

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER
ÖĞRENİM REHBERLERİ

2015-2016
EĞİTİM DÖNEMİ

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
TIP EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

SAMSUN 2016

Bu kitap 27-28 Haziran 2012 tarihlerinde Fakültemiz Dekanlığı talebi ile düzenlenen “Klinik ve Mesleki Beceriler Öğrenim Rehberleri Hazırlama Çalıştayı” isimli bilimsel toplantı sonucunda katılımcı öğretim üyelerimiz tarafından çeşitli kaynaklar kullanılarak hazırlanan bir metindir.

Toplam 74 adet multidisipliner beceri öğrenim rehberinin yer aldığı bu kitapçık, 2013-2014 Eğitim-Öğretim yılı içerisinde fakültemiz Multidisipliner Uygulamalar Kurulu üyelerince gözden geçirilerek güncelleştirildi.

Bu dökümanda bulunan kaynakları belirtilmeyen öğrenim rehberleri uzman görüşü olarak değerlendirilmelidir.

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi
Tıp Eğitimi Anabilim Dalı
2016, Samsun

SINIF I

Multidisipliner Uygulamalar



- ❖ VÜCUT ISISI VE NABIZ
- ❖ MİKROSKOP
- ❖ SIHHİ EL YIKAMA
- ❖ STERİL ELDİVEN GİYME
- ❖ TANSİYON ÖLÇME
- ❖ TEMEL YAŞAM DESTEĞİ
- ❖ AĞIZ HIJYENİ, DİŞ FIRÇASI, DİŞ İPİ
- ❖ HEIMLICH MANEVRASI
- ❖ EMPATİ
- ❖ HASTA-HEKİM GÖRÜŞMESİNİN TEMEL İLKELERİ
- ✓ ÖYKÜNÜN DİĞER ELEMANLARI, SİSTEMLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ, GÖRÜŞMEYİ BİTİRME
- ✓ AMPUL KIRMA-FLAKON HAZIRLAMA
- ✓ ANA YAKINMA VE HASTA BAKIŞ AÇISININ DEĞERLENDİRİLMESİ
- ✓ STANDARDİZE HASTA GÖRÜŞMESİ
- ✓ KAYIT TUTMA VE GÖRÜŞME
- ✓ BOYUNLUK TAKMA, HASTA TAŞINMASI
- ✓ EKSTREMİTE ELASTİK BANDAĞ
- ✓ İNTRAMUSKÜLER ENJEKSİYON

SINIF II

Multidisipliner Uygulamalar



İNSPEKSİYON-PERKÜSYON
PALPASYON-OSKÜLTASYON
KRANİYAL SİNİR MUAYENESİ
OFTALMOSKOP KULLANIMI,
GÖRME ALANI DEĞERLENDİRMESİ,
KORNEA REFLEKSİ
OTOSKOP, DİAPOZON
MOTOR MUAYENE
SEREBELLUM-REFLEKS MUAYENESİ
DUYU MUAYENESİ
STANDARDİZE HASTA GÖRÜŞMESİ
ÇOCUKTA ANTROPOMETRİK
ÖLÇÜMLER
SOLUNUM ÖYKÜ VE FİZİK
MUAYENE

GÖĞÜS ARKA ÖN GRAFİSİ
DEĞERLENDİRME
SUBKUTAN ENJEKSİYON YAPMA
İNTRAMÜSKÜLER ENJEKSİYON
YAPMA
SÜTÜR ATMA
APSE AÇMA
KENE ÇIKARTMA
SU NUMUNESİ ALMA, BAKİYE KLOR
ÖLÇÜMÜ
KAN GRUBU TAYİNİ
PERİFERİK YAYMA YAPMA
BATIN ÖYKÜ VE FİZİK MUAYENE
KALP ÖYKÜ VE FİZİK MUAYENE

SINIF III

Multidisipliner Uygulamalar

OBSTETRİK ÖYKÜ VE MUAYENE,
LEOPOLD MANEVRALARI

JİNEKOLOJİK ÖYKÜ, SPEKULUM
KULLANMA, BİMANUEL VAJİNAL
MUAYENE, SMEAR ALMA

KOMBİNE ORAL KONTRASEPTİF
DANIŞMANLIĞI

KAS-İSKELET ÖYKÜ VE FİZİK
MUAYENE

İNTRAVENÖZ GİRİŞİM

ATEL YAPMA, VELPEAU, 8 BANDAĞ,
PARMAK ATELİ

DİREKT EKSTREMİTE GRAFİSİ

KANAMA KONTROLÜ-KOPAN

UZVUN TRANSPORTU

DİJİTAL SINIR BLOKAJI

ÇOCUKTA TEMEL YAŞAM DESTEĞİ
EKG

DİSKUS VE İNHALER KULLANIMI
EĞİTİMİ VERME

NEBÜLZATÖR CİHAZI KULLANIMI
EĞİTİMİ VERME

BOĞAZ KÜLTÜRÜ ALMA

ÜRETRAL KATATER TAKMA

YARA BAKIMI

BOYUN VE TİROİD BEZİ FİZİK
MUAYENE

AİLE SOYAĞACI

DEĞİŞİK YAŞ GRUPLARINDA ÖYKÜ
ALMA

YENİDOĞAN MUAYENESİ

ÇOCUKTA BAŞ-BOYUN MUAYENESİ

ÇOCUKTA SOLUNUM-

KARDİYOVASKÜLER MUAYENE

ÇOCUKTA KARIN VE ÜROGENİTAL
MUAYENE

ÇOCUKTA CİLT EKSTREMİTE
MUAYENE

İNTRAVENÖZ DAMAR YOLU VE
SERUM SETİ HAZIRLAMA

MEME ÖYKÜ VE FİZİK MUAYENE

ERKEK GENİTAL ÖYKÜ VE FİZİK
MUAYENE

DİREKT ÜRİNER SİSTEM GRAFİSİ
NG SONDA-LAVMAN UYGULAMA

İNTRADERMAL ENJEKSİYON KÖTÜ
HABER VERME

RUHSAL MUAYENE

DİREKT KAFA GRAFİSİ

MENTAL MUAYENE

HASTA-HEKİM GÖRÜŞMESİNDE

ZOR DURUMLAR

ÇOCUKTA NÖROLOJİK MUAYENE



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ADLİ ÖLÜ MUAYENE BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Akan KARAKUŞ

AMAÇLAR: Adli ölü muayenesi yapabilmek

AÇIKLAMALAR:

- Adli tahkikat
- Ölü soğumasını değerlendirme
- Diz dirsek muayenesi
- Ölü lekeleri

ARAÇLAR: Adli Ölüm Muayene Formu

NO.	BASAMAKLAR
1.	Olay yerinin güvenliği sağlanır, ölü muayenesini yapacak ekibin gerekli kişisel korunma ve güvenlik tedbirleri alınır
2.	Savcı ile birlikte ölümün gerçekleştiği olay yeri ve çevresinde adli kanıtların varlığı değerlendirilir, gerekirse görgü tanıklarından öykü alınarak ölümün nasıl gerçekleştiği hakkında bilgi sağlanmaya çalışılır
3.	Nabız, kalp tepe atımı, solunum kontrol edilerek ölümün gerçekleştiğini gösteren fizik muayene bulguları araştırılır
4.	Savcıyla beraber ölenin kimlik bilgileri, geçerli bir resmi kimliği incelenerek, kimlik tanıklarından bilgi alınarak savcılık tutanağına kaydedilir
5.	Ölü muayene formuna muayene tarih ve saati yazılır
6.	Adli olayın oluş zamanından ölü muayenesinin yapıldığı ana kadar geçen sürede olan olaylar hakkında öykü alınır, özgeçmiş ve soygeçmiş sorgulanır, ölenin tıbbi dosya, reçete ve kullandığı ilaçlar gibi tıbbi kayıtlar incelenir, önemli bulgular muayene formuna kayıt edilir
7.	Kimlik tespitinin yapılmasından sonra savcı, doktor ve yardımcı personelin dışındakiler muayene yerinden çıkarılır ve ceset tamamen çıplak hale getirilir
8.	Tıbbi kimlik (yaş, cinsiyet, yaralar, vs ...) muayene formuna yazılır

NO.	BASAMAKLAR
9.	Tüm vücut bölgelerinin sistematik muayenesinin yapılması
10.	Ölü soğuması elle veya termometre ile değerlendirilir
11.	Ölü lekelerinin yerleşim yeri ve rengi belirlenir
12.	Diz-dirsek muayenesi ile ölü katılığının gelişip gelişmediği değerlendirilir
13.	Muayene sırasında saptanan patolojilerin yerleşim ve özellikleri ayrıntılı olarak muayene formuna yazılır
14.	Kayıt altına alınan patolojiler adli muayene şeması üzerinde işaretlenir
15.	Ölüme neden olduğu düşünülen muayene bulguları ölü muayenesi formu sonuç kısmına yazılır, otopsi işlemine gereksinim duyulup duyulmadığı belirtilir

Kaynak:

1. Birinci Basamak İçin Adli Tıp. Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Türk Tabipler Birliği. 1999. <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/> (Erişim Tarihi: 07.09.2012)
2. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Dayandığı Kanun Tarihi - No: 23/01/1953 – 6023. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi ve Sayısı: 19/02/1960 – 10436.
3. Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Hakkında Genelge. Genelge no: 2005/143. Kabul Tarihi : 22/09/2005.
4. Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası: 5271. Kabul Tarihi : 04/12/2004. Resmi Gazete sayı 25673; tarih: 17/12/2004
5. Çetin G, Yorulmaz C. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi no:48, İstanbul, 2006



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ


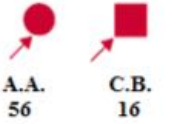

AİLE AĞACI ÇİZİMİ



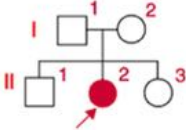



Doç. Dr. Sezgin ÖZGÜR GÜNEŞ

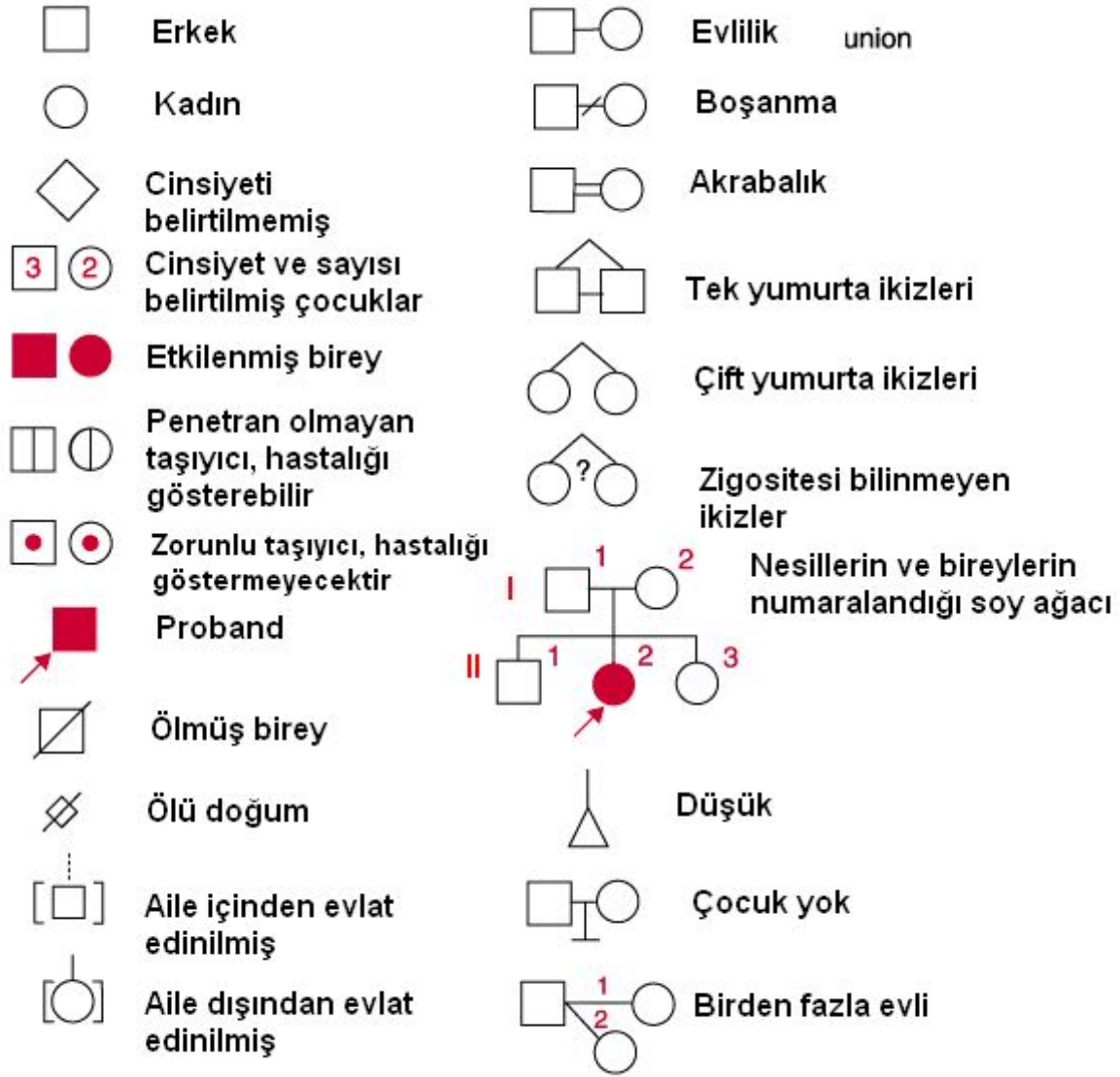
AMAÇLAR: Doğru sembolleri kullanarak aile ağacı çizebilmeli ve çizilmiş aile ağacı modellerinde kalıtım kalıbı hakkında yorum yapabilmeli.

AÇIKLAMALAR:

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Proband (aile öyküsünün alındığı kişi) cinsiyetine uygun simge ile (erkekler kare, kadınlar daire) çizilir, sayfanın ortasından başlanır
2.	Proband simgesinin sol alt köşesine bir ok çizilir 
3.	Probandın adı (veya ad ve soyadının baş harfleri) ve yaşı simgenin altına kaydedilir 
4.	Probandın anne ve babası uygun simgeler kullanılarak çizilir ve evlilik bağı göstermek için simgeler yatay bir çizgiyle birleştirilir, eğer akraba evliliği varsa yatay iki çizgi kullanılır 

NO.	BASAMAKLAR
5.	Ebeveynlerin şimdiki yaşları simgenin altına yazılır, ebeveynler hayatta değilse, simgenin üzeri bir çizgiyle çizilir, ölüm yaşı ve nedeni simgenin yanına yazılır  48, MI
6.	Kardeşler uygun simgeler kullanılarak doğum sırasına göre soldan sağa doğru çizilir, evli iseler eş ve çocuklarını ilave edebilmek için boşluk bırakılır
7.	Aynı prensiple büyükanne ve büyükbabalar, amca, teyze, dayı ve halalar uygun yerlere çizilir
8.	Düşük ve ölü doğumlar sorgulanarak uygun simgelerle çizilir 
9.	Kuşaklar Romen rakamı (I, II, III,...) ile satırın en soluna, kuşak içindeki bireyler ise Arap rakamlarıyla (1,2,3, ...) simgenin sağ üst köşesine yazılır 
10.	Ailedeki hastalık ya da niteliği gösteren kişilerin simgelerinin içi doldurulur 
11.	X kromozomuna bağlı geçiş gösteren hastalık taşıyıcıları simgenin ortasına bir nokta konarak belirtilir 
12.	Otozomal resesif hastalıklar için heterozigot oldukları kanıtlanan bireyler, simgelerin içleri yarı doldurularak gösterilir 
13.	Aile ağacının çizildiği tarih kağıdın sağ üst köşesine ve büyükanne ve büyükbabanın etnik kökeni ilgili bilgi simgelerinin üst kısmına yazılır
14.	Aile ağacının hangi hastalığı gösterdiği pedigrî üzerine not edilir

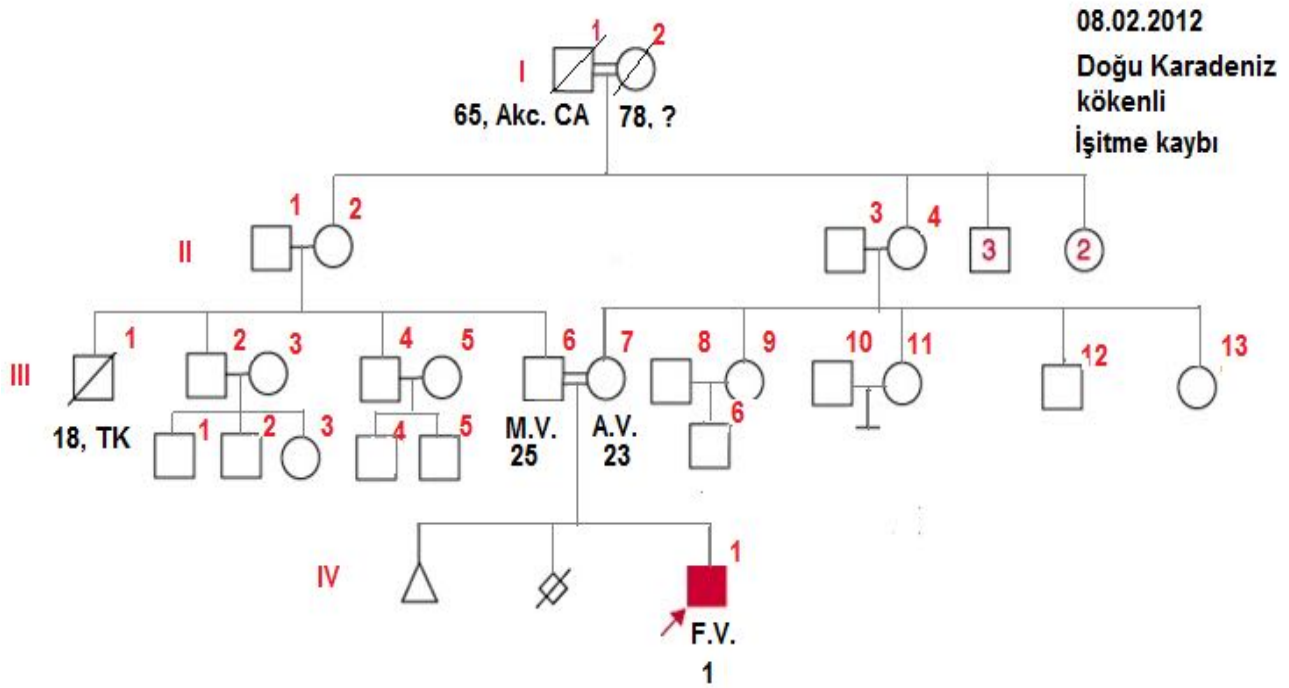


W.B. Saunders Company items and derived items copyright © 2002 by W.B. Saunders Company

Şekil: Aile ağacı çiziminde kullanılan bazı semboller

Örnek aile ağacı çizimi

Aysel (23) ve Mehmet (25) Vonalı çifti Doğu Karadeniz Bölgesinde yaşamaktadır. Aileleri de uzun yıllar boyunca aynı kasabada yaşamıştır. Furkan, Aysel ve Mehmet Vonalı çiftinin canlı doğan ilk çocuklarıdır. Doktor Furkan'ın rutin kontrolünde işitme kaybı olduğunu belirler. Aysel hanımın Furkan'dan önce bir düşüğü ve ölü doğumu olmuştur. Aysel ve Ahmet Vonalı çifti teyze çocuklarıdır. Mehmet Bey dört çocuklu bir ailenin en küçük çocuğu olup iki kız ve trafik kazasında kaybettiği bir erkek kardeşi (18) bulunmaktadır. Kız kardeşlerinden birinin iki erkek bir kız çocuğu, diğerinin ise iki oğlu bulunmaktadır. Aysel Hanım ise 5 çocuklu bir ailenin en büyük çocuğudur. Üç kardeşi kız bulunmaktadır. Kız kardeşlerinden biri evli ve bir çocuklu, bir evli ve çocuksuz, diğeri ise bekadur. En küçük kardeşi ise erkektir ve bekardur. Aysel ve Mehmet Vonalı çiftinin büyük babası akciğer kanserinden, büyük anneleri ise bilinmeyen bir nedenle ölmüştür. Ailede, işitme kaybı olan birey bulunmamaktadır. Bu ailenin dört kuşaklı aile ağacını çiziniz.



Çalışma sorusu

İkişer kişilik gruplar oluşturun ve karşılıklı birbirinizin üç kuşaklı aile ağacını çiziniz.

Kaynak:

1. Robert L. Nussbaum, Roderick R. McInnes, Huntington F. Willard. Thompson & Thompson Tıbbi Genetik. Öncü Basımevi, 2005.
2. Robert L. Nussbaum, Roderick R. McInnes, Huntington F. Willard. Thompson & Thompson Genetics in Medicine W.B. Publisher: Saunders, 2007.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

AİLE PLANLAMASI DANIŞMANLIĞI BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR:

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Başvurunu (varsa eşini de) karşılama: Gerekli mahremiyeti sağlama Yakınlık gösterme Kendini tanıtmak Başvuranın (varsa eşinin) adını öğrenme ve kullanma Nasıl yardımcı olunabileceğini sorma
2.	Başvurunu rahatlatma: Oturacak yer gösterme İletişim için gerekli uzaklığı ayarlama İletişim sırasında başvuranla yüzyüze olma Nazik davranma Sohbet eder gibi danışmanlık yapma
3.	Etkin Dinleme: Başvuranın “ne” söylediğini dinleme “Nasıl” söylediğine dikkat etme Başvuranın söylediğini tekrar etme
4.	Doğurganlık öyküsünü sorma: Yaş Evlilik durumu Gebelik sayısı Doğum sayısı Yaşayan çocuk sayısı, yaşları, cinsiyetleri En küçük çocuğun yaşı, sağlık durumu Gelecek doğurganlık hedefleri
5.	Aile planlaması yöntem kullanma öyküsünü sorma: Geçmişte kullandığı/kullanmakta olduğu AP yöntemleri Kullanmakta olduğu AP yöntem(ler)i Kullanmakta olduğu AP yöntemini değiştirme nedenleri Kalıcı olmayan yöntemler hakkındaki bilgilerini öğrenme

NO.	BASAMAKLAR
6.	Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan koruyucu yöntem kullanma öyküsünü sorma: Nazikçe, CYBE açısından risk durumunu değerlendirme
7.	Aile Planlaması konusundaki beklentilerini sorma: Gereksinimlerini sorma İsteklerini sorma Şüphelerini sorma Sorularını alma Sorunlarını anlatmaya teşvik etme
8.	YÖNTEMLER KONUSUNDA BİLGİ VERME: İstenmeyen gebelikleri önleyici yöntemler (AP) hakkında bilgi verme: Bildiği yöntemleri sorup, yanlışları düzeltme Bildiği yöntemden başlama Tüm yöntemlerin yan etkileri hakkında bilgi verme Her bir yöntemin nereden temin edilebileceğini anlatma Her bir yöntemin nasıl temin edilebileceğini anlatma
9.	Acele etmeden, dikkatli bir şekilde, BASİT açıklamalar yapma
10.	Anlayıp anlamadığını kontrol etme
11.	Anlamadığında tekrar açıklama
12.	Görsel-İşitsel yöntemleri kullanma: Yöntemleri gösterme Mevcut basılı materyali kullanma Posterleri gösterme
13.	NE TÜR YÖNTEM SEÇECEĞİNE YARDIMCI OLMA: Başvuranın gereksinimleri ve tercihlerine uyacak bir AP yöntemine karar vermesine yardımcı olma
14.	Yöntemin güvenilirliği ile ilgili bilgi verme
15.	Kararı kesinleştirme
16.	Başvurayı düşüncelerini tartışması ve sorular sorması için destekleme
17.	Başvuran, başka bir konuyu tartışmak isterse, o konu ile de ilgilenme
18.	Başvuranın gereksinimlerini, endişelerini, korkularını anlama ve gidermeye çalışma
19.	Başvuranın gereksinimleri doğrultusunda karar vermesine yardımcı olma: Bir AP yöntemine karar verecekse, yöntem seçmesine yardımcı olma Seçilen yöntem hemen sunulabiliyorsa, seçilen yönteme özel danışmanlık basamaklarına geçme Seçilen yöntem hemen sunulamıyorsa, uygun bir merkeze yönlendirme Bir sorusu veya sorunu olduğunda sağlık kuruluşlarına başvurmaya teşvik etme
20.	Sonucun kaydedilmesi

Kaynak:

T.C. Sağlık Bakanlığı Aile Planlaması Hizmet Rehberi



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

AKSİLLER YOLLA VÜCUT SICAKLIĞI ÖLÇME BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Vücut sıcaklığını aksiller yolla ölçme becerisinin kazandırılması.

ARAÇLAR: Civalı termometre, pamuk, gazlı bez, dezenfektan solüsyonlu saklama kabı.

NO.	BASAMAKLAR
1.	İşlem açıklanarak hastanın onayı alınır
2.	Eller yıkanır
3.	Civalı termometre dezenfektan solüsyon içerisinde arka kısmından tutularak çıkarılır ve pamuk tamponla metal kısmından gövdesine kadar silinir
4.	Termometre göz düzleminde yatay pozisyonda silindir ucundan tutularak civalı sütun kısmının net olarak görülünceye kadar arka kısmından baş ve işaret parmağı ile tutularak parmaklar arasında hafifçe döndürülür
5.	Civa düzeyinin 35 ° C altında olup olmadığı kontrol edilir
6.	Civa düzeyi 35 ° C altında değilse, bu düzeyin altına indirilinceye kadar termometre baş ve işaret parmaklarıyla sıkıca tutularak, el bileğinden sıkıca aşağıya doğru sallanır
7.	Hastanın koltuk altı terliyse bir pamukla silinmesi sağlanır ve termometrenin metal kısmı giysilere temas ettirilmeden doğrudan deri ile temas edecek şekilde yerleştirilir ve sabitlenir
8.	Derecenin düşmemesi için hastanın ön koluna göğsü çaprazlayacak şekilde pozisyon verilir
9.	Üç dakika beklendikten sonra termometre alınır ve dezenfektanlı pamuk ile gövdeden metale doğru silinir
10.	Termometre göz düzleminde yatay olarak silindir cam ucundan tutularak civalı sütun kısmının net olarak görülünceye kadar arka kısmından baş ve işaret parmağı ile tutularak parmaklar arasında hafifçe döndürülür ve civa seviyesi okunur
11.	Civayı toplama haznesine döndürmek için tekrar termometre baş ve işaret parmaklarıyla sıkıca tutularak, el bilekten sıkıca aşağıya doğru sallanır
12.	Civa düzeyinin 35 ° C'nin altına indiği görüldükten sonra termometre 2/3'ü dezenfektan madde ile temas edecek tarzda saklama kabına yerleştirilir
13.	Sıcaklık değerinin ve hangi yolla alındığı kaydedilir
14.	Eller yıkanır



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ATEL - ALÇI UYGULAMASI

Yrd. Doç. Dr. Murat ERDOĞAN

AMAÇLAR: Alçı atel hazırlama ve uygulamayı öğrenmek, endikasyonlarını ve komplikasyonlarını öğrenmek

ARAÇLAR: Muayene masası, alçı atel, ılık su, pamuk, sargı bezi

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlemle ilgili bilgi verilir
2.	Alçı atel uygulanacak bölgeden elbiseler, saat, yüzük gibi takılar çıkarılır
3.	Alçı atel uygulanacak bölgenin bir altındaki ve bir üstündeki eklemleri içine alacak şekilde pamuk ile sarılır
4.	Alçı atel uygulanacak bölgenin boyutuna göre alçı atelin genişliği ve kalınlığı ayarlanır
5.	Hazırlanan atel ılık suda ıslatılır ve fazla su alçı atel sıvazlanarak akıtılır
6.	Hazırlanan alçı atel, pamukla sarılan ekstermite üzerine koyulur
7.	Uygulanan alçı atelin üzeri sargı bezi ile dolaşımı bozmayacak sıklıkta sarılır
8.	Alçı atel kuruyuncaya ve sertleşinceye kadar beklenir
9.	Alçı atel kuruduktan sonra ekstremitenin distalinde vasküler ve nörolojik muayenesini yapılır (distal nabızları tırnak yatağında kapiller dolaşım, renk değişikliği, parmak hareketleri, parmak yüzeysel duyu algısı, vs...)
10.	Hasta ve yakınlarına ekstremitenin vasküler dolaşımının kontrolü konusunda bilgi verilir (uç bölümdeki renk değişikliği, hareket kısıtlılığı, ağrı, vs,...)
11.	Karşılaşılabilecek herhangi bir problemde acil olarak hekim tarafından görülmesi gerektiği konusunda hastayı uyarılır

Kaynak:



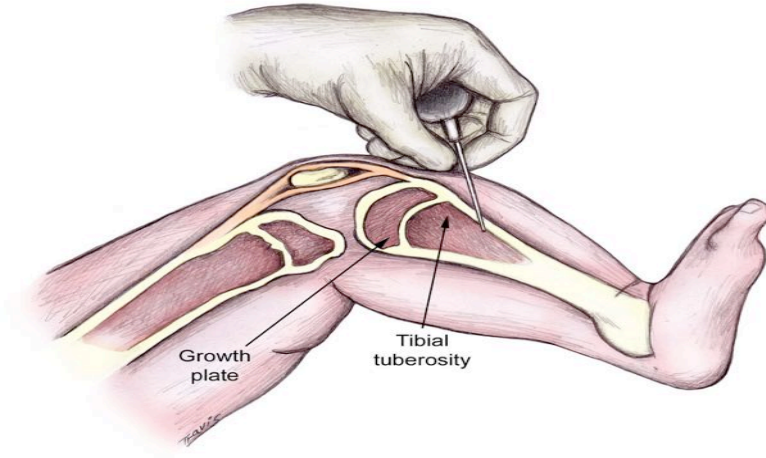
KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ALT EKSTREMİTE İNTRAOSSEÖZ GİRİŞİM BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Acil damar yolu girişi gerektiren ya da hızlı ve güvenli venöz giriş sağlanamadığı durumlarda, küçük bir eğitimle iv girişten daha hızlı giriş sağlamak.

ARAÇLAR: İntraosseöz iğne, sıvı hattı, girişim masası, steril gazlı bez, antiseptik çözelti, steril cerrahi eldiven, flaster, lokal anestezi enjektör.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi vererek hasta veya yakınından onay alınız.
2.	Hastayı girişim masasına yatırıp alt kısmının tamamen soyunmasını ve bacaklarını uzatmasını sağlayınız
3.	Tibianın ön ve arka kenarları arasındaki ve tüberositas tibianın 2 parmak altındaki sahayı belirleyerek işaretleyiniz
4.	Elinizi yıkayıp steril eldiveninizi giyiniz.
5.	Girişim yapılacak cilt bölgesinin dezenfektan ve steril gazlı bezle dezenfeksiyonunu sağlayınız
6.	Girişim yapılacak cilt bölgesini 1-2 cc lokal anestetik ile infiltre ediniz
7.	Intraosseöz iğneyi yerleştiriniz Bir el proksimal tibia dorsalinden destekler <ul style="list-style-type: none">İğne avuç içine alınıp vidalar gibi bastırılır.İğne ucu kaudal yönde (epifizi korumak için) olmalıdırDeri penetrasyonu güçse küçük bir insizyon da yapılabilirAni direnç kaybı oluncaya kadar ilerletilir.
8.	Aspirasyon yapınız ve sıvı hattını takınız Trokar çekilip kemik iliği aspire edilir. Kan gelmemesi yerinde olmadığını göstermez. Sıvı hattı bağlanır ve infüzyona başlanır. Çevre dokular ekstretravazasyon için gözlenir
9.	İğne destek olmadan dik duruyorsa doğru yerdedir ve flasterle tesbit ediniz
10.	Kullanılan malzemeleri uygun atık torbasına atınız.
11.	Eldivenlerinizi çıkarıp ellerinizi yıkayınız.



Kaynak:

1. Güzel A. Çocuk Acil Ünitelerinde Girişimsel İşlemler. Çocuk Acil Tıp (Kapsamlı ve Kolay Yaklaşım) Kitabı. Karaböcüoğlu M, Yılmaz HL, Duman M (Editörler). İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul. 1. Baskı. 2012;2579-2597.
2. Tobias JD, Ross AK (2010). "Intraosseous infusions: a review for the anesthesiologist with a focus on pediatric use". ANESTHESIA & ANALGESIA 110 (2): 391-401.
3. Hartholt KA, van Lieshout EM, Thies WC, Patka P, Schipper IB (2010). "Intraosseous devices: a randomized controlled trial comparing three intraosseous devices". Prehosp Emerg Care 14 (1): 6-13
4. Bloch SA, Bloch AJ, Silva P. Adult intraosseous use in academic emergency departments and simulated comparisons of emergency vascular access techniques. Annals of Emergency Medicine 2010;56(3):S152
5. Sarkar D, Philbeck T. The use of multiple intraosseous catheters in combat casualty resuscitation. Mil Med 2009;174:106-8.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

AMPULDEN ENJEKTÖRE MADDE ÇEKME BECERİSİ

Doç. Dr. Sırrı BİLGE

AMAÇLAR: Bu eğitimin sonunda katılımcı, ampul veya flakondan enjektöre madde çekebilme becerisi kazanacaktır

ARAÇLAR: Ampul, flakon, enjektör, gazlı bez, tedavi tepsi

NO.	BASAMAKLAR
1.	Eller sabunla yıkanır, genle kullanım eldiveni giyilir
2.	Enjektör paketi kağıt ve şeffaf parçanın yapıştırılmasından oluşur. Enjektörün piston kısmına gelen bölümde, bu iki tabakanın yapışık olmadığı kısımdan, her iki elin işaret ve başparmakları ile tutularak, enjektör paketi açılır
3.	İğne ucu kapağı çıkarılmadan enjektöre monte edilir, tedavi tepsinde bırakılır
4.	Ampul dik tutularak ince olan uç kısmında birikmiş olan sıvı veya toz, 2 veya 3. parmak ile vurulan hafif fiskeler ile gövde kısmına indirilir
5.	Ampul gazlı bez ile sarılarak pasif elin içine alınır
6.	Aktif elin baş parmağı ile ampulün boyun kısmı, üzerindeki işaretten geriye doğru bastırılarak kırılır
7.	Boyun kısmı kırılmış olan ampul dik konumda tedavi tepsinde devrilmeyecek şekilde yerleştirilir
8.	Sol el ile enjektör iğnesinin kapağı çıkarılarak, iğnesi hazır enjektör aktif ele alınır
9.	Pasif elin 2-3. sarmaklar arasına sıkıştırılarak dik halde tutulur
10.	Aktif el ile tutulan enjektör iğnesi ampulün içine daldırılır
11.	Ampulu tutan elin 1 ve 3. parmakları ile enjektör gövdesi tutulur. Aktif el ile enjektörün pistonu çekilerek ampul içerisindeki sıvı enjektör haznesi doldurulur
12.	Enjektör iğnesinin kapağı dikkatlice kapatılır
13.	Boş ampul tıbbi atık kutusuna atılır

FLAKONDAN ENJEKTÖRE MADDE ÇEKME BECERİSİ

NO.	BASAMAKLAR
1.	Eller sabunla yıkanır, genle kullanım eldiveni giyilir
2.	Flakonun sterilite sağlayan kapağı çentikli kısmından tutularak açılır Eğer flakonun kapağı önceden açılmışsa, iyotlu dezenfektan dökülmüş gazlı bez ile flakonun ağzı silinir
3.	Enjektöre çekilmiş sıvı ağıza çıkan lastik tıpa bölümünden iğne sokularak flakonun içine enjekte edilir

Kaynak:



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

APSEDEN KÜLTÜR ALMA VE BOŞALTMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Apseden steril örnek alma ve içeriğinin boşaltılması.

ARAÇLAR: Steril girişim seti, böbrek küvet, batikon, steril eldiven, steril tampon, steril kültür tüpü, enjektör.

NO.	BASAMAKLAR
Apseden Kültür Alma	
1.	Hastanın onamının alınması ve ellerin yıkanması.
2.	Apsenin kıvamının, dominant elin 2. ve 3. parmağının pulparları ile şişlik gösteren bölgenin nazikçe palpasyonu ile anlaşılması.
3.	Yumuşak bölge var ise saptanıp giriş noktası olarak belirlenmesi.
4.	Steril pansuman setinin açılması ve gerekli enjektörün set içine açılması.
5.	Steril eldivenlerin giyilmesi.
6.	Penset ile tutulan steril tamponun batikona batırılması.
7.	Örnek alınacak bölgenin merkezden başlayarak iki kez dairesel şekilde boyanması.
8.	Ortası delik yeşil örtünün apse görülecek şekilde yerleştirilmesi.
9.	Hazırlanan enjektörle apseye uygun açıdan girilerek örnek alınması.
10.	Alınan örneğin steril kültür tüpüne ve anerob taşıyıcı tüpü aktarılması.
Apsenin İçeriğinin Boşaltılması	
11.	Bisturi ile yaklaşık 5 mm uzunluğunda açıklık yapacak tarzda insizyon oluşturulması.
12.	Şişliğin üzerine tampon yerleştirilip insizyon yerine doğru nazikçe sıvazlanıp içeriğinin boşalmasını sağlanması.
13.	Yara yerinin penset ile tutulan antiseptikli steril tamponla temizlenmesi.
14.	Yara yerinin steril tamponla kapatılması.

Kaynak:

Mesleksel Beceri Ders Notları Cilt 1, Editör; Yalçın BM., Yrd. Editör: Artıran FA., Nobel Tıp Kitapevi Yayınları, İstanbul, 2012



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ARKA-ÖN GÖĞÜS GRAFİSİ DEĞERLENDİRME BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Veysel POLAT

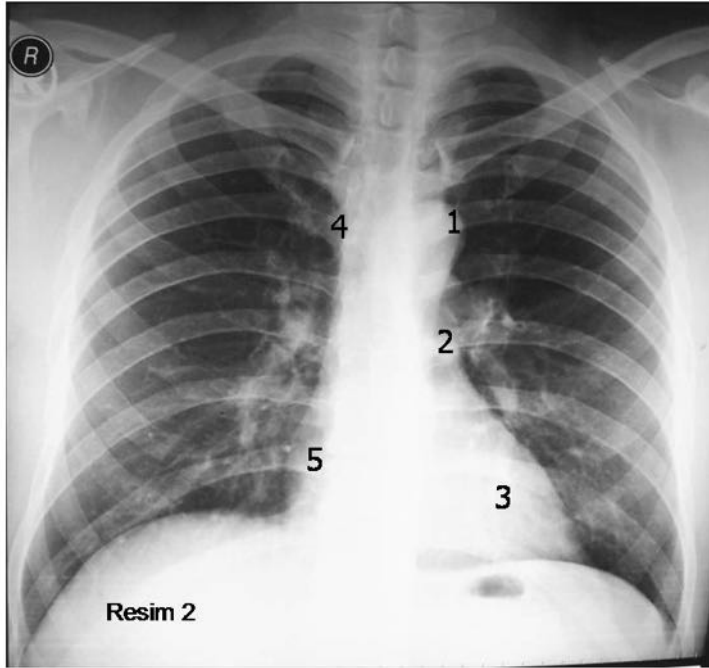
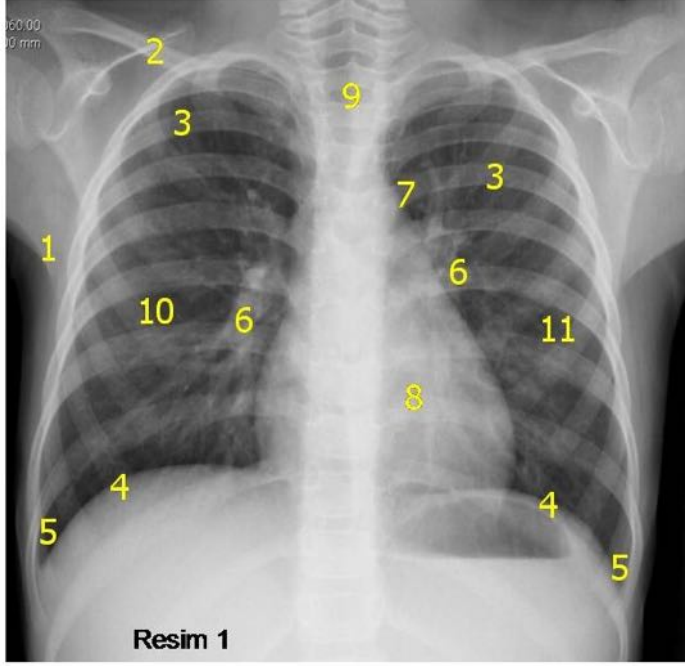
AMAÇLAR: Arka-ön göğüs grafisini tanıyabilmek ve değerlendirebilmek

AÇIKLAMALAR: Arka-ön göğüs radyografisi en sık istenilen radyolojik incelemelerden birisidir. Akciğerler, kalp ve büyük damarlar ile göğüs duvarını oluşturan kemikler ve kısmen yumuşak dokular hakkında bilgiler verir. Grafi değerlendirilirken, grafiye giren yapılar belirli bir sırada incelenir.

ARAÇLAR: Negatoskop veya değerlendirme ekranları, arka-ön göğüs grafileri

NO.	BASAMAKLAR
1.	Grafi negatoskoptan veya ekranlardan değerlendirilebilir
2.	Radyografi "R" harfi (sağ işareti) sağda veya L harfi (sol işareti) solda olacak şekilde negatoskopa/ekrana yerleştirilir
3.	Hastanın ismi, yaş ve cinsiyeti, klinik bilgileri istem kâğıdından kontrol edilir
4.	Radyografinin simetri, yeterli inspiyum yapılması, doz açısından kalitesi değerlendirilir. Klavikula uçlarının aynı seviyedeki vertebra spinöz proseslerine eşit uzaklıkta olup olmadığına bakılarak simetri kontrol edilir. Sağda diyaframın orta düzeyinin 5-6. ön kosta veya 9-10 arka kostonun altında olması inspiyumun yeterli olduğunu gösterir. Uygun dozda çekimde kalp üzerine gelen intervertebral disk mesafelerinin seçilmemesi veya belli-belirsiz olması gerekirken üst torakal düzeyde intervertebral diskler seçilebilmelidir.

NO.	BASAMAKLAR
5.	Aşağıdaki anatomik yapılar radyografi üzerinde gözlenir ve tanımlanır (Resim 1) 1. Aksiller kıvrım 2. Klavikula 3. Kostalar 4. Diyafragma 5. Kostadiafragmatik sinüsler 6. Pulmoner damarlar 7. Aort topuzu 8. Kalp 9. Trakea 10. Sağ akciğer 11. Sol akciğer
6.	Diafragmanın yüksekliği, normal bombeliği ve kostodiyafragmatik sinüslerin açık olup olmadığı gözlenir
7.	Her iki diafragma altı bölge incelenir, sol diafragma altında mevcutsa mide havası gözlemlenir
8.	Kalp ve büyük damarlara ait anatomik yapıları aşağıdaki sıraya göre değerlendirilir (Resim 2). 1. Aort topuzu 2. Pulmoner konus 3. Sol ventrikül 4. Vena kava superior 5. Sağ atrium
9.	Kardiyotorasik oran (kalp gölgesinin en geniş olduğu bölümün uzunluğu ile her iki akciğer gölgesinin en geniş olduğu bölümünün uzunluğu arasındaki oran -resim 2) hesaplanır
10.	Hiluslar tanınır, genişliği ve lokalizasyonu değerlendirilir
11.	Trakea ve karinanın orta hatta normal lokalizasyonda olduğu kontrol edilir Ana bronşlar görülmeye çalışılır, lokalizasyonu kontrol edilir
12.	Akciğer parankiminde; üst-orta- alt zonlar karşılaştırmalı olarak değerlendirilir
13.	Yukarıdan başlanarak ön ve arkadan tek tek bütün kostalar sayılır
14.	Grafi alanına giren vertebralar, sternum, klavikulalar, skapulapular değerlendirilir
15.	Yumuşak dokular değerlendirilir (axiller bölge, boyun, supraklavikuler bölge, meme gölgeleri)



Kaynak:

1. Gazi ÜTF Klinik Beceri Rehberi
2. Adnan Menderes ÜTF Klinik Beceri Rehberi



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ARTER KAN GAZI ALMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Arter kan örneğinin doğru olarak alınması.

ARAÇLAR: Steril cerrahi eldiven, 2–5 ml lik enjektör; radyal arter için eflatun (24 Gauge) veya siyah uclu iğne (22 Gauge), femoral arter için yeşil uclu iğne (21 Gauge), 1 flakon heparin, steril gazlı bez, antiseptik çözelti.

KATILIMCI:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastanın belirgin kanama bozukluğu sorunu olmadığından emin olunuz. Ağır trombositopeni ve kanama diyatezi olan hastada ponksiyon yerinden uzun süren kanamalar ve trombozlar olabileceği bilinmelidir.
2.	Arter kanı alınacak olan bölgede aktif infeksiyon, tromboz, selülit olmadığından emin olunuz.
3.	Hastanın kolunu, palmar yüzü önde olacak şekilde muayene masası üzerine uzatınız. Hastanın el başparmağını abduksiyon ve dorsifleksiyon pozisyonunda serbest şekilde tutmasını sağlayınız.
4.	A. radialis ve A. ulnariste nabız kontrolü yapınız. A. ulnaris nabzının alındığından emin olunuz.
5.	Allen testi ile kan dolmasını kontrol ediniz. Bunun için A. radialis ve A. ulnaris'e iki parmakla bastırıp hastadan birkaç kez parmaklarını açıp kapamasını isteyiniz. El solmaya baslar. A. ulnaristen parmak kaldırıldığında el kırmızılaşıyorsa, A. ulnaris'ten yeteri kadar kanlanma oluyor ve Allen testi pozitif demektir.
6.	Elinizi yıkayıp eldiveninizi giyiniz.
7.	Enjektörü açıp içine 1 ml heparin çekiniz veya heparinli enjektör kullanınız.
8.	İğneyi flakondan çıkarmadan, enjektörün iç yüzünün heparinle sıvanması için bir iki kez hafif bir çalkalama hareketi yapınız. Çektiğiniz heparini tekrar flakonun içine veriniz. Enjektörü çıkarıp ucuna kapağını takınız ve steril bir şekilde bekletiniz.
9.	Steril gazlı bezi açıp üzerine antiseptik çözeltiyi dökünüz.
10.	Ponksiyon yapacağınız bölgeyi antiseptikli gazlı bez ile yukardan aşağı tek yönde temizleyiniz.
11.	Radyal arteri elinizle bir kez daha palpe ediniz.
12.	Enjektörü, iğne açıklığı öne ve yukarı bakacak şekilde basparmak ve işaret parmağı arasında tutunuz.

NO.	BASAMAKLAR
13.	Pasif el ile el bileği cildini gererken, enjektörü 30 derecelik bir açđ ile distalden proksimale doğru sokunuz.
14.	Enjektörü damar trasesi üzerinden hafifçe ilerletiniz ve damarı gectiğinizi hissettiğinizde enjektörün içine kan gelip gelmediğini kontrol ediniz. Arter kanı basınçlı olduğundan enjektör ile iğnenin bağlantı noktasında pulsasyonu görebilirsiniz.
15.	Pulsasyonu gördüğünüzde enjektörün pistonunu hafifce geri çekerek kan örneklemesini tamamlayınız.
16.	Enjektörü ilerletmenize rağmen kan gelmezse enjektörü çıkarıp atınız. Yeni bir enjektör acıp heparinleyerek, 11 nolu basamaktan itibaren tekrarlayınız.
17.	Kan aldığınız bölgede, hemostaz sorunu olmayan bir hastada 5 dk, hemostaz problemi olabilecek bir hastada ise 10 dk. kuru bir gazlı bez ile kompresyon uygulayınız.
18.	Ponksiyon yerinde kanama olmadığını kontrol ediniz.
19.	Kan alındıktan sonra vakit geçirmeden enjektör içindeki havayı çıkartınız.
20.	Enjektörün içine hava girmesini engellemek için iğnenin ucunu bir kalıp sabun içine batırıp çıkarınız.
21.	Alınan kan örneğini laboratuara en kısa sürede (en geç yarım saat içinde) gönderiniz. Eğer bu sürede gönderemiyorsanız buz kabı içinde saklayınız.

Kaynak:

1. Clinical skills for OSCEs second edition, Neel L Burton, Kuldip Birdi, (2006) p:24-25
2. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, öğrenim rehberleri (2009) 63



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ARTERİYEL KAN BASINCI ÖLÇME BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Serkan YÜKSEL

AMAÇLAR: Brakiyal arterden uygun kan basıncı ölçme becerisinin kazandırılması.

ARAÇLAR: Sfigmomanometre (tansiyon aleti), steteskop.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verilir, ölçümden 30 dakika öncesine kadar sigara ve kafeinli içecekler içmemesi söylenir
2.	Eller yıkanır
3.	Hasta sessiz ve uygun sıcaklıktaki bir odada en az 5 dakika dinlendirilir
4.	Hastaya ölçüm yapılması istenen pozisyon verilir (oturur, yatarak ya da ayakta)
5.	Hastanın kolu çıplak bırakılır, kolu sıkı giysi varsa çıkarılır
6.	Tansiyon aletinin manşonunun içindeki havanın tamamen boşalmış olduğundan emin olunur
7.	Hastanın vücut yapısına uygun genişlikte (kol çevresinin en az %40'ı) ve uzunlukta (kol çevresinin en az %80'i) bir manşon kolun üst bölgesine antekübital boşluğun 2,5-3 cm proksimalinden sarılır
8.	Tansiyon aletinin manometre ibresi sıfır konumuna getirilir
9.	Basınç valfi kapatılır
10.	Brakiyal arter antekübital fossada biceps kası tendonunun medialinde palpe edilir
11.	Musculus flexor carpi radialisin lateralinde radyal arter palpe edilir. Manşon, pompa sıkılarak şişirmeye başlanır, radyal arter nabızı kaybolduktan sonra 20-30 mmHg daha şişirilir
12.	Steteskopun kulaklığı kulağa takılır, çan kısmı ise brakial arter nabzının alındığı bölge üzerine yerleştirilir
13.	Brakiyal arter dinlenirken basınç vidası dominant elin baş ve işaret parmakları ile kontrollü bir şekilde manşon basıncı saniyede 2-3 mmHg hızda boşalacak şekilde gevşetilir.
14.	Nabız seslerinin (Korotkoff sesleri) ilk duyulduğu andaki basınç düzeyi (Sistolik Kan Basıncı) belirlenir
15.	Nabız seslerinin (Korotkoff sesleri) kaybolduğu andaki basınç seviyesi (Diyastolik Kan Basıncı) belirlenir

NO.	BASAMAKLAR
16.	Ölçüm tamamlanınca manşondaki hava boşaltılıp sfigmomanometre ve steteskop çıkarılır
17.	Aynı işlem diğer kolda tekrarlanır
18.	Ölçümler kaydedilir

Kaynak:

1. Cardiovascular System In Bates' Guide to Physical Examination and History Taking Ed's Bickley LS, Szilagyi PC. 10th edition, 2009



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

BATIN FİZİK MUAYENE BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Kağan KARABULUT
Doç. Dr. İlhan KARABIÇAK
Prof. Dr. Cafer POLAT

AMAÇLAR: Batın fizik muayenesi yapabilmek.

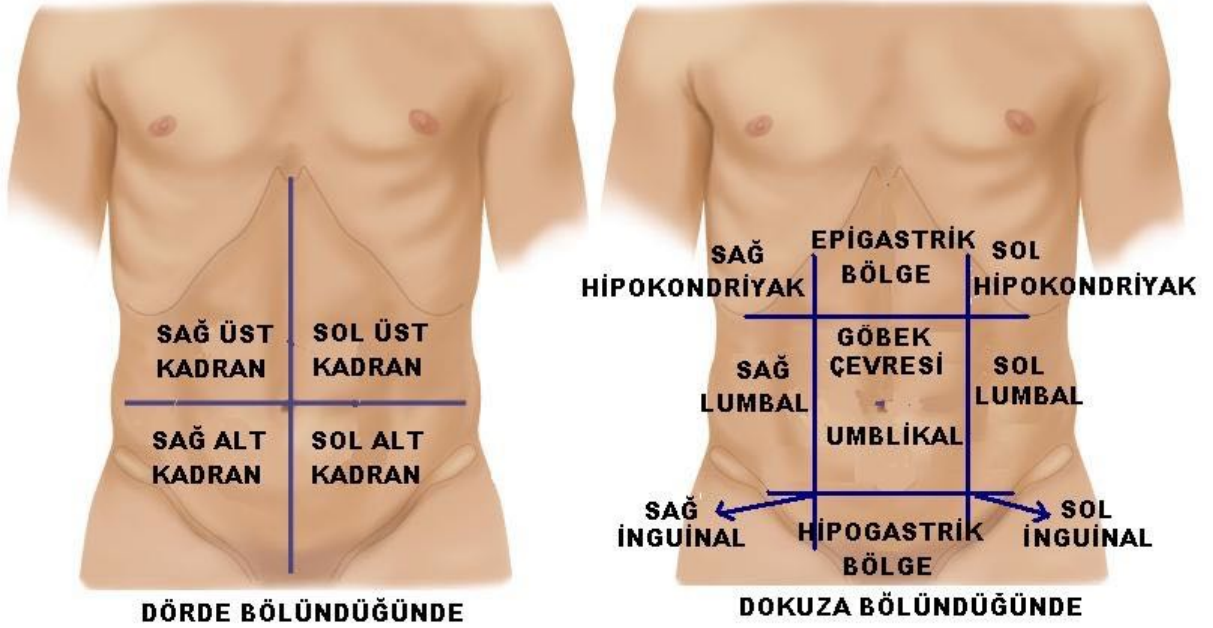
ARAÇLAR: Steteskop, hasta önlüğü.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak muayene konusunda bilgi verilir
2.	Hastadan belden yukarı kıyafetlerini çıkarması ve hasta önlüğünü giymesi istenir
3.	Hastanın sağına geçilir
4.	Hastanın karnının 4 veya 9 bölgeye ayrılarak inspekte edilir (<i>Bknz. Resim 1</i>)
5.	Steteskopun diafram bölümü ile her bir kadranda barsak sesleri birer dakika süreyle dinlenir, dakikada 3-5 barsak peristaltizm sesi normal kabul edilir.
6.	Ksifoid kemikten başlanarak tüm karın ışınsal olarak perküte edilir (<i>Bknz. Perküsyon Yapılması Becerisi</i>)
7.	Karaciğerin perküsyonu: Göğsün ön kısmından, sağ midklaviküler hat üzerinden, ikinci interkostal aralıktan başlayarak karaciğerin üst ucundaki matiteyi belirleyene kadar, yukarıdan aşağıya doğru perküsyon yapılır
8.	Sağ midklaviküler hat üzerinde inguinal bölgeden başlayarak karaciğerin alt ucundaki matiteyi belirlenene kadar karın yukarı doğru perküte edilir
9.	Matitenin başladığı alt ve üst sınırlar arasında karaciğerin büyüklüğü ölçülür (Erişkinde 6 – 12 cm)

NO.	BASAMAKLAR
10.	Dalağın Perküsyonu: Sol ön aksiler çizgi ile 6. interkostal aralığın kesişim yeri perküte edilir, burada normalde timpanik ses duyulur (Traube alanı: Sol kosta kenarı, üstte altınca kaburga, yanda sol mid-aksiller çizginin kesiştiği alan)
11.	Hastanın derin nefes alması istenir ve aynı alan tekrar perküte edilir (Bu alandaki matite dalak büyümesinin (splenomegali) belirtisidir)
12.	Batın Palpasyonu: Sol alt kadrandan başlamak üzere sırayla sol üst kadranda, sağ üst kadranda ve sağ alt kadranda önce yüzeysel, sonra derin olarak palpe edilerek karında hassasiyet, musküler defans veya ele gelen kitle varlığına bakılır
13.	Karaciğerin Palpasyonu: Karın sağ inguinal bölgeden başlayarak yukarıya sağ kosta kenarına kadar parmak uçları sol aksillaya bakacak şekilde palpe edilir
14.	Hastanın derin nefes alması istenir
15.	Karaciğer alt kenarının parmakların ucuna değdiği hissedilmeye çalışılır, ya da hasta soluk verirken alt kenarın elin altından kaydığı hissedilmeye çalışılır İşlem sırasında varsa bölgedeki hassasiyet değerlendirilir (Normal karaciğer hassas değildir)
16.	Dalağın Palpasyonu: Karın sol inguinal bölgeden başlayarak yukarıya sol kosta kenarına kadar palpe edilir
17.	Hastanın derin nefes almasının istenir
18.	Dalak kenarının parmakların ucuna teması hissedilmeye çalışılır, ya da hasta soluk verirken dalak kenarının elin altından kayması hissedilir. Eğer dalak palpe edilemedi ise, hastadan derin bir inspiriyum yapması istenir, bu esnada sağ elle arkus kostariumun altından yukarı içe parmaklar bastırılarak dalak palpe edilmeye çalışılır (Pek çok kişide dalak palpe edilemez).
19.	Sağ böbreğin palpasyonu: Hasta yatarken sol el hastanın beline, 12. kosta hemen altına ve ona paralel olarak, parmak uçları kostovertebral açıya ancak yetişecek şekilde konulur
20.	Sağ el sağ üst kadranda rektus kasının laterale paralel olarak konulur
21.	Sol elle böbrek yukarı kaldırılmaya çalışılır
22.	Hastanın derin bir nefes alması istenir, derin inspiriyum sırasında sağ elle bastırılarak böbrek her iki elle kavranmaya çalışılır
23.	Böbreğin kıvamı, şekli, boyutları, hassasiyeti değerlendirilir (Genellikle normal böbrek palpe edilmez)

NO.	BASAMAKLAR
24.	Sol böbreğin palpasyonu: Hasta sağ tarafına çevrilir, sağ el alttan destek, sol el üstten palpasyon için kullanılarak, sağ böbrek muayenesinde belirtilen adımlar tekrarlanır
25.	İnguinal herni muayenesi yapılması (Bknz. İnguinal Herni Muayenesi Becerisi)
26.	Rektal tuşe için izin alınması ve yapılması (Bknz. Hastaya Rektal Tuşe Muayenesini Açıklama ve Hastanın Onayını Alma ve Hastaya Rektal Tuşe Muayenesinin Yapılması Becerisi)
27.	Hastaya giyinmesinin söylenmesi.

KARNIN ANATOMİK BÖLÜMLERE AYRILMASI



Resim 1

Kaynak:

1. Lynn S. Bickley M., Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 10th Edition [Hardcover] Lippincott Williams & Wilkins; Tenth, North American Edition edition (December 11, 2008)
2. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleksel Beceri ve Klinik Uygulama Rehberleri
3. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Entegre Hekimlik Uygulamaları Ders Kurulu Klinik Beceri Rehberleri



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

BEBEK VÜCUT AĞIRLIĞI, BOY VE BAŞ ÇEVRESİ ÖLÇME BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Bebek vücut ağırlığı, boy ve baş çevresi ölçme becerisinin kazanılması.

ARAÇLAR: Elektronik bebek terazisi, boy ölçme cetveli, mezura, kağıt havlu, kağıt, kalem, muayene masası.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Refakat eden kişiye işlem hakkında bilgi verilmesi.
2.	Ellerin yıkanması
3.	Terazinin kefesine yaklaşık bebeğin boyu uzunluğunda kağıt havlu yerleştirilmesi
4.	Terazinin açma düğmesine basarak kalibrasyon için bekleyiniz. Terazinin ekranında 0.0 işaretinin görülmesi.
5.	Bebeği tam çıplak olarak soyunmasının sağlanması
6.	Bebeği muayene masasına başı dominant olmayan el tarafına getirilecek şekilde sırtüstü yatırılması
7.	Bebeğin kavranması ve kaldırılması <ul style="list-style-type: none">· Dominant kol fleksiyona getirilir.· Kendi gövdesine doğru döndürülür.· Sırtı desteklenir.· Bebek kol ve gövde arasında kalacak şekilde yerleştirilir.· Dominant olmayan elle bebeğin ensesi ve başı desteklenir· Bebek kavranır ve kaldırılır
TARTI İŞLEMİ İÇİN DİĞER BASAMAKLAR	
8.	Bebeğin terazinin kefesine önce dominant el ve sonra da diğeri serbestleşecek şekilde yavaşça bırakılması
9.	Bebeğin ağırlığının kaydedilmesi (Örn:7000 g)
10.	Bebeğin aynı şekilde kaldırılarak refakat eden kişiye verilmesi

NO.	BASAMAKLAR
BOY ÖLÇÜMÜ İÇİN DİĞER BASAMAKLAR	
11.	Boy ölçme cetvelinin hareketli ucunun arasına bebeğin sıgacağından yaklaşık bir karış kadar fazlasının ayarlanması
12.	Cetvelin bebekle ölçen kişi arasına sert ucu bebeğin baş tarafında olacak ve her iki ucun da ölçen kişinin baktığı yöne bakacak şekilde yerleştirilmesi
13.	Sabit uç bebeğin baş tarafında bebeğin yüzü yukarı bakarken sıfıra hizalanması
14.	Dominant olmayan elle bebeğin dizlerine hafifçe bastırıp zemine teması sağlanırken dominant elle hareketli uç kaydırılarak bebeğin ayak tabanına temas ettirilmesi
15.	Değişken ucun dayandığı son sayı ve ondalık hanenin okunması (Örneğin 52,5 cm)
16.	Bebeğin boyunun kaydedilmesi
17.	Bebeğin aynı şekilde kaldırılarak refakat eden kişiye verilmesi
BAŞ ÇEVRESİ ÖLÇÜMÜ İÇİN DİĞER BASAMAKLAR	
18.	Ölçüm için kullanılacak olan mezuranın kontrol edilmesi
19.	Dominant olmayan elle bebeğin oksipital kemiğinin en çıkıntılı noktasının (Protuberensia occipitalis externa: POE) bulunması
20.	Dominant olmayan elle bebeğin oksipital kemiğinin en çıkıntılı noktasının (Protuberensia occipitalis externa: POE) bulunması
21.	Mezuranın kıvrım yapmayacak şekilde aynı düzlemde kaydırılarak, POE, kulakların üstü, kaşların üzeri ve glabellanın oluşturduğu düzlemde geçecek şekilde yerleştirilmesi
22.	Mezuranın "0" ucu diğer ucuyla birleştirilerek sayının ve ondalık hanesinin okunması
23.	Baş çevresi ölçümün kaydedilmesi
24.	Bebeğin aynı şekilde kaldırılarak refakat eden kişiye verilmesi

Kaynak:

Propedötik Çocuk Hastalıklarında Fizik Muayene ve Ayırıcı, Tanı Mehmet Sadık Demirsoy, Çizgi Tıp Yayınevi, 2004



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

1-8 YAŞ ÇOCUKLARDA TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Bu eğitim sonunda katılımcı, dolaşımı ve solunumu olmayan 1-8 yaş çocuk hastaya tek kurtarıcı ile temel yaşam desteği uygulama becerisi kazanacaktır.

ARAÇLAR: 1-8 yaş çocuk maketi.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Çevre, hasta ve kendi güvenliğinizi kontrol ediniz.
2.	Hastanın servikal yaralanma ihtimalini düşünerek, çok sarsmadan sert bir zemine sırt üstü yatmasını sağlayınız.
3.	Hastada bilinç durumunu değerlendiriniz: Servikal travma olasılığını düşünerek hastanın her iki omzuna elinizi koyarak hafifçe sarsınız ve “Nasılsınız? İyi misiniz?” sorularını yüksek sesle hastaya sorunuz, bu şekilde hastanın bilinç durumunu kontrol ediniz.
4.	Hasta yanıtız, solunumu yok veya iç çekme şeklinde soluyorsa Acil Tıp Sistemini (112 Acil) aktive ediniz.
5.	112 görevlisine olayla ilgili; <ul style="list-style-type: none">· Acil durumun adresini (sokak, bina, oda numarası vb...)· Telefon görüşmesinin yapıldığı telefon numarasını· Olayın niteliğini (kalp krizi, felc, trafik kazası vb)· Yardıma ihtiyacı olan insan sayısını· Yaralının durumu ve hangi yardımın uygulandığını 112 merkez görevlisi telefonu kapatmadan siz kapatmayınız.
C- CIRCULATION: DOLAŞIMIN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLANMASI (CAB)	
6.	Nabız kontrolü: Nabız olup olmadığı en fazla 10 saniye içinde tanımlanmalıdır. Nabız kontrolü karotis, brakial ya da femoral arterden yapılır.
7.	Nabız varsa her 5-6 sn’de 1 soluk veriniz ve hastayı derlenme pozisyonuna alınız. Her 2 dk’da bir nabız kontrol ediniz. Nabız yoksa 30 göğüs kompresyonu-2 soluk döngüsüne başlayınız.

NO.	BASAMAKLAR
A- AIRWAY: HAVA YOLU AÇIKLIĞININ SAĞLANMASI (CAB)	
8.	Hava yolu açıklığı değerlendirilirken göğüs kompresyonlarını engellememesine dikkat ediniz.
9.	Hastanın ağzı içinde hava yolu tıkanıklığına neden olan yabancı cisim varsa 2. veya 5. parmağınıza bir sargı bezi veya kumaş parçası sarıp yabancı cisimi sıyırarak (süpürme hareketiyle) çıkarınız ve hastanın solunum yapıp yapmadığını kontrol ediniz. (Zaman kaybına neden olmamak için daha ilerdeki yabancı cisimleri çıkarmaya çalışmayınız).
10.	Travma olmayan hastalarda hava yolunu açmak için "baş geri çene yukarı (Head Tilt-Chin Lift)" manevrası uygulayınız (bilinci kapalı hastalarda hava yolunu tıkayan en sık neden dilin geriye kaçmasıdır). (Hastanın yanında durarak bir elinizi hastanın altına, diğer elinizi alt çenenin ön kısmındaki, kemik yapısına koyarak hastanın başını geriye, çeneyi yukarı doğru itiniz).
11.	Travma olan hastalarda hava yolunu açmak için "Çene itme (Jaw Thrust)" manevrası uygulayınız. (Hastanın baş kısmına geçiniz ve dizlerinizin üzerine çökünüz. Her iki elinizi alt çenenin köşelerine yerleştirerek çeneyi öne ve yukarı doğru itiniz. Verdiğiniz pozisyonu koruyarak solunum basamağına geçiniz).
B- BREATHING: SOLUNUMUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE SAĞLANMASI (CAB)	
12.	Solunum değerlendirilirken göğüs kompresyonlarını engellememesine dikkat ediniz.
13.	Hastanın solunumu yoksa alını üzerine konan elin 1. ve 2. parmaklarını kullanarak hastanın burun delikleri kapatılır; Hastanın çenesini öne-yukarı çekerek hastanın ağzının açılmasını sağlayınız, (mümkünse hava geçişine izin veren bir bez parçası hastanın ağızına kapatılır) derin bir nefes alınır ve hastaya verilir. İkinci yol olarak, hastanın alt çenesini bir elinizle alttan destekle kapatarak havayı hastanın burnundan 1 saniye üzerinde veriniz.
14.	Her bir soluk 1 sn üzerinde verilmelidir.
15.	Etkin bir solunum için göğüs kafesinin hareketlerini eşzamanlı izleyiniz.
16.	Kompresyon/Ventilasyon oranını 30/2 olacak şekilde ayarlayınız.
17.	Aşırı solunumdan kaçınınız.
18.	İleri hava yolu sağlandığında ise kompresyonlarla ilişkisiz 6-8 sn'de 1 soluk veriniz.
KARDİYOPULMONER RESUSİTASYON (KPR)	
19.	Hasta sert bir zemin üzerine sırt üstü düz yatar pozisyona alınır.
20.	Göğüs kompresyonu için göğüs kemiğinin (sternum) 1/3 alt kısmına bir elinizin el ayasını yerleştirip, diğer elinizi de onun tam üzerine koyunuz.

NO.	BASAMAKLAR
21.	Dirseklerinizi kırmadan dik tutunuz.
22.	Ağırlığınızı, tüm vücudunuz bir bütün olarak hareket edecek şekilde kollarınıza aktarınız.
23.	Sternumu 5 cm çöktürecek kadar hızlı, seri, ritmik basınç uygulayınız.
24.	Ellerinizin pozisyonunu bozmadan göğüs kafesinin gevşemesine izin veriniz.
25.	Göğüs kompresyonunu dakikada en az 100 olacak şekilde yapınız.
26.	Kompresyonlar arasındaki süreyi minimize (en aza) indirin.
27.	Kompresyon yapanları 2 dk'da bir değiştiriniz.
28.	Her turda 30 göğüs kompresyonu, 2 soluk verme şeklinde kardiyopulmoner resusitasyon uygulayınız.
29.	5 tur tamamlanınca hastayı tekrar değerlendiriniz
30.	Hastada yaşam bulgusu yoksa kardiyopulmoner resusitasyona devam ediniz. Yaşam bulguları varsa hastayı derlenme pozisyonuna alınız.
DERLENME	
31.	Dolaşımı ve solunumu olan ancak bilinç durumu iyi olmayan hastayı sırt üstü pozisyonda yatırınız.
32.	Hastanın sağ yanına geçiniz.
33.	Hastanın sol kolu boynunun önünden geçecek şekilde sol elini sağ yanağı altına yerleştiriniz. Sağ kolunu 90° yana açınız.
34.	Hastanın sol bacağı dizden kıvrınız.
35.	Sol elinizle hastanın omzundan, sağ elinizle kalçasından tutarak kendinize doğru çeviriniz
36.	Hastanın sol dirseği ve sol dizini yere temas ettiriniz.
37.	Hastanın hava yolunun acıklığını, solunumu ve dolaşımını kontrol ediniz.
38.	Hasta derlenme pozisyonunda 30 dakikadan fazla kalacaksa, önce sırt üstü hale getiriniz ve karşı taraf için aynı işlemi yapınız.
39.	Ambulans gelinceye kadar derlenme pozisyonunda bekleyiniz.
40.	Hastada solunum ve dolaşım bulguları yoksa tekrar sırt üstü yatırarak kardiyopulmoner resusitasyona başlayınız.

Kaynak:

1. Kleinman ME, Chameides L, Schexnayder SM, Samson RA, Hazinski MF, Atkins DL, Berg MD, de Caen AR, Fink EL, Freid EB, Hickey RW, Marino BS, Nadkarni VM, Proctor LT, Qureshi FA, Sartorelli K, Topjian A, van der Jagt EW, Zaritsky AL. Part 14: pediatric advanced life support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010 Nov 2;122(18 Suppl 3):S876-908.

2. Australian Resuscitation Council; New Zealand Resuscitation Council. Advanced life support for infants and children diagnosis and management. ARC and NZRC Guideline 2010. *Emerg Med Australas*. 2011 Aug;23(4):400-2. doi: 10.1111/j.1742-6723.2011.01442_2.x.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

BOĞAZ SÜRÜNTÜ ÖRNEĞİNİN ALINMASI

Yrd. Doç. Dr. Rifat KARLI

AMAÇLAR: Boğaz sürüntü örneği alabilmek

ARAÇLAR: Steril eküvyon, abeslang (dil basacağı), Stuart transport besiyeri, kalem

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlem konusunda bilgi verilir, onayın alınır
2.	Eller sabun veya herhangi bir dezenfektan ile yıkanır
3.	Kültür tüpü ve sürüntü çubuğunun bulunduğu paket steril bir şekilde açılır
4.	Dil basacağı paketinden çıkarılır
5.	Eküvyon çubuğu pamuklu ucu hiç bir yere temas etmeyecek şekilde çıkarılır
6.	Hastanın başını hafifçe ekstansiyona getirilir
7.	Hastanın ağzını açarak 'aaa' sesini çıkarması istenir
8.	Dilin 1/3'lük ön kısmına dil basacağı ile basılır
9.	Kültür tüpü masaya bırakılır, eküvyon çubuğu bir yere temas etmeden baş kısmından tutulur
10.	Eküvyon çubuğunun ucundaki pamuklu kısmı sağa sola rotasyon yaptırarak tonsiller, ön – arka tonsiller plika ve posterior farengeal duvar üzerine sürtülür
11.	Dil basacağı atılır ve eküvyon çubuğu bir yere temas ettirmeden sağ el baş ve işaret parmakları arasında tutulur
12.	Transport besiyeri tüpü sol elle tutulur, sağ el 4, 5. parmaklar ve avuç içinde sıkıştırılarak kapağı açılır

NO.	BASAMAKLAR
13.	Eküvyon çubuğu transport besi yeri içine konulur ve kapatılır (Eküvyonun pamuklu ucunun jelin içine girmesi gerekir)
14.	Tüp üzerindeki etiket doldurulur ve mümkün olan en kısa sürede laboratuvara gönderilir



Kaynak:

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Klinik Beceri Eğitimi Rehberi (2009)
2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Entegre Hekimlik Uygulamaları Ders Kurulu Klinik Beceriler Rehberi



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

BOYUN VE TİROİT BEZİ FİZİK MUAYENE UYGULAMA BECERİSİ

Prof. Dr. Hulusi ATMACA

AMAÇLAR: Boyun ve tiroit bezinin muayene becerisini kazanmak

ARAÇLAR: Steteskop

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi verilir ve onayı alınır
2.	Eller yıkanır
	İnspeksiyon
3.	Klavikula ve üstünün görülebileceği şekilde boynunun kıyafetlerinin açılması sağlanır
4.	Hasta oturtulur ve önüne geçilir
5.	Hasta tam karşıya bakarken boyun ön tarafı inspekte edilir
6.	Baş ekstansiyona getirilir, normal pozisyonda fark edilmeyen tiroit bezi ve oluşumları gözlenmeye çalışılır
7.	Guatr veya herhangi bir kitle fark edilirse, hastadan yutkunması istenir veya su yudumlaması sağlanır, bu sırada kitle hareketi izlenir (Yutkunma ile aşağı-yukarı hareket varsa kitlenin tiroide ait olduğu anlaşılır)
	Palpasyon
8.	Anterior veya posterior yaklaşımla yapılabilir
9.	Hasta oturtulur ve başı hafif öne eğilir [sternokleidomastoid (SCM) kasının gevşetilmesi sağlanır]
10.	Posterior yaklaşımda hastanın arkasına geçilir
11.	Sol el 2. ve 3. parmakla trakea tespit edilir
12.	Sağ el 2. ve 3. parmakla SCM kasının medialinden tiroit sağ lobu ve istmus palpe edilir

NO.	BASAMAKLAR
13.	Sağ el 2. ve 3. parmak sternal çentiğe konulur ve hasta yutkundurularak tiroit sağ lob alt polde nodül olup olmadığı değerlendirilir
14.	Aynı işlem sol lob için de tekrar edilir
15.	Guatr veya herhangi bir oluşum palpe edildiğinde hastadan yutkunması istenir veya su yudumlaması sağlanarak oluşumun hareketi palpe edilmeye çalışılır
16.	Tiroit bezinde diffüz büyüme saptanırsa, doku üzerinde palpasyonla trill ve stetoskopla dinleyerek üfürüm varlığı değerlendirilir
17.	İnspeksiyon ve palpasyon sonucunda tiroit bezi büyüklüğünün evrelemesi yapılır (Dünya Sağlık Örgütü sınıflaması Grade 0 : Tiroit görülmez ve ele gelmez Grade 1A : Yalnız palpasyonda Grade1B : Palpasyonda var, ekstansiyonda gözle görülür Grade 2 : Baş normal duruşunda troidin büyüdüğü görülür. Grade 3 : Karşıdan farkedilir Grade 4 : Herkesin dikkatini çekecek bir iriliktir)
18.	Boyunda lenfadenopati varlığı araştırılır
19.	Pemberton bulgusu Hasta başını ekstansiyona getirir, her iki elini başının üzerinde avuç içleri birbirine bakacak şekilde birleştirmeye çalışır, bu işlem esnasında solunum güçlüğü, yüzde kızarıklık gelişirse, Pemberton bulgusu pozitif kabul edilir.
20.	Hastaya bulgular hakkında bilgi verilir

Kaynak:

1. Abaoğlu-Aleksanyan, Semptomdan Teşhise, 10. Baskı, 2000, İstanbul



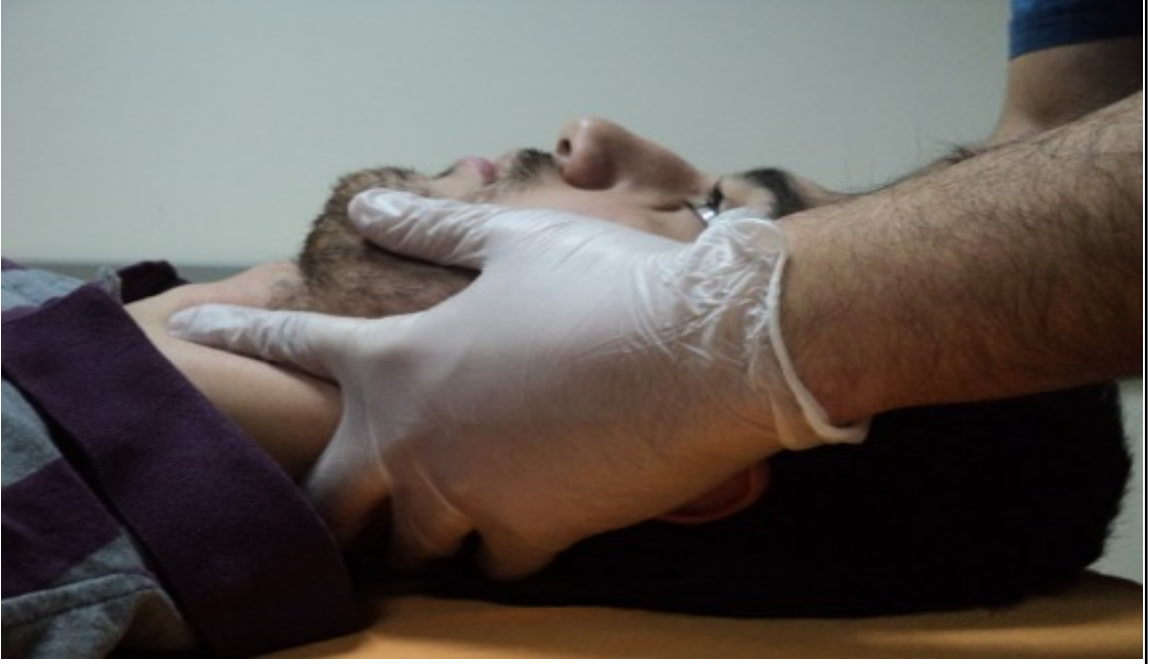
KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

BOYUNLUK TAKMA BECERİSİ

AMAÇLAR: Bir yaralıya boyunluk takma becerisinin edinilmesi

ARAÇLAR: Boyunluk (büyük, orta, küçük boy), eldiven, maket

NO.	BASAMAKLAR
1.	Çevre ve uygulayıcı güvenliği sağlanır.
2.	Eldiven giyilir.
3.	Hastanın mümkün olduğunca hareketsiz kalması sağlanır.
4.	Hastanın boynunun hareket ettirilmemesine özen gösterilir.
5.	<p>Hastanın başucuna geçilir. Her iki el başparmak mentumu, işaret parmağı sternal çentiği gösterecek şekilde, diğer parmaklar ile posteriordan desteklenerek baş ve boyun sabitlenir.</p> 
6.	<p>Uygun boyuttaki boyunluğun hazırlanması:</p> <p>0: Normal ölçüde kadınlar için 1: İnce ve uzun kadınlar için 2: Normal ölçüde erkekler için 3: Kısa ve toplu erkekler için 4: Uzun ve iri erkekler için</p>

NO.

BASAMAKLAR

Boyunluk açılır. Yardımcı hastanın boynunu düz tutarken, uygulayıcı boynu ve başı öne-arkaya hareket ettirmeden, boyun arkasına açık haldeki boyunluğu çene bölgesi önde olacak şekilde yerleştirir.

7.



Boyunluğu çene oyuntusunun çeneye oturmasına dikkat ederek yerleştirir.

8.



NO.	BASAMAKLAR
9.	Boyunluk çok gevşek ya da çok sıkı olmayacak şekilde sabitlenir.
10.	Boyunluğun altında kalan kulak memesi ve kepçesi çıkarılır.

Kaynak:

1. AHA 2010 Resüsitasyon Klavuzu
2. ERC 2010 Resüsitasyon Klavuzu
3. Lynn S. Bickley M. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 10th Edition [Hardcover] Lippincott Williams & Wilkins; Tenth, North American Edition edition (December 11, 2008)
4. Travma Resüsitasyon Kursu Eğitim Kitabı, Ulusal Travma ve Acil Cerrahi Derneği, 2003.



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

BURUN TAMPONU KOYMA BECERİSİ

Doç. Dr. Rifat KARLI

AMAÇLAR: Burun kanaması olan hastaya anterior tampon koyabilmek

ARAÇLAR: Işık kaynağı, alın aynası, burun spekulumu, aspiratör, bayonet, burun tamponu (merocel ve ekstrafor).

NO.	BASAMAKLAR
1.	Eller sabun veya herhangi bir dezenfektan ile yıkanıp kurulanır
2.	Hasta muayene koltuğuna oturtularak yapılacak işlem hakkında bilgi verilir ve onayı alınır
3.	Hastanın sağ tarafına geçilerek burun bölgesine varsa alın aynası, veya ışık kaynağı yardımıyla ışık düşürülür
4.	Öncelikle aktif kanamalı olan burun boşluğuna spekulum yerleştirilir, burun pasajı muayene edilir
5.	Burun pasajında pıhtı varsa aspiratör yardımıyla temizlenir, veya 10-20 cc'lik enjektöre musluk suyu çekilerek burun deliğine enjekte edilir ve burun pasajı yıkanır
6.	Pamuk sıkıştırılıp işaret parmağı kalınlığında, 7-8 cm uzunluğunda kılavuz tampon haline getirilir. Kılavuz tampon lokal anestezi ve vazokonstriktör içeren solüsyonla ıslatılır
7.	Pamuk klavuz tampon bayonet penset yardımıyla burun pasajı içerisine düz bir şekilde yerleştirilir (kanamanın hangi burun pasajından olduğu tespit edilemiyorsa her iki burun pasajına da klavuz tampon yerleştirilir)
8.	Bir süre sonra klavuz tamponlar çıkarılarak varsa hazır burun tamponu (merocel) direkt burun boşluğuna bayonet penset yardımıyla düz bir şekilde yerleştirilir, enjektör ile tampona su verilerek şişmesi sağlanır
9.	Hazır burun tamponu yok ise ekstrafor tamponlar burun tabanından başlanarak tüm nazal kaviteyi dolduracak şekilde akordiyon tarzında yerleştirilir
10.	Kullanılan aletler kirli küvetine konulur
11.	Işık kaynağı kapatılır

NO.	BASAMAKLAR
12	Hastaya muayene sonucu ve sonrasında yapılması gerekenler konusunda bilgi verilir

Kaynak:

1. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Klinik Beceri Eğitimi Rehberi (2009)



ÇOCUK İNGUİNAL VE GENİTAL BÖLGE MUAYENE BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Çocuklarda kasık bölgesi ve genitalyanın muayene ilkelerinin ve temel değerlendirmenin yapılmasını sağlamak.

ARAÇLAR: Muayene masası, non-steril eldiven.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi vererek hasta veya yakınından onay alınız.
2.	Hastayı girişim masasına yatırıp alt kısmının tamamen soyunmasının, bez veya çamaşırlarının çıkarılmasını sağlayınız.
3.	Elinizi yıkayıp non-steril eldiveninizi giyiniz.
4.	Hastanın sağına geçiniz.
5.	Şişlik olmayan taraftan başlayarak her iki kasığı sağ elin 2. 3. ve 4. parmakların pulparları ile yumuşakça bastırarak palpe ediniz.
6.	Hastayı öksürterek ya da hafif ağlatarak karın içi basıncının artırılmasını sağlayınız.
7.	Bu sırada parmakların altında şişlik varlığını hissediniz.
8.	Inguinal bölge üzerinde parmakları frontal planda infero-medalden supero-laterale doğru ileri geri gezdirerek alttaki dokunun kayıp kaymadığını hissediniz.
9.	Çocuk erkekse şişlik olmayan taraftan başlayarak her iki skrotumu sağ elin başparmak ve 2., 3., 4. parmaklar arasında palpe ediniz. Testisin varlığını ve yanında başka bir kitle olup olmadığını inceleyiniz.
10.	Bu sırada sol elin 2., 3., 4. Parmaklarının pulparları ile inguinal bölgeye bastırarak bir kitle olup olmadığını hissediniz.
11.	Penisin ve sünnet derisinin devamlılığını kontrol ediniz. Sünnetsizse, sünnet derisinin glansı 360 derece sardığını kontrol ediniz. Üretra measının yerini saptayınız. Sünnet derisini kesinlikle geriye çekmeyiniz.
12.	Kız çocuklarında vajinal açıklığın yeterli olduğunu kontrol ediniz.
13.	Labia minusları iki yana açarak klitoris görüp anormal büyüklükte olmadığını saptayınız.
14.	Eldivenlerinizi çıkartıp ellerinizi yıkayınız.



Kaynak:

Textbook of Pediatric Surgery: Grosfeld JL, O'Neill JA, Fonkalsrud EW, Coran AG (Eds):
6th Edition 2006 Mosby Inc



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ÇOCUK İSTİSMARI DÜŞÜNÜLEN ÇOCUĞA ACİL SERVİSTE YAKLAŞIM BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Acil serviste çocuk istismarı kuşkusu olan hasta ve yakınına doğru yaklaşımı sağlamak

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastanın muayenesi için uygun şartlar sağlanır (tek olarak muayene edilmesi vb)
2.	Hastaya ve/veya ebeveyne muayene ile ilgili aydınlatma yapılır ve onamları alınır
3.	Tüm giysileri ve çamaşırları çıkarılır. Hastanın tamamen çıplak olması sağlanır.
4.	Hastanın acil tıbbi müdahale gerekliliği açısından değerlendirilmesi yapılır
5.	Uygun ışık altında hasta baştan aşağı deri ve mukazalardaki sıyrık, ekimoz, dermabrazyon, yara, kesi, sigara izi v.b. lezyonlar açısından detaylı olarak incelenir.
6.	Hastanın adli olgu niteliğinde olması nedeniyle cumhuriyet savcılığına adli olgu bildirimini yapılır.
7.	Hastada tespit edilen patolojik belirti ve bulgular genel adli muayene formuna kayıt edilir. Vücutta tespit edilen lezyonlar muayene şemasında gösterilir.
8.	Hastada saptanan patolojiler ışığında gereksinim duyulan radyolojik, biyokimyasal, mikrobiyolojik vb tetkikler istenir ve sonuçlar muayene formuna kayıt edilir.
9.	Muayene bulguları ışığında gereksinim duyulan uzmanlık alanlarından konsültasyon istenir.
10.	Çocuk Ergen ve Ruh Sağlığı İle hastanın Değerlendirilmesinin Yapılması Sağlanır.
CİNSEL İSTİSMARLI OLGUDA DİĞER BASAMAKLAR	
11.	Yaşamı tehlikeye sokan durumların tespiti ve acil müdahalesi yapılır (kanama, iç organ yaralanması vb)
12.	Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Çocuk Cerrahisi bölümlerinden konsültasyon istenir.

NO.	BASAMAKLAR
13.	Cumhuriyet Savcılığı'nın resmi istemi ile, genital sistem muayenesi ile ilgili bulguların cinsel saldırı muayene formuna kayıt edilmesi ve savcılık makamına gönderilmesi işlemi gerçekleştirilir.
14.	Adli kanıt niteliğindeki materyalin tespiti (Çıkarılan giysiler, takılar, vücuttan elde edilen ateşli silah mermi çekirdeği, vücut sıvısı örnekleri vb) yapılır, materyalin özelliği belirtilir (adet, renk, desen ve olayı aydınlatabilecek niteliği) ve resmi yazılı tutanak ile adli makamlara iletilmesi sağlanır.

Kaynak:

1. Pekcan H. Çocuk Sağlığında Adli Tıp. Katkı Pediatri Dergisi. 2001;22(3);312-370.
2. Şahiner ÜM, Yurdakök K, Kavak US, Çetin İ. Tıbbi Açıdan Çocuk İstismarı. Katkı Pediatri Dergisi. 2001;22(3);276-285.



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

DIAPOZON TESTLERİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Diapozon testlerini yapma ve sonuçlarını yorumlama becerisinin öğrenilmesi.

Weber Testi: Kulak hastalığı olmayan veya her iki kulağında simetrik iletim tipi veya sensörinöral tip işitme kaybı varsa weber ortadadır.

Tek taraflı sensörinöral işitme kaybı veya total işitme kaybı olan hastalar sesi iyi işiten kulaklarında, tek taraflı iletim tipi işitme kaybı olanlar ise sesi patoloji olan kulaklarında duyarlar.

Rinne Testi: Rinne (+) olması hava yolu iletiminin kemik yolu iletiminden iyi olduğunu gösterir (normal işitme).

Rinne (-) olması hava yolu iletiminin kemik yolu iletiminden kötü olduğunu gösterir (iletim tipi işitme kaybı).

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi
2.	Uygun frekansta diapozon (512 Hz, 1024 Hz en sık kullanılan) sapından tutularak titreştirilir.
3.	Weber testi için titreşen diapozon kafatası üzerinde orta hatta (vertex, glabella, burun sırtı, dişler üzerinde) bir noktaya dip kısmından tutularak konur.
4.	Hastaya sesi nereden duyduğu sorulur. Eğer sesi yalnızca veya ağırlıklı olarak bir kulaktan duyuyorsa weber sağa/ weber sola olarak ifade edilir. Eğer hasta diapozon titreşim sesini ortadan kafasının her yerinden veya kafasının üstünden duyuyor ise weber ortada olarak ifade edilir.
5.	Rinne testi için titreşen diapozonun dip kısmı mastoid kemik apeksi üzerine yerleştirilir. Hastadan titreşim sesi duyulmaz olduğunda haber vermesi istenir. Daha sonra diapozon kulak kanalı önüne paralel bir şekilde tutulur. Eğer kulak önünde diapozon titreşim sesini hala duyuyorsa Rinne (+), duymuyorsa Rinne (-) olarak ifade edilir.

Kaynak:

Prof. Dr. İlker Tezel. Kulağın Fizik Muayenesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB AD.
<http://kbb.uludag.edu.tr>



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

DİKİŞ ALMA BECERİSİ

AMAÇLAR: Dikiş alma becerisinin kazanılması

ARAÇLAR: Penset, bistüri, antiseptik solüsyon, gazlı bez.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Eller sabunla yıkanır.
2.	Genel kullanım eldiveni giyilir.
3.	Varsa dikiş hattının üzerindeki pansuman açılır.
4.	Dikiş hattı, antiseptik solüsyon dökülmüş gazlı bez ile silinir.
5.	Alınacak dikiş, iplerinin herhangi birinin ucundan tutulup yukarı yönde çekilir.
6.	Dikiş halkasının deriye en yakın giriş noktasının altına bistürinin ucu sokularak yukarı yönde itilerek ip kesilir.
7.	Penset ile tutulmakta olan ipin ucundan çekilerek suture uzaklaştırılır.
8.	Tüm dikişlere aynı işlem tekrarlandıktan sonra onarım hattı antiseptik dökülmüş gazlı bezle tekrar silinir.
9.	Malzemeler toplanır.
10.	Tıbbi atıklar uygun çöp kutusuna atılır.
11.	Kullanılan bistüri kesici-delici alet kutusuna atılır.
12.	Eller yıkanır.

Kaynak:

Weitzul S, Taylor RS. Suturing technique and other closure materials. In:Robinson JK, Hanke CW, Sengelmann RD, Siegel DM., eds. Surgery of the Skin. Philadelphia: Elsevier. 2005: pp. 230–232.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

DİKİŞ ATMA BECERİSİ

AMAÇLAR: Dikiş atma becerisinin kazandırılması.

ARAÇLAR: Dikiş seti (portegü, penset, makas), steril eldiven, antiseptik solüsyon, enjektör, lokal anestezi, steril yeşil delikli örtü, sütür materyali, steril gazlı bez, flaster.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Eller sabunla yıkanır ve kurulanır.
2.	Kullanılacak malzemeler (dikiş seti, sarf malzeme,...) hazırlanır.
3.	Yapılacak işlem hakkında hastaya bilgi verilerek onamı alınır.
4.	İşlemi kolaylaştıracak şekilde hastaya pozisyon verilir.
5.	Dikiş seti katlarına uygun olarak açılıp dikiş materyali, enjektör ve gazlı bezler steril şekilde setin içine açılır.
6.	Steril eldiven giyilir.
7.	Yara kenarlarını dezenfekte etmek için bir klempin ucuna katlanmış gazlı bez tutturularak yardımcıdan üzerine antiseptik solüsyon dökmesi istenir.
8.	Yara kenarları içten dışa doğru genişleyen daireler şeklinde silinir (boyanır).
9.	Delikli steril yeşil örtü yara üzerine örtülür.
10.	Yardımcıdan anestezi maddenin kapağını açması ve tutması istenir.
11.	Enjektöre yeterli dozda lokal anestezi çekilerek yara çevresine subkütan olarak uygulanır.
12.	Portegü dominant ele alınır. Dikiş materyalinin iğnesi ön 2/3 - arka 1/3 birleşim noktasından, ucu mediale bakacak olacak şekilde portegünün uç kısmıyla tutulur.
13.	Penset diğer el ile kalem tutar gibi tutularak yara kenarı yakalanır.

NO.	BASAMAKLAR
14.	İğne yara kenarından maksimum 1 cm uzaklıktan deriye dik olarak batırılır. Eğriliğine uygun olarak döndürülüp ilerletilerek girilen noktanın tam karşısından ve girilen mesafeye eşit uzaklıkta olacak şekilde, derinin tüm katlarını geçerek karşı yara kenardan çıkılır.
15.	Penset ya da portegü ile iğne yakalanarak dışarı çekilir.
16.	Penset bırakılıp dikişin uzun ucu non dominant ele alınır.
17.	Portegü uzun ipin üzerine konulup portegü etrafında ip iki kez döndürülür.
18.	Portegünün ucu ile kısa ipin ucundan yakalanır.
19.	İpler karşılıklı çekilerek yara kenarlarının bir araya gelmesi sağlanır. Hemen ardından ipler bir tarafa getirilerek düğümün kendi üzerine sıkışması sağlanır.
20.	Portegü tekrar uzun ipin üzerine konulur ve ip bu sefer bir kez döndürülüp portegünün ucu ile kısa ip ucundan yakalanıp çekilerek düğüm sıkılır.
21.	İplerin ucu 1 cm kalacak şekilde makasla kesilir.
22.	Kullanılan dikiş ipliğinin kalınlığına uygun aralıklarla tüm kesi boyunca işlem tekrarlanarak yara dudakları kapatılır.
23.	İşlem sonunda dikiş hattının üzeri antiseptik solüsyonla silinir.
24.	Üzerine steril gazlı bez konulup flaster ile yapıştırılarak ya da sargı bezi ile sarılarak pansuman yapılır.
25.	Malzemeler toplanır.
26.	Tıbbi atıklar uygun çöp kutusuna atılır.
27.	Kullanılan dikiş iğnesi ve enjektör ucu kesici-delici alet kutusuna atılır.
28.	Eller yıkanır.

Kaynak:

Weitzul S, Taylor RS. Suturing technique and other closure materials. In:Robinson JK, Hanke CW, Sengelmann RD, Siegel DM., eds. Surgery of the Skin. Philadelphia: Elsevier. 2005: pp. 230–232.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

DİREKT KAFA GRAFİSİ DEĞERLENDİRME BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Veysel POLAT
Öğr. Gör. Dr. Kerim ASLAN

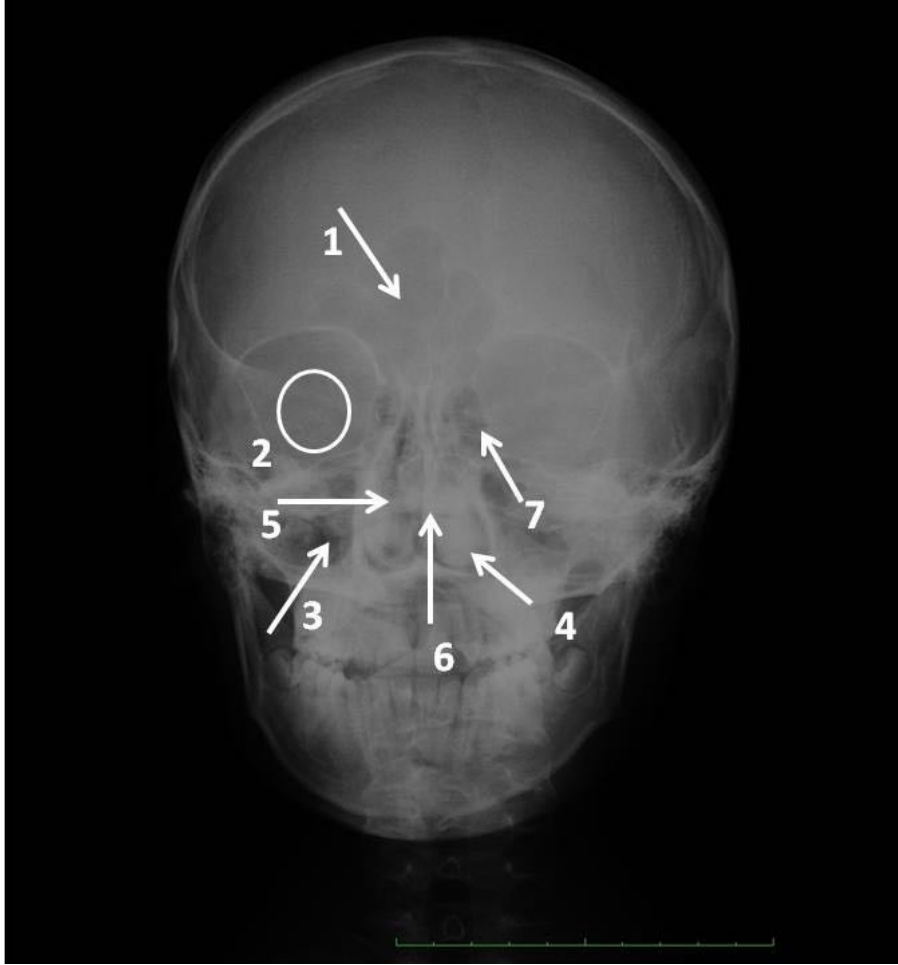
AMAÇLAR: Arka-ön ve yan direk kafa grafisini değerlendirebilmek

AÇIKLAMALAR: İleri radyolojik yöntemler mevcut olmasına rağmen direk kafa grafisi özellikle kafa travmalı hastalarda halen kullanılmaktadır. Kırık tespitinde, penetran kafa travmasında, yabancı cismin derinliğinin görüntülenmesinde faydalı olabilir. Bu uygulamada iki yönlü direkt kafa grafisinde izlenen başlıca anatomik yapıları tanıyacağız.

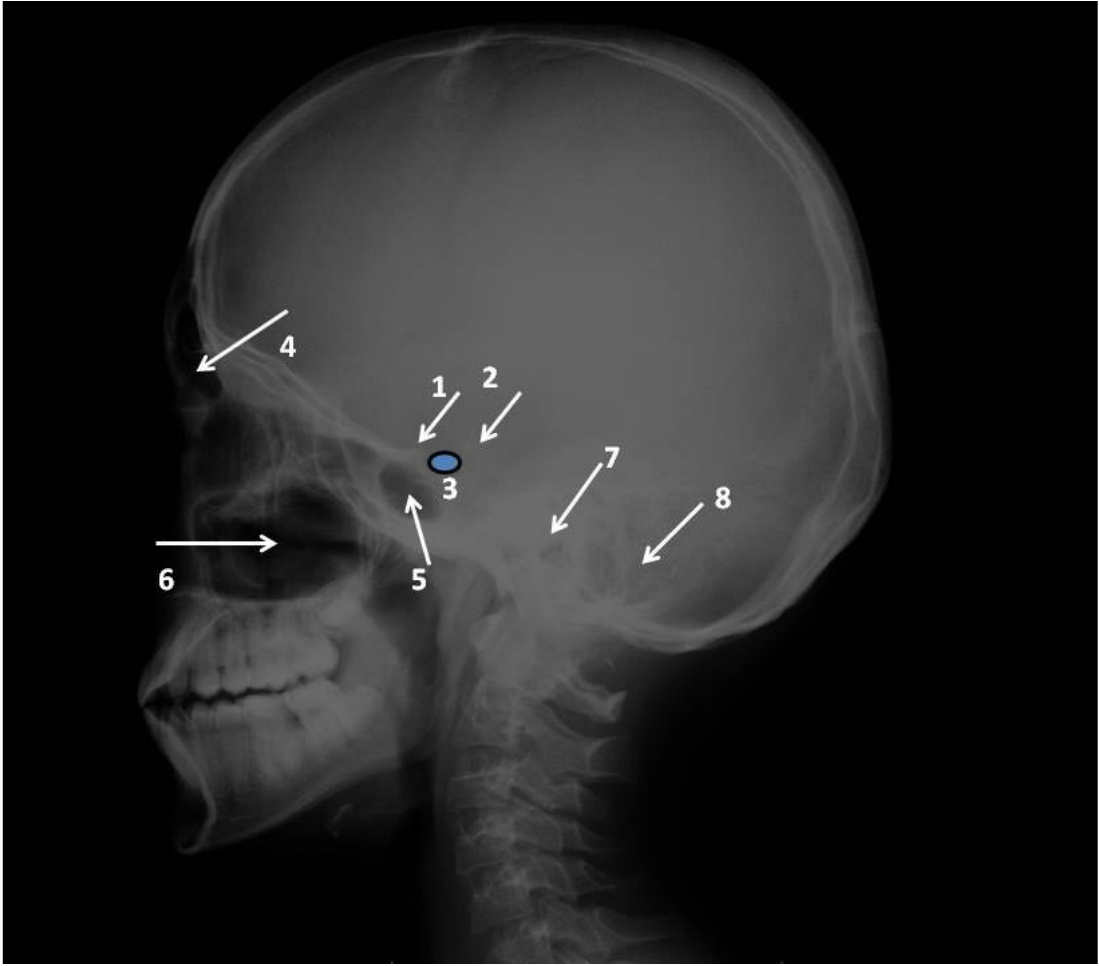
ARAÇLAR: Negatoskop veya değerlendirme ekranları, arka-ön ve yan direk kafa grafileri

NO.	BASAMAKLAR
1.	Grafi negatoskoptan veya ekranlardan değerlendirilebilir.
2.	Arka-ön radyografi "R" harfi (sağ işareti) sağda veya L harfi (sol işareti) solda olacak şekilde negatoskopa/ekrana yerleştirilir.
3.	Anatomik yapılar aşağıdaki sıraya göre gözlenir ve tanımlanır (arka-ön) <ul style="list-style-type: none">- 1. Frontal sinüsler- 2. Orbita- 3. Maksiller sinüs- 4. İnferiorkonka- 5. Orta konka- 6. Nazal septum- 7. Etmoid hava hücreleri
4.	Negatoskop veya ekrana yan kafa grafisi yerleştirilir
5.	Anatomik yapılar aşağıdaki sıraya göre gözlenir ve tanımlanır (yan) <ul style="list-style-type: none">- 1. Anteriorklinoidproçes- 2. Posteriklinoidproçes- 3. Pituitar fossa (SellaTursika)- 4. Frontal Sinüs- 5. Sfenoid sinüs- 6. Maksiller Sinüs- 7. Eksternal Akustik Meatus- 8. Mastoid Hava Hücreleri

NO.	BASAMAKLAR
6.	Kalvariumu oluşturan kemiklerin kontür ve dansiteleri kontrol edilir
7.	Seçilebiliyorsa koronal sütür, sagittal sütür, lambdoid sütür ve skuamoz sütürler seyirleri boyunca takip edilir. Kırıklarla karıştırmaması gerekir.
8.	Ekran kapatılır negatoskop söndürülür



Arka-n Kafa Grafisi



Yan Kafa Grafisi

Kaynak:



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

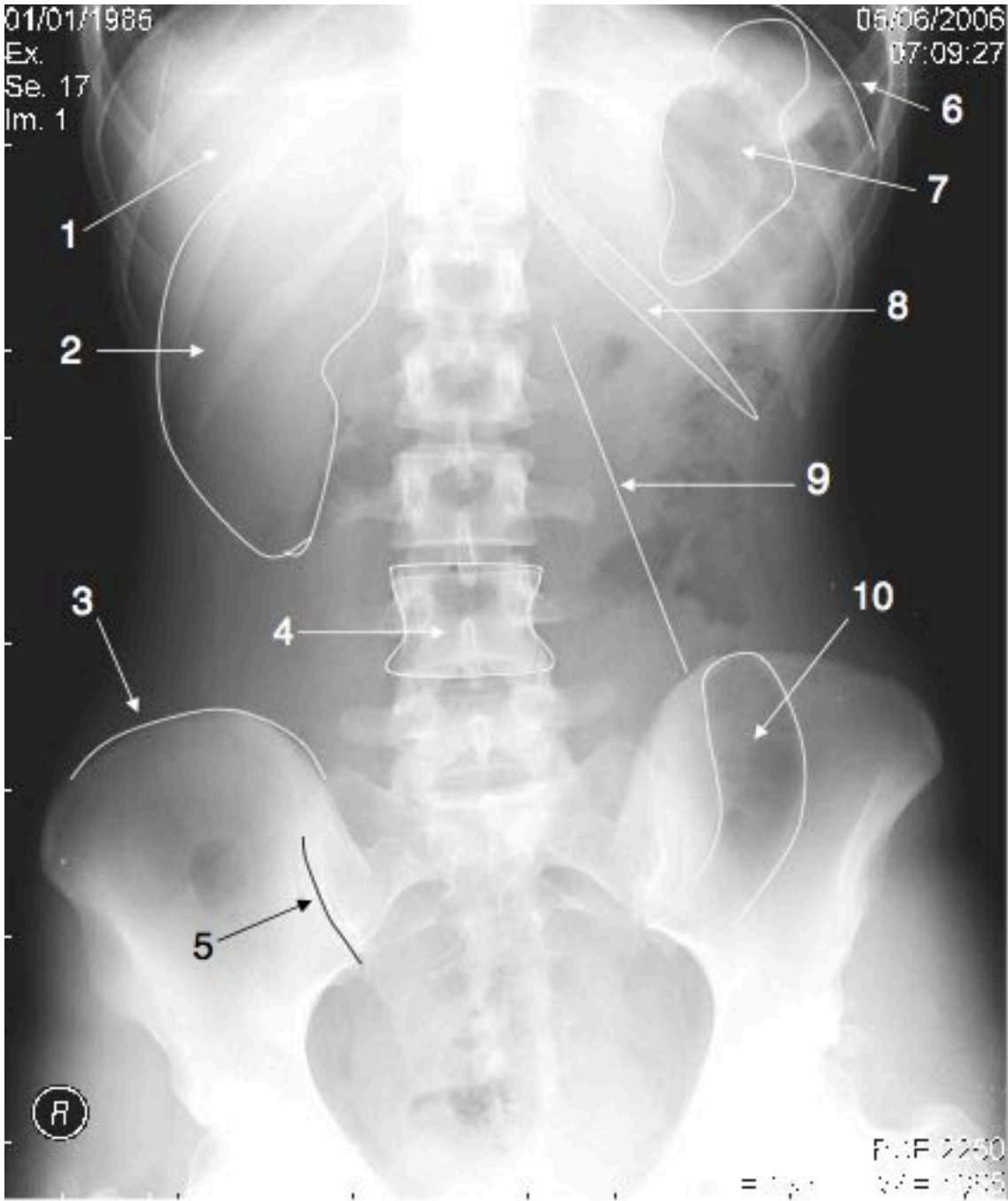
DİREKT ÜRİNER SİSTEM GRAFİSİNDEKİ ANATOMİK YAPILARI DEĞERLENDİRME BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Direkt üriner sistem grafisinde anatomik yapıların değerlendirilmesi.

Direkt üriner sistem grafisi (DÜSG) bir gece önceden müshil ilacı kullanılarak bağırsak temizliği sağlandıktan sonra yatar pozisyonda alınan bir radyografidir. Bu grafi ile üriner sistem alanları ve grafi dahilindeki diğer yapılar (kemik yapılar, yumuşak dokular, intestinal gaz dağılımı gibi) değerlendirilir. Bu uygulamada direkt üriner sistem grafisinde izlenen başlıca anatomik yapıları tanıyacağız.

ARAÇLAR: Negatoskop, direkt üriner sistem grafisi.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Negatoskopun ışığını açınız.
2.	Radyografinin sağ tarafını belirleyiniz (Varsa "R" isareti sağı gösterir).
3.	Radyografiyi negatoskopa sağ tarafı sizin solunuza gelecek şekilde asınız.
4.	Anatomik yapıları aşağıdaki sıraya göre değerlendiriniz. 1. Karaciğer 2. Sağ böbrek 3. Krista iliaka 4. Lomber vertebra korpusu 5. Sakroiliak eklem 6. Diafragma 7. Mide gaz odacığı 8. 12. Kosta 9. Psoas kası konturu 10. Kolon gazı
5.	Radyografiyi negatoskoptan çıkarınız.
6.	Negatoskopun ışığını söndürünüz.



Kaynak:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Eğitimi Anabilim Dalı, Klinik Beceri Eğitimi, Öğrenim Rehberleri



Ondokuz Mayıs
Üniversitesi Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

DİŞ FIRÇASI VE DİŞ İPİ KULLANMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Diş Fırçası ve diş ipini MDP(Mikrobiyal Dental Plak) organizasyonunu bozacak şekilde kullanabilme becerisinin kazandırılması.

ARAÇLAR: 1/1 oranında hazırlanmış ağız modeli, diş fırçası, diş ipi.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Kıl uçları düz ve aynı seviyede biten, küçük başlı ve sapı düz olan fırçanın seçilmesi
2.	Fırçanın diş-dişeti birleşimine yaklaşık 45 derecelik bir açıyla yerleştirilmesi
3.	Fırça küçük titreşim hareketleri ile sağa sola hareket ettirilirken aynı zamanda düşey hareketle ağız boşluğuna doğru diş yüzeyindeki birikintilerin süpürülmesi
4.	Fırça aynı diş yüzeyi üzerinden en az 7-8 kez geçecek şekilde yukarıdaki hareketi tekrarlanması
5.	Ön, iç ve arka yüzeylerin fırça ile buluşmasının eksiksiz tamamlanması
6.	İnce lifçiklerin bir araya gelmesiyle burularak oluşturulmuş diş ipinin seçilmesi
7.	35-40 cm uzunluğunda diş ipinin koparılması
8.	Diş ipinin orta parmaklara dolanması (bir parmağa az diğer parmağa daha fazla olacak şekilde)
9.	Baş ve işaret parmaklarının yönlendirici parmaklar olarak kullanılması
10.	Diş ipinin dişlerin kontakt noktalarını rahat geçecek ve dişeti tepe noktalarını zedelemeyecek şekilde yavaşça, ileri geri hareketlerle diş arasına sokulması
11.	Diş ipini önce bir yüzeye sonra komşu yüzeye yaslayarak, diş eti tabanından diş eti kenarına doğru olacak şekilde, dikey hareketlerle ipi hareket ettirerek temizlik yapılması

Kaynaklar:

1. J. Lindhe, N. P. Lang, T. Karring, Clinical Periodontology and Implant Dentistry, 5 th Edition 2008, Blackwell Publishing.
2. T. Ataoğlu, M. Yüksel. 975-9482-2, 164, 3. Baskı, Damla Ofset, KONYA







Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

DİSKUS KULLANIMINI ANLATMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Bu eğitimin sonunda katılımcı, diskus kullanımını anlatma becerisini kazanacaktır.

ARAÇLAR: Diskus.

NO.	BASAMAKLAR	
1.	Diskus elde tutulurken diğer el baş parmağı ile çentik kısmının ileri doğru itilmesi	
2.	Ağız kısmı kişiye dönük tutulup, mandalın klik sesi duyulana kadar ileri doğru itilmesi	
3.	Derin bir nefes verilmesi	
4.	Cihaz dudaklar arasına yerleştirilip derin bir nefes alınması	
5.	Nefes 10 saniye tutulması ve burundan verilmesi	
6.	Aletin kapatılması	
7.	İkinci kullanım için 1 dakika beklenip aynı işlemlerin yapılması	
8.	Kapağın kapatılması	

Kaynak:

Bristol Primary Care Trust, 2011, www.asthma.org.uk



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

EKG ÇEKME BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Serkan YÜKSEL

AMAÇLAR: Altı göğüs derivasyonu ve dört ekstremitte derivasyonunun uygun şekilde yerleştirilerek 12 derivasyonlu elektrokardiyografi kaydı alabilmek.

ARAÇLAR: EKG kayıt cihazı, hasta muayene masası.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlem konusunda bilgi verilir. Takılı yüzük, kolye, künye gibi metal cisimleri çıkarması istenir
2.	Hastanın belden yukarısı çıplak bırakılarak sırtüstü muayene masasına uzanması istenir
3.	<p>Ekstremitte ve göğüs elektrotları aşağıda tarif edilen yerlere yerleştirilir</p> <ul style="list-style-type: none">• V1 - Sağ 4. interkostal aralığın sternum ile birleştiği yerin hemen sağ• V2 - Sol 4. interkostal aralığın sternum ile birleştiği yerin hemen solu• V4 - Sol midklaviküler hatla 5. interkostal aralığın kesiştiği bölge• V3 - V2 ve V4 arasındaki hayali hattın tam ortası• V5 - Sol anterior aksiller hat ile 5. interkostal aralığın kesiştiği yer• V6 - Sol orta aksiller çizgi ile 5. interkostal aralığın kesiştiği yer• aVR'yi temsil eden kırmızı mandal metal yüzey sağ el bileğinin iç kısmına• aVL'yi temsil eden sarı mandal metal yüzey sol el bileğinin iç kısmına• aVF'yi temsil eden yeşil mandal metal yüzey, sol ayak bileğinin iç kısmına <p>Topraklama hattını temsil eden siyah mandal metal yüzey sağ ayak bileğinin iç kısmına gelecek şekilde takılır</p>
4.	EKG aleti açılır, cihazın ekranından standart kalibrasyonun 10 mm/mV ve çekim hızının 25 mm/sn olduğu kontrol edilir
5.	Tüm derivasyonlarda en az üç P-QRS kompleksi içerecek şekilde çekim yapılır
6.	Ritm analizi için uzun bir D II derivasyonu (5 PQRS kompleksi) çekilir

NO.	BASAMAKLAR
7.	EKG kağıdının üstüne hastaya ait bilgilerin (kimlik, tarih, saat) ve derivasyonlar yazılır

Kaynak:

1. Elektrokardiyografi Kaydı Marriott'un Pratik Elektrokardiyografisi. Gallen S. Wagner. Onuncu Baskı,2003. S:26-44
2. Practical Approach, The ECG A Two-Step Approach to Diagnosis. Marc Gertsch. 1st Edition,2004.s13-18.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

EKG YORUMLAMA BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Serkan YÜKSEL

AMAÇLAR: Uygun şekilde EKG okuma becerisinin kazandırılması

ARAÇLAR: EKG örnekleri

Uygulama 1

NO.	BASAMAKLAR
1.	EKG kağıdını 12 derivasyon DI'den V6'ya sıralanacak şekilde tutar, kağıt altında yazan ekg çekim hızı (standart 25 mm/sn) kontrol edilir, voltaj kalibrasyonu (10 mm/mV) kontrol edilir
2.	İzoelektrik hattın normal düzgün bir şekilde yerinde olup olmadığını kontrol eder, şayet izoelektrik hatta kayma, eğrilik gözlenirse EKG çekimi yenilenir
3.	Tüm derivasyonlarda P, QRS ve T dalgaları ve varsa U dalgası varlığı kontrol edilir
4.	QRS kompleksini ve tek tek Q-R ve S dalgalarını tanıır
4.	Ritm derivasyonunda (genelde DII) R-R aralıklarındaki kareleri sayarak takip eden atımlar arasındaki ritmin düzenli olup olmadığını belirler Kalp hızı, 300 iki R-R arasındaki büyük kare sayısına, ya da 1500 iki R-R arasındaki küçük kare sayısına bölünerek hesaplanır
5.	PR aralığı (P dalgasının başlangıcından QRS kompleksinin başlangıcına kadar olan aralık) belirlenerek süresi hesaplanır
6.	QT (QRS kompleksinin başlangıcından T dalgasının sonuna kadar olan aralık) belirlenerek süresi hesaplanır
6.	PR segmentinin (P dalgasının sonundan QRS kompleksinin başına kadar olan bölüm) izoelektrik hatta olup olmadığı kontrol edilir
	ST segmentinin (QRS kompleksinin sonlandığı noktadan T dalgasının başlangıcına kadar olan bölüm) izoelektrik hatta olup olmadığı kontrol edilir
7.	P dalgasının süre ve amplitüdü hesaplanır, izoelektrik hatta göre pozisyonu kontrol edilir
8.	QRS kompleksinin süre ve amplitüdü hesaplanır

NO.	BASAMAKLAR
9.	T dalgasının süre ve amplitüdü hesaplanır, izoelektrik hatta göre pozisyonu kontrol edilir
10.	Her P dalgasını düzenli olarak bir QRS kompleksinin izleyip izlemediği kontrol edilerek ritmin sinüs ritmi olup olmadığı belirlenir

2. Uygulama

NO.	BASAMAKLAR
1.	Sinüzal taşikardi ve sinüzal bradikardiyi tanır ve ayırt eder
2.	Kalbin aksını hesaplar
3.	P pulmonale ve P mitrale'yi tanır
4.	Atriyoventriküler blokları tanır ve ayırt eder (1.derece AV blok, 2. derece av blok tip-1, 2.derece av blok tip-2, 3. derece av blok)
5.	Dal bloklarını tanır ve ayırt eder (Sağ dal bloğu, sol dal bloğu)

3. Uygulama

NO.	BASAMAKLAR
1.	Göğüs derivasyonlarında (V1'den V6'ya) QRS'in normal değişimini gösterir
2.	Patolojik Q dalgalarını gösterir
3.	Patolojik QRS dalgalarını gösterip, patoloji tipini tespit eder (Geniş QRS, düşük ya da yüksek voltajlı [amplitudlu] QRS)
4.	QRS dalgasının voltajına göre ventrikül hipertrofisi olup olmadığını tespit eder
5.	İzoelektrik hatta göre ST segment değişiklikliğini tespit eder, açıklamasını yapar, EKG'de iskemik değişiklikler bulur, tipini söyler (ST çökmesi veya yükselmesi [elevasyonu])
6.	T dalgasında değişiklik olup olmadığını tespit eder, anlamını söyler
7.	U dalgasını tespit eder, varsa nedenlerini söyler
8.	Ekstra atımları tespit eder varsa atriyal mı ventriküler mi olduğunu söyler
9.	Varsa taşikardi tipini belirler (Sinüzal/dar QRS'li/geniş QRS'li)
10.	Atriyal fibrilasyon olup olmadığını tespit eder

NO.	BASAMAKLAR
11.	Ventriküler fibrilasyon olup olmadığını tespit eder
12.	EKG örneklerinde varsa artefaktları tespit eder

Kaynak:

1. Elektrokardiyografi Kaydı Marriott'un Pratik Elektrokardiyografisi. Gallen S. Wagner. Onuncu Baskı,2003. S:26-44.
2. Practical Approach, The ECG A Two-Step Approach to Diagnosis. Marc Gertsch. 1st Edition,2004.s13-18.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

EL YIKAMA BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Keramettin YANIK

AMAÇLAR: Uygun el yıkama becerisinin kazanılması.

AÇIKLAMALAR: El yıkama işlemi sırasındaki her manevra en az 10 saniye sürmeli veya en az beşer kez tekrarlanmalıdır. Tırnak altları mikroorganizma çoğalması için çok uygun bir ortam olduğundan tırnakların doğal, deforme olmamış, düzgün kesilmiş ve temiz olması gerekir.

ARAÇLAR: Lavabo, temiz su, sıvı ya da katı sabun, kağıt havlu, çöp kutusu.

NO.	BASAMAKLAR
1.	El ve bilekteki yüzük, saat ve bilezik gibi takılar çıkarılır
2.	Kıyafetin manşetleri el bileklerine kadar katlanır
3.	Musluk açılır
4.	Eller akan ılık suyun altına tutularak tamamıyla ıslatılır
5.	Bir ele kalıp ya da tercihen sıvı sabun alınır.
6.	(Kalıp sabun kullanıyorsa sabun bırakılır) Elin her tarafı sabunlanacak şekilde sabun parmaklar ile yayılır.
7.	Bir miktar su ile sabunun köpürmesi sağlanır.
8.	El iyice köpüklüken musluk kolu sabunlanır.
9.	Avuç içleri birbirine sürülür ve bu arada bir elin parmak uçları ile diğer elin parmak araları ovuşturulur.
10.	Sağ el içi ile sol elin sırtı, sağ el parmakları sol el parmak aralarına girecek şekilde ovuşturulur, aynı işlem diğer el için tekrarlanır.
11.	Her bir baş parmak, diğer elin avuç içine alınır ve el, başparmağı kavramış şekilde döndürülerek ovuşturulur.
12.	Sağ el ile sol el bileği kavranır ve bileğin etrafında sağ el döndürülerek sol el bileği sabunlanır. Aynı işlem, diğer el bileği için tekrarlanır.

NO.	BASAMAKLAR
13.	Eller, ılık suyun altında tamamen durulanana kadar yıkanır, suyu süzdürülür.
14.	Kağıt havlu alınır ve eller kağıt havlu ile kurulanır.
15.	Musluk koluna elle dokunulmadan, kağıt havlu ile kapatılır.
16.	Kağıt havlu çöp kutusuna atılır.

Kaynak:

1. OMU TIP FAKÜLTESİ ENFEKSİYON KONTROL KOMİTE TALİMATLARI
2. DAS REHBERİ
- 3.



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ERKEK HASTAYA ÜRETRAL KATETER UYGULAMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Erkek hastaya üretral kateter uygulayabilmek.

ARAÇLAR: Steril eldiven, tampon, sıvı vazelin, foley kateter, idrar torbası, 10 cc'lik enjektör, %0.9 NaCl veya distile su, bohça ve küvet. Uygun antiseptik madde.

NO.	BASAMAKLAR
1.	İşlemin hastaya anlatılması ve izninin alınması
2.	Ellerin yıkanması
3.	Malzemelerin kontrol edilmesi
4.	Hastayı sırtüstü yatırıp uygun pozisyon verilmesi
5.	Steril bohçanın açılması
6.	Steriliteye dikkat edilerek foley kateter, idrar torbası ve 10 cc'lik enjektörün açılması ve setin içine konması
7.	Steril eldivenlerin giyilmesi
8.	Enjektöre uygun miktarda (genelde kateter ambajı üzerinde yazılı volümde, yetişkinler için çoğunlukla 10 cc) %0,9 NaCl veya distile su çekilmesi, foley kateterin steril poşetinin çıkarılması
9.	Kateterin balonla bağlantılı ucundan sıvının gönderilerek balonun şişirilmesi ve kontrol edilmesi, tekrar sıvının geri çekilerek balonun indirilmesi
10.	Antiseptik solüsyonlu steril tampon ile tüm penisin geniş şekilde dairesel hareketlerle içten dışa doğru üç kez silinmesi (Tercihen klemp benzeri steril bir alet yardımıyla ya da dominant olmayan el kullanılarak)
11.	Delikli tedavi örtüsünün penis dışarıda kalacak şekilde yerleştirilmesi
12.	Böbrek küvetinin hastanın bacakları arasına yerleştirilmesi
13.	Henüz sterilitesi bozulmamış olan dominant elle tutulan steril sondanın (baş, işaret ve orta parmaklar arasında) ucuna steril likit vazelin sürülmesi (enfekte pasif el sondayla temas ettirilmeyecektir)
14.	Penis gövdesi dominant olmayan elle kavranıp yukarı doğru çekilirken dominant elle tutulan sondanın başka hiçbir yere değmeden üretradan içeriye yavaşça ilerletilmesi
15.	Kateteri ilerletirken hastanın rahat etmesinin sağlanması (Bu amaçla eksternal sifinkterin gevşemesi için derin nefes alıp vermesini isteyebilirsiniz)
16.	Sondanın çatal kısmına gelene kadar ilerletilmesi

NO.	BASAMAKLAR
17.	Sondanın balonunun 5-10 ml şişirilmesi
18.	Sondanın dikkatlice esnek bir direnç hissedene kadar geri çekilip yerinde olup olmadığının kontrol edilmesi
19.	Delikli yeşil örtünün sondanın idrar torbası ile bağlantı yapacak kısmının sterilitesine dikkat edilerek kaldırılması
20.	Musluklu idrar torbasının steriliteye dikkat edilerek sondaya takılması
21.	Kateterin hastanın bacağına tespiti
22.	İdrar torbasının mesane seviyesinin altına yatak kenarına asılması
23.	Hastanın elbiselerinin düzeltilmesi ve hastaya rahat edebileceği pozisyon verilmesi
24.	Kullanılan malzemelerin toplanması
25.	Atık maddelerin uygun atık torbasına atılması
26.	Eldivenlerin çıkarılması
27.	Ellerin yıkanması
28.	İşlemin kaydedilmesi

Üretral Kateterin Çıkarılması

NO.	BASAMAKLAR
1.	Non steril eldivenlerin giyilmesi
2.	Hastayı sırtüstü yatırıp uygun pozisyon verilmesi
3.	Enjektörün kateterin balonla bağlantılı ucuna takılarak balondaki tüm sıvının (genellikle 10 cc) geri çekilmesi (Üretraya zarar vermemek için tüm sıvının boşaltıldığından emin olunuz)
4.	Sol el baş ve işaret parmakları ile penisin glans bölgesinden tutulması ve foley kateterin meatustan dışarı doğru kontrollü olarak yavaşça çekilip çıkarılması
5.	Üretral meanın antiseptik solüsyonla ıslatılmış bir gazlı bez ile silinmesi
6.	Atık maddelerin uygun atık torbasına atılması
7.	Eldivenlerin çıkarılması
8.	Ellerin yıkanması
9.	İşlemin kaydedilmesi

Kaynak: 1. Campbell – Walsh Urology (10th Edition)



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

GEBE FİZİK MUAYENESİ ÖĞRENİM REHBERİ

AMAÇLAR: Gebe fizik muayenesi yapabilmek

ARAÇLAR: Muayene masası, önlük, maket

NO.	BASAMAKLAR
1.	Muayene olacak kişiyle tanışılır ve yapılacak işlemler hakkında bilgi verilir
2.	Muayene olacak kişi muayene masasına yatırılır, yan tarafında yüzüne doğru dönük pozisyonda durulur
3.	Birinci Leopold Manevrası için; her iki elin ulnar kenarları fundus üzerinden derine doğru bastırılır, parmakların iç yüzü ile fundus kavsi palpe edilir
4.	Her iki elin parmak uçları birbirine temas ederken , fundusun üst kısmı ve fundusdaki fetus bölümü hakkında bilgi edinilir
5.	İkinci Leopold Manevrası için; her iki elin iç yüzü karnın sağ ve sol yanlarına tatbik edilir, bir elin iç yüzüyle uterusun bir tarafı sabitlenirken diğer elle uterusun diğer yanını palpe edilir
6.	Palpe eden elin parmakları ve el ayası ile derine doğru bastırarak ve yoklayarak, elin altında hissedilen fetus bölümü tahmin edilir
7.	Diğer elle aynı hareketler tekrar edilerek fetusun sırtı ve küçük kısımlarının hangi tarafta olduğu anlaşılır (Fetusun sırt tarafı palpasyonda düzgün olarak hissedilir).
8.	Üçüncü Leopold Manevrası için; pubis üzerinde, önde gelen fetal kısım bir elle kavranır, sağa sola hareket ettirilir. Yuvarlak, sert ve ballotman hissi veriyorsa baş gelişi olarak; daha geniş ve yumuşaksa makat gelişi olarak değerlendirilir
9.	Dördüncü Leopold Manevrası için; muayene edilen kişinin ayakucuna dönülür. Her iki el açılarak, parmaklar birbirine ve pelvis girimine yönelmiş şekilde, eller karnın alt sağ ve sol yanlarına tatbik edilir. Ellerin ulnar kenarlarının inguinal kıvrımlara paralel durmasına dikkat edilir.
10.	Parmakları zorlamadan, hafif basınçlı hareketlerle, derine, pelvis girimine doğru bastırılır.
11.	İki elin parmak uçları önde gelen kısmı hissedince, bu kısmın fikse olup olmadığı ve pelvise ne kadar girdiği anlaşılmaya çalışılır
12.	Hastanın kalkmasına yardım edilir, giyinmesi söylenir



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

GENEL ADLİ MUAYENE BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Akan KARAKUŞ

AMAÇLAR: Genel adli muayeneyi yapabilmek ve ilgili muayene formunu doldurabilmek

ARAÇLAR: Genel Adli Muayene Formu

AÇIKLAMALAR: Genel adli muayenene ve değerlendirmelerin, hızlı ve nesnel olarak tarafsızlık ilkesine uygun şekilde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Tüm bu işlem basamaklarının uygulanması sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmesi gerekmektedir. Güncel adli tıp yaklaşımında, bilimsel yaklaşımın esas alınması, yürürlükteki kanunlar ve tıp etiğine uygun şekilde hareket edilmesi ile suçluların kanun önünde hak ettikleri cezayı alması ve benzer eylemleri tekrarlamalarının önüne geçilmiş olacaktır. Aşağıda sunulan rehberin uygulanması öncesi ekteki belgelerin okunarak içselleştirilmesi önemlidir.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Öykü ve fizik muayene ile olgunun öncelikle yaşamsal tehlike oluşturan veya acil müdahale gerektiren bir sağlık sorunu olup olmadığı değerlendirilir. Yaşamsal tehdit farkedilen hasta öncelikle acil serviste tedavi altına alınır.
2.	Genel adli muayene formu üzerine, sağlık kurumunun adı, rapor tarih ve saati kaydedilir.
3.	Olgunun geçerli bir resmi kimliği görülerek kimlik bilgileri doldurulur.
4.	Geçerli resmi kimliği olmayan olguların tıbbi kimliği tanımlanır.
5.	Olguyu adli değerlendirmeye getiren kolluk kuvvetinin kimlik bilgileri muayene formunda ilgili bölüme kaydedilir.
6.	Muayene şartlarının uygun olarak sağlanıp sağlanmadığı muayene formuna kaydedilir.
7.	Adli olayın oluş zamanından, muayene anına kadar geçen sürede olan olaylar sorgulanır ve olgunun ağzından çıkan ifadeler ile muayene formundaki tıbbi öykü kısmına kayıt edilir.
8.	Olgunun tıbbi yakınmaları ayrıntılı olarak sorulur ve kayıt edilir.
9.	Olgunun özgeçmiş, şimdiki sağlık öyküsü ve aile öyküsü ayrıntılı olarak sorulur, kaydedilir.
10.	Muayene formunun ikinci sayfasına geçilir, sayfanın üst kısmındaki yer alan bölüme olgunun isim soyisim ve muayene tarih/saati birkez daha yazılır.

NO.	BASAMAKLAR
11.	Olgu yapılacak muayene konusunda bilgilendirilir ve onamı alınır.
12.	Kişinin sistemik fizik muayenesini yapılır ve ilgili bölümlere kaydedilir.
13.	Saptanan patolojik bulgular lokalizasyon ve özellikleri tanımlanarak ile ayrıntılı olarak kayıt edilir.
14.	Saptanan patolojiler adli muayene şeması üzerinde gösterilir.
15.	Fizik muayene sırasında tespit edilen bulgular doğrultusunda gereksinim duyuluyorsa, ilgili uzman/uzmanlardan konsültasyon istenir.
16.	Tüm konsültasyon bulguları, konsültasyon form/formlarına kayıt edilir
17.	Muayene formunun üçüncü sayfasına geçilir, sayfanın üst kısmındaki yer alan bölüme olgunun isim soyisim ve muayene tarih/saati yazılır.
18.	<p>Yapılan fizik muayene ve istenen konsültasyon değerlendirmelerinin neticeleri ile olguda adli olayın oluşundan itibaren ortaya çıktığı tespit edilen patolojik bulgular muayene sonuç kısmında özetlenir.</p> <p>Sonuç bölümü doldurulurken 20 Aralık 2005 tarih ve 2005/143 sayılı T.C.Sağlık Bakanlığı Adli Raporların Düzenlenmesi ile ilgili genelge ekindeki rehber esas alınarak; tespit edilen bulguların;</p> <p>Yaşamı tehlikeye sokup/sokmadığı</p> <p>Basit tıbbi müdahale ile giderilip/giderilemeyeceği</p> <p>Yüz sınırları içerisinde lezyon tespit edilmişse yüzde sabit iz niteliğinde olup/olmadığı</p> <p>Kemik kırığı tespit edildi ise ağırlık derecesi</p> <p>Organ işlev zayıflaması veya kaybına yol açtı ise bu husus kaydedilir</p>

Kaynak:

1. Serinken M, Türkçüer İ, Acar K, Özen M. Acil servis hekimleri tarafından düzenlenen adli raporların eksiklik ve yanlışlıklar yönünden değerlendirilmesi. Ulus Travma Acil Cerrahi Derg 2011;17 (1):23-28
2. Çetin G, Yorulmaz C. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi no:48, İstanbul, 2006
3. Birinci Basamak İçin Adli Tıp. Adli Tıp Uzmanları Derneği ve Türk tabipler Birliği. 1999. <http://www.ttb.org.tr/eweb/adli/> (Erişim Tarihi: 07.09.2012)
4. Tıbbi Deontoloji Tüzüğü. Yürürlüğe Koyan Bakanlar Kurulu Kararnamesi: No.4/12578 - 13 Ocak 1960. Resmi Gazete 19.02.1960. Sayı: 10436)
5. Beyaztaş Y. Adli rapor konusunda hekim sorumluluğu. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2000;1:231-4.
6. Çolak B, Biçer Ü, Gündoğmuş NG, Etiler N. Kocaeli ilinde Adli Görev ve Pratisyen Hekimler. Adli Tıp Dergisi 2001; 2: 36-45.
7. Çetin G, Yorulmaz C. Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi I.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi no:48, İstanbul, 2006
8. Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi. Dayandığı Kanun Tarihi - No: 23/01/1953 – 6023. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi ve Sayısı: 19/02/1960 – 10436.
9. Adli Tabiplik Hizmetlerinin Yürütülmesinde Uyulacak Esaslar Hakkında Genelge. Genelge no: 2005/143. Kabul Tarihi : 22/09/2005.
10. Türk Ceza Kanunu. Kanun Numarası: 5237 Kabul Tarihi: 26/09/2004 Yayımlandığı Resmi Gazete Tarih ve sayısı: 12/10/2004, 25611
11. Ceza Muhakemesi Kanunu. Kanun Numarası: 5271. Kabul Tarihi: 04/12/2004. Resmi Gazete sayı 25673; tarih: 17/12/2004
12. İşkence ve Diğer Zalimane, İnsanlık Dışı, Aşağılayıcı Muamele veya Cezaların Etkili Biçimde Soruşturulması ve Belgelendirilmesi için El Kılavuzu (İstanbul Protokolü). Türkiye İnsan Hakları Vakfı (TDHV) 2. Baskı. İstanbul Ocak 2001



GÖĞSÜN ÖNDEN VE ARKADAN FİZİK MUAYENESİ BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Göğsün önden fizik muayenesini yapabilmek.

ARAÇLAR: Muayene masası, stetoskop, önlük.

NO.	BASAMAKLAR
İnspeksiyon: Önden ve Arkadan Muayenede	
1.	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi ve üst kısmının tamamen soyunmasının sağlanması
2.	Hastanın muayene masasına oturtulması, kollarının iki yanına uzatılmasının sağlanması
3.	Solunum hızı, derinliği, ritmi ve solunum için harcanan çabanın değerlendirilmesi
4.	Göğüs yapısının değerlendirilmesi (asimetri, deformite, göğüs ön arka çapında artış, lezyon)
5.	Herhangi bir lezyon skar veya raş olup olmadığının, cildin renginin not edilmesi
6.	Her iki hemitoraksın solunuma eşit ve aynı zamanda katılıp katılmadığının gözlenmesi
7.	Mukoza, kulak memesi ve tırnak uçlarının renginin değerlendirilmesi
8.	Parmak uçlarının yapısının değerlendirilmesi (çomak parmak)
Palpasyon: Önden Muayenede	
9.	Hastanın muayene masasına sırt üstü yatırılarak kollarının iki yanına uzatılmasının sağlanması
10.	Klavikula, kosta ve sternumu palpe ederek duyarlılık ya da deformite olan alanlarının belirlenmesi
11.	Göğüs duvarının palpe edilerek, cilt altı amfizemi ile ilgili olan ciltte krepatasyon olup olmadığının araştırılması
12.	Sternum üst ucunda juguler çentik içine parmakla bastırarak altta bulunan trakea kıkırdak halkalarının hissedilmesi ve trakea pozisyonunda değişiklik olup olmadığının (orta hatta olup olmadığının) değerlendirilmesi
13.	Louis açısının bulunması (juguler çentikten aşağıya doğru inerken ilk parmağa çarpan çıkıntının), bu açı ile midklavikuler hattın birleşim yerinin 2. kosta olarak kabul edilmesi ve aşağıya doğru diğer kostaların yerinin tespit edilmesi

NO.	BASAMAKLAR
14.	<p>Göğsün ekspansiyonu ve simetrisinin değerlendirilmesi :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Avuçların hastanın her iki göğüs kafesini kaplayacak şekilde her iki elin baş parmak dışındaki dört parmağının sternum alt ucuna yerleştirilmesi · Baş parmakların orta hatta birbirine birleştirilmesi ve hafifçe deri ve deri altı dokusunun birbirine doğru yaklaştırılması · Hastaya derin nefes alıp, tutmasının söylenmesi · Parmakların birbirinden eşit uzaklaşıp uzaklaşmadığının değerlendirilmesi
15.	<p>Taktil fremitusun değerlendirilmesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Hastaya normal bir sesle arka arkaya “on-onbir” demesinin söylenmesi · Avuçların iç kısımları, elin ulnar kenarının kullanılarak göğüs duvarının palpe edilmesi · Yukarıdan aşağıya simetrik ve karşılaştırmalı olarak işlemi tekrar ederek akciğerlerdeki hava yollarından iletilen vibrasyonların hissedilmesi · Artmış taktil fremitus saptanması durumunda alttaki akciğer dokularında konsolidasyon olduğunun düşünülmesi
Palpasyon: Arkadan Muayenede	
16.	<p>Göğsün ekspansiyonu ve simetrisinin değerlendirilmesi :</p> <ul style="list-style-type: none"> · Lumbar bölgenin lateralinden ve aşağıdan yukarıya doğru yaklaşarak 12. kostanın yerinin belirlenmesi, palpasyonla yukarı doğru parmakları yer değiştirerek 10. kosta hizasının bulunması. · Avuçların hastanın her iki göğüs kafesini kaplayacak şekilde her iki elin baş parmak dışındaki dört parmağının sırtta yerleştirilmesi · Baş parmakların 10. kosta hizasında orta hatta birbirine birleştirilmesi ve hafifçe deri ve deri altı dokusunun birbirine doğru yaklaştırılması · Hastaya derin nefes almasının söylenmesi · Parmakların birbirinden eşit uzaklaşıp uzaklaşmadığının değerlendirilmesi
17.	<p>Taktil fremitusun değerlendirilmesi:</p> <ul style="list-style-type: none"> · Hastaya normal bir sesle arka arkaya “on-onbir” demesinin söylenmesi · Avuçların iç kısımları, elin ulnar kenarının kullanılarak göğüs duvarının sağ ve solda sırasıyla palpe edilmesi · Yukarıdan aşağıya simetrik ve karşılaştırmalı olarak işlemi tekrar ederek akciğerlerdeki hava yollarından iletilen vibrasyonların hissedilmesi · Değişik hastalıklara bağlı olarak taktil fremitusun azalıp artabileceğinin bilinmesi
Perküsyon: Önden ve Arkadan Muayenede	
18.	<p>Dominant olmayan orta parmağın iki kaburga arasındaki interkostal aralığa yerleşecek şekilde konulması</p>

NO.	BASAMAKLAR
19.	Dominant elin orta veya orta ile işaret parmaklarının uç (pulpa) kısımlarını bilekten hareketlerle, diğer elin göğüs ön duvarındaki orta parmağının üzerine ritmik olarak iki defa vurulması (diğer parmakların göğüs duvarına değmemesine dikkat edilmesi)
20.	<ul style="list-style-type: none"> · Önde perküsyona supraklavikular fossalardan başlayarak, göğüs ön duvarında sağ ve solda yukarıdan aşağıya sırayla sağ-sol şeklinde inilerek, her iki tarafın kıyaslanarak perküsyonun sürdürülmesi · Arkada skapulalar üzerine perküsyon yapılmaması, bu alanda skapulalar arasındaki paravertebral bölgede, parmağın vertebral hatta paralel konularak perküte edilmesi, skapulaların bitim noktasından itibaren interkostal aralığa perküsyon yapılması · Arkada perküsyon ile sağda ve solda sırasıyla akciğerlerin en alt kesimlerinde sesin matiteye değiştiği alanlara derin inspiryum sırasında perküsyon yapılarak kostafrenik sinüslerin açılıp açılmadığının değerlendirilmesi
21.	Anormal perküsyon sesi duyulan alanların belirlenerek kaydedilmesi
22.	Sağda karaciğerin başlangıç noktasının sağ midklavikuler hatta interkostal aralıkların aşağıya doğru perküte edilerek bulunması (sıklıkla karaciğer üst sınırının 4.-5. interkostal aralıkta başladığının bilinmesi ve bunun araştırılması)
Oskültasyon: Önden ve Arkadan Muayenede	
23.	Ortam sessizliğinin sağlanması
24.	Steteskobun diafram kısmının koyulması
25.	Hastaya ağızdan ve derin nefes almasının söylenmesi, perküsyon sırasında önerilen noktaları kullanarak tam bir nefes alıp verme siklusu boyunca yukarıdan aşağıya oskültasyon yapılması
26.	Her iki taraf arasında fark olup olmadığının araştırılması
27.	Anormal bir ses duyulan her alanın not edilmesi

Kaynak:

Gazi ÜTF Klinik Beceri Rehberi, Adnan Menderes ÜTF Klinik Beceri Rehberi



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

HASTA HEKİM GÖRÜŞME BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR:

ARAÇLAR:

BASAMAKLAR
KİŞİSEL BİLGİLERİN KAYDEDİLMESİ
Doğum tarihi, cinsiyet, medeni durum, çocuk sayısı, mesleği, nereden geldiği, başvuru tarih ve saati
GÖRÜŞMEYİ BAŞLATMA
Uygun bir soruyla görüşmenin başlatılması: <i>“Sizi buraya getiren sebep nedir?” “Buyurun sizi dinliyorum”</i> Hastanın etkin bir şekilde, sözü kesilmeden dikkatle dinlenmesi
BİLGİ TOPLAMA
Öyküyü başlangıcından itibaren kendi cümleleriyle anlatması için hastanın cesaretlendirilmesi, Açık uçlu sorular sorulması, (<i>yeterince açıklama olmadığında açık uçludan kapalıya doğru gidilmesi</i>) Hastayı dikkatle dinleyip, olumlu düşünme zamanları (3- 5 sn) bırakarak konuşmasının sağlanması, Sözlü ve sözsüz iletişim, sessizlik, tekrar, yorumlamaların kullanılması, Sözlü ve sözsüz ipuçlarının yakalanması (<i>beden dili, mimik, yüz ifadesi, iç çekme</i>), Hastanın açık olmayan ifadelerinin netliğe kavuşturulması. (<i>“kafamda sanki bir boşluk hissi vardı” derken kastınız nedir, biraz açıkclar mısınız?</i>) Hekimin ile hastanın söylediklerini aynı olduğunu göstermek, hastaya anlatmak istediklerinin doğru anlaşıldığını göstermek için özetlemeler yapmak, Anlaşılır, tek tek karmaşık olmayan sorular sorulması, tıbbi jargondan kaçınılması, Olayların zaman kesitleri ve tarihlerinin yanlış anlaşılmaya yol açmadan açıklanması (<i>tütün zamanı, ilk kar yağdığında, oğlan askere gittiğinde gibi zamanların belirlenmesi</i>) Bilgisayar veya dosyaya not alırken iletişimin etkilenmemesinin sağlanması,

BASAMAKLAR

ANA YAKINMANIN SORGULANMASI

Ana yakınmanın yeri, herhangi bir yere yayılıp yayılmadığı, yayılıyorsa nereye yayıldığı, Zamanı, ne kadar zamandan beri, ne kadar sürdüğü, günde kaç kez, hangi sıklıkta olduğu, Özelliği (“Nasıl bir ağrı?”), hasta tanımlayamıyorsa “Künt, sıkıştırıcı vb. açıklamalar” Şiddeti (“Hatırladığınız en kötü ağrıya 10 verseniz, bu ağrıya kaç verirdiniz?”) Artıran ve azaltan faktörler, birlikte olan diğer belirtiler, Ana yakınmayı etkileyecek diğer, tıbbi, cerrahi veya psikiyatrik problemler, belirtilerle ilgili geçmiş durum,

HASTA BAKIŞ AÇISI

Hastanın rahatsızlığının nedenlerine ilişkin düşüncelerinin ve bu konudaki beklentilerinin öğrenilmesi,
Hastanın rahatsızlıkla ilgili kaygı ve korkularının, günlük yaşantısının nasıl etkilendiğinin sorulması,
Hastanın, ailesinin ya da yakınlarında benzer deneyimler olup olmadığının öğrenilmesi,
Bu problem(ler) ile ilgili daha önceden neler yapıldığının sorulması,
Hastanın duygularını açıklaması için gayret gösterilmesi ve cesaretlendirilmesi.

Ara özetlerle görüşmenin gidişinin doğrulanması, uygun köprü cümleleri ile bir bölümden diğerine geçilmesi. (“Ahmet Bey, bir baş ağrım var dediniz, şimdi ben size daha önce geçirmiş olduğunuz hastalıklarla ilgili birkaç soru sormak istiyorum”).

GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜ

Çocukluk hastalıkları, aşılamalar, erişkin hastalıkları, hastaneye yatma, operasyon, yaralanma, önemli kaza, obstetrik öykü, transfüzyon öyküsü

ŞİMDİKİ SAĞLIK DURUMU

Kullandığı ilaçlar, alerji, periyodik kontrol, beslenme, uyku düzeni, spor alışkanlıkları
Tütün (kaç yıldır, kaç paket içtiği, bırakmışsa ne zaman ve kaç yıl kaç paket içtikten sonra bıraktığı),
Alkol (kaç yıldır, haftada kaç kez, kaç bardak ve ne içtiği, bırakmışsa ne zaman ve kaç yıl içtikten sonra)
Uyuşturucu (tütün ve alkol dışında madde kullanımı),

AİLE ÖYKÜSÜ

Anne-baba, kardeş ve çocukların sağlık durumları, ailede belirgin bir hastalığın olup olmadığı ve öyküsü, ölümler (*nedenleri, tarihler ve ölüm yaşları*)

KİŞİSEL VE SOSYAL ÖYKÜ

Eğitim ve iş durumu, medeni hal (Dul, boşanmış vb.), günlük yaşam koşulları\aile yapısı\boş zamanları, hobileri, destekleri, önemli yaşam olayları (ölüm, boşanma, ekonomik sıkıntı), Sağlığa ilişkin inançlar ve eğilimler

BASAMAKLAR

SİSTEMLERİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Baştan ayağa açık ve kapalı uçlu sorular kullanılır.

Ağırlık (kilo değişikliği, kıyafetlerinizde daralma bollaşma var mı?”, halsizlik, ateş,

Cilt: Kızarıklık, şişlik, kaşıntı, tırnaklarda renk değişikliği

Baş: Baş ağrısı, sersemlik hissi, bayılma

Gözler: Ağrı, görme kaybı, bulanık/çift görme.

Kulaklar: İşitme, çınlama, ağrı, akıntı, baş dönmesi.

Burun ve sinüsler: Tıkanıklık, sık grip olma, kanama, alerjik nezle, sinüs sorunlar

Ağız, boğaz: Dişler, ağız kuruluğu

Boyun: Şişlik, ağrı, guatr

Memeler: Ele gelen kitle, ağrı, akıntı, kendi kendine meme muayenesi

Solunum: Öksürük, balgam (*renk, miktar*), hemoptizi, nefes darlığı,

Kalp: Göğüs ağrısı, çarpıntı, ödem, ortopne, son EKG, diğer tetkikler

Sindirim: Disfaji, karın ağrısı, yanma, iştah, bulantı, kusma, dispepsi, bağırsak alışkanlığı ve değişiklikleri, rektal kanama, hemoroid, sarılık

İdrar yolu: Sıklık, poliüri, noktüri, dizüri, taş

Genital (erkek): Fıtık, ağrı, akıntı, cinsel yolla bulaşan hastalık.

Genital (kadın): İlk menstrüasyon, siklus düzeni, kanama miktarı, dismenore, menopoz yaşı,

semptomları, kaşıntı, ağrı, gebelik sayısı, normal doğum, sezaryen

Periferik damarlar: Bacak krampları, varisler, pıhtılaşma bozukluğu.

Kas iskelet: Ağrı, artrit, gut, bel ağrısı, eritem, hassasiyet, şişlik, güçsüzlük, hareket kısıtlılığı

Nörolojik: Bayılma, nöbet, paralizi, parestezi, iğne batmaları, tremor

Hematolojik: Anemi, kanama, peteşi

Endokrin: Tiroid sorunları, sıcak soğuk tahammülsüzlüğü, diyabet, susama, çok tuvalete gitme

Psikiyatrik: Sinirlilik, ruh hali, hafıza

AÇIKLAMA- PLANLAMA

Doğru ve yeterli bilginin sağlanması: Bireyin bilgi ihtiyacının eksikliğinin saptanması,

Hastaya neler öğrenmek istediğinin sorulması, açıklamaların uygun zamanlarda yapılması, erken tavsiye ve açıklamalardan kaçınılması, kısa bilgiler verilerek anladığından emin olunması, anlaşılır bir dil kullanılması,

Bilgiyi iletirken görsel yöntem ve araçlar kullanılması,

Verilen bilginin doğru anlaşılıp anlaşılmadığının görmek için hastaya tekrar ettirilmesi

Ortak anlayış geliştirilmesi, hasta bakış açısının olaya katılması: Açıklamaların, hastanın rahatsızlığına ait düşünce, kaygı ve beklentileriyle ilişkilendirilmesi, duygularının değerlendirilmesi,

Hastanın katılımının ve yapılan açıklamalara katkıda bulunmasının sağlanması,

Kararın paylaşılması: Hastayı yönlendirmekten ziyade öneri ve seçenekler sunarak, kendi düşünce ve tercihleriyle katkıda bulunması için teşvik edilmesi,

Görüş birliğine varılan planın kabul edilip edilmediğinin, uygulanabilirliğinin, kaygıların gözden geçirilmesi.

GÖRÜŞMEYİ BİTİRME

Yapılması gerekenlerle ilgili hastayla karşılıklı anlaşılması, beklenmedik durumlarda neler yapılacağına açıklanması, size nasıl ulaşabileceğinin konuşulması, bakım planının son kez kısaca açıklanması,

Sorusu ya da tartışılacak başka bir konu olup olmadığının sorulması,

Hastayla birlikte sonraki görüşme tarihinin belirlenmesi.

Kaynak:

1. Ritter RH, Reis MD, Rascoe TG. Interviewing techniques. In: Rakel RE, Rakel DP. Textbook of Family Medicine Eighth edition. Saunders Elsevier 2011, Philadelphia, pp: 166- 75.
2. Bickley LS, Szilagyi PG. An overview of Physical Examination and History Taking. Bates' Guide to physical examination and History Taking. Eighth edition. Lippincott Williams Wilkins 2003, Philadelphia, pp: 1- 7.
3. Güldal AD. Hasta ile görüşme. Güldal AD, Aydın A, zakar N. Ed. Kliniğe Giriş yk ve Fizik Muayene içinde. Dokuz Eylül Üniversitesi Yayınları, 2005, İzmir, pp: 5- 41.
4. Dikici, MF, Yarış, F. "Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Beceri Eğitiminde standardize ve simüle hasta programı", Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2007; 27 (5), 738- 43.



HASTA İZOLASYON ÖNLEMLERİ ALMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Hastane ortamından kaynaklanabilecek infeksiyonları veya kolonizasyonu önlemek için gerekli kontrol önlemlerini belirlemek, olası salgınları önlemektir.

ARAÇLAR: Eldiven, maske, yüz-göz koruyucu önlük hasta bakım malzemeleri, iğneler yatak çarşafı.

A) Standart önlemler tanımlanmalı

Hastanın tanısına ve infeksiyonu olup olmadığına bakılmaksızın bütün hastalara uygulanan önlemlerdir. Tüm hastaların kan ve vücut sıvılarının potansiyel olarak HIV, HBV ve diğer kan yoluyla bulaşan patojenlerle kontamine olabileceğinin düşünülmesini içermektedir.

Standart Önlemler

Hastanın kanı ve vücut sıvılarıyla temas ihtimali varlığında:

Eldiven, maske ve koruyucu önlük/elbise giyilmeli,

Eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır.

İşlemler sırasında vücut sıvıları, salgılar, çıkartılar ve kan sıçrama olasılığı olduğunda göz, burun ve ağız mukozasını koruma amaçlı kullanılmalıdır.

Damlacık izolasyonunda kullanılmalıdır.

Steril-aseptik işlemler sırasında ağız florasındaki bakterilerden hastayı korumak için kullanılmalıdır.

Kan, vücut sıvıları, salgılar ve çıkartılar, kontamine eşyalar, mukozalar ve deriye dokunmadan, giysiler ve diğer malzemeler, başka hastalar ve çevre kontamine edilmeden uzaklaştırılmalıdır.

Bir kullanımlık malzemeler hemen atılmalı, tekrar kullanılacak olanlar uygun yöntemlerle steril/dezenfekte edilmelidir.

Hiçbir zaman yeniden kılıfına geçirilmemeli, ucu bükülmemelidir. Kullandıktan sonra delinmeye dirençli kaplar içinde biriktirilerek uzaklaştırılmalıdır.

Çevreyi kontamine etmeden uygun şekilde çamaşırhaneye gönderilmelidir.

B) Bulaşma yoluna yönelik önlemler

A) Temas Önlemleri:

• Mikroorganizmaların **infekte** ya da **kolonize** hastalardan direkt temas ya da indirekt temasla (infekte objelerle temas) bulaşmasını engellemek için kullanılır.

Temas İzolasyonu

• Hasta mümkünse tek kişilik odaya alınmalıdır, bu mümkün değilse aynı mikroorganizma ile infekte/kolonize hasta ile aynı odaya yerleştirilir (kohort uygulaması).

• Hasta ile veya çevresindeki cansız yüzeylerle temas ederken steril olmayan temiz eldiven giyilmelidir.

• Hasta ile veya odasındaki yüzeylerle temasın fazla olmasının beklendiği durumlarda, hastada idrar veya gaita inkontinansı olması, ileostomi, kolostomi veya açık drenaj varlığında odaya girerken eldivene ek olarak steril olmayan temiz bir önlük giyilmelidir.

• Eldiven ve önlüğün hasta odasını terk etmeden önce veya hasta başından ayrılırken çıkarılmalıdır.

• El hijyeni sağlanmalıdır.

• Eldiven ve önlük çıkarılıp el hijyeni sağlandıktan sonra hastanın yakın çevresindeki yüzeylerle temas edilmemelidir.

• Odalar veya hastalar arasında eşya ve tıbbi malzeme transferi önlenmelidir. Ortak tıbbi eşya kullanılacaksa uygun bir şekilde Sterilizasyon/dezenfeksiyon yapıldıktan sonra kullanılmalıdır.

Temas İzolasyonu Endikasyonları:

• Epidemiyolojik önem taşıyan çoğul dirençli bakteriler:

– MRSA (Metisilin dirençli *Staphylococcus aureus*)

– VRE (Vankomisin dirençli enterokok) (sıkı temas izolasyonu)

– *Acinetobacter*

– *P. aeruginosa*

– ESBL-pozitif *Klebsiella*, *E.coli*, vb.

• Diğer:

– *C. difficile*, enterohemorajik *E. Coli* 0157:H7, *Shigella*, hepatit A, rotavirus

– Kutanöz difteri, HSV, impetigo, bit, uyuz, zoster (dissemine veya immünsuprese konakçıda)

– Viral/hemorajik infeksiyonlar (Lassa, Ebola, Kırım-Kongo)

– RSV, PIV veya enteroviral infeksiyonlar

B) Damlacık Önlemleri

• Büyük partiküllü (> 5µm) damlacıkların geçişinin önlenmesinde kullanılır.

• Bulaşmanın engellenmesi için kaynak ve duyarlı kişi arasında yakın mesafe (yaklaşık 1 m) olmalıdır.

•Damlacık yoluyla yayılan ciddi hastalıklar:

- İnvaziv *H. influenzae* tip B infeksiyonu,
- Menenjit, pnömoni, epiglottit ve sepsis
- İnvaziv *Neisseria meningitidis* infeksiyonu, (menenjit, pnömoni ve sepsis)
- Difteri,
- Mycoplasma pneumonia*
- Boğmaca
- Pnömonik veba
- Çocuklarda streptokokal (grup A) farenjit, pnömoni ve kızıl
- Adenovirus
- İnfluenza
- Kabakulak
- Parvovirüs B19
- Kızamıkçık

Damlacık Önlemleri için

- Hasta tek kişilik odaya alınmalıdır
- Eğer farklı tanılı hastalarla aynı odayı paylaşması gerekiyorsa yataklar arası mesafe en az 1 m olmalıdır
- Özel havalandırma gerekmez
- Oda kapısı açık olabilir
- Sağlık personeli hastaya 1 metreden yakın mesafede çalışırken maske takmalıdır
- Hasta çok gerekmedikçe oda dışına çıkmamalıdır. Oda dışına çıkacaksa cerrahi maske ile çıkarılmalıdır.

C) Hava Yolu Önlemleri:

- Tüberküloz,
- Kızamık,
- Su çiçeği
- Yaygın zoster infeksiyonu,
- SARS

İnfeksiyonları için uygulanır.

- Pulmoner tüberküloz tanısı veya şüphesi olan hasta;
 - Odaya giren tüm sağlık personeli N95 solunum maskesi takılmalıdır.
- Kızamık, suçiçeği tanısı olan hasta;
 - Odasına duyarlı kişiler girmemelidir.

- Mutlaka girmesi gerekiyorsa N95 solunum maskesi ile girmelidirler.
- Bağışik iseler maske takmalarına gerek yoktur.
- Özel havalandırma ya da ventilasyon sistemi gereklidir.
- Saatte 6-12 kez hava değişimi sağlanmalıdır.
- Hava akımı koridordan odaya olmalıdır (negatif basınç)
- Odadan çıkan hava sisteme tekrar dönüyorsa veya yakın boşluklara gidiyorsa HEPA filtre kullanılmalıdır.
- Uygun oda yoksa uygun odası olan bir merkeze hasta gönderilmelidir
- Oda kapısı kapalı tutulmalıdır.
- Çok geçerli nedenler olmadıkça hasta oda dışına çıkarılmaz. Çıkması gerekiyorsa cerrahi maske takılır.

Koruyucu ekipmanın uygun kullanımı:

•Giyme sırası

- Önlük
- Maske
- Gözlük-yüz koruyucu
- Eldiven

Maske takılırken:

- Burnu, ağız ve çeneyi tamamen içine almalıdır
- Yüze uygunluk tam olmalı
- N95 gibi özel tip maskeler için yüze uyum testi yapılmalı

Maske takıldıktan sonra

- Tükürük veya sekresyonlarla ıslandığı zaman değiştirilmeli
- Tekrar kullanılmamalı
- Ortak kullanılmamalı

Eldiven giyilirken:

- Eldivenler en son giyilmeli
- Doğru tip ve boyutta eldiven seçilmeli
- Eldiven giymeden önce eller yıkanmalı veya el dezenfektanı ile ovalanmalı
- Önlüğün kol manşetleri, üzerine çekilmeli

Eldiven giyildikten sonra;

- Temizden kirliye doğru çalışılmalı
- Eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine temas sınırlanmalı
- Eldivenler tekrar kullanılmamalı

Eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalı

Eldiven üzerine el dezenfektanı uygulanmamalı veya eldivenli eller yıkanmamalıdır.

Çıkarma sırası:

–Eldiven

–Gözlük-yüz koruyucu

–Önlük

–Maske

Eldiven çıkarılırken:

Elin üzerinden sıyrılarak içi dışına çevrilir

Diğer eldivenli el ile tutulur

Eldivensiz parmakla bilekten diğer eldiven sıyrılır

İçi dışına çevrilerek her iki eldivenden oluşan küçük bir torba şeklinde atılır
Gözlük-yüz koruyucusu çıkarılırken: Eldivensiz ellerle çıkarılır.

Önlük çıkarılırken:

Omuz kısımlarından tutulur

Kontamine dış yüz içe doğru çevrilir

Yuvarlayarak katlanır

Çıkarıldığında sadece temiz taraf görünmelidir

Maske çıkarılırken

Maske bağları (önce alttaki) çözülür

Maskenin ön yüzü kontamine olduğu için elle temas etmemelidir

Bağlardan tutularak atılır

Diğer Önemli Noktalar:

Önlemlere uyum konusunda gözlem yapılarak, kayıt altına alınmalı ve sonuçlar konusunda geri bildirim verilmelidir

Kaynak:

OMU TIP FAKÜLTESİ ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ TALİMATLARI



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

HASTA TAŞIMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Bu eğitim sonunda katılımcının tek başına ve yardımcı kurtarıcılarla birlikte bir yaralıyı taşıma becerisini kazanması hedeflenmektedir

ARAÇLAR: Travma (Sırt) tahtası, Boyunluk, Eldiven, Maket

NO.	BASAMAKLAR
1.	Çevre ve kurtarıcı güvenliğinin sağlanması
2.	Eldiven giyilmesi
3.	Yaralıya uygun ölçüdeki boyunluğun takılması
4.	Bir kişinin yaralının baş tarafına geçerek baş ve boynu aynı düzlemde tutacak pozisyonu alarak boynu stabilize etmesi
5.	Ekipteki diğer iki kişinin karşılıklı olarak yaralının omzu ve göğsünün iki tarafına geçerek, diğer iki kişinin ise karşılıklı olarak yerdeki yaralının pelvis ve bacakları hizasında ayakta durması
6.	Yaralının omzu ve göğsü hizasında duran kurtarıcılarının omuz ve gövdeyi alttan, pelvis ve bacak hizasında duran kurtarıcılarının ise yaralının pelvis ve bacaklarını alttan desteklemesi
7.	Yaralının baş tarafındaki kişinin komutu ile eş zamanlı hareket edilerek yaralının blok halinde bir kütük şeklinde yukarıya doğru kaldırılması
8.	Yukarıya doğru kaldırılmış yaralının altına bir başka kurtarıcı tarafından hızlıca travma tahtasının yerleştirilmesi
9.	Yaralının baş ve boynunun uygun destekler ile travma tahtası üzerinde sabitlenmesi
10.	Alın ve çeneden geçen bantlar ile yaralının başının desteklenmesi
11.	Yaralının vücudunun geri kalanının özellikle omuz ve pelvisi destekleyecek şekilde travma tahtasına bant veya kemerler ile sabitlenmesi
12.	Yaralı travma tahtası üzerinde taşınırken, baş taraftaki kurtarıcının komutu ile ve en az iki kişi ile dikkatli bir şekilde hareket edilmesi
13.	Taşıma sırasında yaralının solunum ve dolaşım belirtilerinin yakından takip edilmesi

Tek kişi olması durumunda hasta taşıma

NO.	BASAMAKLAR
1.	1 ve 2. işlem basamaklarının yapılması
2.	Yaralının boynunun ve omurlarının mümkün olduğunca korunarak sırt üstü çevrilmesi
3.	Yaralının koltuk altlarından ellerin geçirilerek kavranması, boynunun iki elin arasına alınarak stabilize edilmesi
4.	Yaralının baş kısmının 30 derece kaldırılması ve ayaklarının yerde sürünerek çekilmesi
5.	Yaralının genel durumunun değerlendirilerek 112 acil servisin çağırılması

Dört kişi ile hasta taşıma

NO.	BASAMAKLAR
1.	Çevre ve kurtarıcı güvenliğinin sağlanması
2.	Eldiven giyilmesi
3.	Yaralıya uygun ölçüdeki boyunluğun takılması
4.	Bir kişinin yaralının başına geçerek baş ve boynunu aynı düzlemde tutacak pozisyonu alması
5.	Diğer iki kişinin yaralının bir tarafına (sağ veya sol yanına) geçmesi
6.	Bir kişinin yaralının omzundan ve kalçasından diğer kişinin de yaralının kalçasından ve baldırından tutması
7.	Baştaki kişinin komutu ile yaralının 90 derece döndürülmesi
8.	Dördüncü kişinin sırt tahtasını yaralının altına yerleştirmesi
9.	Baştaki kişinin komutu ile yaralının 90 derece döndürülerek tahtanın üzerine yerleştirilmesi
10.	Dört kişi aynı anda yaralının tahta üzerinde tam ortaya getirilmesi
11.	Dört kişi tahtanın iki yanına geçerek aynı anda tahtayı kaldırarak hastayı taşıması

Kaynak:

1. AHA-ERC 2010 Resüsitasyon Klavuzu
2. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
3. Lynn S. Bickley M. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 10th Edition [Hardcover] Lippincott Williams & Wilkins; Tenth, North American Edition edition (December 11, 2008)



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

HEIMLICH MANEVRASI UYGULAMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Bu eğitim sonunda katılımcının kısmi veya tam hava yolu tıkanıklığı olan hastada yabancı cisim çıkartma becerilerini kazanması hedeflenmektedir.

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Kurtarıcının hastanın yanında ve hafifçe arkasında durması
2.	Kurtarıcının bir eliyle hastanın göğüs kafesini destekleyerek, hastanın baş ve gövdesinin 45-60 derece kadar öne eğik olarak durmasını sağlaması
3.	Kurtarıcının el ayası ile hastanın iki kürek kemiği arasına bir kez hızlıca ve kuvvetlice vurması. Hastada havayolu tıkanıklığı devam ediyorsa kurtarıcının aynı işlemi dört kez daha uygulaması
4.	Tıkanıklık devam ediyorsa kurtarıcının, ayakta duran hastanın arkasında yüzü hastanın sırtına dönük olacak şekilde yer alması
5.	Kurtarıcının her iki eli ile birlikte hastayı karın bölgesinden destekleyerek arkadan sarması
6.	Kurtarıcının bir elini, başparmağını hastanın karnına bakacak şekilde yumruk yapması
7.	Hastayı desteklemek gerekiyorsa kurtarıcının arkadan yumruk yaptığı elle aynı taraftaki bacağı ile hastayı arkadan desteklemesi
8.	Kurtarıcının yumruk yaptığı elini hastanın göbek ve ksifoid çıkıntı arasındaki bölgeye yerleştirmesi
9.	Kurtarıcının diğer elinin yumruk yapılmış olan elini kavraması
10.	Kurtarıcının ellerini yerleştirmiş olduğu noktadan önden arkaya ve aşağıdan yukarıya doğru kuvvetlice bası uygulaması (J Manevrası). Yabancı cisim çıkmıyorsa aynı işlemin kurtarıcı tarafından dört kez daha tekrarlanması
11.	Yabancı cisim çıkmıyorsa ilk basamağa dönerek işlemin tekrarlanması (beşer döngü şeklinde)
12.	Hasta bilincini yitiriyor ve ayakta desteklenmesi güçleşiyorsa hastanın sırt üstü yatırılarak kurtarıcının bir elini ksifoid çıkıntı ile göbek deliği arasına yerleştirmesi hareket edilmesi
13.	Kurtarıcının diğer elini hasta ile temas eden elinin üzerine getirerek J-Manevrasında uygulanan açı ve teknikle abdominal bası uygulaması

NO.	BASAMAKLAR
14.	Yabancı cisim çıkana kadar bu işlemin tekrar edilmesi
15.	112 Acil servise haber verilmesi

Kaynak:

1. AHA-ERC 2010 Resüsitasyon Klavuzu
2. Ulusal ekirdek Eğitim Programı
3. Lynn S. Bickley M. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 10th Edition [Hardcover] Lippincott Williams & Wilkins; Tenth, North American Edition edition (December 11, 2008)



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

İNHALER KULLANIMINI ANLATMA BECERİSİ

Doç. Dr. Sırrı Bilge

AMAÇLAR: Bu eğitimin sonunda katılımcı, inhaler kullanımını anlatma becerisini kazanacaktır.

ARAÇLAR: Inhaler.

NO.	BASAMAKLAR
1.	İnhaler çalkalanır
2.	İnhalelerin kapağı açılır
3.	İnhaler başparmak ve işaret parmağı ile tutulur
4.	Sakince nefes verilir
5.	İnhalelerin ağızlık kısmı ağıza yerleştirilmesi
6.	Cihaz aşağı doğru basılırken eş zamanlı olarak derin bir nefes alınır
7.	İnhalelerin ağızdan uzaklaştırılır
8.	Nefes 10 sn kadar tutulur ve burundan yavaş yavaş verilir
9.	Gerekirse 30 sn sonra ikinci doz için aynı şekilde uygulanır
10.	İnhalelerin kapağının kapatılır

Kaynak:

Bristol Primary Care Trust, 2011, www.asthma.org.uk



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

INTRAVENÖZ KAN ALMA VEYA İLAÇ VERME BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: İntravenöz girişim yapma becerisinin öğrenilmesi.

ARAÇLAR: Pamuk, enjektör, ilaç, tedavi tepsi, genel kullanım eldiveni, intravenöz enjeksiyon maketi, delici kesici atık kutusu, enfektif atık çöp kutusu, evsel atık çöp kutusu, tedavi muşambası, turnike.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastadan yapılacak işlem için onam alınması ve gerekli malzemelerin kontrol edilmesi
2.	Ellerin sıhhi olarak yıkanması ve genel kullanım eldivenlerin giyilmesi
3.	İlaç uygulanırken 5 doğru kuralına uyulması (Doğru ilaç, Doğru hasta, Doğru doz, Doğru zaman, Doğru Yol) ve ilacın son kullanma tarihinin kontrol edilmesi*
4.	Uygulama yapılacak venin seçilmesi.
5.	Gerekli malzeme kontrol edilir
6.	Uygulama yapılacak venin seçilmesi (<i>Medial Kubital Ven</i>)
7.	Hastaya uygun pozisyon verilmesi (gerekliyorsa oturtulması veya yatay pozisyon verilmesi)
8.	Hastaya uygun pozisyon verilmesi (gerekliyorsa oturtulması veya yatay pozisyon verilmesi)
9.	Girişim yapılacak bölgenin antiseptik dökülmüş pamuk tampon ile ilacın uygulanacağı ven doğrultusunda yukarıdan aşağı doğru tek bir hareketle silinmesi
10.	Girişim yapılacak venin 15 cm yukarisına turnike uygulanması
11.	Temiz ve kuru bir pamuğun aktif olmayan elin dördüncü ve beşinci parmakları arasına sıkıştırılması
12.	Kullanılan iğnenin steril başlığının çıkarılması ve deliği yukarıdan bakıldığında görülecek tarzda aktif elin baş ve işaret parmaklarınca tutulurken, pasif elin baş parmağı ile venin yaklaşık 3-5 cm altından venin hareketsiz bırakmak için bası uygulanması

NO.	BASAMAKLAR
13.	Aktif eldeki iğne ile damara girilmek istenen bölgenin yaklaşık 1-2 cm altından, deriye 30-40°'lik açı ile girilmesi
14.	Girişin gerçekleştirildiğinden emin olduktan sonra iğnenin açısı yaklaşık 15°'ye getirilerek iğne ucu yavaşça ven içine sokulup, ilerletilmesi
15.	Enjektör tutulan eli oynatmadan, aktif olmayan el veni bırakır ve serbest kalan el ile piston hafifçe geriye çekilerek kan gelip gelmediği kontrol edilmesi**
16.	Eğer kan görülüyorsa, serbest kalan el ile turnikenin açılması ve ilacın tamamının, hastayı gözlemleyerek ve iğnenin damarda olup olmadığı kontrol edilerek yavaşça verilmesi
17.	İşlem sona erince aktif olmayan eldeki pamuğun iğnenin vene giriş yerinin üzerine bırakılması ve iğne nazikçe geri çekilirken tampon yapılarak hafif bir basınç uygulanması
18.	Kullanılan malzemenin uygun atık kutularına atılması
19.	Yapılan işlemin kaydedilmesi
* Yüksek Riskli ilaçlar Listesinde tanımlanan ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir	
** eğer kan gelmiyorsa işlem iptal edilir.	

Kaynak:

Mesleksel Beceri Ders Notları Cilt 1, Editör; Yalçın BM., Yrd. Editör: Artıran FA., Nobel Tıp Kitapevi Yayınları, İstanbul, 2012



IŞIK REFLEKSLERİ MUAYENE BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Direkt ve indirekt ışık reflekslerini test etme becerisini kazanmak.

Işık refleksleri optik sinir fonksiyonunu test etmeye yarar. Işık refleks arkı 4 nörondan oluşur. Birinci nöron, retinadan kaynaklanır. Ganglion hücrelerinin aksonları optik sinir içinde ilerler lateral genikül gangliona uğramadan, orta beyindeki süperior kollikulus hizasında pretektal nükleusta sonlanır. Bir optik sinirden her iki tarafın pretektal nükleusuna lifler gider. Buradan ikinci nöron kalkar ve her bir taraftan her iki yarıdaki Edinger-Westphal nükleuslarına gider. Üçüncü nöron E-W nükleusundan siliyer gangliona (orbita içinde) ulaşır. (E-W'den sonra her lif kendi tarafına gider.) Dördüncü nöron, siliyer ganglionsundan göze gider ve iris sfingter kasını uyarak myozise neden olur. Pretektal nükleus ve E-W nükleusunun iki taraflı lifler alması nedeniyle bir göze ışık tutulunca eş zamanlı olarak diğer gözde de myozis olur. Yani direkt ve indirekt ışık refleksleri eş zamanlı oluşur.

ARAÇLAR: Işık kaynağı

NO.	BASAMAKLAR
1.	Işık kaynağını eline alır ve yeterli ışık şiddeti olup olmadığını kontrol eder
2.	Hastaya muayene hakkında kısa bilgi verir
3.	Işığı bir göze tutar ve myozis cevabı alıp almadığına bakar (Direkt ışık reaksiyonu)
4.	Işığı tekrar aynı göze tutar ve bu kez eş zamanlı olarak diğer gözde myozis olup olmadığını bakar (İndirekt ışık reaksiyonu)
5.	Aynı işlemleri diğer göz için de tekrarlar



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KADIN HASTAYA ÜRETRAL KATETER UYGULAMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Kadın hastaya üretral kateter uygulayabilmek.

ARAÇLAR: Steril eldiven, tampon, sıvı vazelin, foley kateter, idrar torbası, 10 cc.lik enjektör, %0.9 NaCl veya distile su, bohça ve küvet.
Uygun antiseptik madde.

NO.	BASAMAKLAR
1.	İşlemin hastaya anlatılması ve izninin alınması
2.	Ellerin yıkanması
3.	Malzemelerin kontrol edilmesi
4.	Hastayı sırtüstü yatırıp uygun pozisyon verilmesi
5.	Steril bohçanın açılması
6.	Steriliteye dikkat edilerek foley kateter, idrar torbası ve 10 cc'lik enjektörün açılması ve setin içine konması
7.	Steril eldivenlerin giyilmesi
8.	Enjektöre uygun miktarda (genelde kateter ambalajı üzerinde yazılı volümde, yetişkinler için çoğunlukla 10 cc) %0,9 NaCl veya distile su çekilmesi, foley kateterin steril poşetinin çıkarılması
9.	Kateterin balonla bağlantılı ucundan sıvının gönderilerek balonun şişirilmesi ve kontrol edilmesi, tekrar sıvının geri çekilerek balonun indirilmesi
10.	Labiumların pasif el baş ve işaret parmakları ile ayrılarak antiseptik solüsyonlu steril tampon ile kadın hastanın perine bölgesinin önden arkaya doğru tek bir hareketle üç kez silinmesi (tercihen klemp benzeri steril bir alet yardımıyla)
11.	Delikli tedavi örtüsünün üretra deliği görülecek şekilde perine bölgesine yerleştirilmesi
12.	Böbrek küvetinin hastanın bacakları arasına yerleştirilmesi
13.	Henüz sterilitesi bozulmamış olan dominant elle (baş, işaret ve orta parmaklar arasında) tutulan steril sondanın ucuna steril likit vazelin sürülmesi (enfekte pasif el sondayla temas ettirilmeyecektir)

NO.	BASAMAKLAR
14.	Pasif el labiumları ayırırken uretra ağzının yerini belirleyince, dominant elle tutulan sondanın ucunun başka hiçbir yere değmeden üretradan içeriye yavaşça ilerletilmesi
15.	Kateteri ilerletirken hastanın rahat etmesinin sağlanması (Bu amaçla eksternal sfinkterin gevşemesi için derin nefes alıp vermesini isteyebilirsiniz)
16.	Sondanın 10-15 cm kadar ilerletilmesi
17.	Sondanın balonunun 5-10 ml şişirilmesi
18.	Sondanın dikkatlice esnek bir direnç hissedene kadar geri çekilip yerinde olup olmadığını kontrol edilmesi
19.	Delikli yeşil örtünün sondanın idrar torbası ile bağlantı yapacak kısmının sterilitesine dikkat edilerek kaldırılması
20.	Musluklu idrar torbasının steriliteye dikkat edilerek sondaya takılması
21.	Kateterin hastanın bacağına tespiti
22.	İdrar torbasının mesane seviyesinin altına yatak kenarına asılması
23.	Hastanın elbiselerinin düzeltilmesi ve hastaya rahat edebileceği pozisyon verilmesi
24.	Kullanılan malzemelerin toplanması
25.	Atık maddelerin uygun atık torbasına atılması
26.	Eldivenlerin çıkarılması
27.	Ellerin yıkanması
28.	İşlemin kaydedilmesi

Üretral Kateterin Çıkarılması

NO.	BASAMAKLAR
1.	Non steril eldivenlerin giyilmesi
2.	Hastayı sırtüstü yatırıp uygun pozisyon verilmesi
3.	Enjektörün kateterin balonla bağlantılı ucuna takılarak balondaki tüm sıvının (genellikle 10 cc) geri çekilmesi (Üretraya zarar vermemek için tüm sıvının boşaltıldığından emin olunuz)
4.	Foley kateterin meatustan dışarı doğru kontrollü olarak yavaşça çekilip çıkarılması
5.	Üretral meanın antiseptik solüsyonla ıslatılmış bir gazlı bez ile silinmesi
6.	Atık maddelerin uygun atık torbasına atılması
7.	Eldivenlerin çıkarılması
8.	Ellerin yıkanması
9.	İşlemin kaydedilmesi

Kaynak:

1. Campbell – Walsh Urology (10th Edition)



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KALP ÖYKÜ VE FİZİK MUAYENE BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Kalp ve damar hastalıklarına özgül hikaye alabilmek ve kardiyovasküler sistemin fizik muayenesini yapabilmek.

ARAÇLAR: Muayene masası, çift taraflı (diyafram ve çanı olan) steteskop, beyaz önlük.

Öykü Alma

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hasta karşılanır, kendini tanıtır
2.	Yaş, cinsiyet, ikametgahı, medeni hali, mesleği öğrenilir
3.	Ana şikayeti öğrenilir
4.	Hastanın hikayesi alınır. Probleminin lokalizasyonu, şiddeti, vasfı, zamanlaması, sıklığı, yayılımı, arttıran ve azaltan faktörler, ilişkili olabilecek bulgular ve daha önce gördüğü tedavi(ler)in etkisi sorgulanır
5.	Özgeçmişi sorgulanır. 1. Geçmiş hastalık hikayesi (DM, HT gibi hastalıkların ve süreleri) 2. Geçirilmiş ameliyatlar (tarih, endikasyon ve tipi) 3. İlaç öyküsü 4. Allerji öyküsü 5. Sigara kullanımı 6. Alkol ve diğer ilaçların kullanımı
6.	Soygeçmişi sorgulanır 1. Hastanın anne, baba, büyükanne, büyükbaba, çocukları, torunları gibi yakın akrabalarının yaş, sağlık durumu, ölüm yaşı ve nedenleri sorgulanır 2. Ailede hipertansiyon, koroner arter hastalığı, hiperlipidemi, inme, diyabet, tiroid ya da renal hastalıklar, kanser (spesifik tipi), artrit, tüberküloz, astım gibi hastalıkların varlığı sorgulanır

NO.	BASAMAKLAR
7.	Sistemler gözden geçirilir 1. Genel durumu 2. Deri 3. Baş, göz, burun, boğaz 4. Boyun 5. Meme 6. Solunum 7. Kardiyovasküler 8. Gastrointestinal 9. Üriner 10. Genital 11. Periferik vasküler 12. Kas iskelet 13. Nörolojik 14. Hematolojik 15. Endokrin 16. Psikiyatrik

Kardiyovasküler Sistem Fizik Muayene

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hasta muayene konusunda bilgilendirilir ve onayı alınır
2.	Eller yıkanır
3.	Hastanın muayene masasına oturması ve gövdenin üst kısmının soyunması istenir
4.	Hastanın başı 30 derece yükseltilmiş biçimde sırtüstü yatırılır ve hastanın sağ tarafına geçilir
İnspeksiyon	
5.	Kalp ve damar hastalıklarının genel bulguları yönünden gözlemlenir (çomak parmak, siyanoz, ödem, göğüs deformitesi, yardımcı solunum kaslarının solunuma katılıp katılmadığı, geçirilmiş ameliyatlara ait skar izleri vb.)
6.	Göğüs ön duvarının hareketi gözlenir (apikal vuru ya da kalp tepe atımı gözlenir)
Palpasyon	
7.	Prekordiyal aktivite sağ elin parmak uçlarıyla palpe edilir ve apikal vurunun (maksimal) olduğu yer bulunur, vurunun yeri, büyüklüğü ve niteliği kaydedilir
8.	Göğüs ön duvarının genel palpasyonu yapılır, tril alınırsa kaydedilir

NO.	BASAMAKLAR
Oskültasyon	
9.	Hasta aynı pozisyondayken steteskopun diyafram kısmıyla sternumun sağında 2. interkostal aralıkta aort odak dinlenir
10.	Steteskopun diyafram kısmı ile sternumun solunda 2. interkostal aralıktan pulmoner odak dinlenir
11.	Steteskopun diyafram kısmı ile sternum solunda 3,4,5. interkostal aralıktan ve ksifoid çıkıntı üzerinden mezokardiyak alan ile triküspit odaklar dinlenir
12.	Steteskopun diyafram kısmı ile apekten mitral odak dinlenir
13.	Ek sesleri ortaya koymak için steteskopun çan kısmı ile sternum solunda 4. ve 5. interkostal aralık dinlenir
14.	Hasta sol tarafına doğru döndürülüp steteskopun çan kısmı ile apekten dinlenir (mitral alandaki seslerin yayılımı için)
15.	Hastanın oturtulup öne doğru eğilmesi sağlanır ve nefesini verip soluğunu tutması söylenir, steteskopun diyafram kısmıyla sternum solunda 3. ve 4. interkostal aralık dinlenir (ek sesler ve perikard sürtünme sesi için)
16.	S1 ve S2'nin nitelikleri (sert, yumuşak, silik), (S3) (S4) ve birlikte duyulan herhangi bir üfürümün derecesi ve biçimini (örneğin 2/6, pansistolik, kreşendo vb.) kaydedilir
17.	Arter nabızı: El bileğinin dış kısmında radyal artere işaret ve orta parmaklarla bastırılarak nabzın düzenli olup olmadığının kontrol edilir ve nabız 1 dakika boyunca sayılarak kaydedilir
18.	Eğer herhangi bir düzensizlik varsa steteskopla kalbin tepe atımının alındığı bölgeden dinlenir, ritm tekrar kontrol edilir, düzensiz bir ritm varsa ritmin özelliği ve soluk alıp vermeyle ilişkisi kaydedilir
19.	Hasta orta ya da ileri yaşta ise steteskopun çan kısmının çene ile boynun birleştiği alanda karotis arterinin üzerine yerleştirilerek hastaya soluğunu bir süre tutması söylenir, karotis arter üzerinde üfürüm duyulursa kaydedilir

Kaynak:

Cardiovascular System In Bates' Guide to Physical Examination and History Taking Ed's Bickley LS, Szilagy PC. 10th edition, 2009. p 323-87.



LAM YÖNTEMİ İLE KAN GRUBU BAKMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Kan grubu bakma becerisinin edinilmesi.

ARAÇLAR: Nonsteril eldiveni, lanset, pamuk, alkol, kesici atık kutusu, anti A, anti B ve Anti D solusyonları, lam, çubuk.

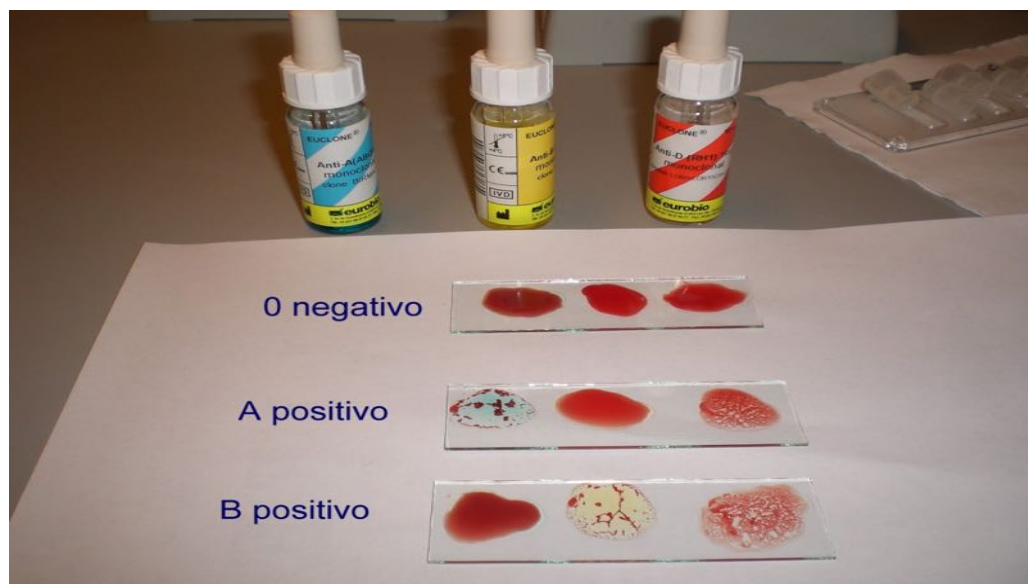
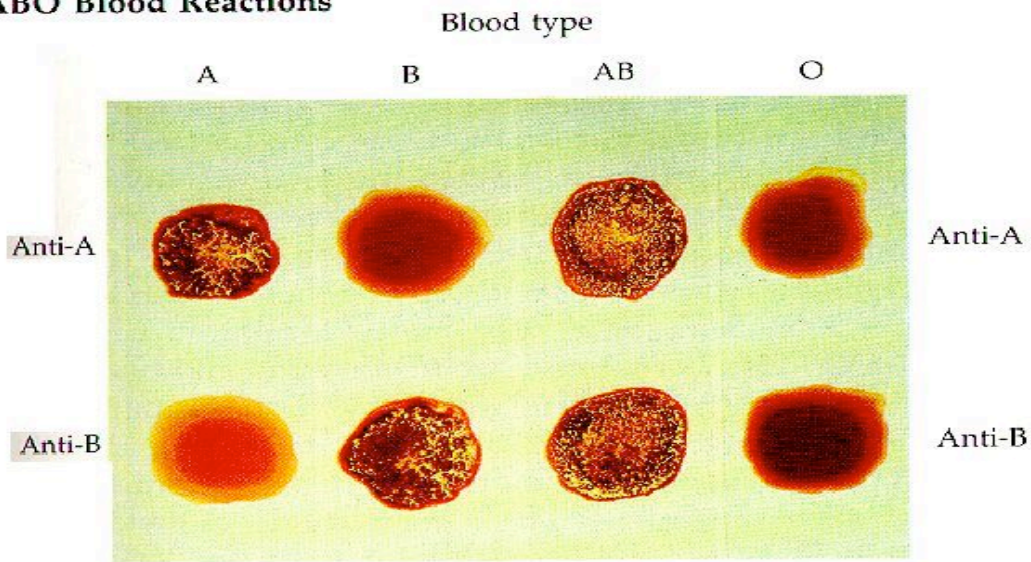
KATILIMCI:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Ellerin yıkanması
2.	Kan grubuna bakılacak kişinin bilgilendirilmesi
3.	Nonsteril eldiven giyilmesi
4.	Üç adet lam alınır
5.	Dominant olmayan elin üçüncü veya dördüncü parmak ucunun alkol ile temizlenmesi ve lanset ile delinmesi
6.	Her bir lamın üzerine birer damla kan damlatılması
7.	Kan damlalarının yaklaşık 1 cm uzağına her bir lama farklı olmak üzere anti A, anti B ve anti D solusyonlarından birer damla damlatılması
8.	Çubukla, her bölgedeki kan damlası ve solusyonun birbirine karıştırılması
9.	Aglutinasyon (çökelti) olup olmadığının gözlenmesi
10.	Aglutinasyon olan bölümün pozitif olarak değerlendirilmesi Anti A solusyonu ile aglutinasyon varsa kan grubu "A" Anti B solusyonu ile aglutinasyon varsa kan grubu "B" Anti A ve anti B solusyonu ile aglutinasyon varsa kan grubu "AB" Anti A ve anti B solusyonu ile aglutinasyon yoksa kan grubu "0" Anti D solusyonu ile aglutinasyon varsa kan grubu "Rh (+)" Anti D solusyonu ile aglutinasyon yoksa kan grubu "Rh (-)" olarak değerlendirilir
11.	Kan grubunun kaydedilmesi ve kişiye bildirilmesi

Agglutination

	Anti-A	Anti-B	Anti-AB		A cells	B cells	O cells
A							
B							
AB							
O							

ABO Blood Reactions



Kaynak:

http://www.kmtd.org.tr/pdf/kan_gruplarinin_saptanmasi.pdf (erişim tarihi: 27.06.2012)



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KANAMA KONTROLÜ YAPMA BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Murat ERDOĞAN

AMAÇLAR: Kanama kontrolü konusunda ilk müdahaleyi öğrenmek.

ARAÇLAR: Gazlı bez, spanç, tansiyon aleti, bandaj, pamuk, sargı bezi gibi kompresyon ve turnike materyali.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Çevrenin ve sağlık personelinin güvenliği kontrol edilir, eğer koruyucu eldiven bulunabilirse giyilir
2.	Kanamanın arteriyel (açık kırmızı, fişkirir tarzda) veya venöz (koyu kırmızı, sızma şeklinde) karakterde oluşu konusunda karar verilmeye çalışılır
3.	Hasta uygun bir zemin üzerine yatırılır ve kanayan bölge kalp seviyesi üzerine kaldırılır
4.	Dışarıdan görülen bir kanama varsa, gazlı bez/spanç veya bulunabilecek en temiz materyal (örtü, bez, kumaş parçası, ...) ile kanama olan bölgenin üzerine materyalin kenarından kan sızmasını durduracak şiddette baskı uygulanır
5.	Kompresyon uygulanan bölge gazlı bez veya kompresyon yapılan material yerinden kaldırılmadan sargı bezi ile sarılır
6.	Eğer arteriyel kanama var ise kanama olan bölgenin üstündeki tek kemik bulunan ekstremitte bölümüne turnike uygulanır Turnike materyali olarak, tansiyon aleti, çok ince olmayan bağ, kravat, atkı, kemer, palaska, kumaş parçası kullanılabilir. Turnike materyali, ekstremitte çevresine kanamanın tamamen durduğundan emin olunacak basınçta, dairesel olarak sarılır ve sabitlenir Turnikenin en fazla 90 dakika bağlı kalmasına izin verilir, 90 dakikadan uzun süreyle turnikenin bağlı kalması gerekiyorsa hastanın durumuna göre 15 dakika süreyle turnike gevşetilerek ekstremitenin kanlanmasına izin verilebilir
7.	Hastanın transferini sağlar

Kaynak:

1. Skeletal Trauma
2. Rockwood and Green's Trauma
3. Campbell Operative Orthopaedics



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KAS İSKELET SİSTEMİ FİZİK MUAYENESİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Kas iskelet sistemi fizik muayenesini yapabilmek.

ARAÇLAR: Muayene masası, önlük.

El bileği ve el muayenesi

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastanın muayene masasına oturtulması ve hekimin hastanın karşısına geçmesi
2.	El bileği ve elin inspeksiyonu (şişlik, nodül, deformite, atrofi olup olmadığına dikkat edilmesi)
3.	Bir el ile el bileğinin sabitlenip diğer elin baş ve işaret parmakları ile her bir parmağın proksimal interfalangeal eklem ve distal interfalangeal eklemlerinin tek tek palpe edilmesi
4.	Tek el ile hastanın elinin metakarpofalangeal eklemler düzeyinde kavranıp iki yandan sıkılması (metakarpofalangeal eklem duyarlılığının araştırılması için)
5.	Her bir metakarpofalangeal eklemin, muayene eden kişinin her iki başparmağı el sırtında ve işaret parmakları el ayasında olacak şekilde baş ve işaret parmakları arasına alınarak palpe edilmesi
6.	El bileğinin palpasyonu
7.	Hastadan elini yumruk yapması ve açması istenerek parmakların fleksiyon ve ekstansiyonunun değerlendirilmesi
8.	El bileğinin fleksiyon-ekstansiyon yaptırılması
9.	El bileğine ulnar ve radial deviasyon yaptırılması
10.	Aynı işlemlerin diğer tarafta tekrarlanması

Dirsek eklemi muayenesi

NO.	BASAMAKLAR
11.	Hastanın muayene masasına oturtulması ve hekimin hastanın karşısına geçmesi
12.	Dirseğin inspeksiyonu (konturlarına, nodül ve şişliklere, deformitelere, renk değişikliklerine dikkat edilmesi)
13.	Hastanın ön kolu desteklenerek dirseğin 70° fleksiyona getirilmesi
14.	Olekranon, ulna ekstansör yüzü, mediyal ve lateral epikondiller ve epikondiller ile olekranon arasındaki olukların baş ve işaret parmakları ile palpe edilmesi
15.	Hastanın dirseğini büküp açması istenerek fleksiyon ekstansiyon açıklığının değerlendirilmesi
16.	Kollar yanda ve dirsekler 90° fleksiyonda iken el ayasını yukarıya (supinasyon) ve aşağıya (pronasyon) döndürmesinin istenmesi
17.	Aynı işlemlerin diğer tarafta tekrarlanması

Omuz eklemi muayenesi

NO.	BASAMAKLAR
18.	Hastanın muayene masasına oturtulması ve hekimin hastanın karşısına geçmesi
19.	Her iki omuzun önden ve arkadan gözlemlenmesi (şişlik, deformite, kas atrofisinin araştırılması)
20.	Sternoklavikuler eklem, akromiyoklavikuler eklem ve biceps uzun başının palpasyonu
21.	20. basamağın diğer omuzda tekrarlanması
22.	Her iki omuza fleksiyon yaptırılması
23.	Her iki elini ensesine götürülerek dirseklerini yanlara açmasını istenmesi (abduksiyon ve eksternal rotasyon)
24.	Her iki elini beline götürmesinin istenmesi (adduksiyon ve internal rotasyon)

Ayak bileği ve ayak muayenesi

NO.	BASAMAKLAR
25.	Hastanın muayene masasına sırtüstü yatırılması ve hekimin hastanın ayak ucuna geçmesi
26.	Ayak bileği ve ayakların inspeksiyonu (deformite, şişlik, nodül ve nasır yönünden gözlemlenmesi)
27.	Ayak bileğinin ön yüzünün, aşil tendonunun palpasyonu
28.	Ayağın ön kısmı tek el ile kavranıp sıkıştırılarak metatarsofalangeal eklemlerde duyarlılığın araştırılması
29.	Metatars başlarının muayene eden kişinin başparmakları ayak sırtında ve işaret parmakları ayak tabanında olacak şekilde baş ve işaret parmakları arasında sıkıştırılarak palpe edilmesi
30.	Ayak bileğine dorsifleksiyon ve plantar fleksiyon yaptırılması
31.	Bir el ile ayak bileği tespit edilip diğer elle topuktan kavranarak ayağa subtalar eklemlerden inversiyon ve eversiyon yaptırılması
32.	Ayak parmaklarına fleksiyon ve ekstansiyon yaptırılması
33.	Aynı işlemlerin diğer tarafta tekrarlanması

Diz eklemi muayenesi

NO.	BASAMAKLAR
34.	Hastanın muayene masasına sırtüstü yatırılması ve hekimin hastanın sağına geçmesi
35.	Dizin inspeksiyonu (deformite, şişlik ve kuadriseps atrofisi olup olmadığına dikkat edilmesi)
36.	Suprapatellar poş ve patella kenarlarının palpe edilmesi (şişlik, duyarlılık ve ısı artışının araştırılması)
37.	Suprapatellar poş ve patella kenarlarının palpe edilmesi (şişlik, duyarlılık ve ısı artışının araştırılması)
38.	Hastanın dizine fleksiyon ve ekstansiyon yaptırılması
39.	Aynı işlemlerin diğer tarafta tekrarlanması

Kalça eklemi muayenesi

NO.	BASAMAKLAR
40.	Hastanın muayene masasına sırtüstü yatırılması ve hekimin hastanın sağına geçmesi
41.	Her iki kalçanın inspeksiyonu (deformite, şişlik ve atrofinin araştırılması)
42.	Hastanın elleriyle sağ bacağı dizden tutarak göğsüne doğru çekmesi istenerek fleksiyon açıklığının değerlendirilmesi
43.	Kalça ve dizin 90° fleksiyona getirilmesi, bir elle uyluk stabilize edilirken diğer elle ayak bileğinden tutarak bacağın alt kısmının mediale (eksternal rotasyon) ve sonra laterale (internal rotasyon) hareket ettirilmesi
44.	Bir el ile karşı taraf anterior superior iliak spina üzerine bastırılarak pelvis stabilize edilirken diğer el ile ayak bileğinden tutarak bacağın yana doğru açılması (abduksiyon), daha sonra bacağın mediale, karşı ekstremiteye doğru hareket ettirilmesi (adduksiyon)
45.	42., 43., 44. basamaklarının diğer tarafta tekrarlanması
46.	Hastanın yüz üstü yatırılması
47.	Bir elle hastanın sakrumu üzerinden bastırılırken hastanın uyluğunu yukarı kaldırması istenerek kalça ekstansiyonunun değerlendirilmesi
48.	47. basamağın diğer tarafta tekrarlanması

Omurga muayenesi

NO.	BASAMAKLAR
49.	Hastanın ayağa kaldırılması
50.	Hastaya yandan bakılarak servikal, torasik ve lomber eğriliklerinin gözlemlenmesi
51.	Hastaya arkadan bakılarak spinal eğriliklerin gözlemlenmesi
52.	Spinöz çıkıntıların ve paravertebral kasların başparmak ile palpasyonu
53.	Öne doğru eğilerek lomber fleksiyonun değerlendirilmesi
54.	Pelvisi stabilize ederek ekstansiyon sağa ve sola lomber lateral fleksiyon, sağa ve sola rotasyon açıklığının değerlendirilmesi

Kaynak:

1. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon İlkeler ve Uygulamalar 1 ve 2. Çeviri Editörü: Tansu Arasıl, 2007
2. Tıbbi Rehabilitasyon Kitabı 1. ve 2. Hastan Oğuz, 2004



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KIRIK – ÇIKIK ŞÜPHESİ OLAN EKSTREMİTENİN TESPİTİ BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Murat ERDOĞAN

AMAÇLAR: Kırık çıkık konusunda bilinçlenmek ve ilk müdahaleyi yapabilmek

ARAÇLAR: Kompresyon materyali, tespit materyali (şişme atel, tahta), sargı bezi

NO.	BASAMAKLAR
1.	Çevrenin ve sağlık personelinin güvenliği kontrol edilir, eğer koruyucu eldiven bulunabilirse giyilir
2.	Görünen bir kanama varsa kompresyon yapılır (Bknz. Kanama Kontrolü Becerisi)
3.	Açık bir yara varsa mümkün olan en temiz şekilde üstü kapatılır
4.	Yaralanan ekstremitenin distalindeki nabızlar, cilt rengi, tırnak yatağı kapiller dolaşım, ekstremitenin sıcaklığı kontrol edilir
5.	Şekil bozukluğu ve şiddetli ağrı nedeniyle kırık-çıkık şüphesi olan ekstremitenin her iki yanına bir alt ve bir üst eklemler içine alınacak şekilde sert bir cisim (şişme atel, tahta, mukavva, abeslang,...) yerleştirilir, üzerinden sargı bezi, kemer, atkı, vs... sarılarak sabitlenir
6.	Hasta güvenli bir biçimde bir hastaneye transfer edilir

Kaynak:

1. Skeletal Trauma
2. Rockwood and Green's Trauma
3. Campbell Operative Orthopaedics



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KONFRONTASYON YÖNTEMİYLE GÖRME ALANI MUAYENESİ ÖĞRENME REHBERİ

AMAÇLAR: Konfrontasyon yöntemiyle görme alanını test edebilmek.

ARAÇLAR: Kırmızı kapaklı bir kalem (dikkat çekici obje)

AÇIKLAMALAR: Konfrontasyon yöntemiyle görme alanı muayenesi klinikte, görme alanındaki büyük defektlerin tespitinde oldukça işe yarayan, basit ve ucuz bir yöntemdir. Yatak başında dahi uygulanabilir. Hastanın görme alanının hekimin görme alanı ile kıyaslanarak test edilmesi esasına dayanır. Bu muayene yapılırken hekimin görme alanının normal olduğu kabul edilir. Parmak ya da parlak, kolay fark edilir bir obje gösterilerek yapılabilir.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak muayene hakkında kısaca bilgi verilir.
2.	Hasta sandalyeye gözleri hekimin gözleriyle aynı seviyede olacak şekilde ve 1 metre mesafede oturtulur.
3.	Hasta sol eliyle sol gözünü kapatırken, hekim sağ eliyle sağ gözünü kapatır.
4.	Sol ele, ucunda tercihen renkli bir bölümü olan kalem alınır.
5.	Hastanın kaleme ya da başka bir yere değil sürekli olarak tam karşısında duran hekimin alnına bakması istenir.
6.	Kol tam açılarak kalem en dıştan görme alanının merkezine doğru yavaşça yaklaştırılır. Hastadan kalemin renkli kısmını görmeye başladığı anda haber vermesi istenir, hastanın görmeye başladığı mesafe ile hekimin kendisinin fark ettiği nokta karşılaştırılır.
7.	Kalem yukarıdan, aşağıdan ve içten de aynı şekilde merkeze doğru yaklaştırılarak görmeye başlanan nokta, hekimin kendisinin görmeye başladığı noktayla mukayese edilerek görme alanı defekti olup olmadığına karar verilir. (Hekimin kendi görme alanının sağlam olduğu kabul edilir.)
8.	Hekim sol eliyle sol gözünü kapatırken hastanın sol gözü için aynı işlem tekrar edilir.



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KOPAN UZVUN TRANSPORTU BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Kopan bir uzvun (el, kol, ayak, bacak ya da parmak) replante edileceği bir sağlık kuruluşuna ulaştırılincaya kadar ki uygun fiziki koşullarının sürdürülmesi için yapılması gerekenleri bilmek.

ARAÇLAR: Amputat (kopan uzuv), steril eldiven, laktatlı ringer solüsyonu, steril poşet, buz aküsü, transport çantası.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Yaralı sırt üstü ya da yan tarafı üzerine yatırılır.
2.	Bacakları 30 cm kadar yukarıya kaldırılır.
3.	Güdük hattı üzerine baskı yapılarak kanama kontrol altına alınır ve steril nemli kompreslerle sıkmadan sarılır.
4.	Steril eldiven giyilir.
5.	Yardımcı personel tarafından laktatlı ringer solüsyonu dökülürken amputat nazikçe yıkanarak temizlenir.
6.	Amputat nemlendirilmiş steril gazlı beze sarılır.
7.	Steril poşet içerisine konulur ve poşetin ağzı düğümlenir. Poşet içine su konulmaz.
8.	Poşet, transport çantası içine konulur.
9.	Poşetin alt ve yan yüzlerinden temas edecek şekilde buz aküleri yerleştirilir.
10.	Mikrocerrahi yapılabilen en yakın referans hastaneye haber verilerek hızlı bir şekilde transferi gerçekleştirilir.
11.	Amputat buzdolabında +4°C 'de (raf ya da dolap kapağında) saklanır. Asla buzlukta ya da derin dondurucuda muhafaza edilmez.

Kaynak:

Jones NF. Replantation in the upper extremity. In: Thorne CH, Beasley RW, Aston SJ, Barlett SP, Gurtner GC, Spear SL. Grabb & Smith's Plastic Surgery. 6th Ed. Lippincott Williams&Wilkins 2007:pp:869-871.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KORNEA REFLEKSİ MUAYENESİ ÖĞRENME REHBERİ

AMAÇLAR: Kornea refleksine bakabilmek

ARAÇLAR: Pamuk

AÇIKLAMALAR: Kornea refleksi V ve VII. kranial sinirlerin fonksiyonunun test edilmesi için kullanılır. Korneanın duyu innervasyonu trigeminal sinir ile olur. Göz kapaklarını kırma şeklindeki refleks cevabın efferenti ise VII. kranial sinirdir. Bu refleksin arkını kornea- trigeminal sinirin oftalmik dalı-trigeminal sinirin duyu gangliyonu-trigeminal sinirin duyu çekirdeği-medial longitudinal fasikül (MLF)-fasial sinirin motor çekirdeği-fasiyal sinir-M. Orbicularis oculi oluşturur. Refleksin bilateral olmasını MLF sağlar.

Gözün ön segmentini tutan viral enfeksiyonlarda kornea duyarlılığı kalıcı olarak azalır veya kaybolur (Korneal hipo/anestezi). Bu durumda afferent defisite bağlı olarak kornea refleksi kaybolur veya azalır. Klinikte kornea duyarlılığını ölçmek için esteziyometri denen araç kullanılır veya kabaca aşağıdaki yöntemle de bakılabilir.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak işlemle ilgili bilgi verilir.
2.	İnceltilmiş temiz bir pamuk parçası, hastanın görmesine izin vermeyecek şekilde lateralden yaklaştırılarak kornea üzerine değdirilir
3.	Hastanın istemsiz olarak her iki gözünü kırpması izlenir.
4.	Aynı işlem diğer göze uygulanır.



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KÖTÜ HABER VERME BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR:

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	HAZIRLIK: Tıbbi öyküye hakim olma (<i>yeterli zaman, özel yer, mesafe, göz seviyesi, duruş, cep telefonu kapalı, diğer hastalarla o anda görüşülmemeli, hangi tür reaksiyona ne cevap vereceği konusunda düşünülmeli</i>) En kuvvetli tanı olasılığı kanser olduğunda, en erken görüşmede bunun hastayla tartışılması düşünülmeli. "Röntgeninizdeki gölge beni kaygılandırıyor"...
2.	ORTAM: Özel, sessiz, rahatsız edilmelerden uzak, muhtemel arkadaş ya da yakınların olduğu bir ortamda haber verilmeli (<i>Koridor, poliklinik gibi özel olmayan bir yerde haber verilmemeli, insanların onurlu ağlama, ya da ağlayamama hakkı elinden alınmamalıdır.</i>)
3.	GÖRÜŞMEYİ BAŞLATMA
4.	HABERİ VERME: Hastalar hastalıkları konusunda neyin yanlış gittiği, neler olduğu ve ne yapılabileceği hakkında "bilişsel hastalık modeli" oluşturur. Bu nedenle hastaların bakış açıları ve kaygıları öğrenilmelidir. <ul style="list-style-type: none">▶ "Hastalığınız hakkında ne düşünüyorsunuz?"▶ "Diğer doktorlar neler dedi?"▶ "İlk ortaya çıktığında ne olabilir diye düşündün"▶ "Sence bu nasıl bir hastalıktır"▶ "Yakınlarındaki benzer tecrübeler" Pozitif Negatif Pozitif formatını kullanın. İlk olarak umut verici haberlerle başlayın. Kötü haber verildikten sonra söylenenlerin çok azını hatırlarlar. <ul style="list-style-type: none">▶ "Günümüzde tıpta çok ciddi ilerlemeler kaydetmiş durumdayız"▶ "Sonuçlarla ilgili kötü haberlerim var"▶ "Dilerseniz bu süreçte her türlü zorlukta beraber olabiliriz"
5.	DUYGUSAL DESTEK: Yoğun duygusal reaksiyon gösteren hastanın yanında kalmalı, üzüntüsünü hoş görmeli. Hastaların çoğu, ele veya omuza olan bir dokunuşu destekleyici ve rahatlatıcı bulur Yanında birisi olmayan hastaya haberi vermek için arayabilecekleri birinin olup olmadığının sorulması da önemlidir. Hastalar kendini kandırılmış ve öfkeli hissetmektedir. Savunmaya geçmeyin. Doktorun değil hastalığı düşman olduğu ve bununla savaşmada hekimle hastanın birlikte çalışması gerektiği iletilmelidir. Meslektaşlarınızı tartışmayın ve eleştirmeyin.

NO.	BASAMAKLAR
6.	BİLGİLENDİRME, YÖNETİM PLANI YAPMA: Açık ve basit kelimeler kullanın. Bilgiyi az ve anlaşılır şekilde verin, özetleyin. Hastanın söylenenleri anlayıp anlamadığını ve durumunu kontrol edin. Sorulan soruları doğrudan ve dürüstçe yanıtlayın. Detaylı bilgi verme hekimlerin kendi kaygılarını azaltmasına yardımcı olmasına rağmen, kötü haberi ilk kez duyan hasta için nadiren yardımcıdır, Yaşam süresini merak eden soruları olabilir. <i>Bu durumdaki kişilerin ne kadar yaşadığına dair istatistikler bulunmakta ve ben bunları sizinle paylaşabilirim, ancak bunlar sadece ortalama sürelerdir. Sizin ne kadar yaşayacağınız hakkında hiç kimse bir şey söyleyemez.</i>
7.	GÖRÜŞMEYİ BİTİRME SONLANDIRMA Görüşmeyi sonlandırmak için en etkin yol yakın gelecek için plan yapmaktır. Sonraki günler için görüşme programı çıkarılmalı.

Kaynak:

- Özçakır A. Hasta ve hasta ailesine kötü haberi verme. Sendrom. 2005; 17(10): 83- 7.
- Dikici MF, Yaris F, Cubukcu M. Teaching medical students how to break bad news: a Turkish experience. J Cancer Educ. 2009; 24(4):246- 8.
- Brown JB, Hammond J, Weston WW. Breaking bad news. In: Challenges and Solutions in Patient Centered Care. Eds: Brown JB, Stewart M, Weston WW. Radcliffe Medical Press Ltd, 2002, Oxon, UK. Pp: 168- 70.
- Oflaz F. Sağlık çalışanları için kötü, üzücü ya da zor haberleri iletme tekniği. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2007; 8: 62- 9.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

KRANİAL SİNİRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ BECERİSİ

AÇIKLAMALAR: Kranial sinir muayenesi ideal olarak sedyede oturur pozisyondaki hastanın karşısına geçilerek yapılır. Muayene için hastanın kooperasyonu gerekse de bazı değerlendirmeler bilinci kapalı, yatar pozisyondaki hastalarda da yapılabilir.

ARAÇLAR: Işık kaynağı, oftalmoskop, yakın eşeli, abeslang, 512 Hz diapozon, pamuk parçası, refleks çekici.

I. KRANİAL SİNİR: N. OLFACTORIUS

Koku Muayenesi

Rutin pratikte uygulanmaz. Hasta koku ile ilgili bir semptom belirttiğinde yapılır. Hastanın gözlerini kapatması istenir. Tanınması mümkün, tahriş edici olmayan kokular, burun deliklerinin biri kapatıldıktan sonra (limon kolonyası, lavanta, kahve, nane, kimyon gibi) açık olandan koklatılarak hastanın kokuyu tanınması istenir. Bu işlem diğer burun deliği için de tekrarlanır.

II., III., IV. VE VI. KRANİAL SİNİRLER: N. OPTICUS, N. OCCULOMOTORIUS, N. TROCHLEARIS, N. ABDUCENS

1.	Hastanın yakın gözlüğü kullanıp kullanmadığı öğrenilir, kullanıyorsa taktırılır.
2.	Eliyle bir gözünü kapatması istenir.
3.	Yakın eşelindeki harfler 35-40 cm mesafeden en alt satıra kadar okutulur. (Hasta okuma yazma bilmiyorsa eşeldeki E harfinin yönü sorulur)
4.	İşlem diğer gözde tekrarlanır.



Göz dibi değeriendirilmesi

Göz bölümünce anlatılmaktadır

Pupil boyutu ve ışık reaksiyonu

1.	Her iki pupil boyutunun birbirine eşit olup olmadığı oda aydınlığında kontrol edilir.
2.	Bir göze ışık kaynağı ile ışık düşürülürken aynı tarafta pupilin küçülüp küçülmediği kontrol edilir (direkt ışık reaksiyonu).
3.	Aynı göze tekrar ışık düşürülerek karşı tarafta pupilin küçülüp küçülmediği kontrol edilir (indirekt ışık reaksiyonu).
4.	Aynı işlemler karşı göze ışık düşürülerek tekrarlanır.

Görme alanı değeriendirilmesi (Konfrontasyon testi)

Göz bölümünce anlatılmaktadır

Ekstraokuler göz kaslarının değerlendirilmesi

1.	Hastanın karşısına geçilerek her iki üst göz kapağının eşit yükseklikte olup olmadığına bakılır (Pitoz varlığı değerlendirilir).
2.	Bir elin işaret ve baş parmaklarıyla her iki üst göz kapağı kaldırılır, aynı zamanda hastanın başı sabitlenir. Göz eksenlerinde kayma olup olmadığı, spontan nistagmus varlığı değerlendirilir.
3.	Ele alınan bir obje vertikal, horizontal ve oblik doğrultularda sağa-sola, yukarı-aşağı ve çapraz yönlerde hareket ettirilir.
4.	Hastadan gözleriyle objeyi takip etmesi istenir, konjuge göz hareketleri değerlendirilerek bakış kısıtlılığı olup olmadığı, her iki gözün birlikte hareket edip etmediği ve hareketin sonunda nistagmus ortaya çıkıp çıkmadığı gözlenir.
5.	Son olarak obje burnun ucuna doğru yaklaştırılarak bu kez konverjans (göz kürelerinin simetrik olarak mediale bakması) değerlendirilir.

V. KRANİAL SİNİR: N. TRIGEMINUS

<i>Göz bölümünce anlatılmaktadır</i>	
Oftalmik, maksiller ve mandibuler dallarda dokunma duyusunun değerlendirmesi	
1.	Hastadan gözlerini kapatması istenir.
2.	Alında bir noktaya pamuk parçası dokundurular, hastanın dokunmayı hissedip hissetmediği sorulur, ne ile dokunulduğunu anlaması istenir.
3.	Karşı alın yarısında bir noktaya pamuk parçası dokundurular, hastanın hissedip hissetmediği, ne hissettiği sorulur(oftalmik dal).
4.	Hastanın sağ ve sol alın yarısındaki uyarıları eşit şiddette algılayıp algılamadığı sorulur.
5.	Aynı işlem sağ ve sol maksilla üzerinde tekrarlanır (maksiller dal).
6.	Aynı işlem sağ ve sol mandibula üzerinde tekrarlanır (mandibuler dal).
Çiğneme kaslarının değerlendirmesi	
1.	Hastadan çenesini sıkması istenir, bu esnada masseter kaslarının tonusu palpasyonla kontrol edilir.
2.	Hastadan çenesini sıkarak kuvvetli şekilde çiğner gibi yapması istenir, bu sırada temporal adalelerin kontraksiyonu ve tonusu palpe edilir.
3.	Aksi yönde iki parmakla direnç uygulanırken ağzı hafif açık bir durumdayken çenesini sağ ve sola hareket ettirmesi istenir. Dirence karşı gösterilen kuvvet değerlendirilir.

Çene Refleksi	
1.	Alt dudakla çenenin alt sınırı arasındaki oluğa (sublabial oluk) tam orta noktaya işaret parmağı yatay olarak yerleştirilir.
2.	Hastadan çenesini gevşek bırakması, ağzını hafifçe açık bırakması istenir.
3.	Refleks çekici ile işaret parmağı üzerine hafif bir perküsyon yapılır.
4.	Mandibulanın istemsiz olarak yukarı doğru hareketi ve çenenin kapanması gözlenir.

VII. KRANİAL SİNİR: N. FACIALIS

Mimik kaslarının fonksiyonları	
1.	İnspeksiyonla hastanın her iki taraf alın çizgileri ve nazolabial oluklar arasında fark olup olmadığı izlenir.
2.	Hastanın gözlerini sıkıca kapatması istenir. Bu sırada, gözlerini sıkma açısından sağ ve sol arasında fark olmaması, iki tarafı da yeterli düzeyde sıkabilmesi gerekir. Ayrıca gözler elle açılmaya çalışılarak direnç kontrol edilir.
3.	Hastanın kaşlarını kaldırması istenir. Bu işlemin sağda ve solda simetrik ve yeterli şekilde yapılıp yapılamadığı gözlenir.
4.	Hastanın dişlerini göstermesi istenir. Bu işlem sırasında ağız kenarının yeterince çekilip çekilmediği, nazolabial olukların uzunluğu ve derinliğinde sağ ve sol taraflar arasında bir asimetri olup olmadığı gözlenir.
5.	Hastanın yanaklarını hava ile şişirmesi istenir. Her iki tarafın eşit şişip şişmediğine bakılır.
6.	Hastanın dudaklarını büzerek ısıklık çalar gibi yapması istenir. Her iki tarafta perioral kasların kasılması arasında fark olup olmadığı gözlenir.
Kornea Refleksi	
<i>Göz bölümünce anlatılmaktadır</i>	

VIII. KRANİAL SİNİR: N.VESTIBULOCOCHLEARIS

Kohlear Bölüm
İşitmenin yatak başında test edilmesi uygun değildir. Değerlendirmesi asıl odyografi ölçümleriyle yapılır. Yine de hastanın her iki kulağına hafifçe fısıldanarak, ya da kulak kepçesinin önünde işaret ve başparmak birbirine sürülürken çıkan hışırtıyı duyup duymadığı sorularak çok kabaca test edilebilir.
Weber Testi
<i>KBB bölümünce anlatılmaktadır</i>
Rinne Testi
<i>KBB bölümünce anlatılmaktadır</i>

IX. VE X. KRANİAL SİNİRLER: N.GLOSSOPHARYNGEUS ve N.VAGUS

Yumuşak damak hareketleri	
1.	Hastanın konuşurken çıkardığı sesin şiddeti, kalitesi gibi fonasyon özellikleri dinlenir.
2.	Baş hiperekstansiyon durumundayken hastanın ağzı açılarak orofarenks, uvula, yumuşak damak gözlenir duruma getirilir. Orofarenkse karanlıkta kalıyorsa ışık kaynağı ile ışık tutulur. Yumuşak damağın her iki tarafta eşit yükseklikte olduğu, uvulanın orta hatta olduğu gözlemlenir.
3.	Sesli olarak "eee" demesi istenir. "e" sesi çıkarılırken yumuşak damağın her iki tarafta eşit olarak havalandığı, uvulanın orta hatta kaldığı gözlenir.
Farinks Refleksi	
1.	Hastaya yapılacak işlem anlatılır.
2.	Hastanın ağzı açılarak orofarenks, uvula, yumuşak damak görülebilir duruma getirilir.
3.	Bir dil basacağı ile orofarenksin bir tarafına dokunulur.
4.	Hasta öğürürken yumuşak damaktaki refleks kasılma gözlenir.
5.	İşlem karşı orofarenkse dokunularak tekrarlanır. (Şiddetli bulantı kusması olan, şiddetli kafa içi basınç artışı olduğu düşünülen bilinci kapalı hastada farenks refleksi bakılmaz)

XI. KRANİAL SİNİR: N. ACCESSORIUS

Trapez kası	
1.	Hastanın omuzlarını yukarı kaldırması istenir
2.	İki elle hastanın omuzları aşağı doğru bastırılır.
3.	Hastanın gösterdiği direnç değerlendirilir.
Sternokleidomastoid kas	
1.	Dört parmak hastanın çenesinin bir yanına koyulur.
2.	Hastadan başını dört parmağın koyulduğu tarafa çevirmesi istenir.
3.	Hasta başını bu tarafa çevirmeye çalışırken dört parmakla bu harekete engel olunmaya çalışılır, gösterilen direnç değerlendirilir.
4.	Aynı işlem hastanın başını ve yüzünü karşı tarafa çevirmesi istenerek tekrarlanır.

XII. KRANIAL SİNİR: N.HYPOGLOSSUS

Dil ve hareketleri	
1.	Hastanın ağzını açması istenir.
2.	Ağız içindeyken dilde atrofi, fasikülasyon veya deviasyon olup olmadığı gözlenir.
3.	Hastadan ağız içindeyken dilini sağa sola hareket ettirmesi istenir. Ağız içinde dil hareketlerinde bir kısıtlılık olup olmadığı değerlendirilir.
4.	Hastanın dilini dışarı çıkarması ve sağa sola hareket ettirmesi istenir. Dilde atrofi, fasikülasyon ve deviasyon varlığı ile ağız dışında dil hareketlerinde bir kısıtlılık olup olmadığı belirlenir.

Kaynak:

1. Bickley LS, Hoekelman RA. Fizik muayene rehberi, Nobel tıp kitabevleri, 2004
2. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nörolojik muayene, Nöroloji Kitabı
3. Merritt's Neurology, Türkçe 2012
4. Dejong Nörolojik Muayene El Kitabı



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

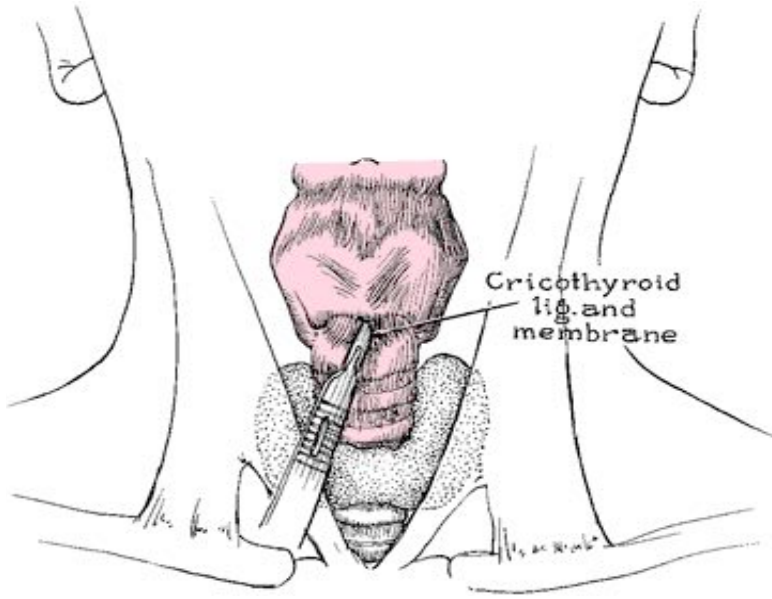
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KRIKOTİROTOMİ (CONIOTOMY) YAPMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Acil hava yolu sağlamak amacıyla krikotirotomi işlemi becerisinin kazanılması.

ARAÇLAR: Krikotirotomi yapılacak maket, ışık kaynağı, alın aynası, bistüri, bistüri sapı, moskito forseps, trakeotomi kanülü, steteskop.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Eller yıkanıp kurulanır
2.	Düz bir sedyede yatan hastanın boynu ekstansiyona getirilir.
3.	Hastanın sağ tarafına geçilir.
4.	Alın aynası veya tepe ışığı yardımıyla işlem yapılacak alana ışık düşürülür.
5.	Sol elin baş parmağı ve 3. parmaklar yardımıyla larenks ve trakea tespit edilir.
6.	Sol elin işaret parmağı yardımıyla tiroid ve krikoid kartilajlar ve krikotiroid aralık palpe edilir.
7.	Krikoid kartilajın hemen üzerinden horizontal bir insizyon yapılır
8.	Krikotiroid membrana ulaşınca membrana bistüri yardımıyla delik açılır. Açılan delik forseps yardımıyla genişletilir.
9.	Trakeotomi kanülü eğer yoksa entübasyon tüpü delikten içeri yerleştirilir.
10.	Daha sonra akciğerler steteskop ile dinlenerek eşit havalanıp havalanmadığı kontrol edilir.
11.	Kanül veya entübasyon tüpü boyuna çıkmayacak şekilde tespit edilir.
12.	Işık kaynağının elektrik devresi kapatılır.
13.	Kullanılan aletler kirli kutusuna atılır.
14.	Uygun olan en kısa zamanda hastaya trakeotomi açılması planlanır.



Kaynak:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Klinik Beceri Eğitimi Rehberi
(2009)



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

MEME FİZİK MUAYENESİ BECERİSİ

Yrd. Doç. Dr. Kağan KARABULUT
Doç. Dr. İlhan KARABIÇAK
Prof. Dr. Cafer POLAT

AMAÇLAR: Meme fizik muayenesi yapabilmek.

ARAÇLAR: Muayene masası, önlük, eldiven.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Yapılacak muayene hakkında hastaya bilgi verilir ve onayı alınır
2.	Hastanın onayı da alınarak muayene odasında bir bayan sağlık çalışanı bulunması sağlanır
3.	Muayene odasının mahremiyeti ve yeterince aydınlık olması sağlanır
4.	Belden yukarısındaki tüm giysiler çıkarılır, muayene giysisi giydirilir
5.	Eller yıkanır, eldiven giyilir, muayene masasında oturan hastanın karşısına geçilir
	İnspeksiyon
6.	Meme 5 kadrana ayrılarak ön ve yanlardan cildin durumu, portakal kabuğu görünümü, ülserasyon, skatris, kızarıklık, ödem, meme kontürleri, meme başında akıntı, çekilme, kanama, areolada pullanma olup olmadığı gözlenir
7.	Kollar her iki yanda serbest halde bulunurken, ileri uzatılmışken, baş üstünde birleştirildiğinde ve bele konularak kuvvetlice bastırılırken (m.pectoralis majorlerin kasılması sağlanacak şekilde) memelerde çekinti, çökme olup olmadığı gözlenir
	Palpasyon
8.	Servikal lenfadenopati varlığı araştırılır
9.	Supraklaviküler boşluk her iki el 2-3-4. parmakların distal falankslarının palmar yüzüyle küçük dairesel hareketlerle palpe edilir, ele gelen kitle varlığı, kıvamı, hareketliliği, ağırlığı olup olmadığı kontrol edilir

NO.	BASAMAKLAR
10.	Hastanın sol kolu hekimin sol eli üzerine alınır, sağ el ile sol aksilla apekse kadar dairesel hareketlerle palpe edilir, aksillanın dört duvarı ele gelen kitle, lenf nodu varlığı açısından ayrı ayrı değerlendirilir
11.	Aynı işlem kol değiştirilerek sağ aksilla için tekrarlanır
12.	Meme palpasyonu için hasta sırt üstü yatırılır. Kollar dirsekten bükülerek hastanın başının altına alınır. Gerekirse muayene edilecek tarafta skapula altına küçük bir yastık konulur
13.	Palpasyon 2-3-4. parmakların distal falankslarının palmar yüzüyle ile ve her iki el yan yana kullanılarak Radial, spiral veya izgara yöntemiyle memenin tüm kadrantları hiçbir bölüm atlanmadan, parmak uçları ile küçük daireler oluşturularak palpe edilir. Palpasyon sırasında memenin kıvamı, sertliği, nodüller yapısı, varsa kitleler ve hassasiyet incelenir. Kitle, lezyon veya skar dokusu varsa, hangi kadranda olduğu, saat kaç hizasında olduğu ve areoladan kaç cm uzaklıkta bulunduğu; boyutu, sertliği, hareketli olup olmadığı, çevre meme dokusundan sınırlarının ayırt edilip edilmediği not edilir. Meme parmak uçları ile küçük daireler çizilerek göğüs duvarı arasında nazıkçe sıkıştırılır
14.	Hasta muayane bulguları konusunda bilgilendirilir, ve kendi kendine meme muayenesi konusunda eğitim verilir
15.	Hastaya giyindirilir, eller yıkanır

Kaynak:

1. Lynn S. Bickley M., Bates' Guide to Physical Examination and History Taking, 10th Edition [Hardcover] Lippincott Williams & Wilkins; Tenth, North American Edition edition (December 11, 2008)
2. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Entegre Hekimlik Uygulamaları Ders Kurulu Klinik Beceri Rehberleri
3. Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleki Beceri Laboratuvarı Öğrenim Rehberleri
4. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Eğitimi Anabilim Dalı Klinik Beceri Eğitimi Öğrenim Rehberleri



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

MENTAL DURUM DEĞERLENDİRME BECERİSİ

AÇIKLAMALAR: Mental durum değerlendirmesi yapılabilmesi için hastanın bilincinin açık olması gerekir. Muayeneye dikkatin değerlendirilmesi ile başlanmalıdır. Oryantasyon-yönelim ve genel güncel bilgi tüm serebral lobların bir arada sağladığı bir işlemdir. Dikkat, muhakeme, soyutlama, benzerlik ve zıtlıkların belirlenmesi, uygunsuz uyarının inhibisyonu (Luria çizimleri ve Luria el hareketleri) frontal lobun, görsel-mekansal işlevler oksipitopariyetal korteksin, bellek temporal lobun, lisan-dil frontal ve temporal lobların fonksiyonudur. Praksi pariyetal ve frontal lobların, hesaplama pariyetal lobun işlevidir. Mental muayene ve nörolojik muayene gerekli olduğunda çok ayrıntılandırılabilir. Burada en temel muayene yöntemleri anlatılmaktadır.

ARAÇLAR: Kağıt, kalem

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastanın el tercihi öğrenilir.
2.	Hastanın okur-yazar olup olmadığı, eğitim düzeyi ve yaşadığı çevre öğrenilir, kaydedilir.
3.	Yakın gözlüğü ya da işitme cihazı kullanıyorsa takması istenir.
ORYANTASYON-YÖNELİM	
Aşağıdaki sorular sorulur, yanıtlar kaydedilir, hastanın yakınlarından yardım almaması sağlanır.	
4.	ZAMAN ORYANTASYONU (GENELDEN ÖZELE DOĞRU) i. Hangi yıldayız? ii. Hangi mevsimdeyiz? iii. Hangi aydayız? iv. Bu gün ayın kaçındır? v. Bugün günlerden nedir?
5.	YER ORYANTASYONU (GENELDEN ÖZELE DOĞRU) i. Hangi il/kentteyiz? ii. Hangi ilçedeyiz/semtteyiz? iii. Şu anda nerede bulunuyoruz? İçinde bulunduğumuz binanın adı ne? iv. Kaçınıcı kattayız? vi. Hangi bölümdeyiz? vii.

NO.	BASAMAKLAR
6.	KİŞİ ORYANTASYONU i. Ben kimim? Mesleğim nedir? ii. (Odadaki başka bir kişi gösterilerek) Bu kişi kimdir?
7.	GENEL GÜNCEL BİLGİ DÜZEYİ i. Cumhurbaşkanı/başbakanın adı nedir? ii. Son zamanlarda ülkemizde/köyünüzde yaşanan önemli olayları anlatır mısınız?
8.	DİKKAT i. Haftanın günlerini sayar mısınız? Şimdi de haftanın günlerini sondan başa doğru sayar mısınız? <i>ya da</i> Yılın aylarını Ocak'tan başlayarak sayar mısınız? Şimdi de yılın aylarını sondan başa doğru sayar mısınız? ii. 100'den geriye doğru yedişer yedişer sayar mısınız? (Beş basamak)
9.	DİL-LİSAN i. Konuşma (Hasta konuşurken kullandığı kelimelerin ve kurduğu cümlelerin gramatik yapısı, anlamlılığı, duruma ve amaca uygunluğu, ses, hece ya da kelime tekrarları, cümlelerin uzunluğu, içerdiği kelime sayısı değerlendirilir.) ii. Anlama (Yakınma, anamnez ve tıbbi geçmiş sorgulanırken soruları anlayıp anlamadığı, yanıtlarının uygunluğu değerlendirilir, ayrıca üç aşamalı bir komut söylenerek duyarak anlaması kontrol edilir) Bu kağıdı alıp ortadan ikiye katlayıp yere bırakır mısınız? iii. İsimlendirme Görerek isimlendirme (Odada veya muayene masasının üzerinde bulunan "kalem, gözlük, gömlek" gibi bazı nesnelere gösterilir ve isimleri sorulur, ancak sorulan objenin ses çıkarmaması sağlanır) Akıldan isimlendirme Deniz ne renktir? Sobada ne yakılır? iv. Tekrarlama "Havalar iyice soğudu" , "O gelmiş olsaydı ben de giderdim" cümlelerini tekrar etmesi istenir. v. Okuma (Masanın üzerinde bulunan kağıda okunaklı bir şekilde " <i>Gözlerinizi kapayın</i> " gibi bir emir cümlesi yazılır, hastadan sesli olarak yazılanı okuması ve yapması istenir) vi. Yazma (Hastaya boş bir kağıt ve kalem verilir, özne, nesne ve yüklemi bulunan her hangi bir cümle yazması istenir, adını ya da hastanenin adını yazması yeterli değildir)

NO.	BASAMAKLAR
10.	YÜRÜTÜCÜ İŞLEVLER
	<p>i. Soyutlama (Herkes tarafından tanınan iki atasözünün ne anlama geldiğini açıklaması istenir)</p> <ul style="list-style-type: none">- "Ayağını yorganına göre uzat"- "Ağaç yaşken eğilir" <p>ii. Problem çözme, akıl yürütme ve karar verme</p> <ul style="list-style-type: none">- Sokakta bir cüzdan bulsanız ne yaparsınız?- Yakın bir arkadaşınızın bulunduğu, daha önce hiç görmediğiniz bir şehre gittiğinizi varsayın. Adresini ve telefon numarasını bilmediğiniz bu arkadaşınızı nasıl bulursunuz? <p>(Yanıtlarda hastanın net amaca uygun, mantıklı çözümleri üretmesi, baştan savma cevaplarla konuyu geçiştirmemesi sağlanır)</p> <p>iii. Uygunsuz uyarının inhibisyonu</p> <ul style="list-style-type: none">- Luria el hareketleri (Hasta ile aynı yöne bakacak şekilde masanın başına oturulur, elini masanın üzerine koyması istenir. Sırayla dominant el yumruk, kenar, avuç içi yapılarak masaya vurulur, hastadan "elini aynı şekilde yapması" istenir, bu esnada hastaya hareketlerin sırasıyla ilgili bir açıklama yapılmaz, sırayı, düzeni hastanın izleyerek algılayıp uygulaması beklenir. Aslında dikkat bir bileşenidir.)- Luria çizimleri (Hasta ile aynı yöne bakılacak şekilde masaya oturulur, boş bir kağıda kare-boşluk-üçgen-boşluk-kare-boşluk-üçgen sırasıyla Luria çizimleri yapılır, birkaç tur çizildikten sonra bir karenin üst köşesinde bırakılır, çizim yapılırken "bu çizilendeki örüntüyü/ahengi/düzeni algılayıp, bırakılan yerden devam edilmesi" istenir) <p>iv. Soyutlama-Benzerlik kurabilme (Birbiriyle benzerlik gösteren "futbol topu-dünya" veya "gemi-at" gibi iki nesne arasındaki ortak noktayı açıklaması istenir)</p> <p>v. Sözel akıcılık</p> <ul style="list-style-type: none">- Leksikal akıcılık (K-A-S testi) (Zaman tutularak, hastadan bir dakika içinde sırayla "K", "A" ve "S" harfleriyle başlayan kasa, köpek, kiraz gibi özel isim olmayan nesne isimleri söylemesi istenir, yanıtlar kaydedilir)- Kategori akıcılığı: (Bir dakika içinde hayvan, meyve vb. isimleri saydırılır)
11.	BELLEK (Yakın süreli epizodik bellek)
	<p>Kayıt</p> <p>(Hastaya birbiriyle ilişkisiz, ses benzerliği içermeyen, çağrışım yaptırmayacak, herkes tarafından bilinen "mavi, şahin, lale" gibi üç kelime söylenir, bunları üç kere tekrarlaması ve birazdan tekrar sorulacağı için aklında tutması istenir)</p>
12.	GÖRSEL MEKANSAL İŞLEVLER
	<p>i. Yapılandırma - Kopyalama (Kağıda bir dikdörtgenler prizması ya da içiçe geçen iki beşgen çizilir, hastanın aynısını bakarak kopyalaması istenir.)</p> <p>ii. Mekansal Dikkat (Kağıda bir çember çizilir, hastadan bunu bir saat kabul etmesi istenir, 1'den 12'ye kadar saat rakamlarını yerleştirmesi ve sonra da akreple yelkovanı saat "onu çeyrek geçiyor" olarak işaretlemesi istenir)</p>

NO.	BASAMAKLAR
13.	HESAP
<p>(Hastadan çok kompleks ya da çok basit olmayan hesaplamaları yazarak yapması istenir)</p> <p>- Şimdi buraya yazacağım işlemleri yapar mısınız?</p> <p>24÷4= 12x8= 28-17= Dört lirada kaç 25 kuruş vardır?</p>	
14.	İNCE MOTOR BECERİ-PRAKSİ
<p>(Eğer odada uygun nesnelere varsa bunlar, yoksa hayali olarak her iki el kullanılarak ince motor beceri gerektiren işler yapması istenir)</p> <p>- Bu şişenin kapağını açın, bardağa su koyun ve kapağı yeniden kapatın lütfen. - Burada bir çivi ve çekiç olduğunu varsayın, masaya çiviye çakar gibi yapar mısınız? - Elinizde bir tarak varmış da saçınızı tarıyormuş gibi yapar mısınız? - Burada bir kibrit kutusu ve mum varmış sayalım, bir kibrit çıkıp mumu yakıp sonra da üfleyerek söndürür gibi yapar mısınız? -(Masaya bozuk paralar serilir, hastadan paraklarıyla paraları toplaması istenir- Ekstremiteler kinetik apraksi)</p>	
15.	BELLEK-Geri çağırma
<p>Daha önce size söylediğim üç sözcük neydi?</p> <p>(Hatırlayamazsa önceden verilen sözcükle aynı kategoriden iki sözcük daha eklenerek ipucu verilir, üç kelime içinde adını duyunca hatırlaması beklenir.)</p> <p>- Size daha önce söylediğim sözcük şimdi sayacaklarımdan biriydi; "sarı-yeşil-mavi" hangisiydi? "Kartal-şahin-atmaca" "Lale-papatya-gül"</p>	
16.	TANIMA-GNOZİ
<p>i. Görsel tanıma (odadaki kalem, kravat, tablo gibi bazı nesnelere gösterilerek tanınması istenir, bu muayene aslında isimlendirme muayenesi sırasında yapılmıştır)</p> <p>ii. Taktil gnoz (hastadan gözlerini kapaması istenir, avucuna ses çıkarmayan cep telefonu, anahtar, cüzdan gibi bir obje verilir, parmaklarıyla yoklayarak ne olduğunu tanıması istenir)</p> <p>iii. Renk tanıma (odada bulunan herhangi bir cismin rengi sorulur) Gömleğim ne renk? Kapı ne renk?</p>	

Kaynak:

1. Bickley LS, Hoekelman RA. Fizik muayene rehberi, Nobel tıp kitabevleri, 2004
2. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nörolojik muayene, Nöroloji Kitabı
3. Merritt's Neurology, Türkçe 2012
4. Dejong Nörolojik Muayene El Kitabı



MİKROSKOP KULLANMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Mikroskobu tanıma ve kullanım şeklinin öğrenilmesi.

ARAÇLAR: Mikroskop, Preparat, Gazlı bez (tercihen lens temizleme kâğıdı), İmmersiyon yağı ve objektif lensi temizleme sıvısı.

MİKROSKOBU TANIMA

1. Bakım ve kullanım

- A. Masanızdaki mikroskoptan siz sorumlusunuz. Mikroskoplar oldukça pahalı cihazlardır; lütfen dikkatli kullanınız.
- B. **Taşıma:** Mikroskobu yerinden oynatmak veya taşımak için iki elinizi birlikte kullanın. Mikroskoplarda birbirlerine geçmiş veya vida ile tutundurulmuş çok sayıda parça bulunmaktadır. Bu nedenle mikroskobu her zaman dikey konumunu koruyarak taşıyın. Aksi takdirde, farkında olmadan gevşemiş veya birbirlerine geçmiş parçalar yere düşebilir.
- C. **Temizleme:** Mikroskobun en kıymetli kısmı objektifleridir; temizliklerine özen gösterilmelidir. İmmersiyon objektifi dışındaki objektiflerin (4x, 10x, 40x; her objektifin büyütmesi üzerinde yazılıdır) lensleri su ile nemlendirilmiş lens kâğıdı ile temizlenmelidir. İmmersiyon yağı sadece immersiyon objektifi (100x) ile kullanılmalıdır. İmmersiyon objektifi, lens temizleme sıvısı ile nemlendirilmiş lens kâğıdı ile temizlenmelidir.

2. Mekanik aksam

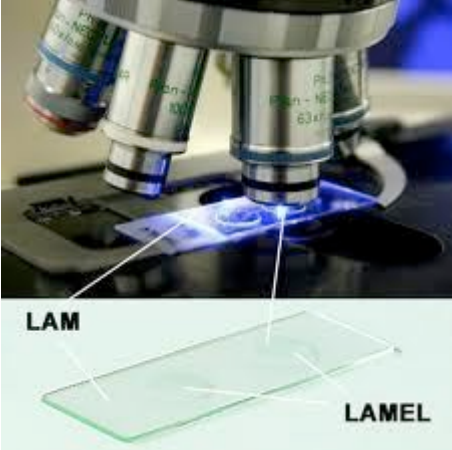
Laboratuvarınızda kullanacağınız mikroskoba benzer bir mikroskop aşağıda gösterilmiştir.

Her mikroskopta şu temel aksam bulunur:


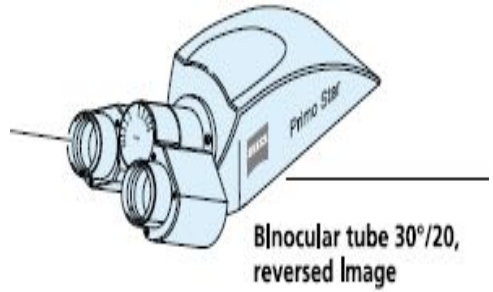
1. Işık kaynağını da içeren bir taban
2. Preparatın yerleştirildiği bir tabla


3. Tabla altında yerleşik bir kondansör, yardımcı kondansör lensi ve kondansör ayarlarını temin eden vidalar. Kondansör, oldukça küçük alanlar olan preparattaki inceleme bölgelerine daha fazla ışığın toplamasını ve odaklanmasını sağlar.
4. Kondansör yüksekliğini ayarlayan bir vida. Bazı mikroskoplarda bulunmayan bu vida uygun aydınlanmanın oluşturulması ve büyük büyütmede görüntü kalitesinin artırılmasında önemli ölçüde katkı sağlar.
5. Mikroskop tablasını aşağı-yukarı hareket ettirerek görüntünün odaklanmasını sağlayan vidalar. Kaba hareket sağlayan bir makrovida ve ince hareket sağlayan bir mikrovida.
6. Bir seri objektif (4x; 10x; 40x; immersiyon objektifi, 100x gibi).
7. İki oküler içeren binoküler başlık (bazı mikroskoplarda, özellikle eski model olanlar tek okülerlidir).

3. Gerekli ayarların yapılması ve kesitin odaklanması

NO.	BASAMAKLAR
1.	Mikroskobun fişini prize takın ve güç düğmesini açık konumuna getirin. Işık ayar düğmesini yaklaşık orta seviyeye getirin.
2.	Eğer varsa, kondansör yüksekliğini ayarlayan vidayı kullanarak kondansörü en yüksek konumuna getirin. Kondansör diyaframını tamamen açın.
3.	Mikroskop tablasını makrovidayı kullanarak aşağıya indirin.
4.	<p>Preparatı gazlı bezle temizleyin ve tablaya yerleştirin. Preparattaki dokuyu kondansör üzerine gelecek şekilde konumlandırın ve aydınlanmasını sağlayın. Lamelin üst yüzde olduğundan emin olun. Preparatları kullanırken dikkatli olun. Oldukça pahalı ve zaman alıcı işlemler sonucunda hazırlanmışlardır. Kolay kırılabilen özelliktedirler.</p>  <p><i>Preparatı mikroskop tablasına yerleştirirken lamelin üst yüzeyde olduğundan emin olunuz.</i></p>

NO.	BASAMAKLAR
5.	<p>Her zaman için preparatları öncelikle çıplak gözle inceleyin. Mikroskopik incelemeye en küçük objektifle başlayın. Bu objektifi yerine kaydıldıktan sonra, makrovidayı kullanarak objektif lensini kesite yaklaştırın. Bunu, mikroskobanın tarafından bakarak objektifin lamele yaklaşmasını sağlayınız. Bu işlem için oküleri kullanmayın. Objektif lensinin kesite temas etmemesine özen gösterin. Bu aşamadan sonra, okülerden bakarak makrovida aracılığı ile yavaşça kesit ile objektif lensi arasındaki mesafeyi ARTIRIN ve dokuyu kabaca odaklayın. Eğer bir önceki aşamada kesiti objektife yeteri kadar yaklaştırmışsanız, kesitten yavaşça uzaklaşma işlemi sırasında dokunun gözlemlenebileceği odak düzleminden geçeceksiniz. Dokuyu kabaca odakladıktan sonra ince ayar için mikrovidayı kullanarak görüntüyü netleştirin. Daha sonra 10x'luk objektife geçin ve makrovidaya dokunmadan sadece mikrovida ile yeniden odaklayın. Elde ettiğiniz görüntü her iki gözünüz için net olmayabilir. Bunun nedeni okülerlerin ayrı bir ayar gerektirmesidir. Bunun için;</p>

NO.	BASAMAKLAR
6.	<p>Okülerler arası mesafeyi kendi gözünüze göre ayarlayın. Mikroskoba okülerlerden bakar durumda iken okülerleri tutun ve görüntü size göre net oluncaya kadar yavaşça uzaklaştırın veya yakınlaştırın. Oküler ayarından önce ayrı olan iki görüntünün ayar sonrasında birleştiğini göreceksiniz.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  <p>Oküler arası mesafe</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>Binocular tube 30°/20, reversed image</p> </div> </div> <p style="text-align: center;"><i>Oküler arası mesafeyi gözünüze göre ayarlayınız.</i></p>
7.	<p>Okülerlerin odak noktasını gözünüze göre ayarlayın. Binoküler mikroskoplarda genellikle okülerlerin her ikisi veya biri odaklanabilir özelliktedir. Eğer her ikisi odaklanabiliyorsa, yukarıdaki işlemlerden sonra okülerleri birbirlerinden bağımsız olarak oküler odak ayar vidası ile görüntü her ikisinde netleşinceye kadar odaklayın. Eğer sadece tek oküler odaklanabiliyorsa, yukarıda tarif edilen ve mikrovida ile yapılan odaklama işlemlerini önce odaklanamayan okülere göre yapın. Görüntü bu okülerde net hale geldikten sonra, odaklanabilen oküleri kendi üzerindeki odak ayar vidası ile ayarlayarak her iki gözünüzün de odaklanmış net bir görüntü görmesini sağlayın.</p>

NO.	BASAMAKLAR
8.	Kondansörün uygun yükseklikte olduğunu ve ışığın görüntünün merkezinden geçtiğini kontrol edin. Bunun için kondansör ayarlarını temin eden vidalardan yararlanın. Kondansör ayarları özellikle büyük büyütmelerde görüntü kalitesini önemli ölçüde artıracaktır. Büyük büyütmelerde bazı mikroskoplarda bulunan yükseklik ayar vidası ile kondansör yüksekliğini yeniden ayarlamanız gerekebilir.
9.	<p>Objektifleri değiştirmek istediğinizde objektifler yuvasına oturmadan önce onları gözlemleyin. Ters yerleştirilmiş preparatlar gibi bazı faktörler objektif lensinin preparata değmesine ve lensini zedelemesine neden olabilir. Büyük büyütmede inceleme yapmak için işleme her zaman önce küçük objektiften başlayın. Daha sonra sırasıyla büyük objektiflere geçin. SİZE BİLDİRİLMEDİKÇE İMMERSON OBJEKTİFİNİ KULLANMAYIN.</p>  <p><i>Objektifin yuvasına oturduğundan emin olunuz.</i></p>
10.	Mikroskopla işiniz bittiğinde güç düğmesini kapatın. Makrovida ile tablayı aşağıya indirerek preparatı alın ve kılıfını örtün.

Kaynak:

1. Gartner L.P., Hiatt J.L., 1998. Color Textbook of Histology. 3rd edition. W.B. Saunders, Philadelphia.
2. Junqueira L.C., Carneiro J., 2003. Basic Histology, 10th edition. Çeviri: Aytakin Y., Solakoğlu S. Temel Histoloji, Nobel Tıp Kitapevleri.
3. Ross M.H., Romrell L.J., Kaye G.I., 1995. Histology: a text and atlas. 3rd edition. Baltimore: Williams & Wilkins.
4. Young B., Heath J.W., 2000. Wheather's Functional Histology. 4th edition. Churchill Livingstone, Edinburgh.

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

MOTOR MUAYENE BECERİSİ

AÇIKLAMALAR: Ayrıntılı kas gücü muayenesinin yapılabilmesi için hastanın tam kooperasyonu gerekir. Bu nedenle işlemden önce yapması istenilenler iyice anlatılmalıdır. Hastanın üzerinde sadece çamaşırları bırakılır. Muayene odasına hastayla aynı cinsiyette bir yakını ya da yardımcı sağlık çalışanı alınır. Kural olarak kas gücü muayenesine distalden başlanır, simetrik yapılır ve önce sağlam olduğu düşünülen tarafta yapılır. Bilinci kapalı hastada kas gücü değerlendirilmesi ağrılı uyaran vererek kabaca yapılabilir. Kas gücünün uluslararası ifadesi için MRC (Medical Research Council) skalası kullanılır. Bu skalya göre kas gücü 0-5 arası altı derece ile belirlenir.

- 0 Kasta hiçbir kontraksiyon yok
- 1 Harekete yol açmayacak sadece tonik bir kontraksiyon var
- 2 Kasta kontraksiyon ve ekstremitelerde hareket var ancak sadece yerçekimiyle aynı yönde
- 3 Kastaki kasılma yerçekimini yenebiliyor ama dirence karşı koyamıyor
- 4 Kas dirence karşı koyabiliyor ama gücü azalmış
- 5 Tam kas gücü

1. KAS GÜCÜ DEĞERLENDİRMESİ

A. ÜST EKSTREMİTE

NO.	BASAMAKLAR
1.	Sedyeye oturtulan hastanın karşısına geçilir. (Eğer bu mümkün değilse, yatar konumdaki hastada da kas gücü muayenesi yapılabilir.)
2.	İnspeksiyonla hastanın kollarını spontan hareket ettirebildiği gözlenir, her iki üst ekstremitte, boyun, sırt ve skapulaların üzeri kas atrofisi, fasikülasyon, iskelet deformiteleri, hiperkinetik hareket bozukluğu açısından incelenir.
El parmak fleksiyon ve ekstansiyonu	
3.	El metakarpal kemiklerden tutularak tespit edilir.
4.	El parmaklarına fleksiyon ve ekstansiyon yaptırılır.
5.	Bu hareketlere karşı direnç uygulanır, dirence karşı koyabilme seviyesi göz önüne alınır.
6.	Aynı işlemler karşı ekstremitelerde tekrarlanır.
El parmak abdüksiyon ve adduksiyonu	
7.	Hastanın el parmaklarını açması istenir (abduksiyon).

NO.	BASAMAKLAR
8.	Bu işlem sırasında parmaklar kapatılmaya çalışılır. Hastanın gösterebildiği direnç değerlendirilir.
9.	Hastanın el parmaklarını birleştirmesi istenir (adduksiyon)
10.	Bu işlem sırasında parmaklar açılmaya çalışılır. Hastanın gösterebildiği direnç değerlendirilir.
11.	Aynı işlemler karşı ekstremitede tekrarlanır.
EI bilek fleksiyon ve ekstansiyonu	
12.	Önkol distali bir elle tespit edilir.
13.	Diğer elle aksi yönde direnç uygulanırken hastadan elini bilekten yukarı kaldırması istenir.
14.	Dirence karşı koyabilme değerlendirilir.
15.	Diğer elle aksi yönde direnç uygulanırken elini bilekten aşağı kıvrması istenir.
16.	Dirence karşı koyabilme değerlendirilir.
17.	İşlemler karşı elde tekrarlanır.
Önkol fleksiyon ve ekstansiyonu	
18.	Önkol supinasyon durumundayken bir elle koldan tespit edilir.
19.	Diğer elle tutulan önkolunu hastanın kendisine doğru dirsekten fleksiyon yaparak çekmesi istenir.
20.	Bu harekete karşı direnç uygulanır, dirsek açılmaya çalışılır.
21.	Hastanın dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.
22.	Fleksiyon yapmış önkolun posteriorundan bir elle tutulurken hastadan önkolunu açması istenir.
23.	Dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.
24.	İşlemler karşı önkolda tekrarlanır.
Kol abduksiyon ve adduksiyonu	
25.	Hastanın kollarını iki yana doğru açması istenir.
26.	Her iki el üzerinden bastırılarak kollar gövdeye yaklaştırılmaya çalışılır.
27.	Hastanın buna gösterdiği direnç değerlendirilir.
28.	Hastadan kollarını önkol fleksiyonda olacak şekilde gövdesine sıkıca yapıştırması istenir.
29.	Bir elle gövdeden bir elle kol medialinden tutularak hastanın kolu açılmaya çalışılır.

NO.	BASAMAKLAR
30.	Açmaya karşı gösterilen direnç değerlendirilir.
Boyun fleksiyon ve ekstansiyonu	
31.	Hastadan başını boynundan güçlü bir şekilde öne eğmesi istenir
32.	Bu harekete karşı alnından itirilerek karşı koyulur.
33.	Hastanın dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.
34.	Hastadan başını arkaya doğru itmesi istenir, Bu sırada başının arkasından karşı yöne doğru ittirilir.
35.	Dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir

B. ALT EKSTREMİTE

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hasta sedyeye sırt üstü yatırılır.
2.	İnspeksiyonla her iki alt ekstremitte ve karın kas atrofisi, fasikülasyon, iskelet deformiteleri, hiperkinetik hareket bozukluğu olup olmadığı ve spontan postürü açısından kontrol edilir. Hastanın alt ekstremitelerini spontan hareket ettiremediği gözlenir.
Ayak parmak fleksiyon ve ekstansiyonu	
3.	Ayak metatarsal kemiklerden tutularak tespit edilir.
4.	Ayak parmaklarına fleksiyon yaptırılır.
5.	Bu hareket esnasında parmaklar geri doğru çekilerek direnç uygulanır, dirence karşı gösterilen güç değerlendirilir.
6.	Ayak parmaklarına ekstansiyon yaptırılırken bir elle yukarıdan aksi yönde bastırılır.
7.	Gösterilen dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.
8.	Aynı işlemler karşı ekstremitede tekrarlanır.
Ayak bilek fleksiyon ve ekstansiyonu	
9.	Bacak bir elle tespit edilir.
10.	Diğer elle aksi yönde direnç uygulanırken hastadan ayağını dorsifleksiyona getirerek yukarı doğru çekmesi istenir.
11.	Dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.
12.	Diğer elle aksi yönde direnç uygulanırken ayağını bilekten aşağı "gaz pedalına basar" gibi kıvrması istenir (plantar fleksiyon).
13.	Dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.

NO.	BASAMAKLAR
14.	İşlemler karşı ayakta tekrarlanır.
Bacak (diz) fleksiyon ve ekstansiyonu	
15.	Hastanın dizini kırarak bacağını kendisine doğru çekmesi istenir.
16.	Bacak tutularak aksi yönde çekilir
17.	Hastanın dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.
18.	Fleksiyon yapmış bacağını açması istenir.
19.	Bu sırada bacağın önünden itilerek diz bükülmeye çalışılır, hastanın dirence karşı koyabilme gücü değerlendirilir.
20.	İşlemler karşı bacakta tekrarlanır.
Uyluk fleksiyon ve ekstansiyonu	
21.	Diz ekstansiyon durumda iken uyluk ve bacağını havaya kaldırması istenir.
22.	Bir elle uyluk diz üzerinden bastırılarak sedyeye doğru yaklaştırılmaya çalışılır.
23.	Hastanın bu işleme gösterdiği direnç değerlendirilir.
24.	Hastadan dizini sedyeye doğru bastırması istenir.
25.	Bir elle diz uyluk altından tutularak uyluk yukarı kaldırılmaya çalışılır.
26.	Hastanın bu harekete gösterebildiği direnç değerlendirilir.
27.	Aynı işlem karşı ekstremitede tekrarlanır.
Uyluk abduksiyon ve adduksiyonu	
28.	Hastadan uyluğunu yana doğru açması istenir.
29.	Uyluk dıştan bastırılarak diğer bacağa doğru yaklaştırılmaya çalışılır.
30.	Hastanın buna gösterdiği direnç değerlendirilir.
31.	İşlem karşı uylukta tekrarlanır.
32.	Hastadan her iki uyluğu orta hatta birleştirmesi istenir.
33.	Diz medialinden bir elle tutularak uyluk yana doğru açılmaya çalışılır.
34.	Hastanın buna gösterebildiği direnç değerlendirilir.
35.	Aynı işlem karşı tarafta tekrarlanır.

2. DERİN TENDON REFLEKSLERİ

Açıklamalar: Derin tendon refleksi kas tendonunda bulunan golgi tendon organının refleks çekiciyle yapılan perküsyonla uyarılması, medulla spinalisdeki refleks arkından uyarımın dönerek alfa motor nöronu uyarması ile ortaya çıkar. Derin tendon refleksi normalde "++" işareti ile ifade edilir. İkinci motor nöronun hastalıklarında refleks normalde olması gerekenden daha hafif şiddette bir yanıtla ortaya çıkar ve "+" işareti ile ifade edilir. İkinci motor nöronu etkileyen hastalığın şiddetine göre derin tendon refleksi yanıtı hiç alınamayabilir ve "0" ile veya "kayıp" olarak ifade edilir. Birinci motor nöronu etkileyen kronik patolojilerde derin tendon refleksi olması gerekenden daha canlı alınır, bu durum "+++ " işareti ile ya da "hiperaktif" terimi ile ifade edilir. Eğer hiperaktif derin tendon refleksine aynı ekstremitede patolojik refleks (Babinski işareti ya da Hoffman bulgusu) "++ ++" işareti ile belirtilir.

Bazı sağlıklı bireylerde de derin tendon refleksi normalde olması gerekenden daha zayıf veya daha şiddetli alınabilir. Bu patolojik değildir. Patolojik olan sağ ve sol arasında fark olmasıdır.

Derin tendon reflekslerinin alınabilmesi için hastanın mutlak kooperasyonu ve refleks bakılan ekstremitayı tamamen gevşek bırakması gerekir. Eğer kolunu/bacağını havaya kaldırırsa refleks alınamayabilir. Hastanın ekstremitelerini gevşetebilmek için ilgisini çeken kendi hayatı ile ilgili konularda konuşulabilir, ekstremita bir elle tutulup hafifçe eleve edilebilir. Diğer bir yöntem de Jendrassik Manevrası'dır.

Araçlar: Refleks çekici

A. ÜST EKSTREMİTE

NO.	BASAMAKLAR
1.	Muayene masasında oturan hastanın karşısına geçilir ve muayene ile ilgili bilgi verilir.
2.	Tüm ekstremitelerini tamamıyla gevşek bırakması istenir.
Brakioradial Refleks	
3.	Hastanın elinin, ön kol hafifçe pronasyonda olacak şekilde karnının üzerine gevşekçe konulması sağlanır.
4.	Hastanın bileği hekimin diğer eli ile alttan desteklenir.
5.	Önkol distal 1/3'ü ile proksimal 2/3'ü arasındaki noktaya radius üzerine refleks çekiciyle hafifçe vurulur.
6.	Ön kolun fleksiyon ve supinasyonunu gözlenir ve refleks 0-++++ arasında değerlendirilir.
7.	Aynı işlem karşı tarafa yapılarak sağ-sol farkı araştırılır.
Biceps Refleks	
8.	Hastanın dirseği hafifçe fleksiyonda, avcu gövdeye bakacak biçimde ön kolunu gövdeye yaklaştırılır.

NO.	BASAMAKLAR
9.	Baş veya işaret parmağı hastanın biceps tendonu üzerine yerleştirilir.
10.	Çekiç parmağa vurulur. Bu perküsyon ile parmağa gelen darbenin biceps tendonuna iletiildiğine dikkat edilir.
11.	Biceps kasının kasılması hissedilir veya önkoldaki fleksiyon ve supinasyon gözlemlenir, derecelendirilir.
12.	Aynı işlem karşı tarafa yapılarak sağ-sol farkı araştırılır.
Triseps Refleksi	
13.	Hastanın dirseği hafifçe fleksiyonda, avuç içi ise gövdeye dönük olacak şekilde konumlandırılır.
14.	Bilekten üst ekstremitte kavranarak tüm ağırlığı taşınacak şekilde çekilir ve üst ekstremitenin tamamen gevşemesi sağlanır.
15.	Çekiçle olekranona yapışan triseps tendonu üzerine bir perküsyon yapılır.
16.	Triseps kasının kasılması hissedilir ve dirsek ekstansiyonu gözlemlenir, derecelendirilir.
17.	Aynı işlem karşı tarafa yapılarak sağ-sol farkı araştırılır.

B. ALT EKSTREMİTE

NO.	BASAMAKLAR
Patella Refleksi	
18.	Ayaklarını sedyeden sallandırmış olan hastanın patellasının altındaki patellar tendona çekiçle vurulur.
19.	Kuadriseps kasının kasılması hissedilir veya bacadaki ekstansiyon gözlemlenir, derecelendirilir.
20.	Aynı işlem karşı tarafa yapılarak sağ-sol farkı araştırılır. (Patella refleksi hasta kendini kastediği için alınamıyorsa Jendrassik Manevrası uygulanır: Hastanın her iki elinin dört parmağı fleksiyona getirilip birbirine takılır, ve hastadan ellerini zıt istikamette vargüçüyle çekmesi istenir)
YATAR POZİSYONDAKİ HASTADA PATELLA REFLEKSİ	
21.	Diz altından tek elle tutularak sedyeden yaklaşık bir karış kadar kaldırılır.
22.	Patella tendonu üzerine çekiçle perküsyon yapılır.

NO.	BASAMAKLAR
23.	Kuadriseps kasının kasılması hissedilir veya bacaktaki ekstansiyonu gözlemlenir, derecelendirilir.
24.	Aynı işlem karşı tarafa yapılarak sağ-sol farkı araştırılır.
AŞIL REFLEKSİ	
25.	Ayak ucunda tutularak ayak bileğine dorsifleksiyon yaptırılarak bacak kaslarının gevşemesi sağlanır
26.	Çekiç aşil tendonuna vurulur.
27.	Ayağı tutan elle plantar fleksiyon hissedilir veya gözlemlenir, derecelendirilir.
28.	Aynı işlem karşı tarafa yapılarak sağ-sol farkı araştırılır.
YATAR POZİSYONDAKİ HASTADA AŞIL REFLEKSİ	
29.	Diz hafifçe bükülüp ayak düz duran bacağın üzerine getirilir (ayak çeldirilir). Bu sırada bir elle çelinen ayak hafifçe dorsifleksiyona getirilir.
30.	Çekiç aşil tendonuna vurulur.
31.	Ayağı tutan elle plantar fleksiyon hissedilir veya gözlemlenir, derecelendirilir.
32.	Aynı işlem karşı tarafa yapılarak sağ-sol farkı araştırılır.

3. PATOLOJİK REFLEKSLER

Açıklamalar: Patolojik refleksler kronik birinci motor nöron lezyonlarında ortaya çıkar. Çok nadiren sağlıklı bireylerde de iki taraflı Hoffman bulgusu veya aşil klonusu alınabilir.

HOFFMAN İŞARETİ	
1.	Sedyede oturur durumdaki hastanın yanına geçilir.
2.	Bir elin işaret parmağı ile hastanın orta parmağın ikinci falanksından tutulup, orta parmak ve el bileği ekstansiyona getirilir, bu arada hastadan elini serbest bırakması istenir.
3.	Diğer elin orta parmağı ile, hastanın orta parmağının distal falanksına zorlu ekstansiyona sevk edecek hızlı bir fiske vurulur.
4.	Baş parmak ve küçük parmağın oppozisyon ve fleksiyon yapıp birbirine yaklaşması Hofman refleksi olarak isimlendirilir.
TABAN DERİSİ REFLEKSİ	
5.	Hasta sedyeye sırtüstü yatırılır, ayakları çıplaktır.

6.	Yapılacak işlem konusunda bilgi verilir.
7.	Bir elle ayak bileği kavranır. Diğer elle tutulan refleks çekicinin kütleştirilmiş sapı ile hastanın ayak tabanı topuktan parmaklara doğru, tabanın dış yüzeyine yakın olarak, parmaklara yaklaştıkça parmakların altına ve içe doğru olarak hayali bir "J" harfi oluşturulacak şekilde çizilir. Ne refleks oluşturmayacak kadar hafif, ne de ayak tabanını zedeleyecek kadar kuvvetli sürülmez.
8.	Normal yanıt olarak ayak parmaklarının fleksiyonu gözlemlenir.
9.	Ayak parmaklarının birbirinden ayrılıp özellikle baş parmağın dorsifleksiyonu Babinski işareti olarak isimlendirilir.
AŞIL KLONUSU	
10.	Bir elle hastanın bacağı proksimalden alttan kavranır, diğer elle ayak tutulur, topuk sedyeden yaklaşık 10 cm havaya kaldırılıp, diz fleksiyona getirilir.
11.	Ayağı alttan kavrayan el ile ayağa birkaç kez ani dorsifleksiyon yaptırılır. Son hareketten sonra ayak dorsifleksiyonda tutulur.
12.	Normal şartlarda bir yanıt alınmaz.
13.	Ayakta istem dışı tekrarlayan orta amplitüdü dorsal fleksiyonların gelişmesi aşıl klonusu varlığı olarak kabul edilir.

Kaynak:

1. Bickley LS, Hoekelman RA. Fizik Muayene Rehberi, Nobel Tıp Kitabevleri, 2004
2. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nörolojik Muayene, Nöroloji Kitabı
3. Merritt's Neurology, Türkçe 2012
4. Dejong Nörolojik Muayene El Kitabı



KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

(KAROTİS ve RADİYAL) NABİZ MUAYENESİ BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Nabız muayene becerisinin kazandırılması.

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya işlem hakkında bilgi verilir ve eller yıkanır
2.	Hasta gerekiyorsa 10–15 dakika dinlendirilir
3.	Hastanın rahat edebileceği şekilde yatar ya da oturur pozisyon alması ve el bileğinin soyulması istenir
4.	Hastanın sağ tarafına geçilir
5.	Sırtüstü yatar pozisyonda 1. Nabız değerlendirilmesi yapılacak kol gövdeye paralel olacak biçimde vücudun yanına uzatılması sağlanır 2. Hasta elinin bilekten dorsifleksiyon ve hafif iç rotasyona getirilmesi sağlanır 3. İşaret parmağı kalbe yakın olacak şekilde iki, üç, ve dördüncü parmaklarını radius üzerinde ön kol iç yüzünün el bileğine yakın bölgesindeki radyal arter trasesi üzerine yerleştirilir 4. Radyal arter atımları hissedilir
6.	Oturur pozisyonda 1. Nabız değerlendirilmesi yapılacak kol desteklenir, dirsek 90° açı yapacak şekilde bükülmesi sağlanır 2. Ölçüm yapılacak el bilekten dorsifleksiyon ve hafif iç rotasyona getirilmesi sağlanır 3. İşaret parmağı kalbe yakın olacak şekilde ikinci, üçüncü ve dördüncü parmakların ön kol iç yüzünün el bileğine yakın bölgesindeki radyal arter trasesi üzerine yerleştirilir 4. Radyal arter atımları hissedilir
7.	Karotis nabızı için 1. Boyunun çıplak olması sağlanır 2. Başın orta hatta ve hafif ekstansiyon pozisyonunda olması sağlanır 3. Sağ elin ikinci ve üçüncü parmağının tiroid kıkırdak üzerine konur 4. Bu parmaklar trakea ve sternokleidomastoid kasa doğru laterale kaydırılır 5. Sternokleidomastoid kasanın iç kısmında karotis nabızı hissedilir

NO.	BASAMAKLAR
8.	Nabız atımlarını en az 60 saniye süre ile sayılır
9.	Sayılan nabzın kaydedilmesi
10.	Ellerin yıkanması

Kaynak:

Mesleksel Beceri Ders Notları Cilt I, Editör: Yalçın MB, Yrd. Editör: Artıran FA, Nobel Tıp Yayınları, İstanbul, 2012.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

NAZOGASTRİK SONDA UYGULAMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Nazogastrik sonda takma ve çıkarma becerisi kazanma.

ARAÇLAR: Nazogastrik sonda, 50 cc'lik enjektör, kağıt peçete, bir bardak su ve pipet, el feneri flaster, steteskop, havlu, böbrek küvet, dil basacağı, tek kullanımlık eldiven, kayganlaştırıcı jel (sıvı vazelin vb.), dren torbası

Revizyon Tarihi:KK 19/2/2014

NO.	BASAMAKLAR
1.	Tedavi tepsisinin eksiksiz hazır olduğu kontrol edilir.
2.	Eller yıkanır.
3.	Yapılacak işlem hakkında hastaya bilgi verilir ve hastanın onayı alınır.
4.	Hasta Fowler pozisyonuna (yarı oturur pozisyona) getirilir (hastanın başı, yatağın baş kısmı kaldırılarak ya da hastanın sırtı birbirine çapraz iki yastıkla desteklenerek 45-60° derece yükseltilir). Bu esnada omurganın düz olmasına da dikkat edilir.
5.	Ayakları dorsal fleksiyonda tutacak şekilde ayak tabanı ayak tahtası ile hasta kaymayacak şekilde desteklenir.
6.	Nazogastrik sonda, burun ucu-kulak memesi-sternum alt ucu hattı boyunca tutularak, uzunluğu ölçülür.
7.	Burun üzerinden taşmayacak uzunluk ve kalınlıkta flaster hazırlanır.
8.	Hastanın eline bir bardak su ve pipet verilir, böbrek küveti hastanın yanında hazır bulundurulur.
9.	Hastanın göğsü üzerine havlu yerleştirilir.
10.	Eldiven giyilir.
11.	Hastanın burun delikleri gözden geçirilir, nefes alışverişi kontrol edilir.
12.	Tüpün 5 cm distaline kadar vazelin sürülür, nazogastrik sonda burundan sokulur, önce burun tabanına paralel, daha sonra aşağıya ve arkaya doğru burun ucu-kulak mesafesi kadar ilerletilir.
13.	Hastanın başına hafif fleksiyon yaptırılır, sonda ilerletilirken hastanın yutkunması istenir, sonra baş eski konumuna getirilir.
14.	Hastaya yutkunmaya devam etmesi söylenir ve gerekirse pipetle su içmesi sağlanır.

NO.	BASAMAKLAR
15.	Dirençle karşılaşırsa nazogastrik sonda kendi eksenini etrafında döndürülür.
16.	Solunum sıkıntısı (şiddetli öksürük, sianoz) olursa sonda hemen geri çekilir.
17.	Hastanın gerekirse su içmesi sağlanarak, ölçülen yere kadar sonda ilerletilir.
18.	Nazogastrik sondanın dışta kalan serbest ucuna enjektör takarak içerik aspire edilir ve mide içeriğinin gelip gelmediği kontrol edilir. (Eğer bu imkan yok ise nazogastrinin serbest ucundan 50 cc hava enjekte edilirken stetoskopi ile epigastrik bölgede gurgulama sesi duyulmaya çalışılır).
19.	Eldivenlerin çıkarılır, atılır.
20.	Sonda flaster ile temizlenen burna tespit edilir.
21.	Nazogastrik sondanın dışta kalan kısmının sarkmasını önlemek için, hastanın görüş alanını engellemeyecek şekilde omuzuna flaster sabitlenir ve drenaj torbası takılır.
22.	Kullanılan araç ve gereç toplanır.
23.	Eller yıkanır.
24.	Sondanın yerleştirilme nedeni, yerleştirilen sondanın tipi, hastanın işlemlere olası toleransı, müdahalelerin etkinliği kaydedilir.
NAZOGASTRİK SONDANIN ÇIKARILMASI	
1.	Hastaya işlemin açıklanır.
2.	Hasta Fowler's pozisyonuna getirilir.
3.	Giysideki çengelli iğne açılarak, sonda serbestleştirilir.
4.	Kağıt havlu hastanın göğsüne yerleştirilir, hastanın eline peçete yerleştirilir.
5.	Eldiven giyilir.
6.	Nazogastrik sondayı burna tespit eden flaster açılır.
7.	Sonda dışarı doğru çekilir ve hastanın göğsündeki kağıt havluya sarılarak atılır.
8.	Eldivenlerin çıkarılarak atılır.
9.	Eller yıkanır.
10.	Nazogastrik sondanın çıkarıldığı saatin kaydedilir

Kaynak:

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Mesleki Beceri Laboratuvarı Öğrenim Rehberleri



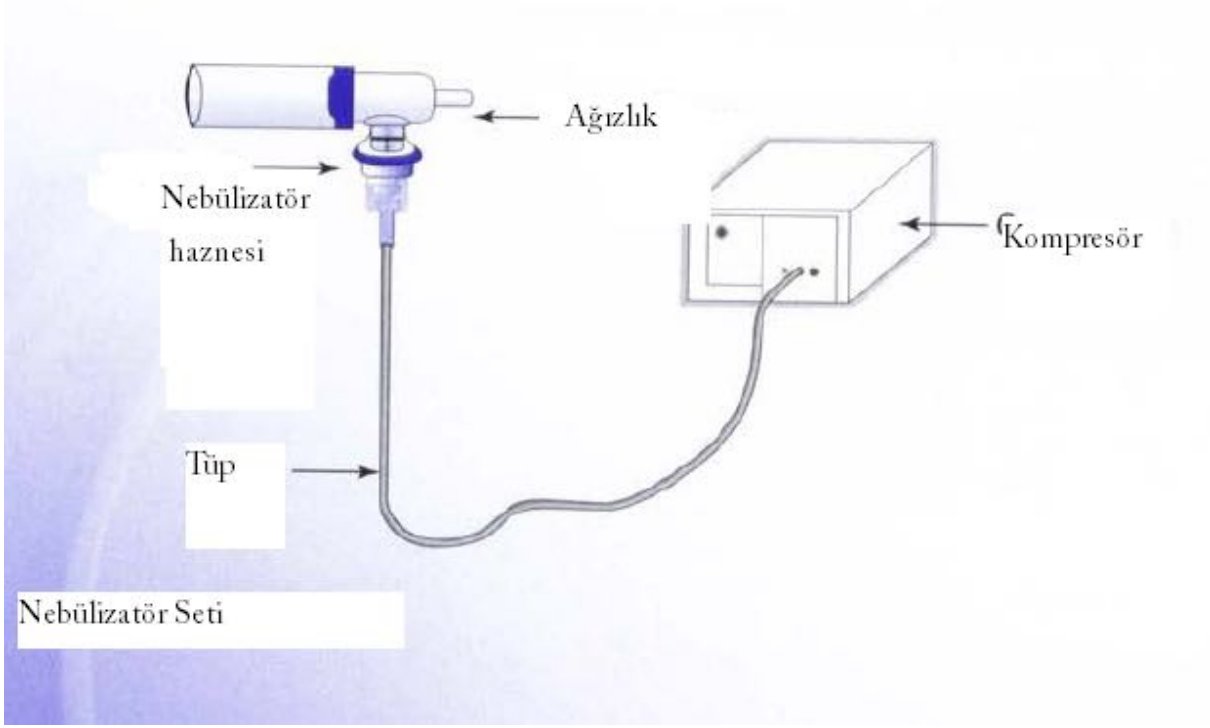
KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

NEBÜLİZATÖR CİHAZI KULLANIMI BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Nebülizatör ile ilaç kullanımının öğretilmesi.

ARAÇLAR: Hava kompresörü ve iletici tüp, nebülizer haznesi, ağızlık yada maske, ilaç ya da ilaç solüsyonu, gerekli ise dilüsyon için uygun solüsyon.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Ellerinizi yıkayınız.
2.	İlaç solüsyonunu önce çalkalayıp sonra kapağını açınız.
3.	Nebülizatör haznesinin tepesindeki kapağı açıp içine uygun ve doğru miktarda ilacı koyunuz.
4.	Nebülizatör haznesinin kapağını kapatıp ağızlığa yada yüz maskesine takınız.
5.	Hava kompresörü ile nebülizatör haznesini tüp aracılığı ile birbirine bağlayınız.
6.	Hastaya oturmasını söyleyiniz.
7.	Ağızlık kullanılacaksa hastaya ağızlığı üst ve alt dişlerinin arasına sıkıştırmasını söyleyiniz. Yüz maskesi kullanılacaksa maskeyi ağız ve burnu içine alacak şekilde hastanın yüzüne uygulayınız.
8.	Hava kompresörünün açma düğmesine basınız.
9.	Hastaya ağızından derin ve yavaş nefes alıp vermesini söyleyiniz. Eğer mümkünse nefes almanın sonunda 2-3 sn için nefesi tutmasından sonra bırakılmasını söyleyiniz.
10.	Aralıklı olarak nebülizatör haznesini çalkalayarak ilacın tortulanmasını engelleyiniz.
11.	Nebülizatör içinde ilacın bittiğini görünceye kadar uygulamaya devam ediniz (bu süre yaklaşık 10 dakikadır).
12.	Uygulama bittikten sonra cihazın kapatma düğmesine basınız ve maskeyi ya da ağızlığı hastadan ayırınız.
13.	Ellerinizi yıkayınız.



Kaynak:

Neel L. Burton (Author), Kuldip Birdi (Author), Clinical Skills for OSCEs, Second Edition, Informa Healthcare; 2nd edition (27 July 2006)



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

OFTALMOSKOPLA FUNDUS MUAYENESİ ÖĞRENİM REHBERİ

AMAÇLAR: Oftalmoskop ile göz dibini görebilme becerisini teknik olarak doğru yapabilmek ve normal göz dibini tanımak

ARAÇLAR: Oftalmoskop, gönüllü hasta veya maket

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya muayene ile ilgili kısa bilgi verilir.
2.	Oftalmoskop ele alınıp ışık kaynağı açılır, diyoptri derecesi "0" a getirilir.
3.	Hastanın sağ göz dibine bakılacaksa hastanın sağına geçilir, oftalmoskop sağ ele alınır. Hasta ve hekimin baş seviyeleri birbirine yakın olacak şekilde hasta koltuğunun yüksekliği ayarlanır.
4.	Oftalmoskopun gövdesi avuç içinde tutulurken, işaret parmağı diyoptri ayarlama düğmesi üzerine yerleştirilir.
5.	Hastadan başı hafif öne eğik durumda, düz olarak tam karşıdaki bir noktaya bakması istenir.
6.	Muayene edilecek gözün 15-20 cm. uzağında, oftalmoskopun açıklığından bakılarak ışık pupilla üzerine düşürülür ve pupilla refleksi görülür. (Hekim kendi sol gözünü kapatarak hastanın sağ gözüne, sağ gözyle bakar)
7.	Hastanın bakış doğrultusuna yaklaşık 15 derece açıyla oftalmoskoptan bakılarak hastanın pupil açıklığına doğru yaklaşılar. Bu sırada bir elle hastanın başı sabit tutulup, üst göz kapağı açılır.
8.	Tam fundus üzerine ışık düşürülür, oftalmoskopu tutan elin işaret parmağı ile diyoptri ayarlama düğmesi oynatılarak en net görüntü sağlanır.
9.	Optik disk görülüp değerlendirilir.
10.	Retinal damarlar takip edilerek retinanın kalan bölümündeki patolojiler ayırt edilir.
11.	Hastadan oftalmoskopun ışığına bakması istenir, bu esnada makula değerlendirilir.
12.	Aynı işlem karşı göz için tekrarlanır. (Hastanın sol gözüne sol elle tutulan oftalmoskolla ve sol gözle bakılır, hekim kendi sağ gözünü kapatır)



Oftalmoskop



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ORAL KOMBİNE HORMONAL KONTRASEPTİF (KOK) DANIŞMANLIĞI BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR:

ARAÇLAR:

I- İletişim Basamakları

NO.	BASAMAKLAR
1.	Kadını (varsa eşini de) nazik bir şekilde karşılama
2.	Gerekli mahremiyeti sağlama
3.	Kendini tanıtmaya
4.	Kadının (varsa eşinin) adını öğrenme ve kullanma
5.	Danışmanlık sırasında başka işle meşgul olmama
6.	Her aşamada soru sorabileceğini belirtme

II- Başvuranın Yönteme Uygunluğunu Değerlendirme Basamakları

NO.	BASAMAKLAR
7.	Doğurganlık öyküsünü alma: Yaş Son adet tarihini öğrenme (gebe olmadığından emin olma) Normal adet düzenini kaydetme: Kaç günde bir adet oluyor ?gün Adet kanaması kaç gün sürüyor ?.....gün Kanama miktarı:pet/gün Toplam gebelik sayısını öğrenme Toplam doğum sayısını öğrenme Toplam düşük sayısını öğrenme (Doğum sonu ise) Emzirip emzirmediğini öğrenme (Emzirmiyorsa doğum sonu ilk 21 gün KOK kullanmamalı, Emziriyorsa ilk 6 ay KOK kullanmamalı) Gelecek doğurganlık hedeflerini öğrenme

NO.	BASAMAKLAR
8.	<p>Aile Planlaması Yöntem Kullanma öyküsünü alma Bu güne kadar hangi yöntemleri kullandığını öğrenme Halen kullandığı yöntem olup-olmadığını öğrenme (Varsa) yöntem değiştirme isteğinin nedenini öğrenme</p>
9.	<p>Sigara içip içmediğini öğrenme: a. 35 yaşın üzerinde ise ve günde 15 ve daha fazla sigara içiyorsa, KOK kullanmamalı. b. 35 yaşın üzerinde ise ve günde 15'den az sigara içiyorsa KOK ilk tercih olmamalı.</p>
10.	<p>Geçirilmiş ve halen önemli hastalıkları olup olmadığını öğrenme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bugüne kadar her hangi bir önemli hastalık geçirdiniz mi? - Şu anda önemli bir hastalığınız var mı? <p>Aşağıdaki durumlardan birisi varsa, KOK kullanmamalı !</p> <ul style="list-style-type: none"> · “İleri yaş+sigara+DM+HT” ise · Geçmişte HT ancak şimdiki durum bilinmiyor ise · Tamamen kontrol altında HT varsa (DSÖ-3) · TA sistolik =140 ve diastolik =90 mmHg ise · Geçirilmiş veya mevcut derin ven trombozu/pulmoner emboli · Geçirilmiş veya mevcut iskemik kalp hastalığı · İnme (serebro vasküler hastalık) öyküsü · Komplike olmuş kalp kapak hastalığı · Auralı migren varsa · DM: nöropati/nefropati/retinopati/ varsa veya 20 yıldan uzun süredir varsa · Safra kesesi hastalığı varsa (veya ilaçla tedavi edilmiş ise) · Aktif viral hepatit varsa, · Meme kanseri varsa (veya geçmişte olup, son 5 yıldır bulgu yok) · Geçmişte KOK kullanımına bağlı kolestazis öyküsü varsa · Uzun süre hareketsiz kalmasını gerektiren büyük ameliyat olmuşsa(yakın zamanda) · Siroz varsa · KC tümörü (iyi, kötü) varsa...
11.	<p>Halen herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığını öğrenme:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Halen sürekli ve düzenli kullandığınız ilaç var mı ? - (Varsa) Hangi ilaç(lar)ı kullanıyorsunuz ? <p>Aşağıdaki ilaçlardan birisini kullanıyorsa, KOK kullanamaz!</p> <ul style="list-style-type: none"> · Rifampisin · Antikonvülzan ilaçlar (fenitoin, karbamazepine, barbiturat, pirimidone, topiramate, oxcarbazepine)

NO.	BASAMAKLAR
12.	<p>CYBE /GYE öyküsü alma:</p> <p>Vajinal akıntısı olup olmadığını sorma Son iki ay içinde anormal kanaması olup olmadığını sorma Son bir yıl içinde vajinal akıntı, genital yara ya da genital bölgede deri lezyonu olup olmadığını sorma Son üç ay içinde, esinin cinsel organında yara, akıntı olup olmadığını sorma</p> <ul style="list-style-type: none"> Herhangi birisi evet ise, CYBE/GYE açısından risk altındadır. KOK'lar CYBE'lerden korumayacağından KOK ile birlikte "erkek/kadın kondomu"nu da kullanmasını öneriniz! (erkek/kadın kondomu hakkında bilgi veriniz)
13.	<p>Tansiyon arteriyeli dikkatle ölçme:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kadının arkasına yaslanarak, ayakları yere değerek, sandalyede en az 5 dk süre ile oturarak dinlendiğinden emin olunduktan sonra, tercihan civali manometre ile kolu kalp hizasında destekleyerek ölçme, Üst üste en az 2 kez ölçme, ortalamasını alma TA ölçüm sonucunu kaydetme, TA sistolik < 140 ve diastolik <90 mmHg ise basamaklara devam ediniz. Aksi takdirde başka bir yöntem için danışmanlığa geçiniz.
14.	Kadına meme muayenesi yapma

III- Oral Hormonal Kontraseptif (KOK) İçin Yönteme Özel Danışmanlık Basamakları

NO.	BASAMAKLAR
15.	<p>KOK'u tanıma:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kadına KOK paketini gösterme Kadına KOK paketini tutmasına izin verme
16.	<p>a. Hapın gebelikten koruma etki mekanizmasını söyleme: (Hapların yumurtlamayı önleyerek, endometriyumu incelterek ve servikal mukusu kalınlaştırarak gebelikten koruduğunu söyleme)</p> <p>b. Hapın gebelikten koruyuculuğunu söyleme: (En etkili gebelikten koruyucu yöntemlerdendir, doğru ve düzenli kullanıldığında sadece bin kadından 3'ünde gebelik görülebilir.)</p>

NO.	BASAMAKLAR
17.	<p>Hapların olumlu özelliklerini söyleme:</p> <ul style="list-style-type: none">· Bırakıldığında hemen gebe kalınabilir,· Adetleri düzenler,· Anemi riskini azaltır.· Adet öncesi gerginlik ve dismenoreyi azaltır,· İyi huylu meme hastalıklarından KORUR,· Yumurtalık kistlerinden, yumurtalık kanserinden KORUR,· Akneyi azaltır,· Kolon kanseri riskini azaltır,· Osteoporoz ve buna bağlı kemik kırılmalarını önler
18.	<p>Hap kullanırken görülebilecek durumlardan söz etme:</p> <p>Hap kullanmaya başlanan ilk 3 ayda;</p> <ul style="list-style-type: none">· bulantı, kusma,· baş ağrısı,· memelerde hassasiyet· adet kanamasında azalma· adetler arasında lekelenme· venöz tromboemboli (ilk 4 ayda) görülebilir. (kilo alımı ile ilgili kanıtlar yetersizdir.)
19.	<p>Hap kullanmaya başlama zamanını değerlendirme:</p> <ul style="list-style-type: none">· Kadın âdetinin ilk 5 günü içindeyse: Hemen başlanır, (ek yöntem gerekmez.)· Kadın adetinin 6-28. günlerinde ve gebe olmadığından emin ise· KOK başlanır + 7 gün ek yöntem kullanır,· Doğum sonrası: emziriyorsa, 6 aydan sonra,· amenoreik ise: gebe olmadığından kesinlikle emin olunarak (β-hCG kanda gebelik testi sonucu negatif ise)· KOK başlanır+ 7 gün ek yöntem kullanır,· adet görmeye başlamışsa;· kadın âdetinin ilk 5 günü içindeyse: hemen başlanır (ek yöntem gerekmez),· Doğum sonrası: emzirmiyorsa, 21. günden sonra KOK başlanır,· Düşük sonrası ilk 7 gün içindeyse: hemen başlanır, (ek yöntem gerekmez)
20.	<p>Hap kullanımını kutu üzerinden göstererek anlatma:</p> <ul style="list-style-type: none">- düzenli olarak, her gün 1 hap yutulur.- tercihan akşam yemeğinden sonra-gece yatmadan önce, yaklaşık aynı saatlerde yutulmalıdır- 21 tane hap olan kutunun birinci hapından başlayarak, okları izleyerek, düzenli-unutmadan yutulur.- 7 gün hap yutulmaz, ara verilir,- 8. gün yeni bir kutuya başlanır. <p>7 günlük ara süresi içinde adet kanaması başlayabilir ama yeni kutuya başlamak için mutlaka 8. günü beklemesi vurgulanmalı!</p>

NO.	BASAMAKLAR
21.	<p>Hap yutmayı unuttuğunda ne yapacağını açıklama: 30-35 mcg etinil östrodiol içeren haptan “1 veya 2 hap” unutulduysa ve 20 mcg etinil östrodiol içeren haptan 1 hap” unutulduysa;</p> <ul style="list-style-type: none">· Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, “o günün” haptan da yutulmalı (2 hap/gün) ve Düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir.· Ek yöntem gerek yoktur <p>“30-35 mcg etinil östrodiol içeren haptan “3 veya daha fazla hap” unutulduysa ve 20 mcg etinil östrodiol içeren haptan 2 veya daha fazla hap” unutulduysa;</p> <ul style="list-style-type: none">· Hatırlandığı anda hemen 1 hap yutulmalı, “o günün” haptan da yutulmalı (2 hap/gün) ve düzenli olarak her gün 1 hap yutulmaya devam edilmelidir.· İlaveten 7 gün içinde cinsel ilişkiye girilmemeli veya ek yöntem kullanılmalıdır.· Siklusun ilk haftası içinde unutulmuşsa ve bu süre içinde ek yöntem kullanılmaksızın cinsel ilişkiye girilmişse acil kontrasepsiyon gerekir.· Siklusun üçüncü haftası içinde unutulmuşsa, kullanılmakta olan paket bitirilmeli, hiç ara verilmeden yeni pakete başlanmalıdır.
22.	<p>Hap yutulduktan 2 saat sonra şiddetli kusma olursa: 1 doz hemen tekrar alınmalı,</p> <p>- Hap yutulduktan sonraki 24 saat içinde şiddetli kusma, ishal olmuşsa, unuttuğu haptan hatırlayınca hemen yutmali, aynı gün normal hap saatinde de o günün haptanını yutmali (ek tedbir gerekmez)</p>
23.	<p>Hap kullanırken kontrol tarihinin beklenmeksizin gelinmesi gereken durumları söyleme:</p> <ul style="list-style-type: none">- şiddetli bas ağrısı olursa,- şiddetli göğüs ağrısı, nefes darlığı olursa- şiddetli karın ağrısı olursa,- şiddetli uyluk, bacak ağrısı olursa,- görme, konuşma bozukluğu olursa,- sarılık olursa- adet olmazsa veya adet kanaması az olursa <p>Kontrol tarihini beklemeksizin bir sağlık kuruluşuna başvurmalı!</p>

NO.	BASAMAKLAR
24.	<p>Hatırlatmalar:</p> <ul style="list-style-type: none">- İlk kontrolü için 1 ay sonra gelmesi gerektiğini söyleme- Hiç bir yakınması olmasa da her yıl bir kez kontrole gelmesi gerektiğini söyleme,-Herhangi bir yakınması olursa, istediği zaman kontrole gelebileceğini söyleme,- Herhangi bir nedenle hap bırakmak istediğinde, bırakmadan önce sağlık personeline danışmasını söyleme- İsteddiği zaman başvurarak yöntem değişikliği yapabileceğini söyleme,-Herhangi bir nedenle başka hekimlere gittiğinde “Hap” kullandığını söylemesini, paketi göstermesini söyleme,-Hekim ilaç vereceği zaman kendi hapi ile etkileşimi olup olmayacağını sormasını söyleme –bize de danışabilir
25.	<p>Kadının sorusu olup olmadığını sorma, Varsa yanıtlama,</p>
26.	<p>3 ay sonrasında izleme geleceği tarihi yazılı olarak eline verme (3. paketin 21 hapi biter bitmez gelmesini söyleme)</p>
27.	<p>Kullanım kurallarını ve uyarı işaretlerini tekrarlatma: “Hapı nasıl kullanacağınızı bir de siz tekrar eder misiniz?” “Ne zaman kontrole geleceksiniz, söyler misiniz?” “Kontrol gününü beklemeden gelmenizi gerektiren durumlar nelerdi? Bir de siz tekrar eder misiniz?”</p>

Kaynak:



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

OTOSKOPİK MUAYENE ÖĞRENİM REHBERİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Otoskop kullanma becerisinin kazanılması.

ARAÇLAR: Muayene masası, otoskop, değişik boyutlarda kulak spekulumu.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastanın dik olarak muayene koltuğuna oturtulması ve yapılacak muayene ile ilgili bilgi verilmesi.
2.	Muayene aletlerin temiz kağıt üzerine hazırlanması.
3.	Hastanın dış kulak yoluna uygun en büyük boy kulak spekulumunun otoskopa saat yönüne çevrilerek takılması.
4.	Otoskopun ışığının açılması.
5.	Sağ kulak muayenesi için hastanın başını sola, sol kulak muayenesi için ise sağa çevirmesinin istenmesi.
6.	Otoskopun ışığı ile retroaurikuler bölge, aurikula ve dış kulak yolunun lateral bölümünün inspeksiyonunun yapılması.
7.	Aurikulanın erişkin bir kişide yukarı – arkaya doğru, bebek muayene edilecekse aşağı doğru çekilerek kulak kanalının düz hale gelmesinin sağlanması.
8.	Otoskop spekulumunun dış kulak yoluna yavaşça yerleştirilmesi.
9.	Dış kulak yolunun inspeksiyonu.
10.	Pars flaksida ve pars tensanın inspeksiyonu.
11.	Manibrium mallei, umbo, malleusun procesus brevesinin inspeksiyonu.
12.	Işık üçgeninin inspeksiyonu.
13.	Kulak spekulumunun dışarı alınarak aurikulanın serbest bırakılması.
14.	Kulak spekulumunun kirli alet sepetine bırakılması.



Kaynak:

1. Dokuz Eylül Üniversitesi Kliniğe Giriş Öykü ve Fizik Muayene Rehberi.
2. Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi 2011-12 Eğitim Öğretim Yılı Klinik Beceri Eğitim Rehberi.



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

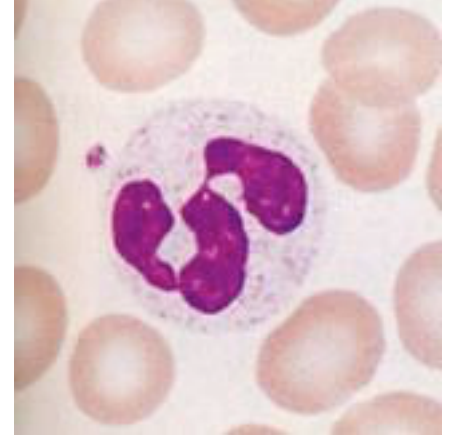
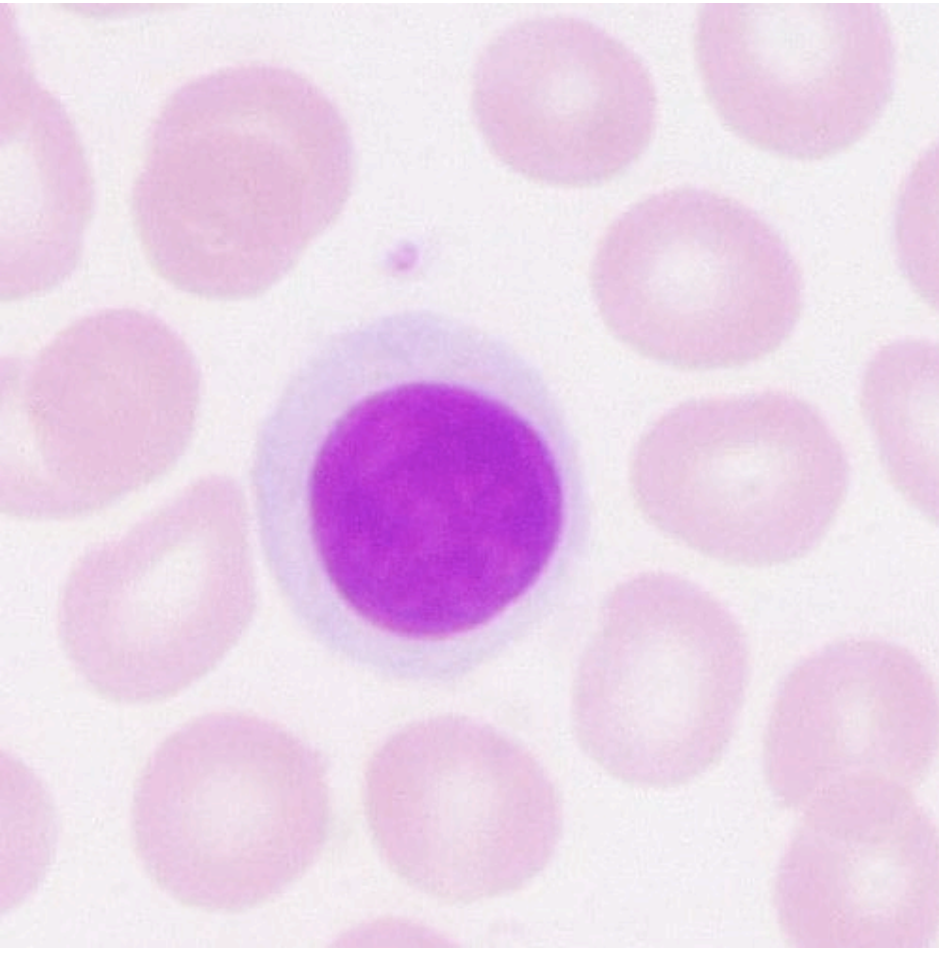
KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

PERİFERİK YAYMA DEĞERLENDİRME BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Periferik yayma değerlendirme becerisinin kazandırılması.

ARAÇLAR: Periferik yayma, mikroskop, immersiyon yağı.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Periferik yaymanın boyalı kısmı üste gelecek şekilde mikroskoba yerleştirilmesi
2.	X10 büyütmede görüntünün netleştirilmesi.
3.	X100 büyütmeye alınması
4.	İmmersiyon yağı damlatılması
5.	Hassas ayarla görüntünün netleştirilmesi
6.	Periferik yaymada en çok görülen hücreler eritrositlerdir. Çekirdeksiz, yuvarlak, pembe renkli, ortası 1/3 soluk görünen hücrelerdir.
7.	Periferik yaymada görülen lökositlerden biri nötrofil (granülosit, polimorfo nükleer lökosit, parçalı)dir. Yuvarlak, stoplazması granüllü, çekirdeği birden fazla segmentten oluşan hücrelerdir.
8.	Periferik yaymada görülen lökositlerden biri lenfositir. Yuvarlak, granülsüz dar stoplazmalı, tek ve yuvarlak lacivert çekirdeği olan hücrelerdir.
9.	Periferik yaymada görülen lökositlerden biri monositir. Yuvarlak, açık mavi granülsüz geniş stoplazmalı, tek ve fasulye şeklinde lacivert çekirdeği olan hücrelerdir.
10.	Periferik yaymada görülen hücre parçacıkları trombositlerdir. Eritrositlerden 10 kat daha küçük noktasal tarzda görülen hücre parçacıklarıdır. Agregan içeren kanla yapılan yaymada ve trombosit fonksiyon bozukluklarında trombositler dağınık tekli, kan alınır alınmaz direkt yayılırsa ve trombositler fonksiyonel olarak normale birbirine yaklaşmış (agregasyon oluşturmuş)olarak görülür.
11.	Periferik yaymada görülen lökositlerden biri eozinofildir. Yuvarlak, stoplazması iri eozinofilik (pembe, turuncu) granüllü, çekirdeği iki veya üç segmentten oluşan hücrelerdir.
12.	Periferik yaymada görülen lökositlerden biri bazofildir. Yuvarlak, stoplazması iri bazofilik (lacivert) granüllü, çekirdeği iki veya üç segmentten oluşan ancak koyu renk granüller nedeniyle görülmeyen hücrelerdir.



Kaynak:

Çocuk Hastalarında Tanı Testleri Editör: Cengiz YAKINCI, M. Ayşe Selimoğlu Adana Nobel Kitabevi 2011 Bölüm: Hematolojide kullanılan tanısal testler



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

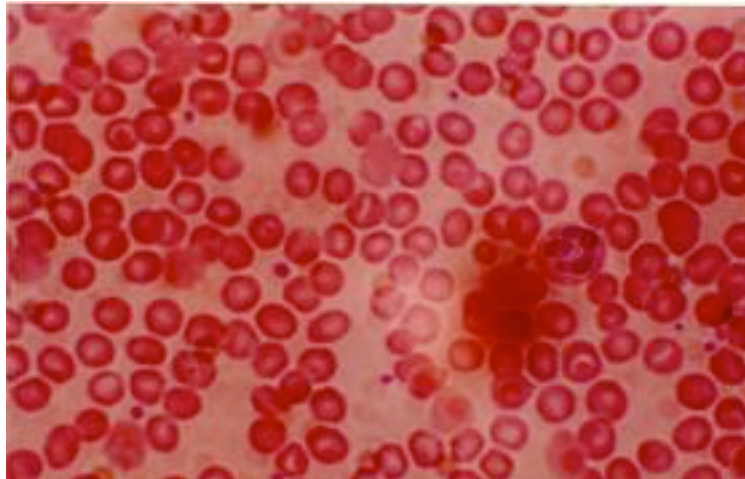
KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

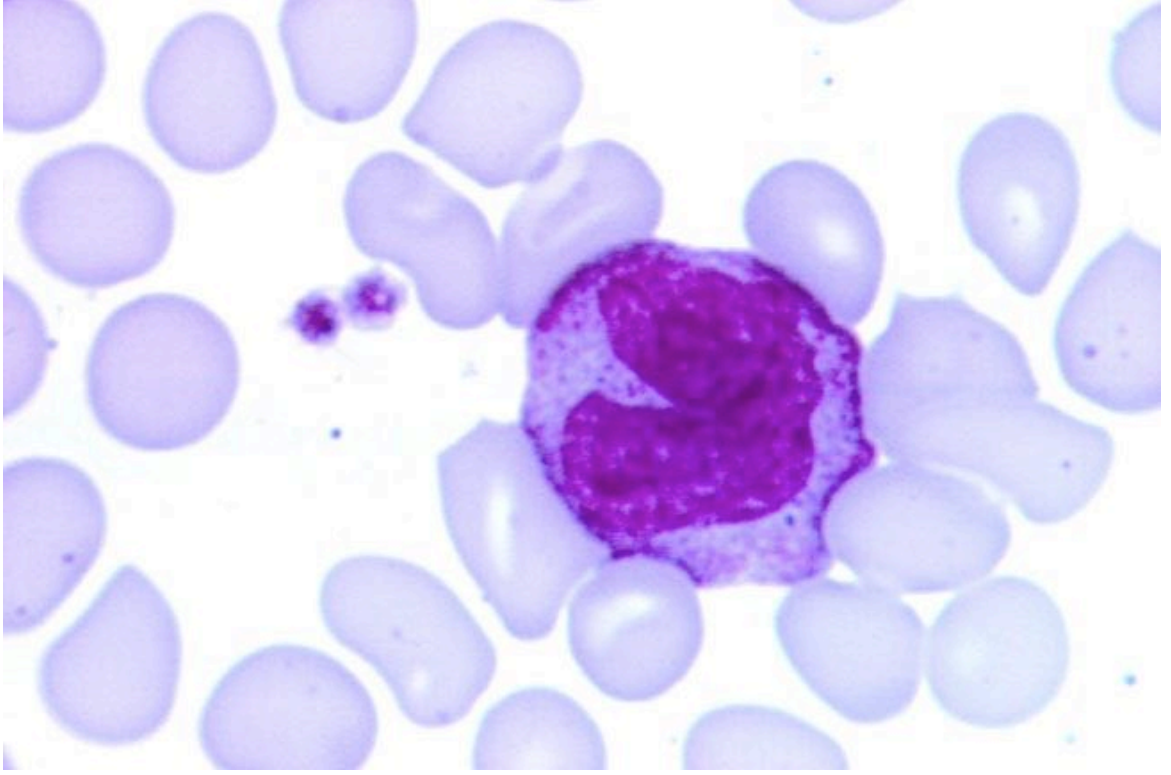
PERİFERİK YAYMA YAPMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Periferik yayma yapma becerisinin edinilmesi.

ARAÇLAR: Wright boyası, lam, distile su, kapiller çubuk.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Nonsteril eldiven giyiniz.
2.	Temiz ve kuru bir lam alınır ve lamın ucuna kapiller tüp ile tüpten alınan kan damlatılır
3.	Diğer lamın kısa kenarı bu lam ile 45 derece açı yapacak şekilde, kan damlasının biraz önüne konur
4.	Hafifçe geriye doğru çekilerek damlaya dokundurulur ve böylece kanın lamın kenarına doğru yayılması sağlanır
5.	İkinci lam birinci lam üzerinde 45° hızla hareket ettirilerek yayılır
6.	Elde edilen preparat oda ısısında kurutulur
7.	Kurutulmuş yaymanın üzerine Wright boyası damlatılır, yaymanın tamamı kaplanacak şekilde boya eklenir. Üç dakika beklenir.
8.	Sürenin sonunda bir damlalık distile su yaymanın üzerine eklenir. Üç dakika beklenir.
9.	Sonra boya dökülür ve preparat hafifçe saf su ile yıkanır. Boyalı yüzeye kurumadan dokunulmamalıdır
10.	Dikey vaziyette bir yere dayayarak havada kurumaması beklenir





Kaynak:

Çocuk Hastalarında Tanı Testleri Editör: Cengiz YAKINCI, M. Ayşe Selimoğlu Adana Nobel Kitabevi 2011 Bölüm: Hematolojide kullanılan tanısal testler



SEREBELLAR İŞLEVLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR:

ARAÇLAR:

1. UZAKLIK AYARI BAKISI

A. Parmak Burun Testi

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastanın, abduksiyon ve ekstansiyonda yana doğru açılmış tek kolunun işaret parmağıyla bir yay çizerek, burnunun ucuna dokunması istenir.
2.	Bu hareket en az birkaç kez tekrarlanır.
3.	Parmağın buruna yaklaşması sırasında hedeften sapma olup olmadığı değerlendirilir. Parmağın burun ucuna dokunamayıp hedefi aşması ya da hedefe varamaması durumunda "dismetri" olarak değerlendirilir.
4.	Test sırasında, hastanın eli hedefe yaklaşırken, giderek şiddetlenen ritmik titreme ortaya çıkması "intansiyonel tremor" varlığını gösterir.
5.	Aynı işlem diğer el işaret parmağıyla tekrarlanır.

B. Diz-Topuk Testi

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastadan muayene masasına sırt üstü yatması istenir.
2.	Hastadan tek ayağını havaya kaldırıp, topuğunu diğer dizine koyması ve tibianın ön yüzü boyunca bileğe kadar düzgün bir şekilde götürüp tekrar diz kapağına getirmesi istenir.
3.	Bu hareket en az birkaç kez tekrarlanır. Topuk ile dizi bulmada güçlük yaşanması, topuğun hedefi aşması ya da hedefe varamaması durumunda "dismetri" yorumu yapılır.
4.	Aynı test, diğer topuk için tekrarlanır.

2. ARDIŞIK HAREKETLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastadan tek elini, avuç içi yukarıya bakacak şekilde öne uzatması istenir.
2.	Hasta, diğer elini avuç içine koyarak hızla ve sırasıyla supinasyon ve pronasyon hareketleri yapar.
3.	Test sırasında hareket eden ekstremitenin ardı sıra hareketlerdeki hız ve becerisi gözlenir. Hareketin ardı sıra yapılamaması ya da beceriksizce veya yavaş yapılması durumunda "disdiadokokinezi" olarak değerlendirilir.
4.	Aynı test, diğer üst ekstremitede de yapılır.

3. ATAKSİ DEĞERLENDİRİLMESİ

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastadan ayağa kalkması istenir.
2.	Ayakta durma sırasında dengesizlik olup olmadığı değerlendirilir.
3.	Hastadan ayaklarını bitişirmesi, dik postürde kollarını öne uzatması ve bu şekilde durması istenir.
4.	Duruş sabitliğinde herhangi bir yöne doğru bozulma olup olmadığı değerlendirilir.
5.	Sonra hastanın gözlerini kapatması istenir.
6.	Duruş sabitliğinde herhangi bir yöne doğru bozulma olup olmadığı değerlendirilir. Gözleri kapatmakla dengesizliğin belirgin düzeyde ortaya çıkması durumunda Romberg Testi pozitif kabul edilir.
7.	Hastadan yolda yürüdüğü biçimde serbest olarak yürümesi istenir.
8.	Yürüyüşün geniş tabanlı olup olmadığı değerlendirilir.
9.	Hastadan düz bir çizgi üzerinde, bir topuğu diğer ayağının parmak uçlarına değecek biçimde yürümesi istenir.

NO.	BASAMAKLAR
10.	Yürüyüşte beceriksizlik ya da dengesizlik olup olmadığı değerlendirilir.

Kaynak:

1. Bickley LS, Hoekelman RA. Fizik muayene rehberi, Nobel tıp kitapevleri, 2004
2. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Nörolojik muayene, Nöroloji Kitabı
3. Merritt's Neurology, Türkçe 2012
4. Dejong Nörolojik Muayene El Kitabı



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ


STERİL ELDİVEN GİYME VE KULLANILMIŞ ELDİVEN ÇIKARMA BECERİSİ

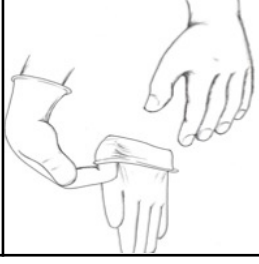
Yrd. Doç. Dr. Keramettin YANIK

AMAÇLAR: Steril eldiven giyme ve kullanılmış eldiven çıkarma becerisinin edinilmesi.


ARAÇLAR: Steril eldiven paketi, lavabo, sıvı sabun, kağıt havlu.


Steril Eldiven Giyme

NO.	BASAMAKLAR	
1.	Uygun numarada seçilmiş (6.5-8.5) steril eldiven ambalajının yırtık, delik veya hasarlı olup olmadığı ve son kullanma tarihi kontrol edilir	
2.	Eller uygun yöntemle yıkanır ve kurulanır (Bknz. "El Yıkama Becerisi Öğrenim Rehberi")	
3.	Steril eldiven paketi içindeki kağıt koruma yırtılmadan bir kenarından açılır	
4.	Eldivenlerin içinde bulunduğu kağıt koruma, bilek tarafı kişiye doğru olacak şekilde çevrilir	
5.	Pasif el ile, aktif elin eldiveni kıvrılmış olan bilek kısmından, eldivenin dış kısmına dokunmadan tutulur.	
6.	Aktif elin parmakları eldivenin içine sokulur	
7.	Eldivenin kıvrılmış olan bilek kısmı yukarı doğru çekilerek el, eldivenin içerisine iyice yerleştirilir	

NO.	BASAMAKLAR	
8.	Steril eldiven giymiş elin (aktif el) 2,3,4 ve 5'nci parmakları ile diğer elin eldiveni, kıvrılmış bilek kısmının altından tutulur	
9.	Diğer elin parmakları eldivenin içine sokulur	
10.	Steril eldivenli aktif elin yardımı ile diğer el eldivenin içine iyice yerleştirilir	
11.	Her iki elin parmaklarını kenetlenerek eldivenlerin tam olarak ellere oturması sağlanır	

Kullanılmış Eldiveni Çıkarma

NO.	BASAMAKLAR	
12.	Bir elin 2 ve 3'üncü parmakları diğer elde, bileğin iç yüzünde eldivene, hekimin tenine temas etmeyecek şekilde takılır	
13.	Eldiven tutulan bölgeden çekilerek, dış yüzeyi içeride kalacak şekilde (ters yüz edilerek) çıkarılır	
14.	Çıkarılan eldivenin çıplak elle dış yüzeyine dokunulmadan, eldivenli elin avuç içine alınır	

NO.	BASAMAKLAR	
15.	Eldivensiz elin 2 ve 3'üncü parmağı ile bileğin iç yüzeyinden diğer eldeki eldivene takılır	
16.	Tutulan bölgeden çekerek eldivenin dış yüzeyi ve diğer eldiven, içeride kalacak şekilde çıkarılır	
17.	Eldivenler kırmızı (enfeksiyöz atık) çöp torbasına atılır	
18.	Eldiven ambalajı çöp kutusuna atılır	
19.	Eller uygun yöntemde yıkanır ve kurulanır (Bknz. "El Yıkama Becerisi Öğretim Rehberi")	

Kaynak:

1. OMU TIP FAKÜLTESİ ENFEKSİYON KONTROL KOMİTE TALİMATLARI
2. DEZENFEKSİYON ANTİSEPSİ STERİLİZASYON REHBERİ



SUBKUTAN ENJEKSİYON YAPMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Subkutan enjeksiyon yapma becerisinin öğrenilmesi.

ARAÇLAR: Pamuk, enjektör, ilaç, tedavi tepsi, genel kullanım eldiveni, subkutan enjeksiyon maketi, delici kesici atık kutusu, enfektif atık çöp kutusu, evsel atık çöp kutusu.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Aydınlatılmış onamın alınıp, enjeksiyon için uygun bir yer sağlanması
2.	Ellerin sıhhi olarak yıkanması ve tedavi tepsinin hazırlanması
3.	Genel kullanım eldivenlerinin giyilmesi, kullanılacak ilacı ve dozunun kontrol edilmesi.
4.	Antiseptikli pamuk ile enjeksiyon bölgesinin merkezden başlanarak 2,5 cm. lik alanının içten dışa doğru dairesel tek bir hareketle silinmesi.
5.	Enjektörün açılarak içine ilacın çekilip hazırlanması ve koruyucu kapağının kapatılması.
6.	Pasif elin 4. ve 5. parmağı arasına kuru bir pamuk sıkıştırılması.
7.	Enjektörün koruyucu kapağının açılarak dominant elle kalem gibi tutulması, pasif elin baş ve işaret parmağı ile deri ve deri altı dokunun gerdirilmesi.
8.	Yukarıdan bakıldığı zaman enjektörün iğnesinin giriş deliği görünecek tarzda yaklaşık 45° ile subkutan dokuya girilmesi
9.	Pistonun çekilerek kan gelip gelmediğinin kontrol edilmesi (geliyorsa işlemin iptal edilmesi) ve ilacın yavaşça verilmesi.
10.	İlacın verilmesi bittikten sonra enjektör çıkmadan pasif eldeki pamuğun enjektör iğnesinin deriye girdiği yer üzerine yerleştirilmesi
11.	Enjektörün giriş açısı ve hızı ile geriye çekilirken pamuk tamponun kanama duruncaya kadar bastırılması.
12.	Kullanılmış iğnenin koruyucu kapağı takılmadan delici kesici alet toplama kutusuna atılması
13.	Genel kullanım eldivenlerinin çıkarılması
14.	Kullanılan araç gerecin uygun atık kutularına atılması
15.	İşlemin kaydedilmesi (İlacın adı, dozu, veriliş zamanı ve şekli)

Kaynak:

Mesleksi Beceri Ders Notları Cilt 1, Editör; Yalçın BM. Kan Basıncı Ölçümü Bölüm 9 Yalçın BM. Nobel Tıp Kitapevi 2012



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

TIBBİ ATIK YÖNETİMİ BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Tüm atıkların hasta, hasta yakınları, ziyaretçiler ve hastane çalışanlarının sağlığını tehdit etmeyecek şekilde toplanması, taşınması, ayrıştırılması, geçici depolanması ve kurumdan uzaklaştırılması.

ARAÇLAR: Tıbbi Atık Amblemlili kırmızı çöp torbası, siyah çöp torbası, kesici-delici alet kutusu, eldiven.

TEMEL İLKELER

Evsel nitelikli atıklar ile tıbbi atıklar aynı taşıma arabası ile aynı anda taşınmamalıdır.

- ❖ Kesici-delici alet kutuları $\frac{3}{4}$ oranında doldurulmalı, tam olarak dolmaları beklenmemeli, kesinlikle sıkıştırılmamalıdır.
- ❖ Kesici-delici alet kutuları $\frac{3}{4}$ oranında dolduktan sonra ağızları kapatılıp uygun büyüklükte kırmızı çöp torbalarına konulduktan sonra geçici depolama alanına transfer edilmelidir. Ağızları açılarak boşaltma yapılmamalıdır Her tür kesici-delici alet, kesici-delici alet kutularına atılmalıdır.
- ❖ Kırmızı çöp torbaları normal servislerde ve polikliniklerde tedavi odalarında, Yoğun Bakım Ünitelerinde, Ameliyathane ve Hemodiyaliz Ünitesinde ofis alanları dışında tüm alanlarda bulundurulmalıdır.
- ❖ Hasta bakım hizmeti verilen tüm alanlarda (hasta odası, muayene ve tedavi odaları, ameliyathane, hemodiyaliz, vb.) kesici-delici alet kutusu bulundurulmalıdır.
- ❖ Kırmızı çöp torbası bulunmayan bir alanda üretilen tıbbi atık en yakındaki kırmızı torbalı çöp kovasına veya kesici-delici alet kutusuna atılmalıdır
- ❖ Atık toplama işlemi sırasında mavi veya siyah bir çöp poşetinin içinde tıbbi atık bulunduğunun görülmesi durumunda temizlik personeli bu çöp poşetini uygun boyda kırmızı bir çöp poşetinin içine koyarak tıbbi atık şeklinde ortamdaki uzaklaştırmalıdır. Kesinlikle ayrıştırma yapma yoluna gidilmemelidir.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Evsel ve Tıbbi atık ayırımının yapılması: a. Tıbbi Atık i. Vücut sıvı ve salgıları (kan ve kan ürünleri dahil), ii. Vücut sıvı ve salgıları ile kontamine olmuş her tür atık, iii. Doku ve organ parçaları (patoloji atıkları dahil), iv. Bakteri ve virüs tutucu hava filtreleri, v. Günü geçmiş veya artmış antineoplastik ilaçlar ve bu ilaçlarla kontamine olmuş her tür malzeme b. Evsel Nitelikli Atık i. Mutfak ve büro atıkları, cam, vb ambalaj malzemesi.
2.	Evsel nitelikteki atıkların uzaklaştırılması: Evsel nitelikli atık sınıfına giren diğer atıklar siyah çöp poşetli atık kovaasına atılır.
3.	Tıbbi nitelikteki atıkların uzaklaştırılması: a. Kesici delici aletler i. Kullanılan her tür tek kullanımlık kesici-delici aletler, kesici-delici alet kutularına atılır. ii. Enjektör uçları kapatılmadan atılır. b. Diğer tıbbi atıklar Tıbbi atık sınıfına giren diğer atıklar tıbbi atık amblemi taşıyan kırmızı çöp torbalı tıbbi atık kovaasına atılır.
4.	Giyilen eldiven çıkarıldıktan sonra tıbbi atık kovaasına atılır

Kaynak:

OMU TIP FAKÜLTESİ ENFEKSİYON KONTROL KOMİTE TALİMATLARI



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

TEMEL YAŞAM DESTEĞİ UYGULAMA BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Bu eğitim sonunda katılımcının erişkin Temel Yaşam Desteği (TYD) uygulamasını öğrenmesi ve eğitim sonunda tek başına veya birden çok kurtarıcı ile TYD uygulama becerisini kazanması hedeflenmektedir.

ARAÇLAR: TYD mankeni.

NO.	BASAMAKLAR
1.	Çevre, hasta ve kurtarıcının güvenliğini sağlamak
2.	Hastayı çok sarsmadan sert bir zemine sırt üstü yatırmak ve omuz hizasında uygun olan tarafa diz çökmek
3.	Hastayı hafifçe omuzlarından sarsarak, yüksek sesle “ Nasılsın? ” diye seslenerek bilinç durumunu kontrol etmek
4.	Hasta yanıtız, solunumu yok veya gasping (iç çekme şeklinde) solunum ise Acil Tıp Sistemini (112 Acil) aktive etmek
5.	Otomatik eksternal defibrilatör (OED) / defibrilatör alınız veya mümkünse 2. bir kurtarıcıyı OED/defibrilatörü alması için gönderiniz.
6.	Sağlık personeli olmayan kurtarıcılar için göğüs kompresyonuna başlamak
7.	112’yi aradıktan sonra hastanın yanına gelen sağlık personeli erişkinde karotis nabzına bakmalıdır (Bu işlem 10 saniyeden uzun sürmemelidir). Kurtarıcının işaret ve orta parmaklarını trakea ve sternokleidomastoid kası arasındaki bölgeye doğru kaydırması ve bu kasın medialinde karotis nabzını hissetmesi
8.	Nabız varsa 5-6 saniyede bir soluk verilmeli (2 dakikada bir nabız kontrolü yapılmalıdır)
9.	Nabız yoksa hemen göğüs kompresyonlarına başlamak (30 göğüs kompresyonu-2 kurtarıcı soluk döngüsü)

Göğüs Kompresyonu Uygulama

Hasta supin pozisyonda sert bir zemine yatırılmalıdır. Her iki meme başı arası bulunur ve bu iki noktanın arasında hayali düz bir hat belirlenir. Bu hattın orta noktasına (sternum alt yarısına) bir elin topuğu konur ve sonrasında diğer el bunun üzerine konarak, sternumu en az 5 cm çöktürecek şekilde, dakikada en az 100 kompresyon olacak hızda uygulanır. Göğüs kompresyonu sonrası göğüs kafesinin eski haline dönmesi için zaman verilmelidir. Kurtarıcının göğüs kompresyonlarını hastanın gövdesine dik ve kolları bükülmeden yapması önerilmektedir. Eğer birden fazla kurtarıcı varsa 5 tur (2 dakika) KPR sonrası sırasıyla nabız kontrolü, nabız yoksa OED ile ritm analizi, gerekliyse defibrilasyon ve ardından 2 dakika daha KPR'a devam edilmelidir. Eğer birden fazla kurtarıcı varsa 5 tur (2 dakika) KPR sonunda kurtarıcı değişikliği yapılmalıdır. Kompresyonlara ara verilmemesi önerilmektedir.

Havayolu Açıklığı Sağlama

Hastanın ağzının içinde havayolu tıkanıklığına neden olan görünür yabancı cisim varsa işaret parmağı vasıtasıyla süpürme manevrası ile çıkarılır. Servikal travması olmayan hastalarda baş geri-çene ileri (Bir el alın bölgesine, diğer el ise çeneye konularak boyun ekstansiyona getirilir) manevrası uygulanır. Servikal travması olan hastalarda ise çene itme (hastanın baş tarafına geçilerek her iki el alt çene köşelerine yerleştirilerek çene öne ve yukarı itilir)

Solunumun sağlanması

Hastanın solunumu yoksa: ağız, burun veya trakeostomiden 1 saniye üzerinde göğüs kafesini kaldıracak şekilde 2 etkili soluk veriniz (Hastanın alını üzerine konan elin 1. ve 2. parmaklarını kullanarak hastanın burun delikleri kapatılır; hastanın çenesini öne-yukarı çekerek hastanın ağzının açılmasını sağlayınız, (mümkünse hava geçişine izin veren bir bez parçası hastanın ağızına kapatılır) derin bir nefes alınır ve hastaya verilir. Kurtarıcı, soluk verirken göğüs kafesinin yeteri kadar yükselip yükselmediğini kontrol etmelidir. Hastanın akciğerlerinden hava çıkışına izin verilmelidir. Aşırı ve çok hızlı hava vermekten kaçınılmalıdır. Dakikada 10-12 soluk verilmelidir.

NO.	BASAMAKLAR
10.	Müdahale devam ederken OED hastaya ulaştınca hastaya bağlanarak ritm analizi yapılır. OED yönlendirmesine göre eğer şoklanabilir bir ritm varsa bir şok verilir ve hemen sonrasında göğüs kompresyonu-kurtarıcı soluk siklusuna devam edilir. OED ile şok verilirken hastaya temas edilmediğinden emin olunmalıdır. Her 5 siklustan sonra nabız kontrolü ve ritm analizi yapılır.
11.	Hastanın kalp ve solunum fonksiyonları düzelince profesyonel sağlık ekibi gelinceye kadar hastanın başında beklenir ve hasta düzenli aralıklarla değerlendirilir.
12.	TYD uygulamalarına profesyonel yardım gelinceye, hastanın kalp ve solunum fonksiyonları düzelinceye veya kurtarıcı yorgunluktan bitip tükeninceye kadar devam edilir.

Kaynak:

1. AHA-ERC 2010 Resüsitasyon Klavuzu
2. Ulusal Çekirdek Eğitim Programı
3. Bates' Guide Physical Examination and History Taking



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

ÜRİNER ve ERKEK GENİTAL SİSTEMLERİ FİZİK MUAYENE BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Üriner ve erkek genital sistemlerinin fizik muayenesini yapabilmek.

ARAÇLAR: Muayene masası, önlük, eldiven, steteskop, vazelin krem veya benzer kayganlaştırıcı.

Üriner Sistem Muayenesi

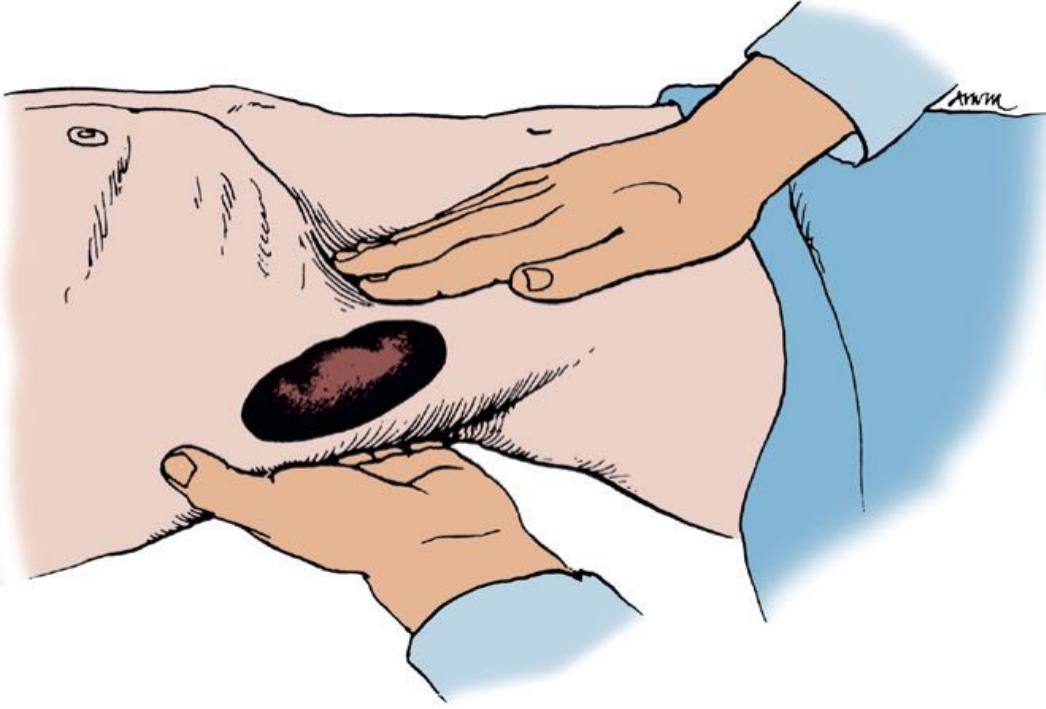
NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak muayene konusunda bilgi verilip onamının alınması
2.	Hastanın sırt üstü yatmasının istenmesi, sağına geçilip karnının açılması
3.	Hastanın karnının 9 veya 4 bölgeye ayrılarak inspekte edilmesi
4.	Hasta yatarken sol elin, hastanın beline 12. kostanın hemen altına ve ona paralel olarak parmak uçları kostovertebral açığa ancak yetişecek şekilde koyulması
5.	Sağ elin sağ üst kadranda rektus kasının lateraline paralel olarak koyulması
6.	Sol elle böbreğin yukarı kaldırılmaya çalışılması
7.	Hastanın derin bir nefes alması ve nefesinin en üst noktasında sağ elle de üstten bastırarak böbreğin her iki elle kavranmaya çalışılması (bimanuel palpasyon) (Şekil 1)
8.	Böbreğin kıvamının, şeklinin, boyutlarının, hassasiyetinin değerlendirilmesi (Genellikle normal böbrek palpe edilemez)
9.	4,5,6,7,8. Basamakların sol böbrek palpasyonu için de tekrarlanması
10.	Üreter traseleri boyunca palpasyonda hassasiyet olup olmadığının araştırılması
11.	Mesanenin palpasyonu ve perküsyonu (Matite elde edilmesi, glob vezikale araştırılması)
12.	Abdominal aortanın ve renal arter traselerinin oskültasyonu (Üfürüm olup olmadığının araştırılması)
13.	Hastanın oturtulup sırt ve lumbal bölgelerin inspeksiyonu
14.	Kostovertebral açı hassasiyeti bakılması (bir el kostalomber açığa yerleştirilerek üzerine diğer elin ulnar kenarı ile vurulur)

Erkek Genital Sistem Muayenesi

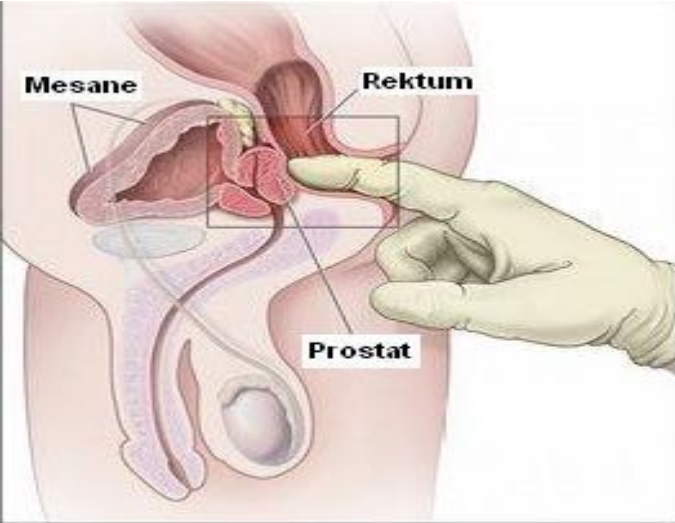
NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak muayene konusunda bilgi verilip onamının alınması
2.	Her iki ele muayene eldivenlerinin giyilmesi
3.	Hastanın ayakta size karşı donük şekilde veya sırtüstü yatar pozisyonda genital bölgesi açık kalacak şekilde soyunmasının sağlanması
4.	Hastaya yaklaşılırken söz/mimik ve hareketler yoluyla, paylaşılan mahremiyete duyulan saygının ifade edilmesi ve hastanın rahatlatılması
5.	İç çamaşırın akıntı ve hijyen yönünden değerlendirilmesi
6.	Pubik kıllanmanın gözlenmesi (dağılımı, miktarı)
7.	Penis etrafındaki ve tabanındaki derinin gözlenmesi (soyulma, inflamasyon, şişlik vb)
8.	Her iki skrotumun önden ve kaldırılarak arkadan gözlenmesi gözlenmesi (Skrotal deride renk değişikliği, skar izi, desquamasyon vb. incelenmesi)
9.	Eğer peniste sünnet derisi varsa geriye çekilmesi
10.	Glans penisin ve üretral meatusun gözlenmesi (Eksternal meanın yerine ve genişliğine dikkat ediniz)
11.	Glansın baş ve işaret parmakları arasında hafifçe sıkılması ve üretradan akıntı olup olmadığına bakılması
12.	Sünnet derisi geri çekildiyse tekrar yerine itilmesi
13.	Penil shaftın baş ve işaret parmakları arasında penis kökünden uca doğru palpe edilmesi (plak, nodül vb. bulgular), uzunluk yönünden değerlendirilmesi
14.	Sıra ile her iki skrotum bir elin baş, işaret ve orta parmakları arasında sıkılarak testis, epididim, vaz deferensler ve pampiniform pleksusların palpe edilmesi (Testislerin yeri, kıvamı, boyutları, hassasiyet ve ağrı varlığı, özellikle kitle olup olmadığı, hidrosel, varikozel araştırılması vb.)

Rektal Tuşe Yapılması

NO.	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak muayene konusunda bilgi verilip onamının alınması
2.	Her iki ele muayene eldivenlerinin giyilmesi
3.	Hastaya pozisyon verilmesi (Ayakta ve dizlerinin üstüne doğru öne eğilmiş halde, Ayakta dirsekleri ile muayene masasına dayanmış şekilde, Muayene masası üzerinde sol yanı üzerine yatıp dizlerini karnına çekmiş halde vs.)
4.	Gluteusları iki yana ayırarak perianal bölge ve görülebilen anal kanal bölümünün inspeksiyonu (hemoroid, fissür, fistül ağzı vb. bulgular açısından incelenir)
5.	Sağ elin işaret parmağı ucuna yeterli miktarda vazelin krem veya benzer kayganlaştırıcıdan bir miktar alınması
6.	Perianal bölgeye lubrikan (kayganlaştırıcı)/anestetik krem sürülmesi
7.	Anal bölgeye zile basar gibi hafifçe dokunarak muayenenin başladığının hastaya hissettirilmesi
8.	İşaret parmağının ilerde ve pulpası aşağı bakacak şekilde ve diğer dört parmak yumruk şekline getirilerek yavaşça anal bölgeden içeri sokulması. Anal sfinkterin gevşemesi için parmağın birkaç saniye anal sfinkter üzerinde tutulup beklenmesi ve ardından ilerletilmesi
9.	Hasta kendini sıkarsa, rahatlatılması
10.	Anal sfinkter tonusunun değerlendirilmesi (Sfinkterleri geçen parmağınız rektuma girince basıncı kurtulacaktır)
11.	İşaret parmağı rektum içinde anterior yüzeyde yavaş hareketler ile prostat üzerinde gezdirilerek prostatın palpasyonu (Prostatın büyüklüğü, kıvamı, nodül, endürasyon, asimetri, sertlik olup olmadığı değerlendirilir) (Şekil 2)
12.	Parmak prostattan daha ileriye uzatılarak seminal veziküllerin ele gelip gelmediğine bakılması
13.	Gerekli olgularda prostat masajı (Prostatın lateral ve posterior kısmından orta hatta doğru sağılması ile sekresyonun prostatik üretraya akmasının sağlanması)
14.	Tüm rektum mukozasının (olası insidental rektal tümör açısından) çepeçevre muayene edilerek ele gelen rektal kitle olup olmadığına bakılması
15.	Parmağın, girişte olduğu gibi yavaş şekilde dışarı çekilmesi
16.	Rektumdaki gaita içeriğinin değerlendirilmesi
17.	Muayene eldivenlerinin çıkarılması
18.	Hastanın giyinmesinin sağlanması
19.	Ellerin yıkanması



Şekil 1. Böbrek palpasyonu



Şekil 2. Prostat muayenesi

Kaynak:

1. Campbell – Walsh Urology (10th Edition)
2. Bickley LS, Szilagy PG. Bates' Guide to Physical Examination and History Taking



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

VÜCUDA YAPIŞMIŞ OLAN KENENİN UZAKLAŞTIRILMASI BECERİSİ

AMAÇLAR / AÇIKLAMALAR: Vücuda yapışmış olan kenenin kişiye zarar vermeden en kısa sürede parçalanmadan uzaklaştırılmasını sağlamak.

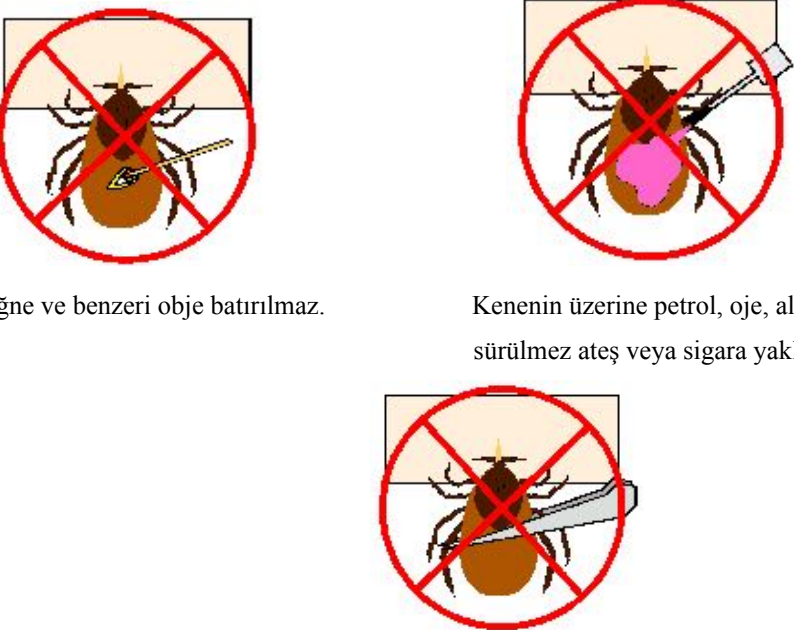

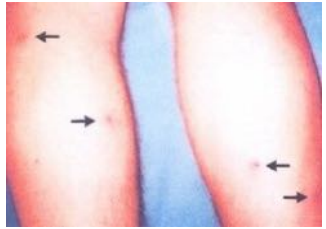



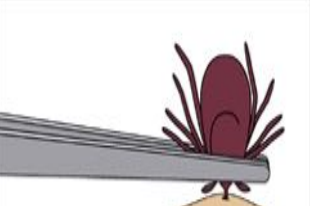
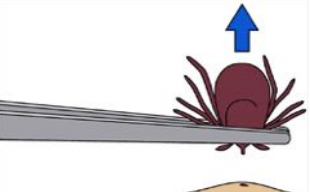


(Kene: *Hyalomma marginatum*)

Genel Prensipler:

- * Çıplak elle keneye dokunulmamalıdır.
- * Çıkarma işlemi esnasında asla kenenin başının koparılmasına çalışılır.
- * Kenenin başı asla burğu şeklinde döndürülmemelidir.

ARAÇLAR:

NO.	BASAMAKLAR
1.	<p>Genel Prensipler:</p> <ul style="list-style-type: none">* Çıplak el ile keneye dokunulmamalıdır.* Çıkarma işlemi esnasında asla kenenin başının koparılmasına çalışılır.* Kenenin başı asla burğu şeklinde döndürülmemelidir.  <p>İğne ve benzeri obje batırılmaz. Kenenin üzerine petrol, oje, alkol gibi kimyasal maddeler sürülmez ateş veya sigara yaklaştırılmaz.</p> <p>Kenenin gövdesinden, başından, diğer organlarından asla tutulmaz.</p>
2.	 <p>Genel kullanım eldivenleri giyilir.</p>
3.	<p>Vücuda yapışan tüm keneler tespit edilir.</p> 
4.	<p>Kenenin çıkartılması için uygun uçlu penset veya ucu eğik bir forseps seçilir.</p> 

NO.	BASAMAKLAR
5.	<p>Dominant el ile tutulan penset ya da forseps ile kene vücuda yapıştığı yerden, tutunma organlarından yakalanır.</p> 
6.	<p>Dominant el ile çivi çıkarır gibi sağa sola yavaşça oynatarak kene vücudu bırakana kadar yukarıya çekilir.</p> 
7.	<p>Çıkarılan kenenin hypostomasının* çıkarıldığından emin olunması * Hypostoma kenenin ağzının ortasında vücuda tutunmasını sağlayan çentikleri olan bir kamaya benzeyen tutunma organıdır.</p> 
8.	<p>Çıkarılan kene; a) İncelenecek ise içinde alkol olan kapaklı tüpe, b) İmha edilecek ise içinde çamaşır suyu bulunan kapaklı tüpe konulması.</p>  <p>Tüpün tıbbi atık kutusuna atılması.</p>
9.	İsırılan yerin povidon iyot merkezden başlayarak dairesel bir hareketle silinmesi.
10.	Eldivenlerin çıkartılması.
11.	Hastanın kene kaynaklı hastalıklarla ilgili bilgilendirilmesi, gerekirse uygun merkeze yönlendirilmesi.

Kaynak:

T.C. Sağlık Bakanlığı Bulaşıcı Hastalıklar Rehberi
www.ekmud.org



Ondokuz Mayıs Üniversitesi
Tıp Fakültesi

KLİNİK VE MESLEKİ BECERİLER EĞİTİMİ ÖĞRENİM REHBERİ

YARADAN KÜLTÜR ALMA ve YARA PANSUMANI BECERİSİ

AMAÇLAR: Açık yaradan mikrobiyolojik inceleme için kültür almak ve standart bir yara pansumanı yapabilmek.

ARAÇLAR: Steril pansuman seti, kültür tüpü, enjektör, steril eldiven, serum fizyolojik solüsyon, antiseptik solüsyon, steril gazlı bez, sargı bezi, flaster.

NO.	BASAMAKLAR
	KÜLTÜR ALINMASI
1.	Eller sabunla yıkanır.
2.	Kullanılacak malzemeler kontrol edilir. Hastaya bilgi verilir.
3.	Pansuman seti açılır ve malzemeler (kültür tüpü, enjektör ve gazlı bez) steril bir şekilde set içine açılır.
4.	Steril eldiven giyilir.
5.	Klempe tutturulmuş gazlı beze yardımcı tarafından dökülen antiseptik solüsyon ile yara kenarı içerden dışa doğru genişleyen daireler şeklinde silinir (antiseptik solüsyon yara içerisine sürülmemelidir).
6.	Varsa yaranın en derin yerinde birikmiş sıvı (eksüda) enjektöre çekilip ucu sıkıca kapatılır.
7.	Enjektöre çekilecek kadar sıvı birikimi yoksa, sıvının en fazla görüldüğü yerden, kültür çubuğunun pamuklu ucu sokulup döndürülerek yeterli miktarda örnek alınır.
8.	Pamuklu çubuk etrafa değdirilmeden kültür tüpün içindeki jele yerleştirilir.

NO.	BASAMAKLAR
	PANSUMAN YAPILMASI
1.	Klempin ucuna tutturulmuş gazlı beze, yardımcı serum fizyolojik döker.
2.	Yara içerisi serum fizyolojik ile ıslatılmış gazlı bezle nazikçe temizlenir.
3.	Klempin ucuna tutturulmuş yeni bir gazlı bez üzerine yardımcıdan, gazlı beze temas etmeden antiseptik solüsyon dökmesi istenir.
4.	Yara kenarı içten dışa doğru genişleyen daireler şeklinde antiseptik solüsyonla silinir.
5.	Gerekli görülürse topikal antibakteriyel pomad ya da antiseptik madde yara içerisine sterilite şartlarına riayet ederek uygulanır.
6.	Yaranın üzeri steril gazlı bezle kapatılır.
7.	Yara ekstremitede ise sargı bezi ile sarılarak, diğer yerlerde flasterle yapıştırılarak pansuman tamamlanır.
8.	Atık malzemeler uygun atık torbalarına atılarak set toplanır.
9.	Kültür tüpünün ya da kültür materyali aspire edilmiş enjektörün üzerine hasta bilgilerini içeren etiket yapıştırılıp mikrobiyoloji laboratuvarına gönderilir.
10.	Eller yıkanır.

Kaynak:

1. Tenenhouse M, Bhavsar D. In:Granick MS, Gamelli RL. Surgical wound healing and Management. Informa Healthcare. 2007:pp:31-32.

2. Galiano RD, Mustoe TA. Wound care. In: CH, Beasley RW, Aston SJ, Barlett SP, Gurtner GC, Spear SL. Grabb & Smith's Plastic Surgery. 6th Ed. Lippincott Williams&Wilkins 2007:pp:28.