli personel tarafından havayolu için hastayı entübe etme ya da larengeal maske uygulamak			
8) Hasta cevap vermediyse ve NEA/Asistoli devam ediyorsa hasta KPR'ye cevap verene kadar ya da 30-45 dk uygulamak.			
9)Uygulanan KPR'ye hasta cevap verdiyse ve spontan dolaşım geri döndüyse(SDGD) kardiyak arrest sonrası tedavi planlaması yapılması ve geri döndürülebilir nedenleri düşünebilmek(4H,4T)			
10) Şok uygulanabilir bir ritim(VF/ Nabızsız VT) ise 1.şok 150J şeklinde uygulamak.			
11) Balon maske ventilasyonu eşliğinde 2dk süre ile KPR'ye devam edilecek ve ardından ritim analizi yapılacak. Bu sırada venöz damar yolu girişimi sağlanacak.			
12) VF/Nabızsız VT devam ediyorsa 2.şok 150J-360J şeklinde uygulamak. Deneyimli personel tarafından göğüs kompresyonlarına ara vermeden laringoskopi ve entübasyon veya LMA denemelidir.			
13)Hasta cevap vermedi ise balon maske ventilasyonu eşliğinde 2dk süre ile KPR'ye devam edilecek ve ardından ritim analizi yapılacak.			
14)VF/Nabızsız VT devam ediyorsa 3.şok 150J-360J şeklinde uygulamak.			
15) 3. şoktan sonra göğüs kompresyonlarına başlandığında 1 mg adrenalin iv ve 300 mg Amidoran İV verebilmek ve bundan sonraki süreçte her 3 – 5dk'da bir 1 mg adrenalin iv tekrar edilmelidir.			
16) Hasta cevap vermedi ise balon maske ventilasyonu eşliğinde 2dk süre ile KPR'ye devam edilecek ve ardından ritim analizi yapılacak.			

17) Hasta cevap vermedi ise 4.şok 150J-360J şeklinde uygulamak			
18) Hasta cevap vermedi ise balon maske ventilasyonu eşliğinde 2dk süre ile KPR'ye devam edilecek ve ardından ritim analizi yapılacaktır.			
19) Hasta cevap vermedi ise 5.şok 150J-360J şeklinde uygulamak. Göğüs kompresyonları sırasında 150 mg amiodoran iv ek doz uygulanacaktır.			
20)Hasta cevap vermedi ise ve VF/Nabızsız VT devam ediyorsa KPR, iv 1 mg adrenalin ve şok uygulama sürecini hasta cevap verene kadar ya da 30-45 dk uygulamak.			
21)Uygulanan KPR've şok tedavisine hasta cevap veriyse ve spontan dolaşım geri döndüyse(SDGD) kardiyak arrest sonrası tedavi planlaması yapılması ve geri döndürülebilir nedenleri düşünebilmek(4H,4T)			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-9: Kadın Ürogenital Sistem Muayene Becerisi Rehberi

9.1 Spekulum Takma ve Smear Alma Becerisi

Amaç : Spekulum takma ve smear alma becerisi kazandırmak.

Gerekli Ekipmanlar : Pelvis maketi, ışık kaynağı, eldiven, spekulum, smear fırçası, lam, lam kutusu, fksatör, kayganlaştırıcı

Uygulama Yeri :

Hazırlık Bilgileri :

Jinekolojik muayene fizik muayenenin bir parçasıdır. Muayene boyunca hastanın mahremiyetine ve kullanılan malzemelerin temizliğine son derece dikkat etmek gereklidir.

Jinekolojik muayenede genel yaklaşım:

- Muayene mutlaka jinekolojik masada yapılmalıdır.
- Mesane boş olmalıdır (İdrar muayenesi gerekiyorsa orta idrar muayene öncesi alınır).
- Korse ve çamaşırlar muayene öncesi çıkarttırılmalıdır.
- Muayene masası ve hastanın üzerine örtülen örtüler mutlaka temiz olmalıdır.
- Muayene sırasında doktorun yanında mutlaka hemşire bulunmalıdır.
- Kullanılacak aletlerin mutlaka temiz ve steril olması gereklidir. Mutlaka eldiven kullanılır.

İç genital organ muayenesi:

- Labium minuslar sol el işaret ve baş parmağı ile açılarak spekulum arka valvi yanlamasına ve perineye bastırılarak vajinaya yerleştirilip spekulum yatay hale getirilir. Vajina kuru ise spekulum solüsyonla ıslatılarak yerleştirilmelidir.
- Vajina ve serviks ışık altında çıplak gözle kontrol edilir.
- Spekulum arka valvinde eğer varsa biriken solüsyondan; trikomanas, koklar, kandida, döderlain basilleri araştırılmak üzere direkt preparat hazırlanmak üzere bir lama numune alınır.
- Atjpk hücrelerin araştırılması için serviks ağzından alınan sürüntü bir lama yayılır.
- Spekulum ön ve arka valvleri birbiri üzerine kapatılarak takılışındaki sıralamanın tersi ile çıkarılır (Şekil 6).



Şekil 6. Spekulum Takma İşlemi

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hastaya kendinizi tanıtınız, yapılacak işlemi açıklayıp, pelvik muayene için izin alınız.			
2	Yakın zamanda idrar yapmadıysa yapmasını isteyiniz.			
3	Gerekli malzemenin ve ekipmanın kontrolünü yapınız.			
4	Hastadan hazırlanmasını isteyiniz ve muayene masasına litotomi pozisyonunda yatırınız			
5	Her iki ele eldiven giyiniz.			
6	Hastaya dokunmadan önce her hareket hakkında bilgi veriniz, ani hareketlerden kaçınınız.			
7	Uygun boyutta spekulum seçiniz.			
8	Spekulumun çok soğuk ya da sıcak olup olmadığı kontrol ediniz.			
9	Spekulumun valvlerinin kapalı olduğu kontrol ediniz.			
10	Spekuluma uygun kayganlaştırıcıyı sürünüz.			
11	Hastaya gevşemesini ve hafifçe kınmasını söyleyiniz			
12	Aktif elde spekulumu tutunuz ve diğer elle labiaları ayırınız.			
13	Spekulumu vajenin girişine oblik tutarak 45° açı ile aşağı ve içe doğru saat yönünde çevirerek itiniz.			
14	Spekulumu takarken ve iterken vajinal kanalı inceleyiniz.			
15	Anterior ve posterior forniksleri inceleyip, serviksin portio vajinalisini tam olarak görünüz			
16	Serviksi görüntüledikten sonra valvleri anterior ve posterior fornikte olacak şekilde spekulumu sabitleyiniz			
17	Eksternal osun net olarak görülmesini engelleyen bir mukoid tıkaç veya yoğun akıntı varsa, nazik bir şekilde, servikte bir kanamaya neden olmadan, bir klemp ve steril spanç yardımı ile uzaklaştırınız.			
18	Daha sonra smear fırçasını eksternal osa sokarak, 2 cm kadar ilerletiniz.			
19	Saat yönünde yönde olmak üzere 180 derece servikal kanal içinde döndürünüz.			
20	Smear fırçasını geri çekiniz; lamı alınız.			
21	Lamın bir kenarından diğerine doğru fırçayı sürterek ince bir tabaka oluşturacak şekilde preparatı hazırlayınız. Lama fırçayı aşırı basınç uygulayacak şekilde bastırmayın.			
22	Daha sonra fazla vakit geçirmeden, lamı 45 derece eğimli tutarak yaklaşık 30 cm uzaktan alkol içeren fiksator ile tespit ediniz.			
23	Spekulumu gevşettikten sonra saatin tersi yönünde çevirerek valvlerin kapalı olmasını sağlayarak, uzun kenarları vajene dik olacak şekilde vajenden çıkarınız.			
24	Smear preparatını, uygun hasta bilgilerinin (yaş, mens dönemi, hormonal ilaç kullanımı vs) yazıldığı patoloji kağıdına iki kenarından birer bant ile yapıştırdıktan sonra Tıbbi Patoloji laboratuvarına gönderiniz			
25	Spekulumu ve eldivenlerinizi çıkarıp tıbbi atık kutusuna atınız.			
26	Hastaya muayenenin bittiğini söyleyiniz. Sonuçlar ve kontrol zamanı hakkında bilgi veriniz.			
27	Ellerinizi yıkayınız.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

9.2 Leopold Manevralari Ve Fundus Pubis Ölçüm Becerisi

Amaç	: Leopold manevralarını öğrenmek, fundus pubis ölçümü yapabilme becerisi kazanmak.
Gerekli Ekipmanlar	: Gebe maketi, mezura, örtü
Uygulama Yeri	:
Hazırlık Bilgileri	:

GEBELİK MUAYENESİ

İlk aşamada:

- Gebelik ayına uygun uterus büyüklüğü olup olmadığına.
- Daha önce servikal yetersizlik olup olmadığına (Abortus, erken doğum hikayesi),
- Çocuğun pozisyonuna (Baş. makat gelişi, oblik, yan duruşlar).
- Pevik darlık olup olmadığına bakılır.
- ÇKS ve çocuk hareketleri kontrol edilir.

Vajinal muayene:

- Muayene mesane boş iken yapılır.
- Bimanuel muayenede sırasıyla dış genital organlar, vajina serviks, forniksler palpe edilir.
- Genital bölgede kist, solid tümör, apse ve pelvis içi konfigürasyonlara bakılır.
- Uterusun şekli, büyüklüğü, kıvamına bakılır.
- 4. Aydan itibaren muayene batından yapılır.

Karın muayenesi:

- Ayakta ve yatar vaziyette karının şekli (Primiparlarda sivri karın ve dar pelvis. multiparlarda sivri sarkık karın ve dar pelvis) ve vertebral kolon gözden geçirilir (Kifo, kifoskolyoz, lordoz).

Leopold manevraları: Pozisyon, prezantasyon, situs, habitus. pelvik uyum

- Leopold I: Her iki el ve parmakların iç yüzü fundus ve buradaki çocuk kısmı kontrol edilir.
- Leopold II: Her iki el ve parmakların iç yüzü ile çocuğun sırtı ve küçük kısımlarının sırtın hangi tarafında olduğuna bakılır. Sırt tarafı düzgün olarak ele gelir.
- Leopold III: Bir elin bir yanda başparmağı ve öte yanda diğer dört parmağı bitişik olarak çocuğun pelvis girimine prezente olan kısma bakılır. Alın ve oksiput ayrımı yapılabilir.
- Leopold IV: Gebenin ayak ucuna dönülerek her iki el ve parmaklar sağ ve soldan pelvis girimini zorlayıp aşırı tazyik uygulamadan palpe edilir. Prezente olan kısım ve fikse olup olmadığı kontrol edilir (Şekil x).

Oskültasyon:

- ÇKS: 18-20. Haftadan itibaren duyulur (120-140 atım/dakika). ÇKS almak için mekanizması stetoskoptan farklı olmayan ancak şekil itibarıyla farklılık gösteren fetoskop kullanılır. Çocuğun habitusu fleksiyonda ise sırttan, defleksiyonda ise ÇKS göğüsten daha iyi alınır. Genelde doğumda orta hattan symphise doğru yer değiştirir

Doppler:

- Ultrasonik dalgalar kullanarak ÇKS' yi alabilen bit prob ve buna kordonla bağlı sesin alınabildiği iki parçalı bir alettir.
- ÇKS en erken 8-9. Haftalarda alınabilir. Kesin olarak 12. Haftadan itibaren dopler ile ÇKS alınabilir.

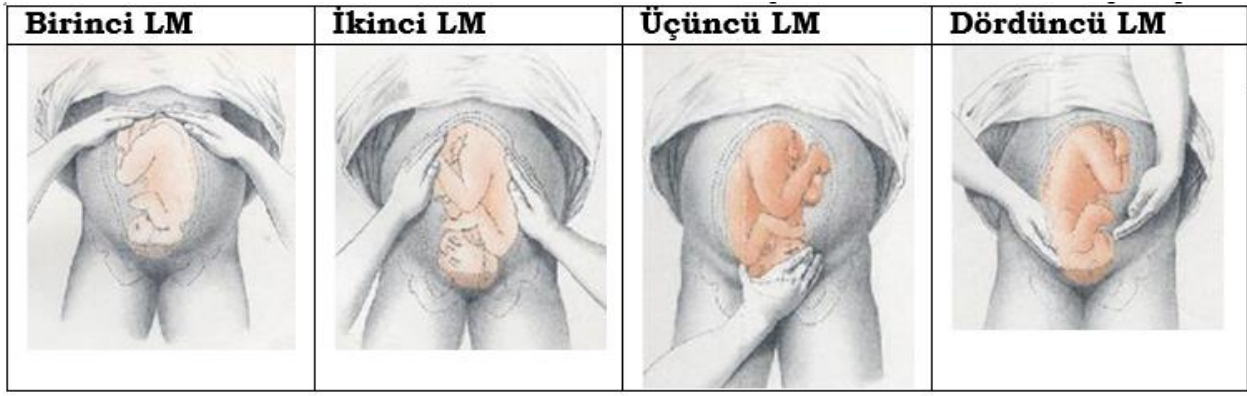
- ÇKS dışında kordona ait Suflo funicularo", anneye ait: barsak sesleri, anne nabızı, Aorta ve a. Uterina nabızı alınabilir.

Pelvis muayenesi:

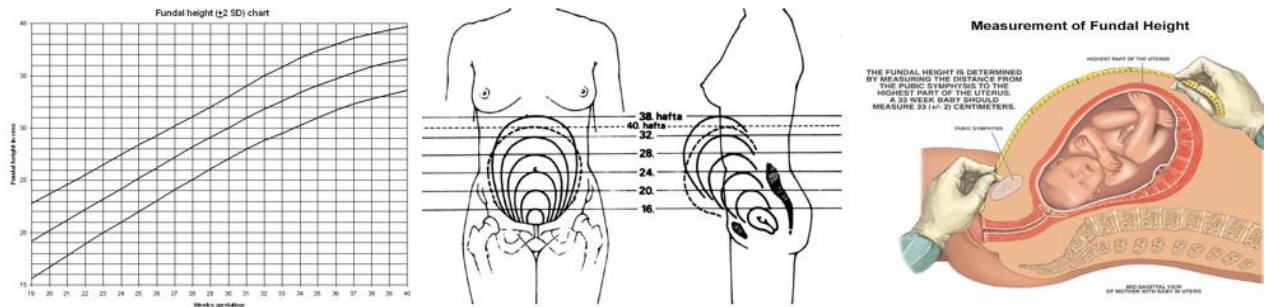
• Dış ölçüler;

1. Spina ishiadika ant inferiorlar arası mesafe
2. Spina ishiadika ant süporiorlar arası mesafe
3. Inter trokantorik mesafe
4. Conjugata eksterna (Symphysis pubis üst Ön kısmı ile sakrumun üst arka kısmı arası mesafe)
5. Michaelis eşkenar dörtgeni
6. Pelvis iç ve dış palpasyonu (Yumrukla dıştan pelvis çıkımı kontrolü)
7. Symphysis açısı (Başparmaklar labia minörde diğer parmaklar açık)
8. Röntgen filmleri (Gebelik öncesi çekilmiş pelvik grafi varsa)

Fundus pubis ölçümü: Symphysis pubis ile fundus arası mesafe cm cinsinden ölçülür. (Hidramniyoz, polihidramniyoz. oligohidramniyoz, gelişme geriliği, missed abortion, in utero



Şekil 7. Leopold Manevraları (LM).



Şekil 8. Fundus Büyüklüğüne Göre Gebelik Haftası Tahmini

BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Ellerinizi yıkayınız			
2	Kendinizi tanıtırız Gebeyi muayene hakkında bilgilendiriniz ve onamını alınız Gebenin muayene öncesi mesanesini boşalttırınız,			
3	Gebeyi karnı açıkta kalacak şekilde sırt üstü yatırınız, Mahremiyetine dikkat ederek örtü kullanınız			

4	Gebe yatar pozisyondayken gebenin yan tarafında, yüzüne dönük olacak şekilde durunuz			
	Birinci Leopold Manevrası ve fundus pubis ölçümü			
5	İki elinizin ulnar kenarlarını uterus fundus üzerine, parmaklarınızın iç yüzü fundus kavsine paralel olarak yerleştiriniz			
6	Her iki elin parmak uçları birbirine temas ederken iki elinizle fundusu palpe ederek fundusta herhangi bir fetal kısmın varlığını ve natürünü (baş yada makat) araştırınız			
7	Fundus seviyesine göre gebelik haftasını belirleyiniz			
8	Uterus fundus ve pubis arası mesafeyi mezura ile ölçünüz			
	İkinci Leopold Manevrası			
9	Her iki elin iç yüzlerini karnın sağ ve sol yanlarına yerleştirin, bir elle uterusu sabitlerken diğer elin iç yüzüyle palpe edin,			
10	Palpe edilen elin parmakları ve el ayası ile yoklanarak, elin altında hissedilen çocuk kısmını saptayın			
11	Diğer elle aynı hareketler tekrar edilerek fetusun sırt ve küçük kısımlarının hangi tarafta olduğunu saptayın (sırt tarafı düzgün, diğer taraf ise bombeli palpe edilir)			
	Üçüncü Leopold Manevrası			
12	Bir el fundusta iken diğer elin baş ve dört parmağı arasında simfiz pubisin hemen üzerinde prezente olan kısmı arayınız (Yuvarlak, sert, ballotman hissi veriyorsa baş gelişi, daha geniş ve yumuşak ise makat).			
	Dördüncü Leopold Manevrası			
13	Pozisyonunuzu gebenin yan tarafında, ayaklarına dönük olacak şekilde çeviriniz			
14	Her iki el ulnar kenarlarının inguinal kıvrımlara paralel durmasına dikkat ederek, parmakların pelvis girimine yönelmiş şekilde, karnın alt sağ ve sol yanlarına yerleştirin			
15	Ellerinizi simfiz pubis üzerinde lateralden mediale doğru zorlanmadan hafif basınçlı hareketlerle derine, pelvis girimine doğru bastırarak (kas kasılmasının önlenmesi) getirirken fetusun prezentasyonuna bakınız			
16	İki elin parmak uçları önde gelen kısmı hissedince fikse olup olmadığını ve pelvise ne kadar girdiğini saptayınız			
17	Ellerinizi yıkayınız			
18	Muayenin bittiğini söyleyerek giyinmesini söyleyiniz Muayene hakkında bilgi veriniz Bir sonraki kontrol zamanını söyleyiniz			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-10: Erkek Genital Sistem Muayene Becerisi Rehberi

10.1. Erkek Dış Genital Sistem Muayenesi Becerisi Rehberi

Amaç : Erkek genital sistem muayene becerisini uygulama becerisi kazandırmak

Gerekli Ekipmanlar : Eldiven, Uygulama Maketi

Uygulama Yeri : Tıp Fakültesi Mesleksi Beceri Laboratuvarı

Hazırlık Bilgileri :

Erkek genital sistem muayenesi fizik muayenenin bir parçasıdır. Muayene boyunca hastanın mahremiyetine ve kullanılan malzemelerin temizliğine son derece dikkat etmek gereklidir.

Erkek genital sistem muayenesine genel yaklaşım:

- Mesane boş olmalıdır (İdrar muayenesi gerekiyorsa orta idrar muayene öncesi alınır).
- Çamaşırlar muayene öncesi çıkarttırılmalıdır.
- Muayene masası ve hastanın üzerine örtülen örtüler mutlaka temiz olmalıdır.
- Muayene sırasında doktorun yanında bulunmalıdır.
- Kullanılacak aletlerin mutlaka temiz ve steril olması gereklidir. Mutlaka eldiven kullanılır.

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hastaya kendinizi tanıttınız, yapılacak işlemi açıklayıp, pelvik muayene için izin alınız.			
2	Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız. Gerekli tüm malzemeyi hazırlayın. Steril eldivenlerinizi giyiniz			
3	Hastanın ayakta size karşı dönük şekilde veya sırtüstü yatarak pozisyonda alt iç çamaşırı dahil belden aşağıya soyunmasını isteyiniz.			
4	Dış genital organlara önce inspeksiyon yapınız.			
5	Dış genital organların muayenesine penis ile başlayınız.			
6	Eksternal üretral meatusun yerini ve açıklığını değerlendiriniz.			
7	Üretradan akıntı olup olmadığını değerlendiriniz.			
8	Skrotal muayeneye geçiniz ve skrotal deriyi değerlendiriniz.			
9	Testislerin muayenesini yapınız. Testislerin yeri, kıvamı, hassasiyet ve ağrı varlığı, kitle, Hidrosetel, varikosel araştırılması, Vaz deferensler			
10	Hastanın yaşına ve ön tanısına göre rektal tuşe ile muayenenizi tamamlayınız..			
11	Hastaya muayenenin bittiğini söyleyiniz. Sonuçlar ve kontrol zamanı hakkında bilgi veriniz			
12	Eldiveninizi çıkarıp güvenli biçimde ilgili atık kutularına atınız, Ellerinizi yıkayınız.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleksi beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitimcinin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

10.2 Rektal Tuşe ile Prostat Muayenesi becerisi Rehberi

- Amaç** : Maket üzerinde rektal tuşe ile prostat muayene becerisini kazandırmak
Gerekli Ekipmanlar : Eldiven, Uygulama Maketi, Katı vazelin
Uygulama Yeri : Tıp Fakültesi Mesleksi Beceri Laboratuvarı
Hazırlık Bilgileri :

Rektal tuşe ile prostatın muayene edilmesi fizik muayenenin bir parçasıdır. Muayene boyunca hastanın mahremiyetine ve kullanılan malzemelerin temizliğine son derece dikkat etmek gereklidir.

Erkek genital sistem muayenesine genel yaklaşım:

- Mesane boş olmalıdır (İdrar muayenesi gerekiyorsa orta idrar muayene öncesi alınır).
- Çamaşırlar muayene öncesi çıkarttırılmalıdır.
- Muayene masası ve hastanın üzerine örtülen örtüler mutlaka temiz olmalıdır.
- Muayene sırasında doktorun yanında bulunmalıdır.
- Kullanılacak aletlerin mutlaka temiz ve steril olması gereklidir. Mutlaka eldiven kullanılır.

BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hastaya kendinizi tanıttınız, yapılacak işlemi açıklayıp, pelvik muayene için izin alınız.			
2	Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız. Gerekli tüm malzemeyi hazırlayınız. Eldivenlerinizi giyiniz			
3	Hastanıza diz-dirsek, yan dekübitis ve ayakta öne doğru eğilmiş şekilde pozisyon veriniz.			
4	Gluteusları iki yana ayırarak perianal bölge ve görülebilen anal kanal bölümünde lezyon olup olmadığını değerlendiriniz			
5	İşaret parmağınıza vazelin krem veya benzer kayganlaştırıcıdan bir miktar alınız.			
6	Perianal bölgeye de vazelin sürünüz.			
7	İşaret parmağınızı pulpası aşağı bakacak şekilde anüse çok yavaş ve zorlamadan ilerletiniz.			
8	Hasta kendini sıkır ise, rahat olmasını söyleyiniz.			
9	Parmağınızı girebildiği kadar içeri girdikten sonra, yavaş hareketler ile önce rektum mukozasının ve daha sonra prostatın muayenesini yapınız.			
10	Prostatın büyüklüğünü, kıvamını ve hassasiyetini kontrol ediniz.			
11	Prostat üzerinde sertlik, nodül oluşumu gibi anormallikler varsa bunun yerini, büyüklüğünü ve çevre dokulara yapışık olup olmadığını değerlendiriniz.			
12	Parmağınızı çıkarırken de, girişte olduğu gibi yavaş hareket ediniz.			
13	Hastaya muayenenin bittiğini söyleyiniz. Sonuçlar ve kontrol zamanı hakkında bilgi veriniz			
14	Eldiveninizi çıkarıp güvenli biçimde ilgili atık kutularına atınız,			
15	Ellerinizi yıkayınız.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleksi beceri uygulanmasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-11: Nörolojik Muayene Beceri Rehberi

Amaç : Dönem 3 ilgili kurulda öğrencileri staj eğitimine hazırlamak amacı ile nörolojik muayene becerilerinin öğrencilere kazandırılması amaçlanmıştır

Gerekli Ekipmanlar :

Uygulama Yeri : Nöroloji Kliniği

Hazırlık Bilgileri :

1. Hasta ve yakını muayene odasına alınır. Kendini tanıtır. Yapacağı işlemler hakkında bilgi verilir. Eller yıkanarak muayeneye başlanır.
2. Öncelikle tıbbi öykü alınır. Öykü alımı mental durumun değerlendirilmesi açısından da önem taşımaktadır. Sorulara makul, mantıklı, geçerli ve duyarlı yanıt veren hastalar, mental açıdan nadiren anormal özelliğe taşırlar.
3. Dağınık, bağlantısız, eksik öykü hafıza veya düşünme ile ilgili belirgin yakınma getirilmemesine rağmen kognitif yetmezlik göstergesi olabilmektedir. Bu durumda daha detaylı bir mental durum muayenesi yapılmalıdır. Basit gözlem, çoğunlukla faydalıdır. Hastanın yürüyüşü, sesi, davranışları, giyinme becerisi, el sıkması tanıyı destekler.

		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR		1	2	3
1	Hasta ve yakını muayene odasına alınır. Kendini tanıtır. Yapacağı işlemler hakkında bilgi verilir. Eller yıkanarak muayeneye başlanır.			
2	Tıbbi öykü alınır ve Basit gözlem yapılır (Basit gözlem, çoğunlukla faydalıdır. Hastanın yürüyüşü, sesi, davranışları, giyinme becerisi, el sıkması tanıyı destekler.)			
3	Kranial Sinirler			
4	Olfaktor Sinir Muayenesi: Kafa travması, sigara içimi, ÜSYE, beslenme, toksin ve ilaçlara maruziyet sorgulanır. Gözler kapalı şekilde her burun deliği diğeri kapatılarak ayrı ayrı irritan olmayan uyarımlarla test edilir. Tek taraflı koku kaybı iki taraflı olandan daha anlamlıdır. Kokunun algılanması olfaktor yolların devamlılığını gösterir.			
5	Optik Sinir: farklı görme modaliteleri incelenerek test edilir. İdeal olarak gözler tek tek muayene edilir. Doğru görülebilen tek sinirdir ve oftalmoskopla optik disk ve retina değerlendirilmelidir. Görme Keskinliği, Renkli Görme, Görme Alanı, Işık Refleksi, Kornea refleksi, Oftalmoskopik Muayene yapılmalıdır.			
6	Oküler Motor Sinirler: 3., 4. ve 6. kafa çiftleri(okulomotor, trohlear, abducens) muayene edilir. Hastanın başını çevirmeden parmağını gözleriyle takip etmesi söylenir. Dört kadranda ve çapraz kadrarlarda göz hareketlerine bakılır			
7	Trigeminal Sinir: Duyusal fonksiyonlar yüzün her iki tarafı, alın maksilla ve çene bölgeleri karşılaştırmalı olarak değerlendirilir. Dokunma, ağrı ve ısı duyularına bakılır. Motor fonksiyonlar çiğneme kaslarının muayenesi ile yapılır. Hastanın çenesi kilitlenerek dişlerini sıkması istenir.			
8	Fasial Sinir: Hastanın göz kapakları sıkıca kapatılarak gözler hekimce açmaya çalışılır. Kaşlar kaldırılır, dişler gösterilir ve ısıklık çalması istenir.			
9	Vestibulokohlear Sinir: Vestibuler ve Kohlear olmak üzere iki bileşeni vardır. Kohlear sinir dinleme ve diyapozon ile muayene edilerek işitme kaybı değerlendirilir. Vestibuler sinir ile başdönmesi hissi değerlendirilir.			

10	Glossofaringeal ve Vagal Sinir: Ağız açılarak uvulanın orta hatta olup olmadığı ve iki taraflı simetrik kasılıp kasılmadığına bakılır. Farinks refleksine bakılır.			
11	Aksesuar sinir: Spinal parçası değerlendirilir. Her iki omuza ters yönde güç uygulayarak direnç değerlendirilir. Baş sağa sola döndürülerek sternokleidomastoid kas muayene edilir.			
12	Hipoglossal sinir: Dil dışarı çıkartılır. Dilde atrofi, fasikülasyon varlığı araştırılır. Dilin orta hatta olup olmadığı değerlendirilir.			
13	Motor Sistem Motor sistem muayenesinde güçsüzlük, tonus değişiklikleri, kas şekil ve kütle değişikliği, istemsiz hareketler değerlendirilir. Güçsüzlük en sık görülen anormalliktir. Jeneralize veya fokal, simetrik veya asimetrik, proksimal veya distal ya da alt-üst motor nöron şeklinde görülebilmektedir. Kas tonusu gevşemiş bir kasın gerginliği ya da istenmli kası yapmaz iken pasif hareketlere karşı kasın direnci olarak tanımlanmıştır.. Muayene pasif hareket ile gevşek kasın direnci belirlenmeye dayalıdır.			
14	Refleksler Derin tendon refleksleri(DTR) refleks çekiciyle bakılır. En sık bakılan DTR'ler Biceps, Triseps, Brakioradial, Kuadriseps ve Aşil'dir. Yüzeysel refleksler, cilt ve mukoz membranların uyarılması ile oluşan yanıtlardır. Hafif dokunma veya çizme gibi yüzeysel deri uyarılarına yanıt şeklinde ortaya çıkar. Palmar, Abdomene, Kremasterik , Anal refleks örnek olarak verilebilir. Patolojik reflekslere Babinski, Hoffman, Aşil Klonusu örnek olarak verilebilir.			
15	Duyu Sistemi Yüzeysel ağrı duyumunda çengelli iğne gibi hafif ağrı oluşturulabilecek keskin alet kullanılmalıdır. Isı muayenesinde sıcak soğuk ayırt edilebilmelidir. Hafif dokunma duymusu pamuk, kağıt mendil, tüy, yumuşak fırça, parmak ucuyla hafif bir dokunuşla yapılabilir. Pozisyon duymusu gözler kapalı iken bir eli parmaklarında belirli bir duruş vererek yapılır. Vibrasyon duymusu belirli kemiksi çıkıntılar üzerine bir diyapozon konularak yapılır.			
16	Serebellar Fonksiyon Serebellumun majör fonksiyonu hareketin koordinasyonudur. Serebellar bozukluğa bağlı olarak tremori koordinasyon bozukluğu, yürüme güçlüğü, dizartri ve nistagmus gelişebilir. Duruş sırasında ayakta durma tavrı, postürü incelenir.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-12: Kas-İskelet Sistemi Muayenesi Beceri Rehberi

POSTUR ve OMURGA MUAYENESİ

Servikal ve Torakal Omurga:

İnspeksiyon: Posteriordan muayene etmek için hastanın dik durması ve karşıya bakması istenir. Kafatası alt kısmından oksiput üzerinde servikal vertebraların eklem yaptığı yerde belirgin bir çıkıntı vardır buna inium denir. İnum başlangıcından vertebralar sakruma doğru uzanan düz bir çizgi şeklinde görülmelidir. Omurganın lateralinde omuzlar simetrik olmalı, skapulalar vertebralara eşit uzaklıkta olmalıdır, omurgaların alt tarafındaki pelvis posteriorunun belirgin noktaları simetrik olmalıdır. Koronal düzlemde bozulma skolyoz ve kaymayı gösterebilir.

Lateral bakışta vertebral kolon düz değildir, hafif birbirini izleyen ve tamamlayan eğriliklerden meydana gelir. Posterior şekilde konkav olan eğriliğe lordoz ve posterior şekilde konkav olan eğriliğe kifoz denir. Servikal lordoz, torasik kifoz, lomber lordoz görülür.

Yürüme: Yürüyüş paterni hasta odaya girdiği anda dikkatli bir şekilde gözlemlenmelidir. Geniş tabanlı yürüyüş veya duraksayarak yürüyüş omurganın daralmasına bağlı spinal kord basısı sonucu gelişebilir. Proprioseptif liflerin etkilenmesine neden olan posterior kord sendromunda da dengesiz yürüyüş görülebilir.

Hareket Açıklığı:

Servikal omurga: Fleksiyon ve ekstansiyon, lateral rotasyon ve lateral eğilme değerlendirilir.

Torakal omurga: Fleksiyon ve ekstansiyon değerlendirilir. Lumbosakral fleksiyon Shober modifiye testi ile değerlendirilebilir. Bu ölçümü yapmak için hekim ekstansiyon pozisyonundaki hastanın lumbosakral bileşkesinin 10 cm üstüne ve 5cm altına işaret koyar. Daha sonra hastadan maksimum fleksiyona gelmesi istenir ve hekim iki mesafe arasındaki mesafeyi fleksiyon öncesi ve sonrası ölçer. Normal omurganın dorsal yüzündeki mesafenin yaklaşık 6 cm arttığı gözlenmelidir.

Palpasyon: İnspeksiyonda fark edilemeyen dizilim bozukluklarını ortaya çıkarabilir, paraspinal kas spazmlarını tespit edilebilir. Travma hikayesi olan hastalarda hassasiyet noktaları yaralanma ve lezyonun seviyesini gösterir.

Nörolojik Muayene:

C5 – Biceps refleksi C5'in nörolojik bütünlüğünü gösterir. C5'in dermatomu üst kolun lateraline uyar. Biceps kası C5-6 seviyelerinden innerve olur. Biceps testi için hekim bir eliyle hastanın fleksiyondaki dirseğini destekler ve diğer eliyle dirseği pasif olarak ekstansiyona getirmeye çalışırken hasta fleksiyonda korumaya çalışır. Deltoid kası yalnızca C5'ten innerve olduğu için omuzun fleksiyon, abduksiyon ve ekstansiyon kas güçlerine mutlaka bakılmalıdır.

C6 – Nörolojik seviyesinin refleksi brakiyoradiyal reflekstir. Duyu alanı ön kolun laterali, baş ve işaret parmaklarıdır. El bileği ekstansörleri C6-7'den innerve olur. Kas gücü el bileğine dirençli ekstansiyon yaptırılarak test edilir.

C7 – Nörolojik seviyesinin refleksi triceps refleksidir. Duyu alanı orta parmağıdır. Dirsek ekstansörü olan tricepsin gücüne bakılır. Hekim hastanın el bileğini kavrar, hekimin diğer eli üst kolu stabilize eder ve hastadan dirseğini güçlü bir şekilde ekstansiyona getirmesi istenir. Normalde hekim hastanın triceps kuvvetini yenemez.

C8 – Kas gücü muayenesi parmak fleksiyon gücüne bakılarak yapılır. Hekim işaret ve uzun parmaklarını hastanın avuç içine koyar ve hastadan parmaklarını güçlü bir şekilde sıkmasını ister. Ön kolun ulnar yarısı ile yüzük ve küçük parmağın duyusunu sağlar. Refleksi yoktur.

T1- Parmak abduksiyon gücüne bakılarak kas testi yapılır. Hastadan el parmaklarını mümkün olduğu kadar açması istenir ve hekim daha sonra işaret ve baş parmakları arasında hastanın ayrılmış parmaklarını sıkıştırır. Ön kolun üst, üst kolun alt medial yüzünün duyusunu sağlar. Refleksi yoktur.

Özel testler:

Aksiyal kompresyon testi: Hekim servikal omurgası nötral pozisyonda oturan hastanın arkasında ayakta durur, iki elini hastanın başının ortasına yerleştirir ve basınç uygular, kola yayılan ağrı olması veya mevcut ağrının artması testin pozitif olduğunu gösterir. Bu test nöral forameni daraltarak spinal sinir üzerine bası yapan durumlarda pozitiftir.

Distraksiyon testi: Kompresyon testinin aksi yapılıdır. Bir elle çene altından diğer elle oksiputtan tutularak baş yukarıya doğru kaldırılır. Şikayetler nöral foramen darlığına bağlıysa, ağrı ve parestezik yakınmalar azalır.

Spurling Testi: Eğer hekim disk prolapsusu gibi lateral patolojilerden şüphelenirse, kompresyon manevrası maksimum tepkiyi ortaya çıkaran pozisyonu bulmak için servikal fleksiyon, ekstansiyon, lateral eğilme veya rotasyonun değişik miktarları ile tekrarlanır. Spurling testinde boyuna önce etkilenen tarafa doğru rotasyon ve ekstansiyon yaptırılır. Bu manevra sinir kökünün çıktığı foramenin boyutunu azaltarak sinir kökü üzerindeki basıyı artırır.

Lomber Omurga:

İnspeksiyonda hastanın yürüyüşünün değerlendirilmesi; bacak boyu farkı, antalgik yürüyüş, hareket kısıtlılığı, yürüyüş paterni değerlendirilebilir.

Topuk yürüyüşü: Ayak bileği dorsifleksiyonunu test eder. Hasta topuklarının üzerinde on adım atması istenir. Bu manevrayla L4 ile uyarılan L3 L4 disk herniasyonu ile zayıflayan tibialis anterior muayene edilir.

Parmak yürüyüşü: L5-S1 disk herniasyonu ile zedelenen S1 ile uyarılan gastrosoleus kası değerlendirilebilir.

Nörolojik muayene:

Duyu dermatomları:

L1 –Anterior proksimal uyluğun inguinal ligamente yakın kısmı,

L2 –Orta anteromedial uyluk,

L3 –Patellanın proksimal ve mediali,

L4 - Bacak ve ayak bileğinin mediali,

L5 –Bacanın lateral ve anterolaterali ve ayak dorsali,

S1 – Baldırın posterioru, plantar ayak ve lateral parmaklar,

S2 – Uyluk posterioru ve baldırın proksimali,

S3,S4,S5 – Perianal alan

Motor muayene:

L1 ve L2 – Kalça fleksörü iliopsoas kasını uyarır. Hasta dizleri 90 derece fleksiyonda oturur iken uyluğunu yukarı doğru kaldırır, hekim dize iki eliyle bastırarak direnç gösterir.

L3 – Quadriceps kas gücünü test ederek değerlendirilir. Hasta muayene masasının kenarına oturtulur ve dizi ekstansiyona getirmesi istenir, hekim hastanın ayak bileğinden aşağı iterek ekstansiyonu engellmeye çalışır.

L4- Tibialis anterior kasını test ederek değerlendirilir. Hekim hastanın ayak bileğini plantar fleksiyona doğru bastırırken hastanın ayak bileğini dorsifleksiyonda tutması beklenir.

L5- Ekstansör hallusis longus gücünü test ederek değerlendirilir. Hekim ayak başparmağının distal falanksına bastırırken hastanın ayak başparmağını ekstansiyona getirmesi istenir.

S1- Plantar fleksörleri, ayak bileği evertörleri ve kalça ekstansörlerinin motor uyarısını yapar. Hastanın ayak bileği dorsifleksiyona zorlanırken hastanın plantar fleksiyonunu koruması istenir.

S2,S3,S4 – Sakral sinir kökleri rektal muayene ile test edilir, hastanın eksternal anal sfinkteri kasarak sıkması istenir.

Refleks muayenesi:

Patellar tendon refleksi: L4 sinir kökünü değerlendirir

Tibialis posterior refleksi: L5 sinir kökünü değerlendirir

Aşil tendon refleksi: S1 sinir kökünü değerlendirir

Patolojik refleksler: Yukarı motor lezyonu şüphesi varsa ayak bileği klonusu ve Babinski işareti ortaya çıkaracak provakatif testler yapılmalıdır.

Özel Spesifik Testler:

Düz bacak kaldırma testi: Hasta sırt üstü pozisyonda yatarken, bacağı ağrı duyduğu seviyeye kadar hekim tarafından kaldırılır. Test sırasında kalça 30–70° arasında fleksiyona getirildiğinde, uyluğun arkasından başlayarak dizin altına kadar yayılan radiküler ağrı olması durumunda L5- S1 kökünün irritasyonu düşünülür. Ağrının 70° üzerinde başlaması durumunda ise, bu ağrı lomber omurganın posterior yapılarından (faset eklem, spondilolistezis) veya Hamstring kaslarının kısalığından kaynaklanabilir.

Kontralateral düz bacak kaldırma testi: Hasta sırt üstü pozisyonda yatarken, kontralateral taraftaki bacağı hekim tarafından kaldırılır. Test sırasında kalça 30–70° arasında fleksiyona getirildiğinde, ipsilateral bacakta uyluğun arkasından başlayarak dizin altına kadar yayılan radiküler ağrı olması durumunda test pozitif olarak yorumlanır. Bu testin özgüllüğü, paramedian disk herniyasyonlarında düz bacak kaldırma testine göre daha fazladır.

Bowstring testi: Düz bacak kaldırma testinin pozitif olduğu seviyede, hastanın dizi hafifçe fleksiyona getirilerek siyatik sinirde gerilim azaltılır. Hekimin tibial sinire, popliteal fossada tekrar eliyle bası oluşturması sonucunda radiküler ağrı başlarsa test pozitif kabul edilir

Bragard testi (ayak bileği dorsofleksiyon testi): Düz bacak kaldırma testinde ağrı oluştuğunda, hastanın bacağı ağrı geçene kadar aşağı indirilir ve bu pozisyonda ayağa dorsifleksiyon yaptırılarak, siyatik sinir gerilmesine bağlı ağrı tekrar oluşturulmaya çalışılır. Bu şekilde, Hamstring kaslarındaki kısalığına bağlı bacak ağrısıyla lomber disk hernisine bağlı bacak ağrısı ayırımı yapılmaya çalışılır.

Laseque testi: Hasta muayene masasında supin pozisyonda, diz ve kalça eklemi 90° fleksiyon durumundayken, hekim tarafından pasif olarak diz ekstansiyona doğru getirildiğinde belden bacağına doğru yayılan ağrı olması durumunda test pozitif olarak değerlendirilir.

Femoral sinir germe testi: Yüzükoyun yatan hastanın, dizi fleksiyondayken kalçası pasif olarak hekim tarafından ekstansiyona zorlanır. Bu esnada uyluk ön yüzünde olan ağrı, L2-L4 sinir kökü veya köklerinin etkilendiği disk hernilerini düşündürür.

Çift bacak kaldırma testi (Milgram testi): Sırtüstü yatan hastanın, dizlerini bükmeden bacakları 30°'ye kadar kaldırılır ve hastadan bu pozisyonunu koruması istenir. Bel bölgesinde ağrı olursa test pozitifdir. Faset eklem ağrısı ve spondilolistezis durumlarında test pozitif olabilir. Hasta, bacaklar 30°'de dizlerini bükmeden bu pozisyonda duramazsa, hekime abdominal kaslarda güçsüzlüğü düşündürmelidir.

KALÇA MUAYENESİ:

Inspeksiyon

Fizik muayene hasta odaya girerken başlar ve özellikle hastanın duruşuna ve yürüyüşüne dikkat edilir.

Ayakta dik dururken anterior superior iliak çıkıntılar aynı horizontal çizgi üzerinde olmalıdır. Ayakta dururken ayrıca omurga eğrilikleri kontrol edilir; lomber lordozun aşırı artışı dizin hafif fleksiyonu ile birlikteyse, kalça fleksiyon deformitesi akla gelmelidir. Kalça fleksiyon deformitesi varsa kalçanın ekstansiyonunu kompanse etmek için lomber lordoz arttırılır. Bacaklar eşit uzunlukta değilse, ayakta dururken uzun bacak tarafında pelvis, gluteal ve popliteal kıvrımlar daha yukarıda olur.

Kalça ağrısı olan hasta kalçasını fleksiyon, adduksiyon ve dış rotasyonda tutma eğilimindedir. Çünkü bu pozisyonda eklem kapsülü gevşer.

Kalça patolojilerinde başlıca 2 tip yürüyüş anomalisi gözlenir. İlki, ağırlı kalçada en sık rastlanan antaljik yürüyüştür. İkinci anormal yürüyüş tipi tredelenburg yürüyüşüdür. Gluteus medius zayıflığında görülür. Vücut ağırlığı kalça üzerine bindiği zaman, zayıf abdüktör kaslar pelvis seviyesini koruyamayacağı için ağırlık normal ekstremite üzerine kaydırılır. Abdüktör kaslar pelvis seviyesini koruyamadıkları için vücudun üst parçası basma fazında zayıf bacak tarafına doğru itilir. Bilateral gluteus medius zayıflığında ördekvari yürüyüş görülür. Basma fazında gövdenin üst tarafı bir sağ tarafa bir sol tarafa kayar. Kalça ağrısında hem antaljik hem trendelenburg yürüyüşü görülebilir. Basma fazı kısalır, gluteus mediusun kasılmasıyla meydana gelecek ağırlı spazmdan kaçınmak amacıyla gövdenin üst parçası ağırlı tarafa doğru itilir.

Palpasyon

Hasta sırtüstü yatarken yapılır. Karşılaştırmayı kolaylaştırmak için palpasyon bilateral yapılmalıdır. İlk olarak spina iliaca anterior superior ve krista iliaca palpe edilir. Bu kez, parmaklar büyük torakanter üzerinde tutulur ve başparmak aşağıya ve mediale kaydırılarak pubik tüberküller palpe edilir. Pubik tüberkül ve büyük torakanter normalde aynı hat üzerindedir. Büyük torakanterin palpasyonu yapılır. Spastik çocuklarda adduktor longus ve diğer adduktor kaslarda spazm tespit edilir. İskiyal tüberositas palpe edilir. Büyük torakanter ile iskiyal tüberositas arasındaki çizginin orta noktasından siyatik sinir geçer.

Sakrumla büyük torakanter arasını örten gluteus maximus kasının kontrolü yapılır. Uyluk arka yüzünde de hamstring kasları palpe edilebilir.

Hareket Açıklığı

Hareket açıklığı muayenesi aktif ve pasif olarak yapılır. Kalçanın hareketleri 3 planda yapılır; sagittal (fleksiyon ve ekstansiyon), frontal (abduksiyon ve adduksiyon) ve horizontal (içe ve dışa rotasyon). Kalça, sirkümdüksiyon tarzında hareket yeteneğine de sahiptir. Hareketler sırasında, pelvik hareketin katılımından kaçınmak için pelvis bir elle stabilize edilmelidir.

Fleksiyon (120°): Hasta sırtüstü yatarken bakılır. Diz ekstansiyonda iken kalça fleksiyona getirilirse, hamstring kasların gerilmesi nedeniyle fleksiyon 90° de sınırlanır. Diz fleksiyondayken olursa kalça, diz nedeniyle göğüse degecek kadar fleksiyon yapar ve fleksiyon açısı 120° veya daha fazlasına çıkar. Bu esnada karşı bacak masaya yapışmış şekilde düz olarak durmalıdır.

Ekstansiyon (30°): Yüzüstü yatan hastanın pelvisi bir elle tespit edildikten sonra dizden tutularak kalça ekstansiyona getirilir.

Abduksiyon (45° - 50°): Sırtüstü yatan hastanın pelvisi tespit edilir. Ayak bileği tutularak bacak gidebildiği kadar laterale hareket ettirilir.

Adduksiyon (20° - 30°): Bu kez nötral konumda olan bacak, ayak bileğinden tutularak diğer bacak üzerinden aşırılır. Harekete pelvis hareket edinceye kadar devam edilir.

İçe rotasyon (35°) ve dışa rotasyon (45°): Rotasyonlara iki şekilde bakılır.

İlkinde, hasta bacaklarını uzatarak sırtüstü yatar. Hekim hastanın ayaklarından tutar ve bacağı içe ve dışa döndürür.

İkincisinde, sırtüstü yatan hastada kalça ve dizler 90° fleksiyona getirilir. Hekim bir elle dizden, diğeriyle ayak bileğinden tutar. Bacak içe doğru döndürülürken dışa rotasyon, dışa doğru döndürülürken içe rotasyon yaptırılmış olur. Pelvik hareket başlar başlamaz harekete son verilir.

Özel Testler

Faber Testi: Patrick testi adıyla da anılan bu test kalçanın fleksiyon, abduksiyon, eksternal rotasyon ve ekstansiyon hareketini içerir. Pozitifliği kalça ve saksoiliak eklem patolojisini gösterir.

Sırtüstü yatan hastanın muayene edilecek alt ekstremitesi dizden kıvrılarak ayak karşı diz üzerine konur. Böylece kalçaya fleksiyon, abduksiyon ve eksternal rotasyon yaptırılmış olur. Bu durumda kalça çevresinde ağrı olursa, kalça patolojisinin varlığı düşünülür. Hekim, bir eliyle pelvisi tespit ederken diğeri dizle yerleştirip dizi yatağa doğru bastırırsa kalçaya ekstansiyon da yaptırmış olur.

Bu, sakroiliak eklem üzerine stres binmesine yol açar. Ağrı artarsa sakroiliak patolojisi söz konusu olabilir. Özetle, dize bastırıldığında kalçada ağrı olursa veya diz ile yatak arasında 15 cm den daha fazla mesafe kalırsa test pozitifdir.

Thomas Testi: Sırtüstü yatan hastanın dizi fleksiyondayken kalça fleksiyona getirilirse, normal olarak diğer bacak nötral pozisyonda masa üzerinde kalır. Bir kalçadan bacağın fleksiyona getirilmesiyle diğer bacak fleksiyona gelirse test pozitifdir ve fleksiyon kontraktürünü gösterir. Masa ile uyluk arasındaki açı ölçülerek fleksiyon kontraktürünün derecesi bulunur.

Trendelenburg Testi: Bu testle kalça abduktörleri ve özellikle gluteus medius kas gücü değerlendirilir. Normal olarak tek ayak üzerinde ayakta durulduğu zaman ağırlık binen taraftaki abduktör kaslar dengeyi sürdürmek için kasılır ve desteksiz taraftaki krista iliaka daha yüksekte kalır. Ters olur da krista iliaka daha aşağıda kalırsa gluteus medius kasının zayıflığına işaret eder.

Ober Testi: İliotibial trakt, fascia lata ve iliotalibial banttandır meydana gelir. İliotalibial bant, uyluğun lateralinde fascia latanın kalınlaşmasıyla oluşur. Sağlam bacak altta kalacak şekilde hasta yan yatırılır. Ober testi, iliotalibial traktaki gerginliği belirlemek için yapılır. İliotalibial traktı gevşek tutmak için bacak elle desteklenirken üstteki bacak olabildiğince abduksiyona ve diz 90° fleksiyona getirilir. Sonra bacak desteksiz bırakılır. İliotalibial trakt normale uyluk addukte konumda aşağıya düşer.

DİZ MUAYANESİ:

İnspeksiyon: Hasta ayakta dururken, yürürken ve yatarken yapılır. Her durumda diz muayenesi karşı dizle karşılaştırmalı olarak yapılmalıdır. İnspeksiyonda şişlik, eritem, atrofi, fistül, anormal eklem konturları, deformiteler araştırılır.

Palpasyon: Palpasyonda öncelikle tüm süperfisiyal anatomi kontrol edilmelidir.(Q açısı, Gerdy tuberkülü, fibula başı, tibiofemoral eklem yüzeyi, femur epikondileri, patella, popliteal fossa).Efüzyonun varlığı için patella ballotmanı yapılmalıdır. Ballotman için bir elle suprapatellar bölge aşağı doğru sıvazlanarak sıvının patella altında birikmesi sağlanır. Diğer elin baş parmağı ile patellanın bir kenarı, son üç parmakla diğer tarafı tutulup patella sabitlendikten sonra işaret parmağı ile patella trokleaya doğru itilir. Patella aşağı doğru inip çıkar. Bu durumda efüzyonun var olduğu saptanır. Isı artışı, ele gelen bir kitle, kas atrofisi olup olmadığına bakılmalıdır. Eklem hareketi sırasında ele hissedilebilen bir krepitasyonun varlığı da not edilmelidir.

Bağ Muayeneleri:

1-Ön Çapraz Bağ (ACL) Muayeneleri:

Ön Çekmece Testi: Hasta sırt üstü yatarken diz 90°, kalça 45° fleksiyon pozisyonunda ve ayak bileği nötralde iken bakılır. Muayene eden, hastanın ayağı üzerine oturarak bacağı stabilize eder. Daha sonra tibia öne doğru çekilir. Tibianın 1.5 cm den fazla öne yer değiştirmesi pozitif kabul edilir. Ön çekmece testi ayak 15° dış rotasyona getirilerek tekrarlanır. Medial tibial kondilin fazla kayması bir derece anteromedial instabilite olduğunu gösterir. Bu durum medial kollateral veya ACL'de bir zedelenme olduğunu gösterir. Ön çekmece testi ayak 30° iç rotasyona getirilerek tekrarlanır. Lateral tibial kondilin öne subluksasyonu anterolateral rotasyonel instabiliteyi gösterir. Bu durum lateral kollateral ligaman ve ACL'de zedelenme olduğunu gösterir.

Lachman Testi: Hasta sırt üstü yatarken diz 20° fleksiyonda iken uyluk bir elle sabitlenir, diğer elle tibia öne doğru çekilir. 1-5 mm kayma +1, 6-10 mm kayma +2, 11 mm den fazla kayma +3 olarak derecelendirilir. Hasta sırt üstü yatarken diz 30° fleksiyonda tutacak şekilde desteklenir ve hastanın dizini ekstansiyona getirmesi istenir. Tibianın öne doğru yer değiştirmesi pozitif olarak kabul edilir. Buna Aktif Lachman testi denir.

Pivot –Shift Testi: Hasta sırt üstü yatarken, bir elle diz tam ekstansiyona ve ayak iç rotasyona getirilir, diğer elle valgus stres testi uygulanır.Bu sırada lateral tibial plato antero-laterale

subluksedir. Diz yavaş yavaş fleksiyona getirilirken 30° civarında bir atlama ile redükte olması pozitif olarak kabul edilir.

2-Arka Çapraz Bağ (PCL) Muayeneleri:

Arka Çekmece Testi: Hasta sırt üstü yatarken diz 90° ve kalça 45° fleksiyon pozisyonunda ve ayak bileği nötralde iken bakılır. Muayene eden, hastanın ayağı üzerine oturarak bacağı stabilize eder. Daha sonra tibia arkaya doğru itilir. Tibianın arkaya doğru olan anormal hareketi pozitif olarak kabul edilir.

Posterior Çökme Belirtisi (Posterior sagging): Hasta sırt üstü yatarken diz 90° ve kalça 45° fleksiyon pozisyonunda iken PCL yok ise tibia, yer çekiminin etkisi ile arkaya doğru kayar ve dizin önünde bir çukurlaşma oluşur.

3-Medial Kollateral Ligament Muayenesi:

Valgus Zorlama Testi: Hasta sırt üstü yatarken diz tam ekstansiyonda iken bir elle ayak tespit edilir, diğer elle diz dışarıdan içeriye itilir. Medial eklem aralığında anormal açılanma, valgusun artması durumunda pozitif olarak kabul edilir.

4-Lateral Kollateral Ligament Muayenesi

Varus Zorlama Testi: Hasta sırt üstü yatarken diz tam ekstansiyonda iken bir elle ayak tespit edilir, diğer elle diz içeriden dışarıya itilir. Lateral eklem aralığında anormal açılanma, varusun artması durumunda test pozitif olarak kabul edilir.

5-Menisküs muayeneleri:

Palpasyon: Diz 90° fleksiyonda ve ayak muayene masasının üzerindeyken ,baş parmakla eklem aralığı boydan boya palpe edilir. Hassasiyet olması olası bir menisküs hasarını gösterir.

Mc Murray Testi: Medial menisküs için; diz tam fleksiyonda, ayak dış rotasyonda iken dize valgus stresi uygulanır. Bu sırada diz yavaşça ekstansiyona getirilir. Medial eklem çizgisinde bir hassasiyet veya klik sesi medial menisküs yırtığını gösterir. Lateral menisküs için; diz tam fleksiyonda, ayak iç rotasyonda iken dize varus stresi uygulanır. Bu sırada diz yavaşça ekstansiyona getirilir. Lateral eklem çizgisinde bir hassasiyet veya klik sesi lateral menisküs yırtığını gösterir.

Apley Testi: Medial menisküs için; hasta pron yatırılır ve diz 90° fleksiyona getirilir. Ayağın dış rotasyona getirilmesi sonrasında medial bölgede oluşan ağrı durumunda medial menisküs hasarından şüphelenilir. Lateral menisküs için; hasta prone yatırılır ve diz 90° fleksiyona getirilir. Ayağın iç rotasyona getirilmesi sonrasında lateral bölgede oluşan ağrı durumunda lateral menisküs hasarından şüphelenilir.

AYAK BİLEĞİ MUAYENESİ:

Ayak bileği patolojileri travmatik, non-travmatik ve aşırı kullanmaya sekonder olarak görülür. Ayak bileği yaralanmaları spor yaralanmaları içinde en sık görülenidir. En sık başvuru şikâyeti akut veya kronik tarzdaki ağrıdır. Eşlik eden şişlik, kızarıklık, kilitlenme, sık burkulma, hareket kısıtlılığı, ses ve boşalma gibi şikâyetler de olabilir. Bazen bölgesel bir patolojiden kaynaklanmayan ayak bileği ağrıları yönünden de dikkatli olunmalıdır. Ayak bileği ve çevresinin innervasyonunu alan L4-L5 ve S1-S2 sinir kökleri irritasyonları üzerinde durulması gerekir. Sinir köklerinin etkilendiği durumlarda ağrı yayılan tarzda ve parestezi şeklinde bir karakter alır. Değerlendirmede ağrının karakteri önemlidir. Yanıcı ve zonklayıcı ağrı nöral bir patoloji ön plana çıkarırken; pulsatil karakterdeki bir ağrı inflamasyonu düşündürmelidir. Gece ağrısı olası inflamatuvar, nörojenik ve iskemik patolojileri akla getirmelidir. Ağrının istirahatle ilişkisi, ağrıya eşlik eden uyuşma, şişlik, ısı ve renk değişiklikleri, dikkat edilmesi gereken diğer ipuçlarıdır. Değerlendirme sırasında; eşlik eden hastalıklar (inflamatuvar artritler, diyabet ve gut hastalıkları), ayak ve bacakta gelişimsel anomaliler, eski önemli bir kaza, travma ve bunlar için uygulanan tedaviler sorgulanmalıdır. Vasküler muayene de atlanmaması gereken bir basamaktır. Ayak bileğinin ekimoz, şişlik ve deforme yönünden incelenmesi sonrası; dış ve iç malleol, ATFL, tibiofibular sindesmoz, kalkaneofibular ve deltoid

bağlar dikkatli palpasyonla incelenmelidir. Hassasiyet ve şişliğin en fazla olduğu bölgelerin saptanması lezyonun olduğu bağ ya da diğer yapıların tanınmasında en iyi ipucunu verir. Kemik yapıların üzerinde saptanan hassasiyet kırık olasılığını akla getirir ve bu aşamada "Ottawa ayak bileği kuralları" uyarınca radyografik inceleme yapma zorunluluğunu ortaya çıkar. Ayrıca, ayak bileği inversiyon yaralamaları sonrası sık yaralanma olasılığı olan 5. metatars basisi ile ayak bileği bağ yaralanmasını taklit edebilecek olan peroneal tendonlar ve talus ile kalkaneus yapılarının palpasyonu da ihmal edilmemelidir.

Ottawa ayak bileği kuralları; iç ya da dış malleolün arka kenarına ya da ucuna uyan bölgelerde duyarlılık saptanması durumlarında ayak bileğinin radyografik tetkiklerine başvurulmalıdır. Aynı şekilde, iç tarafta naviküler kemik ya da dış tarafta 5. metatars basisinde hassasiyet varlığında ayak radyografileri istenmelidir. Ayrıca, yaralanma sonrası ve muayene sırasında hastanın ayak üstüne basamaması radyografik tetkik endikasyonları arasındadır.

SPEŞİFİK TESTLER:

Sıkıştırma testi: Sindesmoz yaralanmasının değerlendirilmesinde bacağın ortasından iki elle sıkıştırılması sonucunda ayak bileği sindesmotik eklemde yakın ağrı oluşur.

Eksternal rotasyon testi: Ayak bileğinin eksternal rotasyona ve dorsifleksiyona zorlanmasıyla sindesmoz bölgesinde ağrı oluşması sindesmoz yaralanmasını düşündürür.

İnstabilite testleri: Anterior çekmece, talar tilt ve sindesmoz kaydırma testleri ayak bileğindeki instabiliteleri değerlendirmede kullanılır.

Anterior çekmece testi: 10° plantar fleksiyon pozisyonunda yapılır. Test pozitif olması medial ve lateraldeki bağların yaralandığını gösterir.

Kalkaneus sıkıştırma testi: Stres kırığı varlığında kalkaneusa el ile uygulanan sıkıştırma sonrasında oluşan ağrıdır.

Thompson testi: Aşil tendonu yırtığında bacak posteriordaki gastrokinemius kas grubuna uygulanan sıkıştırmaya bağlı olarak topukta beklenen plantar fleksiyonun olmaması aşil tendonunda tam kat yırtık olduğunu düşündürür.

Homans testi: Hasta oturur ya da supin pozisyonunda iken ayak dorsifleksiyona getirilir. Baldırda ağrı olması derin ven trombozunu akla getirir.

Tinnel testi: Tarsal tünel sendromunda tibial sinirin medial malleol altında sıkışmasını gösterir.

Ayak sıkıştırma testi: Morton nöromasında metatarsal bölgenin sıkıştırılmasıyla 2-3 veya 3-4 metatarsaller arası ağrı oluşması durumudur. Metatars başlarında sinovit varlığında da hasta ağrı hissedecektir.

OMUZ MUAYENESİ:

İnspeksiyon: Glenohumeral, akromioklavikuler, sternoklavikuler ve skapulotorasik eklemler, kemik ve yumuşak dokularda şişlik, renk değişikliği, deformite ya da şekil bozukluğu, kas atrofisi olup olmadığı sağ ve sol taraf için karşılaştırılmalı olarak değerlendirilmelidir. Aksiller sinir lezyonunda deltoid atrofisi tipiktir. Akromioklavikuler yaralanması inspeksiyonla gözlemlenebilir.

Palpasyon: Sistemik olarak kas, eklem ve kemik çıkıntıları palpe edilmelidir. Biceps uzun başı akromion altında intertuberküler bölgede palpe edilebilir. Rotator manşet patolojisine sıklıkla biceps uzun başı sorunları eşlik eder. Biceps uzun başı tendon rüptüründe biceps kası distalde bir şişlik olarak görülür ve buna temel reis bulgusu denilir. Akromioklavikuler eklem kronik enflamasyon ve dejeneratif artrit durumlarında palpasyonla ağrıdır.

Eklem Hareket Açıklığı: Eklem hareket açıklığı aktif ve pasif olarak ayrı ayrı değerlendirilmelidir. Fleksiyon 160°-180°, ekstansiyon 50°-60°dir. Hasta oturur pozisyonunda iken kol 90° fleksiyon ve 90° abduksiyona getirdiğinde omuz rotasyonu 0° dir. İnternal rotasyon ortalama 70°, eksternal rotasyon 90° dir. Adduksiyon ortalama 70° ve abduksiyon ortalama 160° dir. Hastada subakromial sıkışma

veya rotator manşet yırtığı varsa özellikle abduksiyon kısıtlanır. Büyük yırtıklarda abduksiyon ve fleksiyon birlikte kısıtlanır.

Spesifik Testler:

Subakromial Sıkışma Sendromu: Anterolateral omuz ağrısı, etkilenmiş tarafta ağrı, sertlik, aktif ve pasif eklem hareket açıklığı sırasında ağrı ve lokal hassasiyet saptanır.

Apley testi: Hastaya elini önce başının üstünden sonra da arkasından karşı taraf skapulaya dokunması söylenir. Ağrının artması rotator manşetlerinde dejeneratif tendinit olduğunu düşündürür.

Hawkins testi: Hastanın omuz ve dirseği 90° fleksiyonda iken omuz iç rotasyona zorlanır, lokal ağrı supraspinatus tendinitini gösterir.

Neer sıkışma işareti: Hasta oturur pozisyonda iken bileğinden tutarak omuzu öne fleksiyona getirilir. Hastanın ağrı duyması ve yüzünde bir endişe görünmesi pozitifdir. Supraspinatus ve bazen biceps patolojisi olduğunu gösterir.

Neer sıkışma testi: Sıkışma işareti olan hastaya subakromial bölgeye lokal analjezik enjeksiyonu sonrası yapılan testin negatif olması sıkışma sendromu varlığını destekler.

Biceps tendiniti: İzole tendinit nadiren görülür. Genellikle diğer patolojilere eşlik eder.

Speed testi: 90° abduksiyon ve 45° elevasyonda ve dirsek tam ekstensiyonda iken hastanın bileğine karşı direnç uygulanır, bisipital olukta ağrı veya hassasiyet olması pozitifdir.

Yergason testi: Aktif supinasyona dirsek 90° fleksiyonda ve önkol pronasyonda iken direnme sırasında bisipital olukta ağrı olması pozitifdir.

Anterior Instabilite Testleri:

Anterior endişe bulgusu: Supin veya oturur pozisyonda 90° abduksiyonda, dirsek 90° fleksiyonda iken omuz posterioruna direk olarak kuvvet uygulanıp dış rotasyona zorlanır. Hastanın omuzunun çıkacağı korkusunu yaşamaması testi pozitif yapar.

Anterior çekmece testi: Bir el skapula sabitlenip humerus pasif olarak anteriora itilir. Humerus başının glenoid seviyeden fazla yer değiştirmesi testi pozitif yapar.

Posterior Instabilite Testleri:

Jerk testi: Hasta omuzu 90° abduksiyon ve internal rotasyonda iken dirsek üzerinden aksiyel yüklenme yapılır. Test sırasında öğütme hissi, ağrı veya humerus başının posteriora fazla yer değiştirmesi testi pozitif yapar.

Posterior çekmece testi: Bir el skapula sabitlenip humerus pasif olarak posteriora itilir. Humerus başının glenoid seviyeden fazla yer değiştirmesi testi pozitif yapar.

Inferior instabilite Testleri:

Sulkus bulgusu: Kol inferiora çekilerek akromion ile humerus başı arasındaki mesafe değerlendirilir. 2 cm den fazla yer değiştirme varsa veya asimetrik ise pozitif olarak kabul edilir.

SLAP (Superior labrum anterior posterior) patolojisi:

O-Brien bulgusu: Omuz 90° fleksiyon ve 15° adduksiyonda, dirsek tam fleksiyonda, kol iç rotasyonda başparmak yere bakarken, hastanın inferior zorlamaya karşı direnmesi istenir. Ardından aynı pozisyonda kol dış rotasyonda iken inferior zorlamaya karşı direnmesi istenir. İç rotasyonda iken ağrının daha fazla olması SLAP lezyonu varlığını desteklemektedir.

DİRSEK MUAYENESİ:

İnspeksiyon

Dirseğin taşıma açısındaki artma (**kubitis valgus**) veya azalma (**kubitis varus**) genellikle kırık sonucu gelişen deformitelerdir. Olekranon üzerindeki lokalize bir şişlik çoğunlukla olekranon bursitine işaret eder. Özellikle olekranon üzerinde olmak üzere dirsek ve ön kolun ekstansör yüzünde subkutan romatoid nodüller, gut tofusleri bulunabilir.

Palpasyon

Palpasyona, dirsek yaklaşık 90° fleksiyona getirilerek başlanır. Olekranon ve epikondillerde hassasiyet ve ısı artışı muayenede yol göstericidir. Tenisçi dirseğinde lateral epikondil ve suprakondiller çizgi oldukça hassastır. Medial epikondil ile olekranon arasındaki oluktan geçen ulnar sinir yumuşak ve yuvarlak bir sicim şeklinde palpe edilebilir.

Hareket Açıklığı

Diğer eklem muayenelerinde olduğu gibi, hareket açıklığı muayenesi aktif ve pasif olarak yapılır. Dirseğin dört hareketi vardır. Fleksiyon, ekstansiyon, supinasyon, pronasyon.

Fleksiyon (135°-150°) ve ekstansiyon (0°-5°): Normal olarak dirsek fleksiyonunda el omuza dokunur. Erkeklerin dirsekleri 0°, kadınlar ve çocukları 5° ye kadar ekstansiyona getirilebilir.

Supinasyon (90°) ve Pronasyon (90°): Kol yandan gövdeye yapıştırılır ve dirsek dik açı yapacak şekilde tutulur. Önkol ve avuç içi yere bakacak şekilde çevrilerek pronasyon, tavana bakacak şekilde çevrilerek supinasyon hareketleri kontrol edilir.

Dirsek ağrısı yapan patolojiler:

Lateral Epikondilit (Tenisçi Dirseği):

El bileği ekstansörleri olan ekstansör karpi radialis longus ve brevis kasları ile supinator kas, lateral epikondil ve lateral suprakondiler çizgiden orijin alır. Bu kasların tendonlarının tendinitine lateral epikondilit denir. Millis ve Cozen testleri lateral epikondilit tanısında yol göstericidir.

Medial Epikondilit (Golfçu Dirseği)

El bileği fleksörleri ve pronatorlarının medial epikondile yapışma yerindeki tendoperiostitidir. Medial epikondilden orjin alan kaslar; pronator teres, fleksör karpi radialis, fleksör karpi ulnaris, palmaris longustur. Lateral epikondilite olduğu gibi dirsek hareketleri açık ve ağrısızdır. Rezistif el bileği fleksiyonu ve rezistif önkol pronasyonu medial epikondil üzerindeki ağrı artar.

EL BİLEĞİ MUAYENESİ:

İnspeksiyon

El normal olarak metakarpofalangeal (MKF) ve interfalanjeal eklemler (IF) hafif fleksiyonda, başparmak hafif oppozisyonda ve el bileği hafif dorsifleksiyonda olacak şekildedir. Başparmak ve küçük parmağın hareketini sağlayan kasların meydana getirdiği tenar ve hipotenar çıkıntılar sırasıyla gözden geçirilir. Avuç içi normal olarak çukurdur. Bu ark sistemi intrinsik kaslarla desteklenir.

Palpasyon

Hekim palpasyona, başparmağını bir stiloid çıkıntı, işaret ve orta parmağını diğer stiloid çıkıntı üzerine koyarak başlar. Buradan lineer tarzda ilerleyerek elin kemiksel ve yumuşak dokuları palpe edilir. Karpal kemikler, metakarplar, falanksalar, MKF, PİF ve DİF eklemleri ayrı ayrı kontrol edilmelidir. El bilekleri ve parmaklara giden tendonlar palpe edilir. Hipotenar ve tenar kasların tonusuna ve dolgunluğuna bakılır.

Hareket açıklığı

Önce aktif hareket açıklığı muayene edilir. Hasta bunu tamamlayamaz veya tamamlamakta zorluk çekerse pasif hareket açıklığına bakılır.

El Bileği Hareketleri: Fleksiyon (80°), Ekstansiyon (70°), Radial Deviasyon (20°), Ulnar Deviasyon (30°),

Parmak Hareketleri: MKF eklemlerde parmak fleksiyonu 90°, ekstansiyonu 30°-45°, İnterfalangeal eklemlerde parmak fleksiyonu 90°-100°, ekstansiyonu 0° ile 10°, MKF eklemlerde parmak abduksiyon abduksiyonu parmaklar açıkken yapılır ve yaklaşık 20° dir. Adduksiyon için parmaklar bir araya getirilir. Oppozisyon başparmak ile diğer parmaklar uç-uca dokundurulur.

Spesifik Testler:

Finkelstein Testi: Hasta, başparmağı avuç içinde kalacak şekilde yumruk yapar. Hekim, bir eliyle ön kolu stabilize ederken diğeri ile hastanın elini ulnar deviasyona getirir. Abduktor polisis longus ile ekstansör polisis brevis üzerinde şiddetli ağrı olursa test pozitifdir. DeQuervain hastalığı tanısında değerli bir testtir.

Tinel Testi: El bileği ön yüzü orta noktasına refleks çekici veya parmak ucuyla perküsyon yapılırca median sinir innervasyon alanında ağrı ve parestezi olur veya artarsa test pozitifdir. Karpal tünel sendromunda olduğu gibi diğeri tuzak nöropatide de çoğunlukla pozitifdir. Tuzak nöropatilerin klinik tanısı kadar kompresyonun lokalizasyonunu belirlemek için de yararlıdır.

Phalen Testi: Karpal tünel sendromu tanısında yararlı bir başka test de phalen testidir. El bileği hiperfleksiyona getirilerek bir dakika beklenir. Median sinir innervasyon alanında uyuşma ve karıncalanma olması testin pozitif olduğunu gösterir.

Nörolojik Muayene:

El üç ana sinirle innerve edilir. 1) Radial, 2) Median, 3) Ulnar sinir.

Radial Sinir (C6,C7,C8 Ve T1): El sırtını innerve eder. Birinci ve ikinci parmak arasında kalan kama şeklindeki küçük bir saha izole innervasyon alanıdır. Paralizisinde baş parmak , proksimal falanksalar, el bileği ve dirsek ekstansiyonu yapılamaz; düşük el meydana gelir. El pronasyon, el bileği ve parmaklar fleksiyondadır.

Median Sinir (C6, C7, C8 Ve T1): İlk üç buçuk parmağın palmar yüzü ile avucun radial yanı, ve orta, işaret ve yüzük parmağın terminal falanksalarının dorsal yüzünü innerve eder. İşaret parmağın palmar ucu izole innervasyon alanıdır. Paralizisinde tenar kaslar atrofiye uğrayarak el maymun eli görünümü alır.

Ulnar Sinir (C8,T1): Yüzük parmağın ulnar yarısı ile küçük parmağın tamamını içine alacak şekilde elin dorsal ve parmal ulnar yanını innerve eder. Küçük parmağın ucu izole innervasyon alanıdır. Paralizisinde interossöz kaslar atrofiye olur. Yüzük ve küçük parmakların proksimal falanksaları fleksiyonda durarak pençe eli görünümünü alır.

12.1. Hastayı Karşılama ve Genel Değerlendirme Beceri Rehberi

Amaç : Bu dersin sonunda öğrenciler kas ve iskelet sistemi muayenesinde ilk basamak olan anamnez alma, yakınmayı sorgulama ve genel vücut değerlendirmesini sayabilecek ve model üzerinde uygulayabilecektir.

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, paravan, cetvel

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hasta Karşılır			
2	Hastanın kimlik tespiti yapılır, muayene tarihi ve saati kaydedilir.			
3	Ana yakınma öğrenilip hastanın kendi sözcükleri ile kaydedilir.			
4	Şikayetin hikayesi, gelişimi, hastanın özgeçmişi ve soygeçmişi sorgulanır.			
5	Genel vücut değerlendirilmesi ile vücutta deri değişikliği değerlendirilir.			
6	Duruşta deformite, vücutta kas atrofisi, yürüme ile aksama olup olmadığı değerlendirilir.			
7	Bütün değerlendirmeler simetrik olarak yapılır.			
8	Her iki alt ekstremitenin uzunluğu ölçülür ve varsa bacak boy eşitliliği saptanır.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

12.2. Servikal Omurga Değerlendirmesi Beceri Rehberi

Amaç : Bu dersin sonunda öğrenciler servikal omurga muayenesindeki basamakları sayabilecek ve model üzerinde uygulayabilecektir.

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, Tam vücut maketi

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

Hazırlık Bilgileri :

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	İnspeksiyon ile hastanın boyun bölgesindeki cilt değerlendirilir.			
2	Tortikollis gibi boyunda deforme görünüm ya da kısa boyun olup olmadığı değerlendirilir			
3	Palpasyonla spinöz çıkıntılarda ağrı olup olmadığı bakılır.			
4	Her iki yöne ayrı ayrı başı döndürüp faset eklem ağrısı varlığı değerlendirilir			
5	Başın öne fleksiyon ve arkaya hiperekstansiyonunda ağrı veya kısıtlılık aranır.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleksi beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

12.3.Omuz Eklemi Değerlendirme Beceri Rehberi

Amaç : Bu dersin sonunda öğrenciler omuz eklemi muayenesindeki basamakları sayabilecek ve model üzerinde uygulayabilecektir.

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, Tam vücut maketi

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

Hazırlık Bilgileri :

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	İnspeksiyonla her iki omuz simetrik görünümü değerlendirilir.			
2	Ciltte renk değişikliği, ameliyat izi veya yara izi varlığı değerlendirilir			
3	Apolet belirtisi, yüksek skapula ve kanat skapula varlığı araştırılır			
4	Kemik çıkıntılarının palpasyonu ile ağrı varlığı araştırılır			
5	Yumuşak doku palpasyonu ile omuz çevresi kas ve aksillada ağrı varlığı araştırılır.			
6	Omuz ekleminde aktif hareketlerin yapılıp yapılamadığı ve eklem hareket açıklığı değerlendirilir.			
7	Omuz eklemi muayenesi için özel testler uygulanarak sonuçları kaydedilir. Hawkins, Neer, Lift-off, Speed, Yergason			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirilmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitimcinin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

12.4. Dirsek, El Bileği ve El Muaynesi Beceri Rehberi

Amaç: Dönem 3 ilgili kurulda öğrencileri staj eğitimine hazırlamak amacı ile nörolojik muayne becerilerin öğrencilere kazandırılması amaçlanmıştır

Gerekli Ekipmanlar :

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

Hazırlık Bilgileri :

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	İnspeksiyonla dirsek, el bileği ve el eklemleri cildi simetrik olarak değerlendirilir.			
2	Deforme görünüm, eklem çevresinde şişlik, lokal şişlikler, atrofi, yapışıklık ve tırnak bozuklukları olup olmadığı değerlendirilir.			
3	Dirsekte iç ve dış epikondil, el bileğinde radial ve ulnar stiloid, elde ise metakarpofalangeal – interfalanfela eklemlerde palpasyon ile ağrı olup olmadığı değerlendirilir.			
4	Yumuşak doku palpasyonu ile kaslar üzerinde, periferik sinirlerin yüzeysel seyrettiği bölgelerde, elde tenar ve hipotenar bölgelerde ağrı ve sinir bası semptomları olup olmadığı değerlendirilir.			
5	Eklemlerde pasif ve aktif hareket açıklığı değerlendirilir. Varus ve valgus stabilitesi değerlendirilir.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleksi beceri uygulanmasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ **Tarih :** _____ **İmza:** _____

12.5. Torakal-Lumbal Omurga ve Postür Muayenesi Beceri Rehberi

Amaç : Bu dersin sonunda öğrenciler dorsal ve lumbal omurga muayenesindeki basamakları sayabilecek ve model üzerinde uygulayabilecektir.

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, maket, gonyometre

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

Hazırlık Bilgileri :

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hasta muayene sırasında gövde çıplak olmalıdır			
2	İnspeksiyonla cilt değerlendirilir. Orta hatta göre gövde, sırt ve lumbal bölgede asimetri yaratan deformite varlığı araştırılır.			
3	Kifoza, skolyoz, toraks duvarı ve kotlarda deformite, gibbus gibi deformite yaratan durumların varlığı değerlendirilir.			
4	Hasta öne fleksiyona getirilerek spinöz çıkıntılar palpae edilir.			
5	Lumbal vertebranın fleksiyon, ekstansiyon, rotasyon ve lateral fleksiyonu değerlendirilir.			
6	Düz bacak kaldırma testi, Milgram testi ve Fabere testi gibi özel testler yapılarak sonuçları not edilir.			
7	Hastanın motor ve duyu muayenesi yapılarak kaydedilir.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ **Tarih :** _____ **İmza:** _____

12.6.Kalça Eklemi ve Pelvis Muaynesi Beceri Rehberi

Amaç : Bu dersin sonunda öğrenciler kalça eklemi ve pelvis muaynesindeki basamakları sayabilecek ve model üzerinde uygulayabilecektir

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, maket, gonyometre

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

Hazırlık Bilgileri :

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	İnspeksiyonla yürüyüş ve cilt değerlendirilir			
2	Geçirilmiş ameliyat izi, abse sinüs ağzı, lokal şişlik veya bacak boy eşitsizliği yönünden değerlendirme yapılır ve sonuçları kaydedilir.			
3	Her iki kalça eklemine ilgilendiren kontraktür, rotasyon deformitesi ve pelvik oblik görünüm değerlendirilir.			
4	Her iki alt ekstremitede boy eşitsizliği mevcudiyeti ve yürüyüş bozukluğu var mı değerlendirilir			
5	Kemik çıkıntı ve yumuşak doku (kas) palpasyonu yapılır.			
6	Simetrik olarak her iki kalça eklemi hareket açıklığı aktif olarak yaptırılır ve kısıtlılık varsa gonyometre ile ölçülüp kayıt altına alınır.			
7	Trendelenburg, Thomas, Ortolani, Barlow, Ober, Fabere ve Galeazzi Testi gibi özel testler uygun hastalarda yapılarak kaydedilir.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleksi beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ **Tarih :** _____ **İmza:** _____

12.7. Diz Eklemi Muayenesi Beceri Rehberi

Amaç : Bu dersin sonunda öğrenciler diz eklemi muayenesindeki basamakları sayabilecek ve model üzerinde uygulayabileceklerdir.

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, maket, gonyometre

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

Hazırlık Bilgileri :

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	İnspeksiyonla yürüyüş ve cilt değerlendirilir.			
2	Geçirilmiş ameliyat izi, abse sinüs ağzı, lokal şişlik veya bacak boy eşitsizliği yönünden değerlendirme yapılır ve sonuçları kaydedilir.			
3	Her iki diz eklemi ilgilendiren kontraktür, deformite, instabilite ve lokalize/yaygın şişlik değerlendirilir			
4	Simetrik olarak uyluk ve baldır bölgesinde atrofi açısından değerlendirme yapılır.			
5	Tibial ve femoral kondiller, patella, tibial tüberkül ve fibula başı gibi kemik çıkıntıları palpe edilir.			
6	Diz eklemi simetrik olarak aktif ve pasif fleksiyon-ekstansiyon-rotasyon hareketlerideğerlendirilir.			
7	Varus-valgus stress testleri, Ön çekmece, Lachman, Patellar öğütme, Mc murray gibi özel testler uygulanır.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ **Tarih :** _____ **İmza:** _____

12.8.Ayak ve Ayak Bileği Muaynesi Beceri Rehberi

Amaç : Bu dersin sonunda öğrenciler ayak ve ayak bileği muaynesindeki basamakları sayabilecek ve model üzerinde uygulayabileceklerdir.

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, maket, gonyometre

Uygulama Yeri : Ortopedi / Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Polikliniği ve Servisi

Hazırlık Bilgileri :

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	İnspeksiyonla yürüyüş, cilt ve tırnaklar değerlendirilir.			
2	Geçirilmiş ameliyat izi, abse sinüs ağzı ve lokal şişlik yönünden değerlendirme yapılır ve sonuçları kaydedilir.			
3	Pes ekinus, pes kalkaneus, pes ekinovarus, pes planus, pes kavuş, halluks valgus,kalozite, ülser, tırnak batması, parmak deformiteleri ve düşük ayak deformiteleri açısından değerlendirme yapılır.			
4	İç malleol, dış malleol, kalkaneus, 1. ve 5. metatars başları palpe edilerek sonuçları kaydedilir.			
5	Thompson ve Homans Testi gibi özel testler yapılarak sonuçları kaydedilir			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleksi beceri uygulmasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitimcinin Adı Soyadı : _____ **Tarih :** _____ **İmza:** _____

BÖLÜM-13: Göz Hastalıkları Uygulama Beceri Rehberi

13.1. Çocuklarda Konjenital Nazolakrimal Kanal Tıkanıklığında Lakrimal Masaj Uygulama Beceri Rehberi

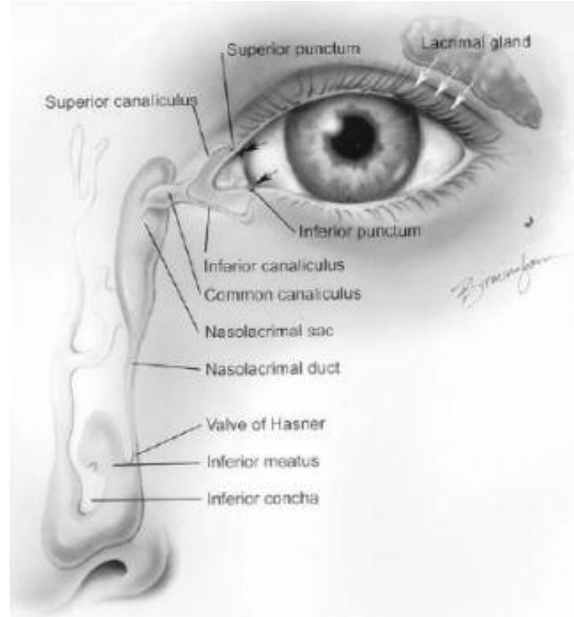
Amaç : Çocuklarda konjenital nazolakrimal kanal tıkanıklığında lakrimal masaj uygulama becerisi kazandırma.

Gerekli Ekipmanlar : Klinik içinden veya öğrencilerden bir gönüllü, video, resim

Uygulama Yeri : Göz Hastalıkları Anabilim Dalı poliklinik içindeki seminer salonu.
Dönem 3 Kurul 5 eğitim boyunca Perşembe günleri saat: 13:30-15:00 arası.

Hazırlık Bilgileri :

- Muayene sırasında çocuğun rahat bir şekilde olmasını, ailesinin kucağında güvende hissetmesini sağlayınız.
- Mutlaka eldiven kullanılır.
- Steril pamuklu çubuk ve steril gazlı bez hazır olmalıdır.
- Odanın aydınlatılması uygun olmalıdır.



Şekil 9. konjenital nazolakrimal kanal

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hastaya ve ailesine kendinizi tanıttınız, yapılacak işlemi açıklayıp, uygulama için izin alınız.			
2	Hastanın adını sorarak hastayı doğrulayınız Şikayetinin hangi tarafta olduğunu sorarak doğrulayınız			
3	Gerekli malzemenin ve ekipmanın kontrolünü yapınız.			

4	Hastanın anne yada babasının kucağında oturtulması sağlayınız.			
5	Her iki ele eldiven giyiniz.			
6	Hastaya dokunmadan önce her hareket hakkında çocuğa ve aileye bilgi veriniz, ani hareketlerden kaçınınız.			
7	Hasta ile aynı seviyede olacak şekilde bir tabureye oturunuz.			
8	Serçe parmağınızı hastanın medial kantal bölgesine koyarak burun kökünden aşağıya doğru sıvazlayınız.			
9	Çok küçük bebeklerde veya parmağın çok büyük olduğu durumlarda steril pamuklu çubuğu, medial kantal bölgeye bastırarak orta basınçla inferomediale doğru sıvazlayınız.			
10	Bu sırada işlemi anne-babaya da anlatınız.			
11	Eldiveninizi değiştirip her iki ele yeni bir çift eldiven giyiniz.			
12	Anne veya baba veya masajı uygulayacak kişinin medial kantal bölgedeki kanaliküller üzerine serçe parmağınızı koyarak aşağıya doğru orta yüksek basınçla birkaç kez sıvazlayınız.			
13	İşlemi evde uygulayacak kişinin, masajın yönünün ve baskı derecesinin ne şekilde olması gerektiğini hissetmesini sağlayınız.			
14	Pamuklu çubukla aynı şekilde, medial kantal bölgedeki kanaliküller üzerine aşağıya doğru orta yüksek basınçla birkaç kez sıvazlamaz hareketi yaparak, pamuklu çubukla uygulamayı da aileye gösteriniz.			
15	Aileden uygulayacak olan kişiye eldiven giydirip, bebek/çocuk üzerinde uygulama yapmasını isteyip, gözlemleyiniz.			
16	Aileden uygulayacak kişiye bu işlemin günde 4 vakit 15-20 kez uygulanması gerektiğini söyleyiniz.			
17	Çapaklanma olması halinde, masaj öncesinde kaynatılıp soğutulmuş su ile veya kirpik şampuanı ile kirpiklerin ve göz çevresinin steril gazlı bezle silinmesi gerektiğini vurgulayınız.			
18	Çapaklanma varlığında çocuğun mutlaka göz hekimine getirilmesi ve masajla birlikte antibiyotik uygulamasının yapılması gerektiği konusunda aileyi uyarınız.			
19	Eldivenlerinizi çıkarıp tıbbi atık kutusuna atınız			
20	Hastaya ve ailesine muayenenin bittiğini söyleyiniz. Sonuçlar ve kontrol zamanı hakkında bilgi veriniz			
21	Ellerinizi yıkayınız..			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

13.2. Göze İlaç Uygulama Beceri Rehberi

Amaç : Göze İlaç uygulama becerisi kazandırma.

Gerekli Ekipmanlar : Gönüllü sağlıklı katılımcı, video, fotoğraf

Uygulama Yeri : Göz Hastalıkları Anabilim Dalı poliklinik içindeki seminer salonu.
Dönem 3 Kurul 5 eğitim boyunca Perşembe günleri saat:13:30-15:00 arası

Hazırlık Bilgileri :



Şekil 10. Göze ilaç uygulama yolları

1. Yeterli Değil	: Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması			
2. Yeterli	: Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması			
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Ellerinizi yıkayınız			
2	Tedavi tepsisinin hazır olmasını sağlayınız			
3	Kendiniz tanıtınız Hastanın adını sorarak hastayı doğrulayınız			
4	İşlem hakkında bilgilendiriniz ve onamını alınız			
5	Hastanın oturur veya yatar pozisyonda olmasını sağlayınız			
6	Pasif elinizle hastanın uygulama yapılacak alt göz kapağını aşağıya doğru çekiniz			
7	Konjonktiva kesesinin (konjonktival sac) ortaya çıkmasını sağlayınız			
8	Hastaya yukarı sabit bir noktaya bakmasını söyleyiniz			
9	Aktif el ile kapağı açılmış göz damlasının iki yanına bastırarak, gözün 2 cm yüksekten olacak şekilde konjonktival sac içerisine 1 damlanın düşmesini sağlayınız.			
10	Damlanın dışarı düşmesi halinde tekrar damlatınız.			
11	İlaç pomad ise konjonktival sac'a, pomadın ucunu göze değdirmeden mercimek tanesi kadar sıkarak göz kapağını bırakınız			
12	Hastaya gözünü kapatmasını söyleyiniz.			
13	İkinci bir ilaç kullanılması gerekecekse mutlaka 5 dk bekleyiniz.			
14	İlacın adı, pomad mı damla mı olduğu, veriliş zamanı, şekli, dozu, ve uygulayan kişinin adını hasta dosyasına kaydediniz.			
15	Ellerinizi yıkayınız			
16	İşlemin bittiğini söyleyerek gözünü açmasını isteyiniz. İşlem hakkında bilgi veriniz.			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ **Tarih :** _____ **İmza:** _____

BÖLÜM-14: Baş ve Boyun Muayenesi Beceri Rehberi

Amaç : Baş ve boynu fizik muayene ile değerlendirebilme becerisi kazandırmak

Gerekli Ekipmanlar : Muayene masası, maket, gonyometre

Uygulama Yeri : KBB Polikliniği ve Servisi

Öğrenim hedefleri :

1. Baş ve boynu fizik muayene ile değerlendirmede muayene basamaklarının öğrenilmesi
2. İşlem basamaklarının doğru ve sırasıyla uygulanması

Hazırlık Bilgileri :

KBB'DA MUAYENE YÖNTEMLERİ

Kulak Burun ve Boğaz uzmanlık sahasının içindeki anatomik bölgeler muayene edilirken zorluk çıkaracak kadar derinde ve karanlıktadır. Bu nedenle muayenede öncelikle iyi bir aydınlatmaya ve daha sonra özel muayene aletlerine ihtiyaç vardır.

Aydınlatmada sıklıkla lamba ve alın aynası kullanılır. Işık kaynağı olarak kullanılan lambanın 70-100 Watt gücünde olması ve ışığı dağıtması açısından “soft” özellikte olması gereklidir. Lamba muayene edenin alışkanlığına göre, hastanın sol veya sağ arkasında, omuz üzerinde, kulak seviyesinde yer almalıdır. Alın aynası konkav yapıdadır ve ortasında bir delik bulunur. Konkav yapıdaki tüm aynalarda olduğu gibi alın aynasının da bir fokus uzaklığı vardır ve bu yaklaşık 20-25 cm'dir.

Alın aynası ile muayenede iyi bir aydınlatma şu şekilde sağlanır: Hastanın baş seviyesi ile doktorun baş seviyesi aynı mesafeye gelecek şekilde hasta muayene koltuğuna dik oturur. Hastanın bacakları muayene edenin bir yanına doğru durur. Muayene eden ile hasta arasındaki mesafe 30 cm'den fazla olmamalıdır. Alın aynası ışık kaynağının olduğu tarafındaki gözün üzerine buruna değecek şekilde takılır. Alın aynasının ortasındaki delikten muayene edilecek alan görülüyor olmalıdır. Önünde ayna olmayan göz kapatılarak bu durum kontrol edilir ve daha sonra göz açılarak her iki gözle muayene edilecek alan 3 boyutlu olarak ve tam aydınlatmada izlenebilir. Doğru takılmış bir alın aynası ile muayenede, muayene edenin aynanın varlığını hissetmemesi gerekmektedir.

Aydınlatma ekipmanı olarak kullanılan ve başa takılan Clar aynasında, ışık kaynağı muayene edenin iki kaşının arasındadır. Muayene edene daha fazla hareket alanı sağlayan bu ışık kaynağının kullanımı pratiktir. KBB organlarının muayenesinde, kendinden ışıklı ekipmanlar da kullanılabilir: otoskop, mikroskop, endoskoplar gibi.

Tam bir KBB muayenesinin yapılmasında gerekli muayene aletleri şunlardır: burun ve kulak spekulumu, dil basacağı, larinks aynası, nazofarinks aynası, diyapazon.

KBB muayenesini tamamlayan yardımcı tanı yöntemlerinden en önemlileri odyolojik ve radyolojik tetkiklerdir.

Burun muayenesi:

Burun dışı inspeksiyonu ile konjenital anomaliler (dermoid kist, nazal gliom gibi), kazanılmış deformiteler (burun şekil bozukluğu, rinofima), ülserasyonlar (travma, malignite, enfeksiyon) ve şişlikler (enflamatuar, kistik, tümöral) gözlenebilir. Palpasyonla hassasiyet ve krepitasyon hissedilebilir. Burun ucundaki hassasiyet fronkülü gösterirken, kökündeki hassasiyet nazal fraktürü gösterebilir.

Vestibulum nazinin muayenesi önemlidir. Muayene eden bir elinin başparmağını nazal tipe koyar ve diğer dört parmağı ile alından güç alarak hastanın burun ucunu kaldırırsa nazal vestibulum enspekte edilebilir. Bu muayene ile nazal septuma ait subluksasyon saptanabilir. Burun solunumunda belirleyici bir bölge olan nazal valv inspekte edilebilir. Daha sonradan burun spekulumun sokulacağı burun boşluklarının ön tarafında septal deviasyonun varlığı araştırılabilir. Zira burun girişi incelenmeden sokulan spekulum deviyeye septumu leze edip epistaksise yol açabilir.

Daha sonra **burun solunumunun fonksiyonel muayenesi** yapılır. Bir elin başparmağı hastanın bir burun deliğini tıkarken, diğer elin başparmağı diğer burun deliğinin önünde tutulur. Sırasıyla her iki burundan zorlu inspiyum ve ekspiyum yaptırılarak nazal solunum hakkında bilgi elde edilir. Tıkanıklık olan burunda solunum daha seslidir.

Alar kollapsı olan vakalarda burun kanatlarının inspiyumda içe doğru çöktüğü inspeksiyonla gözlenebilir. **Nazal valv muayenesinde** uygulanan bir yöntem de Cottle manevrasıdır. Eğer nazal valvdeki tıkanıklığın alar kollapsa bağlı olduğu düşünülüyor ve maksilla önündeki cildin laterale doğru çekilmesi ile solunum rahatlıyorsa Cottle manevrası (+) demektir. Zira derinin gerginleştirilmesi ile alar kollaps engellenmiş olur.

Anterior rinoskopi, burun içinin burun deliklerinden sokulan spekulum sayesinde inspeksiyonudur. Nazal spekulumun vidası, elin başparmağı ile işaret parmağının orta falanksının içi arasında tutulur, geri kalan üç parmak ise spekulumun uçlarını açıp kapatmaya yarar. Spekulum yatay tutularak ucu laterale doğru bakacak şekilde burun deliğine sokulur. Burada spekulumun ucunun medialdeki septumdan uzak tutularak sokulması septumu leze etmemek açısından önemlidir. Spekulumun ucu yeterince sokulduktan sonra yavaşça açılır ve burnun tabanı, tavanı, medial ve lateral duvarı incelenir. Medialdeki septumda dikensi çıkıntılar, deviasyon, mukoza özellikleri, krutlanma, damarlanma artışı veya perforasyon gibi patolojiler araştırılır. Lateral duvarda alt ve orta konkanın boyutları, rengi ve şekli gözlenir. Metauslarda akıntı ve pü veya polipoid yapılar aranır. Orta meatusun görülebilmesi için hastanın başının spekulum içeride iken 45 derece kadar geriye itilmesi gerekmektedir.

Posterior rinoskopi aynı zamanda indirekt nazofaringoskopi anlamındadır. Yumuşak damak ile orofarinks arka duvarı arasındaki mesafenin darlığı sebebi ile yumuşak damağın öne çekilmesi gerekebilir. Bu, burundan geçirilen nelaton sondanın ağız içinden çıkartılıp asılması şeklinde olur. Bir abeslang ile dile sakince ve öğürtü yapmayacak şekilde basılırken hastadan burundan nefes alıp vermesi istenir. Nazofarinks aynası, kalem gibi tutulur; buğulanmayacak şekilde ısıtılarak yukarı doğru bakar durumda orofarinkse doğru uzatılır, uvula geçilir ve nazofarinks indirekt olarak gözlenir. Burada aynanın sıcaklığını, muayene edenin kendi elinde denemesi ve orofarinks arka duvarına öğürtü yaratmamak için değmemesi püf noktalarıdır. Posterior rinoskopi ile koanalar, torus tubariuslar, Rosenmüller fossaları, üstaki ağızları incelenir.

Paranasal sinüs enflamasyonlarında yüzde bazı Vallex noktalarında hassasiyet olur. Maksiller sinüzitte fossa kaninalara; frontal ve etmoid sinüzitte göz iç-üst epikantuslarına bası ile duyarlılık saptanır.

Endoskopik muayene, klasik muayenelerden çok daha değerlidir. Rijit 0 ve 30 derece endoskoplar ile burun ve maksiller sinüsün içi, nazofarenksin muayenesi hasta için rahatsız edici olmadan yapılabilir. Yine burundan sokulan fiberoptik fleksibl nazofaringolarinoskop ile burun, nazofarinks, orofarinks, hipofarinks, larinks ve hatta subglottis ve trakea kolaylıkla muayene edilebilir.

Boğaz Muayenesi:

Boğaz muayenesi ile kastedilen tüm oral kavite ve orofarinks muayenesidir. Oral kavite dudaklar, dişler, damak, dil, alveolar çıkıntılar, ağız tabanı ve yanaklardan oluşur. Orofarinkste ise uvula, yumuşak damak, anterior ve posterior plikalar, tonsilla palatinalar ve posterior farengeal duvar bulunur.

Oral kavitede karsinoma, herpes, gingival kanama, aftöz lezyonlar, lökoplazik değişiklikler, ülserasyonlar aranır. Oral kaviteye tükrük bezi duktusları da açıldığı için bunlara ait patolojiler de izlenebilir.

Dudaklar inspekte edildikten sonra dil basacağına ucu hafif açılmış ağza sokulur ve dudak içi mukozası altta ve üstte dil basacağı kaydırılarak tamamen incelenir. Bu arada gingiva ve dişler de incelenir. Her iki tarafta yanak içi mukozası incelenirken parotis bezinin duktusu olan Stenon kanalının ağzı üst ikinci molar dişin hizasında gözlenir. Parotitislerde bu kanal ağzı hiperemiktir.

Dil altı ve ağız tabanı muayenesi hastadan dilini yukarı-damağına doğru kaldırması istenilerek yapılır. Dil frenulumunun her iki yanında, tabanda Wharton kanalına ait kabartılar vardır. Burada sublingual beze ait kanalın dilatasyonu, hatta kistik genişlemesi gözlenebilir (Ranula).

Hastanın ağızını tam olarak açması söylenerek abeslangı sokmadan **damak ve dil** enspekte edilir. Dilde makroglossi, ülser lezyonlar, hareket kısıtlılıkları, hipoglossus paralizisinde lezyon tarafına doğru deviasyon, fasikülasyonlar, üzerindeki tat papillalarının silinmesi, renk değişiklikleri aranır. Damakta tümöral değişiklikler, ülserasyon, perforasyon, yarıklar incelenir.

Orofarinks muayenesi ise belki de en sık yapılan ve boğaz muayenesi anlamında yanlış olarak tek başına uygulanan bir muayenedir. Orofarinks muayenesi için hasta ağızını çok açmalıdır ve dilini alt diş seviyesini geçmeyecek şekilde istirahat halinde tutmalı ve soluk alıp vermelidir. Bu vaziyette dil basacağı hastanın ağızına sokulur ve dile basılır. Dilin ön 2/3'ünün daha gerisine veya farinks arka duvarına değdirilen abeslang öğürtü oluşturur. Bu nedenle pratik olarak dilin ön-arka pozisyonunda ağızda görülen kabartısını geçmeden dile basmak uygun olacaktır. Dile basılıp hastaya "Aaa" dedirtilmesi ile orofarinks tam olarak görülür duruma gelir. Böylece tonsiller plikalardaki hiperemiler, tonsil büyüklükleri, kriptaları, uvulanın pozisyonu, şekli, vagus paralizisinde normal taraf doğru deviasyonu aranır. Orofarinks arka duvarında postnazal akıntı, lenfoid granülasyonlar ve hiperemi gözlenebilir.

Boğaz muayenesinde tamamlayıcı iki muayene ise parotis masajı ve bimanuel ağız tabanı muayenesidir. **Parotis masajı** abeslangın stenon kanalının ağızının önüne getirilerek yanağın laterale doğru ekstansiyonu ve bu sırada diğer el ile o taraf parotisinin üzerine masaj yapılması şeklinde olur. Böylece parotis bezi içinden gelen sekresyon içeriği incelenir. Parotitislerde pü gelir. **Ağız tabanının bimanuel (iki elle) muayenesi** oldukça önemlidir. Bir el dışarıda çene altında yukarı doğru destek olurken, diğer elin işaret parmağı ile ağız tabanının palpe edilmesi ile tükrük bezi taşları, mukozada sertlik oluşturan tümefaksiyonlar saptanabilir.

Hipofarinks ve larinks muayenesi:

İndirekt muayene şeklinde yapılan klasik muayenede larinks aynası buğu yapmayacak şekilde ısıtılır, kalem şeklinde tutulur ve sıcaklığı elde denenir. Bir el ile hastanın dili, ucundan bir gazlı bezle tutularak dışarı çekilir ve ayna orofarinkse doğru ilerletilir. Bu arada hastanın pozisyonu da önemlidir. Hasta dik oturur durumda omuzları ve sırtı öne doğru gelmiş, göğsü kabartılmış, başı tam olarak geriye ekstansiyona getirilmiş olmalıdır. Hastadan sürekli olarak ağızdan soluk alıp vermesi ve bu şekilde öğürtü refleksinin bastırılabilceği anlatılmalıdır. Larinks aynası aşağı doğru bakar şekilde uvulayı tampon yaparak orofarinks arka duvarına yaslanır. Ayna yönlendirilerek dil kökü, vallekula, epiglot, piriform sinüsler, vokal kordlar, band ventriküller, aritenoidler incelenir. Hastaya “İiii” dedirtilerek vokal kordların hareketleri de incelenir.

Direkt laringoskopi ise hastanın yatar pozisyonda sırtı yükseltilmiş, başı geri atılmış vaziyette ağızdan direkt laringoskopun sokulması ile yapılır. Muayene değeri daha fazladır.

Endoskopik olarak hipofarengial yapıların muayenesi fiberoptik fleksibl endoskop veya rijit endoskoplara yapılabilir.

Kulak muayenesi:

Tam bir kulak muayenesinde mastoid çıkıntı, kulak kepçesi, dış kulak yolu, timpan zar ve dolayısı ile orta kulak incelenir. Tamamlayıcı muayeneler, östaki tüpü fonksiyon testleri, diyapazon testleri ve odyolojik incelemelerdir.

Aurikula muayenesinde şekil, boyut, simetri, enflamasyon bulguları ve lezyonlar incelenir. Mikrotia, aksesuar tragus, preauriküler sinüs konjenital anomalilerdendir. Kulak arkasında bir insizyon skarının bulunması hastanın daha önceden bir kulak operasyonu geçirdiğinin belirtisidir. Tragusu bası ile hassasiyet alınması, erişkinlerde otitis eksternanın; çocuk ve bebeklerde ise otitis medianın belirtisidir.

Dış kulak yolu muayenesinde kanal açıklığı kontrol edilir; atrezi veya stenoz olabilir. Enflamatuvar veya neoplastik patolojiler şişlik yaparak tam görüşü engellemiş olabilir. Dış kulak yolunda serumen artıkları, tam tıkanıklık yapan buşon, mukoid, pürülan, seröz, kanlı akıntı veya orta kulaktan kaynaklanan polipler görülebilir. Bazı ilerlemiş kronik otit vakalarında dış kulak yolunun arka-üst duvarı çökmüş olabilir.

Dış kulak yolu aracılığı ile timpan zarın görülebilmesi için dış kulak yolu aksının düzeltilmesi gerekmektedir. Bu amaçla erişkinlerde aurikula yukarı ve geriye doğru; çocuklarda ise aşağıya ve geriye doğru çekilir. Bu sırada dış kulak yolunun girişine bakılarak uygun çaplı bir spekulum seçilir. Spekulumun dış kulak yolu çapından daha geniş seçilmesi dış kulak yolunda ağrı hissi oluşturabilir. Küçük çaplı spekulum ise yeterli muayeneyi engeller. Dış kulak yolunda timpan zarın görülmesini engelleyen serumen artıkları temizlenmelidir.

Timpan zarın muayenesi, alın aynasının ışığının yansıtılması ile indirekt olarak veya otoskop ile direkt olarak yapılabilir. Alın aynası ile timpan zar muayenesi zordur ve büyütme olmaması dezavantajdır. Otoskop ile muayenede ışık kuvvetlidir, büyütme olduğu için tanı olanağı daha fazladır ve oldukça pratiktir.

Timpan zar, mavi-grimsi renktedir. Tam ortada malleus kemikçiğinin uzun kolu (manibrium mallei) görülür. Bu kemikçiğin yukarıda görülebilen en son kısmı kısa kolu (prosesus brevis), aşağıda görülen en son kısmı ise zarda hafif çöküntüye sebep olan umbodur. Prosesus brevis'den öne ve arkaya doğru uzanan plikaların (anterior ve posterior plika) üstünde kalan bölgeye zarın

gevşek kısmı (pars flaccida); altında kalan bölgeye ise sıkı kısım (pars tensa) denir. Politzer ışık üçgeni zarın pozisyonuna bağlı olarak oluşan ve gönderilen ışığın umbodan öne ve aşağıya doğru, bir demet şeklinde yansımasıdır. Orta kulak patolojilerine bağlı zar pozisyonundaki değişikliklerde (çökme, bombeleşme) Politzer ışık üçgeni kaybolur.

Zardaki perforasyonların veya yapılacak girişimlerin tarifinde yer, zar kadranlara ayrılarak ifade edilir. Malleusun uzun kolundan hayali olarak geçirilen bir dik çizgi ile zar ön ve arka kadranlar olarak ikiye ayrılır. Bu çizgiye tam dik olarak ve umbodan geçen çizgi ise alt ve üst olarak ikiye ayırır. Böylece timpan zar ön-üst, ön-alt, arka-üst, arka-alt kadranlar olarak 4'e ayrılmış olur. Zar perforasyonları timpan zar kenarını ilgilendiriyorsa marjinal, kenarı içermiyorsa santral olarak tarif edilir. Bir zar perforasyonunun tarifinde "santral, 3-4 mm'lik, ön-alt ve arka-alt kadranları ilgilendiren perforasyon" tanımlaması iyi bir örnek oluşturmaktadır.

Timpan zarın hareketliliği incelenerek orta kulak patolojileri hakkında da bilgi edinilebilir. Pnömotik otoskopla dış kulak yoluna hava pompalanması veya zar gözlenirken Valsalva veya Toynbee manevrası ile zarda hareket görülmesi orta kulak havalanmasının iyi olduğunu gösterir. Valsalva manevrası üstaki açıklığını gösteren ve ekipman gerektirmeyen bir methoddur. Hasta derin bir nefes aldıktan sonra burnunu iki parmağı ile sıkıştırarak kapatır. Ağzını da kapatan hasta ekspiryum ile havayı kulaklarına doğru itmeye çalışır. Otoskopide üstaki açıksa timpan zarın dışa doğru hareketi gözlenir. Toynbee manevrasında ise hasta yine burnunu ve ağzını kapatır. Bu durumda iken sadece yutkunur. Otoskopide zarın içe doğru hareketi tubal açıklığı gösterir. Politzer testi ve tubal kateterizasyon tubal açıklığı test eden ancak daha pratik ve non-invazif yöntemlere yerlerini bırakmış klasik testlerdir.

Boyun muayenesi:

Boyun kitlelerinin tarifinde boynu anatomik bölgelere ayırarak tarif etmek gerekmektedir. Boyunda I. bölge submental ve submandibuler bölgeye, II. bölge üst juguler bölgeye, III. bölge orta juguler bölgeye, IV. bölge alt juguler bölgeye, V. bölge SKM kas arkası posterior bölgeye ve VI. bölge ise trakea önündeki anterior bölgeye uymaktadır. Sırası ile tüm bu bölgeler palpe edilerek herhangi bir kitlenin boyutu, sertliği, hassasiyeti, mobilitesi tarif edilmelidir.

Boyunda yer alan **tiroid bezinin palpasyonu** önden veya hastanın arkasına geçilerek yapılabilir. Bez bir elle fikse edilirken hastanın yutkundurulması ile bez yukarı doğru çıkar ve boyutu hakkında daha iyi fikir sahibi olunur. Tiroid bezi içindeki 1 cm kadar nodüller palpasyonla ele gelir.

1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Muayene öncesi elleri yıkama			
2	Hastanın uygun muayene koltuğuna oturtulması			
3	Hastanın tüm bas boyun kısmını görecektir şekilde acilmasının istenmesi			
4	Saçlı deri ve baş Bölgesi inspeksiyonu ile primer cilt lezyonlarının (Makül, Papül, Vezikül, Püstül, Nodül) veya sekonder cilt lezyonlarının (Kabuk, Pullanma, Fissür, Erozyon, Likenifikasyon, Ülser, Nedbe, Atrofi) saptanması. Cilt renginin (Sarılık, Siyanoz, Solukluk, Pigmentasyon değişikliği) belirtilmesi			
5	Boyunda gözle görülebilen kitle varlığının araştırılması			
6	Kulakların inspeksiyonu (Kulak muayenesinde önce aurikula, dış kulak yolu girişi, kulak			

	arkası cildi gözden geçirilmeli, bu bölgeler hiperemi, ülserasyon, akıntı, krut gibi bulgular açısından değerlendirilmelidir.) Otoskopi: Dış kulak yolu ve kulak zarının muayenesidir. Otoskopik muayene “kulak spekulumu” ve alın aynası kullanılarak çıplak gözle, otoskoplara, daha ayrıntılı muayene gerektiren durumlarda da olanak varsa cerrahi mikroskop veya endoskoplara yapılır.			
7	Burun boşluklarının muayenesine “ Rinoskopi ” adı verilir. Burun boşluklarının ön kısmının muayenesine “Anterior Rinoskopi”, burun boşluklarının posterior kısmının ve nazofarinksin muayenesine “Posterior Rinoskopi (İndirekt nazofaringoskopi)” adı verilir.			
8	Oral Kavite ve Orofarinks İnspeksiyonu , Oral kavite ve orofarinks dil basacağı (abaisse-langue) kullanılır. Tüm muayene aletlerinde olduğu gibi, dil basacağı da sol elde tutulur. Muayenede öncelikle dudaklar ve yanaklar dil basacağı ile ekarte edilerek oral kavitenin her tarafı (dudak ve yanak mukozaları, dil, ağız tabanı, dişler, gingivalar ve sert damak) ayrıntılı olarak incelenir. Daha sonra dilin ön 2/3'lük kısmına dil basacağı ile dikey olarak bastırılarak orofarinks muayene edilir. Dil basacağı daha geriye yerleştirilirse hastada öğürme refleksi ortaya çıkar. Muayene sırasında dil dışarı çıkarttırılmaz, hastanın ağızından nefes alması ve dilini ağzının içinde mümkün olduğu kadar serbest ve kasmadan bırakması istenir. Muayene sırasında hastaya “eee” dedirtilmesi ile yumuşak damak hareketleri de gözlenebilir. Muayenede ön ve arka tonsil plikaları, yumuşak damak, uvula, tonsiller ve orofarinks arka ve yan duvarları gözden geçirilir. Orofarinkse ait olmasına rağmen dilkökü bu muayene sırasında gözlenemez, dilkökü muayenesi indirekt laringoskopide olduğu gibi aynayla indirekt olarak yapılır.			
9	Boyun inspeksiyonu ile asimetri, skar, döküntü, kitle vb lezyonların değerlendirilmesi.			
10	Boyun palpasyonu ile hassasiyet, deformite veya kitle değerlendirmesi			
11	Elleri yıkama			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-15: Psikiyatrik Anamnez Alma ve Ruhsal Durum Muayenesi Becerisi Rehberi

Amaç : Dönem 3 ilgili kurulda öğrencileri staj eğitimine hazırlamak amacı ile psikiyatrik anamnez alma ve ruhsal durum muayene becerilerinin öğrencilere kazandırılması amaçlanmıştır.

Gerekli Ekipmanlar : Simüle hasta, masa ve sandalye

Uygulama Yeri : Tıp Fakültesi Mesleksel Beceri Laboratuvarı

Hazırlık ve Uygulama Bilgileri:

- Hasta ve yakını muayene odasına alınır. Muayeneyi yapacak hekim adayı önce kendisini tanıtır. Görüşme hakkında ön bilgi verilerek psikiyatrik anamnez almaya ve ruhsal durum muayenesine başlanır.
“Merhabalar. Ben Dr.....Burada biraz size yardımcı olmaya çalışacağım. Biraz kendinizden bahseder misiniz?”
- İlk karşılaşmadan itibaren hasta-hekim ilişkisi kurulur. Olumlu ve verimli hekim-hasta ilişkisi kurabilmek için gerekli temel ilkelere uyulur. Hekimin hastaya ilgisi, ön yargısız yaklaşımı, eş duyum yapabilme becerileri ve sorumluluk sınırlarını bilmesi sağlıklı bir iletişim için gereklidir. Hasta ile iletişimde yönlendirici sorulardan ziyade açık uçlu sorular yeğlenmelidir.
“Gece geç mi uyuyorsunuz?” : Yönlendirici soru
“Son zamanlarda uykunuz nasıl?” : Açık uçlu soru
- Ruhsal durum muayenesi gözlem ve hasta ile konuşmaya dayanır. Hasta görüşme odasına girdiğinden itibaren hastanın genel görünümüne, öz bakımına, ilgi ve tutumuna dikkat edilir. Ruhsal muayene büyük oranda konuşma aracılığı ile olmakta olup, muayene boyunca konuşmadaki normal dışı niceliksel ve niteliksel bozulmaların değerlendirilmesi önemlidir.
- Psikiyatrik anamnez ayrıntılı biçimde alınır ve uygun yerlerde ek sorular ile ruhsal muayene tamamlanmaya çalışılır. Genel olarak, biyopsikososyal bir bütünlük içerisinde hasta değerlendirilmeli ve klinik tanı konulmalıdır.

BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hasta ve yakını muayene odasına alınır. Hekim adayı kendini tanıtır ve hastaya ön bilgi vererek psikiyatrik görüşmeye başlar.			
2	Hasta görüşme odasına girdiğinden itibaren fizik yapısı ve görünümü, giyim kuşamı, öz bakımı, hekime ve muayeneye yönelik ilgi ve tutumu gözlemlenir.			
3	Hastaya dair sosyodemografik bilgiler ve muayeneye geliş biçimi kaydedilir.			
4	Yakınmaları ve yakınmalarının öyküsü (başlangıç zamanı, biçimi, ilk belirtiler ve yakınmaların gelişmesi) hakkında bilgi alınır.			
5	Hastanın özgeçmişi hakkında kendisinden ve yakınından bilgi alınır. Ailede ruhsal hastalık varlığı ve geçirdiği hastalıklar sorgulanır.			
6	Premorbid kişilik özellikleri ve kişiler arası ilişkilerdeki uyumu değerlendirilir.			
7	Fizik muayene ve laboratuvar bulguları değerlendirilir.			
8	Konuşma ve ilişki kurma biçimi a) Normal özellikler (Konuşma sırasında göz teması kurma, konuşma miktarı ve düzeni, ses tonu, sorulan sorulara verilen cevapların uygunluğu...)			

	b) Anormal özellikler (konuşmanın aşırı hızlanması veya yavaşlaması, mutizm, ses tonunun çok alçak veya yüksel olması, konuşmadaki dağınıklık, çocuksuluk, tikler, kekemelik, dizartri, afazi...)			
9	Duygulanım ve duygudurumun değerlendirilmesi a) Normal özellikler b) Duygulanımda niceliksel değişiklikler (Artma veya azalma) c) Duygulanımda niteliksel değişiklikler (Uygunsuzluk, oynaklık, güzel aldırılmazlık...)			
10	Bilişsel Yetilerin değerlendirilmesi a) Bilinç b) Yönelim (Yer, zaman ve kişi) c) Bellek muayenesi (Anlık, yakın ve uzak bellek) d) Dikkat muayenesi (Verilen sözcükteki harfleri geriye doğru söylemesi veya rakamları geriye sayma) e) Algılama (Algı sapmalarının -yanılsama ve varsanların değerlendirilmesi) f) Soyut düşünme yetisinin değerlendirilmesi (Atasözü: Damlaya damlaya göl olur) g) Muhakemenin değerlendirilmesi (Muhakemeyi değerlendiren soru: 'Oturduğunuz binada yangın çıksa ne yaparsınız?')			
11	Düşüncenin süreci, biçimi ve içeriği a) Düşünce hızı b) Amaca uygunluğu c) Çağrışımların düzeni d) Düşünce içeriğindeki aşırılık ve bozukluklar (Sanrı, saplantı/takıntı, aşırı değer verilmiş düşünce, fobi, özkıyım düşüncesi...)			
12	Davranışın değerlendirilmesi a) Normal özellikler b) Devinimde artma veya azalma c) Niteliksel bozukluklar (Zorlantılar, tikler, diskinezi, akatizi, donakalım...)			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

5	Önerilen tanı/tedavi yöntemi hakkında bilgi vermek (amacı, yöntemi, zamanı).			
6	Önerilen tanı/tedavi yöntemi ile sağlanacak potansiyel faydaları anlatmak			
7	Önerilen tanı/tedavi yönteminin reddedilmesi durumunda olabilecek zararları anlatmak.			
8	İşlemin/tedavinin potansiyel yan etkilerini, komplikasyonlarını anlatmak.			
9	Önerilen yöntemin kabul edilmemesi durumunda varsa uygun diğer işlem/tedavi seçeneklerini, bu seçeneklerin yararları ve risklerini anlatmak			
10	Anlatım sırasında zorlayıcı olmaktan kaçınmak, gönüllülük ilkesine göre hareket etmek			
11	Sorarak ve kendi sözcükleriyle tekrarlamasını isteyerek anlaşılır olup olmadığını denetlemek			
12	Onam vermiş olsa bile ilerleyen süreç içerisinde onayını her zaman serbestçe geri çekebileceğini anlatmak			
13	Yazılı bilgilendirilmiş onam formunu düşünmeleri için yeterli zaman verdikten sonra imzalatmak			
14	Hastanın veya yasal temsilcisinin onam vermemesi durumunda tedaviyi red belgesini imzalatmak			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____

BÖLÜM-17: Klinik Biyokimyanın Laboratuvar Evreleri

BÖLÜM-18: Pediatrik Anamnez Alma ve Fizik Muayene Beceri Rehberi

Amaç: Dönem 3 ilgili kurulda öğrencileri staj eğitimine hazırlamak amacı ile Pediatrik Anamnez Alma ve Fizik Muayene Becerisinin öğrencilere kazandırılması amaçlanmıştır.

Gerekli Ekipmanlar: Maket veya Video-Fotoğraf

Uygulama Yeri : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı eğitim salonu.

Hazırlık Bilgileri :

PEDİATRİK ANAMNEZ (ÖYKÜ)

Hekim ile çocuk ve aile arasında iyi iletişim kurulması: Hekim ile çocuk ve yakınları arasında olumlu ve sağlıklı bir iletişim kurulması doğru tanıya ulaşılması ve etkili bir tedavi uygulanması için önemlidir. Öykü alırken görüşmenin rahat bir ortamda gerçekleşmesi gereklidir. Bu nedenle hekim, çocuk ve yakınlarını güler yüzle karşılamalı ve, mümkünse rahat oturabilecekleri şartları sağlamalıdır.

Hekimin hastası ile görüşürken dış görünüşünün temiz ve derli toplu olması, saygılı ve nazik davranması önemlidir. Bu özellikler hekimin hem kendi mesleğine, hem de hastasına duyduğu saygının gereği olmakla birlikte aynı zamanda hastanın ve yakınlarının hekime karşı saygı ve güvenini artıran özelliklerdir.

Şikayeti :Hasta ve/veya aile üyelerinin kullandıkları kelimelerle ve hastanın hekime gelişine neden olan bir veya daha fazla sayıda ana şikayeti (en çok 3 adet) kısaca yazılmalıdır. Şikayetlerin ayrıntılı özellikleri hikaye kısmında anlatılacağı için burada yazılmamalıdır.

Hikaye: Ailenin ve hastanın serbestçe konuşmasına izin verilerek, zaman zaman kısa sorularla gerekirse ayrıntılara girmelidir. Şikayetlerin ve belirtilerin kesin başlangıç zamanının bilinmesi oldukça önemlidir.

Hastanın ilk şikayetlerinin ve belirtilerinin ne zaman başladığı, bunların sürekli mi, yoksa aralıklı mı olduğu, şiddet dereceleri, bunlara daha sonra başkalarının eklenip eklenmediği sorulmalıdır. Bu şikayetlerin vücudun belirli bir yerinde mi, yoksa gezici mi olduğu sorgulanmalıdır. Şikayeti veya şikayetleri hafifletiren veya ağırlaştırıcı etkenlerin olup olmadığı araştırılır. Hastaya bu şikayetlerine eşlik eden başka belirtilerin olup olmadığı sorulur. Başka belirtiler varsa bu belirtileri ana şikayeti ile ilişkilendirecek yakınmaların olup olmadığı araştırılır.

Hastanın bu nedenlerle başka bir doktora gitmiş ise hangi tetkiklerin yapıldığı, hastalığa tanı konulup konulmadığı, hangi tedavilerin verildiği, verilmiş süreleri ve dozları öğrenilir. Bu tedavilerden hastanın yararlanıp yararlanmadığı ,yararlanmışsa ne ölçüde yaralandığı sorulur.

Aileler bazı şikayetleri ve belirtileri hekim sormadığı zaman söylemeyebilirler. Örneğin ateşi olan bir çocukta sık sık idrara çıkma aile tarafından belirtilmeyebilir. Bu nedenle hekim ailenin söylediklerinden hareket ederek, diğer şikayetlerin olup olmadığını sormalı ve bunları başlama tarihleri ve seyirlerini araştırmalıdır.

Hastanın şikayetlerinin psikolojik olaylardan ve fizik çevre değişikliklerinden etkilenip etkilenmediği araştırılmalıdır. Örneğin sık sık burun akıntısı ve hapşırığı olan bir çocuğun bu yakınmasının ev temizliği sırasında olması veya mevsimsel olması allerjik rinit yönünden bize ipucu verebilir. Günümüzde ulaşım araçlarının gelişmesi ile dünyanın her tarafında kısa sürede gidip, gelme mümkün olduğu için hastada, özellikle enfeksiyon hastalıkları olmak üzere, beklemediğimiz hastalıklar gelişebilir. Bu nedenle hastanın ve aile üyelerinin son bir yıl içinde dış ülkelere gezi yapıp yapmadıkları, yaptılarsa hangi ülkelere gittikleri öğrenilmelidir.

Özellikle enfeksiyon hastalıklarına ait yakınmaları olan hastanın en yakın çevresi olan aile üyelerinden başlanarak, okulunda, oturduğu semtte, şehirde aynı yakınmaları olan insanların bulunup bulunmadığı araştırılmalıdır.

Hikaye alma şikayetlerin analitik olarak öğrenilmesi yanında, ailenin ve hastanın davranışlarını inceleme yönünden de büyük bir fırsattır. Hekim hikaye alırken hem hastayı, hemde aileyi dikkatlice izleyerek değerlendirmelidir. Aile bireylerinin birbirlerini suçlamalarına veya dil sürçmelerine dikkat etmelidir.

Aile öyküsü : Bu kısımda kardeşlerinin, anne-babanın, amca, teyze, dayı ve halanın birinci dereceden kuzenlerinin, büyük anne ve babaların sağlık durumlarını ve yaşlarını içeren bir aile ağacı (pedigre) çizilir. Ailede genetik, neoplastik, endokrin ve herhangi bir kronik hastalık varsa belirtilmelidir.

Özgeçmiş:

a) Doğum öncesi (prenatal) dönem: Bu dönem gebeliğin başlamasından doğuma kadar olan dönemi içine alır. Burada sorulacak en önemli sorular annenin daha önceki gebelik öyküsü, bu gebeliğindeki diyet ve sağlık durumu, fetusu etkileyebilecek kanama, ilaç veya diğer çevresel faktörler hakkındadır.

b) Doğum (perinatal) : Doğumun şekli (vaginal veya sezeryan), doğumun nerede ve kim tarafından yaptırıldığı, erken membran rüptürü varlığı, vaginal doğumlarda çocuğu pozisyonu sorgulanır.

c) Doğum sonrası (postnatal) dönem: Bu dönem: yenidoğan (0-28 gün), süt çocuğu (1-12 ay), oyun çağı dönemi (1-5 yaş) okul çağı dönemi (oyun çocukluğu bitimi ile ergenlik dönemi başı arası), ergenlik dönemi (pubertenin ilk bulgularının başlaması ile tamamlanması arasındaki dönem) gibi dönemlere ayrılır.

Doğumda bebeğin ilk durumu, doğumdan sonra hemen ağlayıp ağlamadığı, hemen ağlamamışsa ne kadar süre sonra ağlamaya başladığı, çocuğun deri rengi, morarmasının olup olmadığı, kan değişimi yapılıp yapılmadığı, çocuğa doğumdan sonra müdahale yapılıp yapılmadığı ayrıntılı olarak sorgulanır. Doğumdan sonra anne yanına verilme zamanı, küvöz bakımında tutulup tutulmadığı sorulur. Ayrıca bebeğin yenidoğan döneminde sarılık, konvülziyon, enfeksiyongecirme öyküsü ve göbeğinin kaçınıcı gün düştüğü sorulur.

d) Büyüme ve Gelişme:

1. Fiziki büyüme : Büyüme eğrisine kilo ve boyu kayıt edilmelidir (Bu önceki kayıtlardan da alınabilir). Aşırı kilo kaybı veya kilo alımı mutlaka yazılmalıdır. Çocuğun dış çıkarma öyküsü alınmalı, ilk dişini ne zaman çıkardığı ve dişlerinin normal olup olmadığı sorulmalıdır. Aile fotoğrafı bu hususta yardımcı olabilir.

2. **Motor Gelişme** : Gelişmenin çeşitli basamaklarına uyup uymadığına bakılmalıdır. Bebek başını ne zaman dik tuttu? Nezaman gülümsedi? Ne zaman desteksiz oturdu? Ne zaman ayağa kalktı? Ne zaman yürüdü? Çocuk ne zaman çişini söyledi? konuşmanın gelişimi hakkında bilgi edininiz (ilk kelimeler, basit cümleler). Annenin çocuğunu diğer kardeşler ile karşılaştırması yardımcı olabilir.

3. **Mental Gelişme** : Çocuğun becerileri hakkında bilgi alınız. Eğer çocuk okulda ise aldığı notlar, karşılaştığı özel zorluklar ve öğretmenin yorumunu öğrenmek önemlidir.

e) **Beslenme Öyküsü** : Çocuğun aldığı günlük besin miktarının bilinmesi önem taşır. Başlıca beslenme bozuklukları bebeklik çağında görülür. Ayrıca bebeğin her öğünde ne aldığı sorulmalıdır. Özellikle bebeğin ne kadar süt (anne sütü) veya mama almakta olduğu sorulmalı, sütle beslenenlerde görülen beslenme bozuklukları (örneğin Fe eksikliği anemisi) araştırılmalıdır.

f) **Önceki Hastalıkları** :Çocuğun daha önceden geçirdiği hastalıklar sorulmalı ve çocuğun geçmişine ait yorum yapılmalıdır. Kaza ve yaralanmalar, cerrahi müdahaleler, spesifik hastalıklar (pnomoni, su çiçeği, kabakulak, nezle) ve allerjileri (özellikle ilaca karşı olanları) not edilmelidir.

g) **Aşılama Öyküsü** : En son önerilen aşı şemasına göre immünizasyon yapıp yapılmadığı, yapılan aşılama tarih ve cinsi ve varsa komplikasyonları hakkında bilgi alınmalıdır.

PEDİATRİK FİZİK MUAYENE

Bir çocuğun muayenesinde gerekli bilgiyi elde edebilmek için maharet, nezaket, sabır gereklidir. Böyle bir muayene için rutin yol yoktur. Çocuğun seviyesine inin, onunla arkadaşlık kurun ve onun güvenini kazanmaya çalışın, çocuğun yaşına ve huyuna göre muayene şartları uydurulmalıdır. Örneğin 6 aydan ufak bebekler muayene masasında kolayca muayene edilebilirler. 8 ay - 3 yaş arasındaki çocuklar anne kucağında, diz üzerinde daha başarılı muayene edilir. 4 yaşından sonra muayene tekrar masada yapılabilir. Muayene başlamadan önce ellerinizi ılık su ile yıkayınız. Bu davranışınızla hastanızın annesini etkileyeceksiniz. Soğuk ellerinizle hastanızda ters bir tepki uyandırmış olursunuz. Ufak çocuklarda, ağlamaya başlamadan kalp, akciğer, karın muayenesi yapın, kulak ve boğazı sonraya bırakın, eğer muayene rahatsız veya ağrılı olacaksa çocuğa açıkca bu muayenenin gerekli olduğunu önceden anlatınız. Çocuğu oyalama taktikleriniz yetersiz kalmış ise muayeneyi ailenin yardımıyla yapabilirsiniz. Hastalarınıza özellikle puberte çağında olanlara, daha farklı yaklaşmanız gerektiğini unutmayın. Bazen muayene esnasında bütün vücudun soyulması gerekebilir. Hastaya en az tepki yaratacak sahadan başlamak en iyisidir. Yoksa hasta sizinle arasında oluşan güven duygusunu yitirebilir.

VİTAL BULGULAR: Nabız, solunum sayısı, ateş, kan basıncı (her iki kol ve bacadan) ölçümleri yapılmalıdır.

BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ; Boy, kilo ve baş çevresi ölçülmeli ve büyüme eğrisinde işaretlenmeli, persentil olarak belirtilmelidir.

GENEL GÖRÜNÜM : Çocuğun görünümünün "hasta" veya "iyi" olduğu kaydedilmelidir, şayet hasta görünümde ise akut mu yoksa kronik hasta gibi mi görünüyor? Herhangi bir sıkıntısı varsa not ediniz. Görünümü aktif veya inaktif mi? Yüz ifadesi, gelişimi, konuşması, duruşu ve aile bireylerine karşı tutumunu belirleyin.

DERİ, SAÇ VE TIRNAKLAR : Derinin renk, siyanoz, peteşi, ekimoz, turgor, deri altı dokusunun durumu, ödem ve enflamasyona bakılmalıdır. Tırnaklarda çomaklaşma, tırnaktaki solukluk veya çukurluk araştırılmalı, saç rengi ve dağılımı kaydedilmelidir.

BAŞ-BOYUN;

Baş : Büyüklüğünü, şeklini ve simetrisini belirtiniz. Fontaneleri açıksa gerginlik veya çöküklük var mı? (arka fontanel 6-8 haftada ön fontanel genellikle 18 ayda kapanır). Sütürleri palpe edin. Normalde olmayan bir yüz görünüm var mı?

Gözler : Belirgin bir görme bozukluğu varsa belirtin. Kapatma testi yaparak şaşılık olup olmadığına bakın. Konjonktivanın rengini, iris ve korneanın görünüşünü tarif edin. Fazla miktarda göz yaşı oluyor mu? Yakın görmeye akomodasyon yapabiliyor mu? Pupiller eşit ve reaktif mi? Daha büyük çocuklarda kabaca görme alanı ölçülmeli, tüm çocuklarda göz dibine bakılmalıdır. 2-4. haftada bebek ışığı takip edebilmelidir. 4. ayda ise koordine göz hareketlerini yapabilmelidir.

Kulaklar : Anomali veya anormal pozisyon olup olmadığına bakılmalıdır. Dış kulak yolunda akıntı veya hassasiyet arayın. Timpanik membranı tarifleyin (Rengini, dolgunluğunu veya çöküklüğünü kaydedin).

Burun : Şekli nasıldır? Septumu düzmüdür? Burun kanatları solunuma katılıyor mu? Mukozaya bakın, burun tıkanıklığını kontrol edin ve sinüzit yönünden araştırın. Doğumda maksiller antrum ve anterior, posterior, etmoid boşlukları vardır. 2-4 yaşta frontal sinüs pnomatizasyonu başlar (6-10 yaşa kadar nadiren enfekte olur).

Ağız : Dudaklarında veya diş etlerinde herhangi bir anomali var mı? Dile bakın, normal olmayan bir büyüklüğü, rengini kıvamını ve deviasyonu vs. kaydedin. Ağız mukozasını, tükürük bezi kanalı ağızlarını muayene edin. Diş sayısını, durumunu muhakkak kayıt edin. 2,5 yaşında çocuğun 20 dişi olmalıdır. Dişlerin çıkışı değişken olmakla birlikte bebeklerin çoğunda 8-10 aylıkken iki merkezi alt kesici mevcuttur. Damak ve uvulaya bakın büyük çocuklarda konuşma ile yumuşak damak hareketlerini gözleyin. Waldeyerin lenfatik halkasında (posterior faringeal duvar lenfoid dokusu, adenoidler, lateral feringeal bantlar, palatin ve lingual tonsiller) herhangi bir anomali olup olmadığına bakın. Çocuğun ağlamasına ve sesine de dikkat edin. Ses kısıklığı veya stridor varsa kaydedin.

Boyun : Baş kontrolünün olup olmadığından emin olun (boyun fleksiyonu ve ekstansiyonuna bakın) lenf nodları, tükürük bezleri, tiroid ve trakeayı palpe edin. Trakea orta hatta mı? Sternokleidomastoidde kitle veya eğrilik var mı?

SOLUNUM SİSTEMİ : Göğüs muayenesine inspeksiyonla başlamalı ve ikinci olarak palpasyon yapmalıdır. Daha sonra perküsyon ve oskültasyon yapılır.

1. İnspeksiyon : Göğüs şekli, asimetri varlığı, kostal aralıkta kabarıklık veya çekilme olup olmadığına bakılır, abdominal solunum olup olmadığı kontrol edilir.

2. Palpasyon: Palpe edilen kemik strüktürüne de ait herhangi bir anormalilgi not edin. Krepitasyonu olup olmadığını araştırın. Skapulanın pozisyonuna dikkat edin.

3. Perküsyon: Çocuklarda, bronşlar adütlere göre nisbeten daha geniştir ve göğüs duvarı daha incedir. Bu yüzden göğüs sesleri daha rezonandır. Skapula üzerinde, diyafragma, karaciğer ve kalp bölgesinin perküsyonunda matite alınır.

4. Oskültasyon : Solunum seslerini dinleyin ve duyduğunuz sesleri tanımlayın, anormal herhangi bir ses olup olmadığını (ses yokluğu vs.) belirtin, infantlarda normal olarak sesler daha yüksek frekansta ve daha kaba olabilir.

KARDİYOVASKÜLER SİSTEM : Bazı temel noktalar her kalp muayenesinde incelenmelidir. Bunlar hız, ritim, büyüklük, kan basıncı, kalp seslerinin tarifi, tril olup olmadığı ek bir ses olup olmadığıdır. Murmur varsa detaylı olarak tarif edin. Femoral nabızı palpe edin, bununla beraber simultane brakial nabıza da bakın, gecikme varsa kaydedin

Aşağıda anlatılan şekilde toraks muayenesi yapılmalıdır.

1. İnspeksiyon : Prekordiumdaki herhangi bir kabarıklık kayıt edilmelidir, kalp tepe atım noktası zayıf çocuklarda sıklıkla görülebilir. Genişlemiş venler varsa tarif edilmelidir.

2. Palpasyon : Sol ventrikül apeksinin lokalizasyonunu, sağ ventrikülü ve sağ ventrikül akım alanını (2-3 sol ICA) yazın. Bu bölgelerde thrill olup olmadığına bakın. Suprasternal çentiği ve karotisleri thrill ve nabız özellikleri yönünden palpe edin.

3. Oskültasyon : Her hastada oskültasyonu aynı sırada yapmaya çalışın. Steteskopla dinlerken öncelikle S1'e konsantre olun. Apeks, aşağı sol sternal kıyı, yukarı sol sternal kıyı ve sağ üst sternal kıyıyı dinleyin sonra ikinci sesi dikkatlice dinleyin (genellikle steteskop tamburu ile ve basiste iyi duyulur). Inspirasyonda ve ekspirasyonda iken de dinleyin. Seslerde şiddetlenme ve çiftleşme olup olmadığına, daha sonra ek ses veya klik olup olmadığına bakın. Daha sonraki adım sistolün dinlenmesidir. İşitilen herhangi bir üfürümün zamanı, kalitesi, devamı, pozisyonla değişimini detayı ile tarif edin. Daha sonra diastolu dinleyin (Kalp seslerini ve üfürümü çizin).

KARIN: Çocukların ağlaması bilgi edinmenizi sınırlandırdığı için muayeneye önce karından başlanmalıdır. Mutad olduğu üzere önce inspeksiyon, palpasyon sonra perküsyon ve oskültasyon yapılmalıdır. Doğal olmayan bir görünüm veya şişlik var mı? Herhangi bir hassasiyet veya rigidite varsa tariflenmelidir. Organları palpe edin ve kitle olup olmadığına bakın Herni var mı? Barsak seslerini oskulte edin.

GENİTOÜRİNER SİSTEM VE MEME: Erkek çocukta gelişme durumu, testisin inip inmediğini, meatusunun lokalizasyonu, inflamasyon olup olmadığını belirtiniz. Fimozis olup olmadığını kontrol edin (Prepisyumun geri çekilememesi), ve glansa bakın. Kızlarda vajinal muayenede inpeksiyon hariç diğerleri rutin değildir. Eş zamanlı olarak anüs inspekte edilmeli, vaginal akıntı ve inflamasyon araştırılmalıdır. Organların gelişme durumu not edilmelidir. Meme gelişimi veya adolesan kızlarda memenin olup olmadığı yazılmalıdır. Enfeksiyon veya tümör belirtileri aranmalıdır. Gelişmiş adolesan kızlarda sistemik muayeneyi yaparken aksillaları da inceleyin.

EKSTREMİTELER : Şekli, simetrisi, büyüklük bozuklukları, kas gelişmesi, kuvvet azlığı veya her ne sebepten olursa olsun bir veya daha fazla ekstremiteyi kullanmada yetersizlik durumu önemlidir. Tırnak yataklarındaki siyanoz veya el ve ayak parmaklarında çomaklaşma varsa not edilmelidir. Eklemlerin hareket genişliğine göre bütün eklemleri hareket ettirin. Çocuğun içe veya dışa basıp basmadığına bakın. Yürüyüşünü gözleyin.

NÖROLOJİK MUAYENE: Dar bir yerde çalışmak bebek çocukların nörolojik muayenesini teferruatlı olarak yapmaya izin vermeyebilir. Yeterli ve uygun bilgileri toplamak için hastayı birkaç kez muayene etmek gerekebilir. İyi bir gözlem, genellikle, olguda en büyük bilgiyi temin eder ve bu çocuğu sinirlendirmeden yapılabilir.

**Gelişimsel değerlendirme ve yenidoğan muayenesi Dönem 4'te anlatılacaktır.

1. Yeterli Değil : Basamağın hiç uygulanmaması, yanlış uygulanması veya sırasında uygulanmaması				
2. Yeterli : Basamağın duraksamadan, yardıma gerek kalmadan doğru olarak ve sırasında uygulanması				
BASAMAKLAR		GÖZLEMLER		
		1	2	3
1	Hasta ve ailesi muayene odasına alınır. Hekim/öğrenci kendini tanıtır.			
2	Ana yakınma öğrenilip hastanın veya ailenin kendi sözcükleri ile kaydedilir.			
3	Başvuru yakınmalarının hikayesi, gelişimi, hastanın özgeçmişi ve soygeçmişi sorgulanır ve kaydedilir			
4	El yıkama veya el antiseptiği ile el hijyeninin sağlanması			
5	BÜYÜMENİN DEĞERLENDİRİLMESİ			
	a. Hastanın yaşına göre boy ve kilo ölçümlerinin uygun yöntemle yapılır			
	a. Hastanın doğum tarihinin öğrenilerek takvim yaşı hesaplanır			
	b. Hastanın takvim yaşına göre boy ve kilosunun persantil eğrilerinde işaretlenir			
	c. Üç yaşından küçük hastaların baş çevresi ölçümünün yapılır ve persantil eğrisinde işaretlenir			
d. Boya göre vücut ağırlığı ve ideal ağırlık yüzdesinin hesaplanır				
e. Vücut kitle indeksinin hesaplanarak persantil eğrisinde işaretlenir				
6	VİTAL BULGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ			
	a. Vücut sıcaklığının ölçülmesi			
	b. Tüm nabızların iki parmakla değerlendirilmesi ve atım sayısının yaşına uygun olup olmadığının değerlendirilir			
	c. Nabız ritmi, şiddeti ve şeklinin doğru olarak tespit edilir			
	d. Kan basıncının ölçülmesi persantil eğrisinde işaretlenir			
	e. Kapiller dolum zamanına bakılır			
f. Solunum sayısının doğru olarak sayılır ve yaşına uygun olup olmadığının değerlendirilir				
7	DERİ MUAYENESİ			
	a. Deri renginin incelenmesi			
	b. Saç ve saçlı derinin incelenmesi			
	c. Yüz ve boyun bölgesinin deri ve deri eklerinin incelenmesi			
	d. Ağız, dil, dil altı, diş eti, damak ve yanak içi bölgelerinin incelenmesi			
	e. Deride döküntü, renk değişikliği, hipo-hiperpigmentasyon varlığının değerlendirilmesi			
f. Avuç içi, ayak tabanı ve tırnakların incelenmesi				
8	BAŞ-BOYUN MUAYENESİ			
	a. Saç ve saçlı derinin incelenmesi			
	b. Boyunun şekli, boyunda eğrilik, kitle olup olmadığı, tiroidin büyüklüğü ve trakeanın lokalizasyonunun incelenmesi			
	c. Lenf nodu bölgelerinin ve bölgeye göre normal boyutların bilinmesi			
d. Boyun arter ve venlerinde pulsasyon olup olmadığına, varsa şiddetine, pozisyonla değişip değişmediğine bakılması ve dolgunluklarının kaydedilmesi				
9	KARDİYOVASKÜLER SİSTEM MUAYENESİ			
	a. Kalbin oskültasyonu sırasında kalbin atım hızı ve ritminin belirlenip yaşa göre bradikardi ve taşikardi sınırlarında olup olmadığı değerlendirilir			
	b. Oskültasyonda kalbin dinleme odaklarının belirlenir, normal ve patolojik kalp seslerinin varlığı değerlendirilir, üfürüm varsa not edilir			
c. Kardiyak patolojilerde eşlik edebilecek klinik ve fizik muayene bulguları aranır				
10	KARIN MUAYENESİ			
	a. Hastanın doğru pozisyonu almasının istenir (sırtüstü uzanarak ayaklarını karnına çekmesi ve başını sola çevirmesi)			
	b. Karın kadrantlarının belirlenir			
	c. İnspeksiyonda karında çöküklük, distansiyon, renk değişikliği olup olmadığının değerlendirilmesi			
d. Karnın 4 kadrantının 1-4 dk steteskopla dinlenmesi				

	<p>e. Yüzeysel palpasyonla hassasiyet ve ağrının değerlendirilerek ağrıya en uzak bölgeden derin palpasyonla defans ve rebound değerlendirilmesinin yapılması</p> <p>f. Akut karın şüphesinin anlaşılması</p> <p>g. Batın perküsyonu ve asit, kitle varlığının değerlendiril</p> <p>h. Traube alanı tanım ve sınırlarının bilinmesi, dalak muayenesinin yapılması</p> <p>i. Karaciğer muayenesinin yapılarak hepatomegali varlığının değerlendirilmesi</p> <p>j. Kostovertebral açı hassasiyetinin değerlendirilmesi</p>			
11	<p>PUBERTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ</p> <p>a. Aksiller ve pubik bölge kıllanmasının değerlendirilerek pubarş evresinin kaydedilmesi</p> <p>b. Meme gelişim evresinin Tanner evrelemesine göre değerlendirilmesinin yapılması</p> <p>c. Erkek hastada testis volümünün değerlendirilmesi ve testis hacmine göre puberte evrelemesinin yapılması</p> <p>f. Erkek hastada uzatılmış penis boyunun ölçülmesi ve persantil eğrisinde işaretlenmesi</p>			
12	<p>GENİTOÜRİNER SİSTEM MUAYENESİ</p> <p>a. Genital organlar, perianal bölge ve rektumun birlikte değerlendirilmesinin yapılması</p> <p>b. Ambiguous genitalia varsa kaydedilir</p> <p>c. Erkeklerde inguinal herni, hipospadias, epispadias, hidrosel, mikropenis ve hipogenitalia gibi anomalilerin varlığının kaydedilir</p> <p>d. Kızlarda inguinal herni, labium major ve minor anomalileri ile kliteromegali varlığının kaydedilir</p>			
13	<p>SOLUNUM SİSTEMİ MUAYENESİ</p> <p>a. Yaşa göre solunum tipi ve hızının belirlenerek solunum zorluğu olup olmadığının belirlenmesi</p> <p>b. Göğüs duvarı şekli ve simetrisinin değerlendirilerek göğüs deformite varlığının değerlendirilmesi</p> <p>c. Siyanoz ve çomak parmak varlığının değerlendirilmesi</p> <p>d. Trakeanın orta hatta olup olmadığının tespit edilmesi</p> <p>e. Göğüs duvarındaki deri ve deri altı dokuların palpasyonu</p> <p>f. Hemitoraksın solunuma katılımının eşit olup olmadığının değerlendirilmesi</p> <p>g. Normal akciğer seslerinin bilinmesi, patolojik seslerin ayırdedilmesi</p>			
14	<p>NÖROLOJİK MUAYENE</p> <p>a. Genel durum ve bilinç düzeyi tespitinin yapılır</p> <p>b. Işık refleksinin değerlendirilir</p> <p>c. Kafa çifti muayenelerinin yapılır</p> <p>d. Refleks muayenelerinin yapılır (yüzeysel refleks, derin tendon, patolojik refleksler)</p> <p>e. Serebellar değerlendirmenin yapılır</p> <p>f. Kas gücü muayenesinin yapılır</p>			
15	El yıkama veya el antiseptiği ile el hijyeninin sağlanması			

Değerlendiricinin, Öğrencinin sergilediği performansa yönelik görüş ve değerlendirmeleri

Öğrencinin Güçlü Yönleri	Öğrencinin Geliştirmesi Gereken Yönleri

Öğrencinin mesleki beceri uygulamasına ilişkin değerlendirme

Geliştirilmeli	Kabul Edilebilir	Yeterli

Eğitiminin Adı Soyadı : _____ Tarih : _____ İmza: _____