



TC
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
KUMLUCA SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ
2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI BAHAR YARIYILI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ
BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ
(FİZİK DEĞERLENDİRME, ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER,
YAŞAM BULGULARI)

Öğretim Elemanları
Doç.Dr. Fatma Dilek TURAN
Öğr. Gör. Dr. Bahar AKSOY

ANTALYA
2024

ÇOCUKLARDA FİZİKSEL DEĞERLENDİRME

GENEL GÖRÜNÜMÜ DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

Amaç: Çocuğun genel fiziksel görünümünü değerlendirmek

➤ Temel İlkeler

- Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Değerlendirme sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır.
- Değerlendirme yapılırken hasta tamamen soyulmalıdır.
- Fiziksel değerlendirme yapılırken oda ısısı 22-24 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Hastanın yaşına uygun olarak sosyal iletişimi, yüz ifadeleri ve ebeveynleri ile ilişkileri gözlenmelidir.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, hastanın hemşirelik tanılarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla her gün baştan ayağa fiziksel değerlendirme yapılmalıdır.

➤ Tanılama

- Vücut sıcaklığı
- Cilt rengi
- Ajitasyon +/-
- Letarji +/-

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
- ✓ Temiz eldiven
- ✓ Işık kaynağı
- ✓ Dil basacağı
- ✓ Koruyucu örtü
- ✓ Hemşire gözlem formu

Genel Görünümü Değerlendirme Protokolü

	UYGULAMA
• İşlem Öncesi	
✓ Uygun oda ısısı sağlanır.	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
• İşlem	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Çocuğun kıyafetleri çıkarılır.	
✓ Çocuğun genel olarak postürü, cilt rengi, yaşına uygun davranışları, ebeveynleri ile iletişimi, ajitasyon durumu değerlendirilir.	
✓ Avuç içleri, ayak tabanları, saçlı deri ve ağzı kapsayacak şekilde tüm vücudun fiziksel değerlendirmesi yapılır.	
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
• İşlem Sonrası	
✓ Çocuğun kıyafetleri giydirilerek uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	
✓ Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

BAŞ-BOYUN DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

Amaç: Çocuğun baş ve boyun değerlendirmesini yapmak

➤ Temel İlkeler

- Çocuğun mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Değerlendirme sırasında çocuk yalnız bırakılmamalıdır.
- Fiziksel değerlendirme yapılırken oda ısısı 22-24 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Fontaneler; kapanma durumu, çöküklük ve kabarıklık açısından değerlendirilmelidir.

Not: Ön fontanel 9-18 aylar arasında, arka fontanel 6-8. haftalar arasında kapanır.

- 1 aydan büyük bebeklerin başını tutabilme durumu değerlendirilmelidir.
- İlk yatışta ve çocuğa göre belirlenen sıklıkta, baş çevresi ölçüm protokolüne uygun olarak baş çevresi ölçülmelidir.
- Başın ve baştaki organların simetrisi değerlendirilmelidir.
- Boyundaki lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilmelidir.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, çocuk için uygun hemşirelik tanılarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla ilk yatışta ve her gün baş ve boyun değerlendirmesi yapılmalıdır.

➤ Tanılama



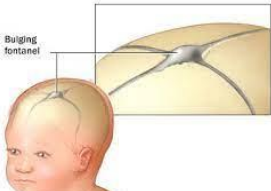


- Başını tutabilme +/-
- Başını sağa sola hareket ettirebilme +/-
- Ön fontanel kapanma durumu +/-
- Arka fontanel kapanma durumu +/-
- Fontanel çöküklüğü +/-
- Fontanel kabarıklığı +/-
- Başın ve baştaki organların simetrisi +/-

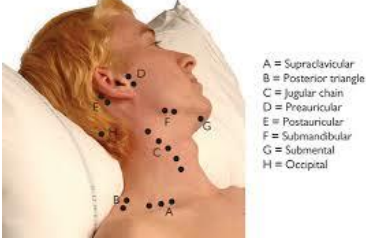
➤ Uygulama

• Malzemeler

- ✓ Temiz eldiven
- ✓ Hemşire gözlem formu

Baş Boyun Değerlendirme Protokolü

<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Öncesi 	UYGULAMA
✓ Uygun oda ısısı sağlanır.	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem 	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Çocuğun tanısı doğrultusunda gerekiyorsa baş çevresi, baş çevresi ölçüm protokolüne uygun olarak ölçülür. İlk yatış değerlendirmelerinde mutlaka baş çevresi ölçümü yapılır.	
<p>İnspeksiyon;</p> 	
✓ Baş ve baştaki organların simetrisi değerlendirilir.	
✓ Kafa derisi; ekimoz, kızarıklık ve çizik, saçlar; yapısı ve belli alanda azalması açısından değerlendirilir.	
<p>Palpasyon;</p> 	
<p>✓ Fontaneler palpasyonla kontrol edilir.</p> <p>Not: Fontaneler bebeğin/çocuğun sağlık durumu ve hidrasyonu hakkında bilgi verir. Kabarmış fontanel enfeksiyon ya da kafa travması sonucu artmış kafa içi basıncın göstergesi, çökük fontanel ise dehidratasyon bulgusudur.</p>  	
<p>✓ Çocuk hidrocefali, kraniyotabes açısından izlenir.</p> <p>Not: Hidrocefali, başın normalden fazla büyümesine, kafa derisinin incelmesine ve damarların belirginleşmesine neden olur. Kraniyotabes, kafatasının normal olmayan şekilde yumuşak olmasıdır.</p> 	

<p>✓ Bilinci açık çocuğun başı yumuşak hareketlerle sağa-sola, öne-arkaya hareket ettirilerek boyun hareketliliği değerlendirilir. Çocuk iletişim kurabiliyorsa, kendisinin yapması istenir.</p>	
<p>✓ Boyunda lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.</p> 	
<p>✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.</p>	
<p>• İşlem Sonrası</p>	
<p>✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.</p>	
<p>✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.</p>	
<p>✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.</p>	
<p>✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.</p>	

GÖZ DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

Amaç: Çocuğun gözünü değerlendirmek

➤ Temel İlkeler

- Değerlendirme sırasında çocuk yalnız bırakılmamalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.




➤ Tanılama

- Hassasiyet +/-
- Kaşıntı +/-
- Akıntı +/-
- Kızarıklık +/-
- Çapaklanma +/-
- Işık refleksi +/-
- Pitozis +/-
- Sklera rengi +/-

➤ Uygulama

- Malzemeler
- ✓ Temiz eldiven
- ✓ Hemşire gözlem formu
- ✓ Işık kaynağı

Göz Değerlendirme Protokolü

<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Öncesi 	UYGULAMA
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem 	
✓ Hastanın kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Her iki göz çapaklanma, hassasiyet, kaşıntı, akıntı ve kızarıklık açısından değerlendirilir.	
<p>Not: Skleranın normal rengi beyazdır, bazı hastalıklarda sarı ya da mavi renk gözlenir.</p>	
	
✓ Pitozis (göz kapağı düşüklüğü) değerlendirilir.	
	
✓ Nistagmus, strabismus varlığı değerlendirilir.	
<p>STRABISMUS</p> 	
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Sonrası 	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	
✓ Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

KULAK-BURUN-AĞIZ DEĞERLENDİRME PROTOKLÜ

Amaç: Çocuğun kulak, burun, ağız değerlendirmesini yapmak

➤ Temel İlkeler

- Değerlendirme sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, hastanın hemşirelik tanılarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla her gün kulak, burun, ağız değerlendirilmelidir.



➤ Tanılama

<ul style="list-style-type: none">• Kulak✓ Ağrı +/-✓ Hassasiyet +/-✓ Kaşıntı +/-✓ Akıntı +/-✓ Görülür kulak kiri +/-✓ Deri bütünlüğünde bozulma +/-✓ Anatomik bozukluk +/-	<ul style="list-style-type: none">• Burun✓ Akıntı +/-✓ Tıkanıklık +/-✓ Kaşıntı +/-✓ Anatomik bozukluk +/-	<ul style="list-style-type: none">• Ağız✓ Koku +/-✓ Hijyen +/-✓ Mukoz membran bütünlüğü +/-✓ Dil bağı +/-✓ Uçuk +/-✓ Yaşa uygun diş gelişimi +/-✓ Dil rengi✓ Yarı damak/dudak
--	--	--

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
- ✓ Temiz eldiven
- ✓ Hemşire gözlem formu
- ✓ Işık kaynağı
- ✓ Dil basacağı

Kulak-Burun-Ağız Değerlendirme Protokolü

	UYGULAMA
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Öncesi 	
✓ Çocukğa ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem 	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Kulak kepçesinin anatomik yeri ve duruşu incelenir.	
✓ Kulak kepçesi üst sınırının gözün bitişi çizgisi ile aynı hizada olup olmadığı değerlendirilir.	
<p>Not: Kulağın gözün dış kantusundan çizilen hayali çizgiden daha aşağı yerleşmiş olması kromozomal/renal hastalıkları düşündürür.</p>	
	
✓ Kulakta ağrı, akıntı, deri bütünlüğünde bozulma olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ İşitme fonksiyonu değerlendirmede, bebeklerde görmediği bir alanda ses çıkartılarak başını o tarafa döndürüp döndürmediğine bakılır.	
✓ Burun yapısında anatomik bozukluk olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Solunum sırasında burun ve burun kanatlarının solunuma katılım durumu değerlendirilir.	
✓ Burunda akıntı, kızarıklık, kaşıntı gibi belirtiler olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Ağız içi mukoz membran bütünlüğünde bozulma, koku ve kuruluk, dudaklar; uçuk ve çatlak açısından değerlendirilir.	
	
✓ Dil büyüklük ve renk açısından değerlendirilir.	
✓ Dil bağı olup olmadığı kontrol edilir.	
✓ Dişlerin yapısı, yaşa uygun sayısı, dizilişi ve hijyen durumu değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Sonrası 	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	
✓ Malzemeler bir sonraki kullanım için hazır hale getirilir.	

KARIN VE GÖĞÜS DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

Amaç: Çocuğun karın ve göğüs bölgesini değerlendirmek

➤ Temel İlkeler

- Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Değerlendirme sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır.
- Fiziksel değerlendirme yapılırken oda ısısı 22-24 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, hastanın hemşirelik tanılarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla her gün karın ve göğüs değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Karın ve göğüs lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği açısından değerlendirilmelidir.



➤ Tanılama




- **Karın;**
 - ✓ Ağrı +/-
 - ✓ Hassasiyet +/-
 - ✓ Gerginlik/Şişlik +/-
 - ✓ Herni +/-
 - ✓ Göbekte akıntı/ kanama +/-
 - ✓ Bağırsak sesleri +/-
- **Göğüs;**
 - ✓ Anatomik bozukluk +/-
 - ✓ İnterkostal çekilme +/-
 - ✓ Göğüs uçlarının simetrisi +/-
 - ✓ Meme dokusunun büyüklüğü +/-

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
 - ✓ Temiz eldiven
 - ✓ Steteskop
 - ✓ Hemşire gözlem formu

Karın ve Göğüs Değerlendirme Protokolü

	UYGULAMA
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Öncesi 	
✓ Uygun oda ısısı sağlanır.	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Hastaya uygun pozisyon verilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem 	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
❖ Karın Değerlendirme;	
○ İnspeksiyon	
✓ Karın deri dokusu, rengi ve bütünlüğüne bakılır.	
✓ Deride herhangi bir skar, lezyon veya döküntü olup olmadığı gözlenir.	
✓ Karındaki venler gözlenir, göbek fıtığı, omfalosel, gastroşizis ve göbek deliği enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilir.	
	
○ Oskültasyon	
✓ Çocuğun barsak sesleri steteskopla dinlenir.	
Not: Çocuklarda bağırsak seslerinin varlığı peristaltizmin olduğunu ve içeriğin bağırsak boyunca hareket ettiğini gösterir.	
○ Palpasyon	
✓ Çocuk sırt üstü yatar pozisyonda dizler karına çekilir. Karın hassasiyet gerginlik, ağrı açısından palpasyonla değerlendirilir.	
✓ Palpasyon sırasında cilt ile ilgili lezyonlar ve lezyonların hareketli, yumuşak, sert veya küçülebilir olup olmadıkları palpe edilir.	
Not: Palpasyon ile hassas bölgeler, kitleler, organ büyümeleri, asit gibi durumlar belirlenebilir.	
	
✓ Tanı doğrultusunda gerekiyorsa karın çevresi ölçüm protokolüne uygun olarak karın çevresi ölçülür.	
✓ Karın lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
Not: Palpasyona yüzeysel palpasyon ile başlanıp çocuğun yüzünde ağrı belirtilerinin olup olmadığı gözlenir. Hassas noktalar tespit edilirse o nokta muayenede en sona bırakılır.	

❖ Göğüs Değerlendirme;	
○ İnspeksiyon	
✓ Göğüs kuş tipi (sternumun dışa doğru çıkmasıdır) göğüs açısından değerlendirilir.	
✓ Göğüs kunduracı tipi (sternumun içe doğru çökmesidir) göğüs açısından değerlendirilir. 	
✓ Nefes alıp verme sırasında interkostal çekilme varlığı değerlendirilir. 	
✓ Meme dokusunun büyüklüğünün yaşa uygun olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Göğüs uçlarının simetrik olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Kamburluk (kifo), omurga sütununun yanlara doğru kavislemesi (skolyoz) ve kamburluk ile skolyozun bir arada olması (kifoskolyoz) gibi göğüs deformiteleri kaydedilir. 	
○ Palpasyon	UYGULAMA
✓ Göğüs lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
✓ Göğüs duvarının genişleyebilme kapasitesi ve asimetric hareketleri palpe edilir. Not: Hastalıklarda göğüs duvarının hem hareket amplitütleri, hem de simetrisi bozulabilir ve palpasyon sırasında bu patolojik durumlar saptanabilir.	
✓ Göğüs ucunda akıntı olup olmadığı kontrol edilir.	
○ Oskültasyon	
✓ Solunum sisteminin oskültasyonu, trakeobronşiyal ağaç boyunca var olan türbülant hava hareketlerinin oluşturduğu sesler göğüs duvarından stetoskop ile dinlenir.	

✓ İki tarafı karşılaştırmak için göğüs boyunca bir yandan diğer yana doğru dinlenir.

AKCİĞER SESLERİNİN DİNLENMESİ



• İşlem Sonrası

✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.

✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.

✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.

✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.

✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.

GENİTAL VE ANAL BÖLGE DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

Amaç: Çocuğun genital ve anal bölgesini değerlendirmek

➤ Temel İlkeler

- Çocuğun mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Değerlendirme sırasında çocuk yalnız bırakılmamalıdır.
- Fiziksel değerlendirme yapılırken oda ısısı 22-24 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Puberte döneminde ya da daha büyük hastalarda tanıya yönelik belirti ve bulgular doğrultusunda ve/veya çocuğun şikayetleri sorgulanarak bu doğrultuda gerektiğinde genital ve anal bölge değerlendirmesi yapılmalıdır.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, çocuğun hemşirelik tanılarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla her gün genital ve anal bölge değerlendirilmelidir.


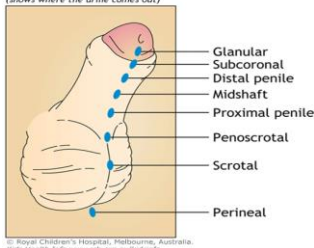

➤ Tanılama

<ul style="list-style-type: none">➤ Kız Çocuklarda Genital Bölge✓ Ödem +/-✓ Kızarıklık +/-✓ Kaşıntı +/-✓ Akıntı +/-✓ Kanama +/-✓ Pişik +/-✓ Yaşa uygun kıllanma +/-✓ Anatomik bozukluk +/-	<ul style="list-style-type: none">➤ Erkek Çocuklarda Genital Bölge✓ Ödem +/-✓ Kızarıklık +/-✓ Kaşıntı +/-✓ Akıntı +/-✓ Kanama +/-✓ Pişik +/-✓ Yaşa uygun kıllanma +/-✓ Anatomik bozukluk +/-✓ Sünnet derisi +/-✓ İnmemiş testis +/-✓ İnguinal herni +/-✓ Skrotum rengi
<ul style="list-style-type: none">➤ Anal Bölge✓ Hemoroid +/-✓ Kaşıntı +/-✓ Pişik +/-✓ Kanama +/-✓ Anatomik bozukluk +/-✓ Fissür +/-✓ Fistül +/-	

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
- ✓ Eldiven
- ✓ Hemşire gözlem formu
- ✓ Koruyucu örtü
- ✓ Işık kaynağı

Genital ve Anal Bölge Değerlendirme Protokolü

➤ İşlem Öncesi	UYGULAMA
✓ Uygun oda ısısı sağlanır.	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
➤ İşlem	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
➤ Kız Hastalarda;	
○ Genital organların yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
○ Ödem, kızarıklık, pişik, kanama, kaşıntı ve akıntı açısından değerlendirilir.	
	
○ Yaşa uygun puberte belirtileri değerlendirilir.	
➤ Erkek Hastalarda;	
○ Penisin yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
○ Penis boyu ve üretral açıklığın yeri değerlendirilir.	
Types of hypospadias (shows where the urine comes out)	
	
	
○ Sünet derisi geri çekilerek yapışıklık ve darlık açısından değerlendirilir.	
○ Testisler büyüklük, renk ve skrotumda olup olmaması açısından değerlendirilir.	
○ Kasık bölgesi inguinal herni açısından değerlendirilir.	
✓ Anal sfinkter fissür açısından değerlendirilir.	
✓ Anal bölge kanama pişik, kaşıntı ve hijyen açısından değerlendirilir.	
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
➤ İşlem Sonrası	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	
✓ Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

SIRT-KALÇA VE EKSTREMİTELERİ DEĞERLENDİRME PROTOKLÜ

Amaç: Çocuğun sırt, kalça ve ekstremitelerini değerlendirmek

➤ Temel İlkeler

- Çocuğun mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Değerlendirme sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır.
- Değerlendirme yapılırken hasta tamamen soyulmalıdır.
- Fiziksel değerlendirme yapılırken oda ısısı 22-24 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, çocuğun hemşirelik tanılarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla her gün sırt, kalça ve ekstremiteler değerlendirilmelidir.

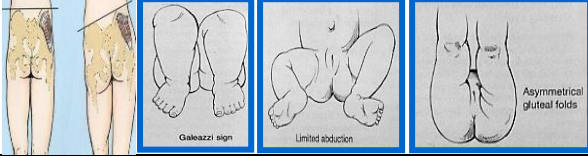
➤ Tanılama

- **Sırt**
 - ✓ Anatomik bozukluk +/-
 - ✓ Skapulaların simetrisi +/-
 - ✓ Omuzlar arasında yükselti farkı +/-
- **Kalça**
 - ✓ Pililerin simetrisi +/-
 - ✓ Abdüksiyon kısıtlılığı +/-
 - ✓ Dizlerin simetrisi +/-
- **Ekstremiteler**
 - ✓ Kolların simetrisi +/-
 - ✓ El simetrisi deformite +/-
 - ✓ Ayak simetrisi +/-
 - ✓ Bacak simetrisi +/-
 - ✓ Ayak düşmesi +/-
- **Eklemler**
 - ✓ Hareket +/-
 - ✓ Kontraktür +/-
 - ✓ Isı farkı +/-
 - ✓ Kızarıklık +/-
 - ✓ Şişlik +/-

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
 - ✓ Temiz eldiven
 - ✓ Hemşire gözlem formu

Sırt-Kalça ve Ekstremiteleri Değerlendirme Protokolü

	UYGULAMA
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Öncesi 	
✓ Uygun oda ısı sağlanır	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Hastaya uygun pozisyon verilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem 	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Sırtta anatomik bozukluklar (kifoz, lordoz, skolyoz) değerlendirilir.	
✓ Skapulaların duruş şekli, omuzlar arasında yükseklik farkı değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Kalça displazisini değerlendirmek için; <ul style="list-style-type: none"> ○ Çocuğun ayak tabanları düz zemine bastırılarak diz simetrisi değerlendirilir. 	
	
✓ Ekstremitelerde eller ve kollar simetri, uzunluk, şekil ve duruş açısından değerlendirilir.	
✓ Ayak ve bacaklar simetri, uzunluk, şekil ve duruş açısından değerlendirilir.	
✓ Tüm eklemler hareket, sertlik, kızarıklık, ısı farklılığı açısından değerlendirilir.	
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
<ul style="list-style-type: none"> • İşlem Sonrası 	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	

NÖROLOJİK FONKSİYONLARI DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

Amaç: Çocuğun nörolojik fonksiyonlarını değerlendirmek

➤ Temel İlkeler

- Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Değerlendirme sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır.
- Fiziksel değerlendirme yapılırken oda ısısı 22-24 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Hastanın yaşına uygun olarak sosyal iletişimi, yüz ifadeleri ve ebeveynleri ile ilişkileri gözlenmelidir.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, hastanın hemşirelik tanımlarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla her gün nörolojik değerlendirme yapılmalıdır.

➤ Tanılama

- Bilinç +/-
- Sedatif ilaç kullanımı +/-
- Anestetik ilaç kullanımı +/-
- Antikonvülzan ilaç kullanımı +/-
- Işık refleksi +/-
- Kas tonüsü +/-
- Kas atrofisi +/-
- Hipotoni +/-
- Başını tutabilme +/-
- Glaskow koma skalası

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
- ✓ Temiz eldiven
- ✓ Işık kaynağı
- ✓ Hemşire gözlem formu

EK: GLASKOW KOMA SKALASI

Glaskow koma skalasında 3-8 puan şiddetli travmayı, 9-12 puan orta şiddetli travmayı, 13-14 puan hafif travmayı gösterir.

Sözlü Cevap		Göz Açma		Motor Cevap	
Yok	1	Yok	1	Yok	1
Anlaşılmaz sesler	2	Ağrılı uyarana	2	Anormal ekstensör	2
Uygunsuz Kelimeler	3	Sözlü uyarana	3	Anormal fleksör	3
Konfüzyon	4	Spontan	4	Uygun kaçırma	4
Oryante	5			Emirleri yerine getirme	5

Nörolojik Fonksiyonları Değerlendirme Protokolü

• İşlem Öncesi	UYGULAMA
✓ Uygun oda ısı sağlanır	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
• İşlem	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Baş çevresi ölçülerek mikrosefali, makrosefali açısından değerlendirilir.	
✓ Fontanelerin kapanma durumu değerlendirilir.	
✓ Bilinci açık hastaların başını tutabilme durumu değerlendirilir.	
✓ Gözlerde strabismus, nistagmus, batan güneş görünümü, pitoz varlığı, katarakt gibi anormallikler ve ışık refleksi değerlendirilir.	
Not: Yüz asimetrisi, kulak kepçesi, burun basıklığı anormalliği gibi bulguların varlığı dikkatle incelenmelidir.	
✓ Kas tonüsü ve kas atrofisi değerlendirilir.	
✓ Çocuk hipotoni açısından değerlendirilir.	
✓ Çocuğun glaskow koma skalası değerlendirilir.	
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulguları değerlendirilir.	
✓ Çocuklarda dil gelişimi açısından bulunduğu yaşa göre değerlendirmesi yapılır.	
• İşlem Sonrası	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	
✓ Malzemeler bir sonraki kullanım için hazır hale getirilir.	

DERİ VE DERİ EKLERİ DEĞERLENDİRME PROTOKOLÜ

Amaç: Çocuğun deri ve deri eklerini değerlendirmek

➤ Temel İlkeler

- Hastanın mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Değerlendirme sırasında hasta yalnız bırakılmamalıdır.
- Değerlendirme yapılırken hasta tamamen soyulmalıdır.
- Fiziksel değerlendirme yapılırken oda ısısı 22-24 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Değerlendirme sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, hastanın hemşirelik tanımlarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla ilk yatışta ve her gün deri ve deri ekleri değerlendirilmelidir.


➤ Tanılama

- Vücut sıcaklığı
- Cilt rengi
- Saçta parazit +/-
- Ödem +/-
- Deri turgoru
 - Normal +/-
 - Azalmış +/-
- Doğum lekesi +/-
- Alacalı görünüm +/-
- Döküntü +/-
- Deri bütünlüğünde bozulma +/-
- Deri hijyeni +/-
- Lenf nodülü +/-

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
- ✓ Temiz eldiven
- ✓ Işık kaynağı
- ✓ Koruyucu örtü
- ✓ Hemşire gözlem formu

Deri ve Deri Ekleri Değerlendirme Protokolü

• İşlem Öncesi	UYGULAMA
✓ Uygun oda ısısı sağlanır.	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
İşlem	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Çocuğun kıyafetleri çıkarılır.	
✓ Deri; renk, turgor, ödem, döküntü, kaşıntı, doğum lekesi ve hijyen açısından kontrol edilir.	
	
✓ Saç ve saç derisi; renk, görünüş, canlılık, konak ve saç dibi parazitleri açısından kontrol edilir.	
✓ Tırnaklar; şekil, renk, boy ve kuruluk açısından değerlendirilir.	
✓ Koltuk altı lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti bulgular değerlendirilir.	
İşlem Sonrası	
✓ Çocuğun kıyafetleri giydirilerek uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	
✓ Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

FİZİK MUAYENE BECERİ KONTROL LİSTESİ

MUAYENE ÖNCESİ GENEL HAZIRLIK	UYGULAMA
✓ Uygun oda ısısı sağlanır	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
BAŞ VE BOYUN DEĞERLENDİRME	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Uygun oda ısısı sağlanır	
✓ Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Çocuğun tanısı doğrultusunda gerekiyorsa baş çevresi, baş çevresi ölçüm protokolüne uygun olarak ölçülür. İlk yatış değerlendirmelerinde mutlaka baş çevresi ölçümü yapılır.	
İnspeksiyon;	
✓ Baş ve baştaki organların simetrisi değerlendirilir.	
✓ Kafa derisi; ekimoz, kızarıklık ve çizik, saçlar; yapısı ve belli alanda azalması açısından değerlendirilir.	
Palpasyon;	
✓ Fontaneler palpasyonla kontrol edilir. Not: Fontaneler bebeğin sağlık durumu ve hidrasyonu hakkında bilgi verir. Kabarmış fontanel enfeksiyon ya da kafa travması sonucu artmış kafa içi basıncın göstergesi, çökük fontanel ise dehidratasyon bulgusudur.	
✓ Çocuk hidrosefali, kraniyotabes açısından izlenir. Not: Hidrosefali, başın normalden fazla büyümesine, kafa derisinin incelmesine ve damarların belirginleşmesine neden olur. Kraniyotabes, kafa tasının normal olamayan şekilde yumuşak olmasıdır.	
✓ Bilinci açık hastanın başı yumuşak hareketlerle sağa-sola, öne-arkaya hareket ettirilerek boyun hareketliliği değerlendirilir. Hasta iletişim kurabiliyorsa, kendisinin yapması istenir.	
✓ Boyunda lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
✓ Hastanın tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
GÖZ DEĞERLENDİRME	
✓ Her iki göz çapaklanma, hassasiyet, kaşıntı, akıntı ve kızarıklık açısından değerlendirilir. Not: Skleranın normal rengi beyazdır, bazı hastalıklarda sarı ya da mavi renk gözlenir.	
✓ Pitozis (göz kapağı düşüklüğü) değerlendirilir.	
✓ Nistagmus, strabismus varlığı değerlendirilir.	
✓ Hastanın tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	

KULAK-BURUN-AĞIZ DEĞERLENDİRME	
✓ Kulak kepçesinin anatomik yeri ve duruşu incelenir.	
✓ Kulak kepçesi üst sınırının gözün bitişi çizgisi ile aynı hizada olup olmadığı değerlendirilir. Not: Kulağın gözün dış kantusundan çizilen hayali çizgiden daha aşağı yerleşmiş olması kromozomal hastalıkları düşündürür.	
✓ Kulakta ağrı, akıntı, deri bütünlüğünde bozulma olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ İşitme fonksiyonu değerlendirmede, bebeklerde görmediği bir alanda ses çıkartılarak başını o tarafa döndürüp döndürmediğine bakılır.	
✓ Burun yapısında anatomik bozukluk olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Solunum sırasında burun ve burun kanatlarının solunuma katılım durumu değerlendirilir.	
✓ Burunda akıntı, kızarıklık, kaşıntı gibi belirtiler olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Ağız içi mukoz membran bütünlüğünde bozulma, koku ve kuruluk, dudaklar; uçuk ve çatlak açısından değerlendirilir.	
✓ Dil büyüklük ve renk açısından değerlendirilir.	
✓ Dil bağı olup olmadığı kontrol edilir.	
✓ Dişlerin yapısı, yaşa uygun sayısı, dizilişi ve hijyen durumu değerlendirilir.	
KARIN VE GÖĞÜS DEĞERLENDİRME	
❖ Karın Değerlendirme;	
○ İnspeksiyon	
✓ Karın deri dokusu, rengi ve bütünlüğüne bakılır.	
✓ Deride herhangi bir skar, lezyon veya döküntü olup olmadığı gözlenir.	
✓ Karındaki venler gözlenir, göbek fıtığı, omfalosel, gastroşizis ve göbek deliği enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilir.	
○ Oskültasyon	
✓ Hastanın barsak sesleri steteskopla dinlenir. Not: Çocuklarda barğırsak seslerinin varlığı peristaltizmin olduğunu ve içeriğin barğırsak boyunca hareket ettiğini gösterir.	
○ Palpasyon	
✓ Hasta sırt üstü yatar pozisyonda dizler karına çekilir. Karın hassasiyet gerginlik, ağrı açısından palpasyonla değerlendirilir.	
✓ Palpasyon sırasında cilt ile ilgili lezyonlar ve lezyonların hareketli, yumuşak, sert veya küçülebilir olup olmadıkları palpe edilir. Not: Palpasyon ile hassas bölgeler, kitleler, organ büyümeleri, asit gibi durumlar belirlenebilir.	
✓ Tanı doğrultusunda gerekiyorsa karın çevresi ölçüm protokolüne uygun olarak karın çevresi ölçülür.	
✓ Karın lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir. Not: Palpasyona yüzeysel palpasyon ile başlanıp çocuğun yüzünde ağrı belirtilerinin olup olmadığı gözlenir. Hassas noktalar tespit edilirse o nokta muayenede en sona bırakılır.	
❖ Göğüs Değerlendirme;	
○ İnspeksiyon	
✓ Göğüs kuş tipi (sternumun dışa doğru çıkmasıdır) göğüs açısından değerlendirilir.	
✓ Göğüs kunduracı tipi (sternumun içe doğru çökmesidir) göğüs açısından değerlendirilir.	
✓ Nefes alıp verme sırasında interkostal çekilme varlığı değerlendirilir.	
✓ Meme dokusunun büyüklüğünün yaşa uygun olup olmadığı değerlendirilir.	



✓ Göğüs uçlarının simetrik olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Kamburluk (kifoz), lokal kemik hastalığına bağlı kamburluk (gibozite), omurga sütununun yanlara doğru kavislemesi (skolyoz) ve kamburluk ile skolyozun bir arada olması (kifoskolyoz) gibi göğüs deformiteleri kaydedilir.	
○ Palpasyon	
✓ Göğüs lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
✓ Göğüs duvarının genişleyebilme kapasitesi ve asimetric hareketleri palpe edilir.	
Not: Hastalıklarda göğüs duvarının hem hareket amplitütleri, hem de simetrisi bozulabilir ve palpasyon sırasında bu patolojik durumlar saptanabilir.	
✓ Göğüs ucunda akıntı olup olmadığı kontrol edilir.	
○ Oskültasyon	
✓ Solunum sisteminin oskültasyonu, trakeobronşiyal ağaç boyunca var olan türbülant hava hareketlerinin oluşturduğu sesler göğüs duvarından steteskop ile dinlenir.	
✓ İki tarafı karşılaştırmak için göğüs boyunca bir yandan diğer yana doğru dinlenir.	
GENİTAL VE ANAL BÖLGE DEĞERLENDİRME	
➤ Kız Hastalarda;	
○ Genital organların yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
○ Ödem, kızarıklık, pişik, kanama, kaşıntı ve akıntı açısından değerlendirilir.	
○ Yaşa uygun puberte belirtileri değerlendirilir.	
➤ Erkek Hastalarda;	
○ Penisin yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
○ Penis boyu ve üretral açıklığın yeri değerlendirilir.	
○ Sünnet derisi geri çekilerek yapışıklık ve darlık açısından değerlendirilir.	
○ Testisler büyüklük, renk ve skrotumda olup olmaması açısından değerlendirilir.	
○ Kasık bölgesi inguinal herni açısından değerlendirilir.	
✓ Anal sfinkter fissür açısından değerlendirilir.	
✓ Anal bölge kanama pişik, kaşıntı ve hijyen açısından değerlendirilir.	
✓ Hastanın tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
SIRT-KALÇA VE EKSTREMİTELERİ DEĞERLENDİRME	
✓ Sırtta anatomik bozukluklar (kifoz, lordoz, skolyoz) değerlendirilir.	
✓ Skapulaların duruş şekli, omuzlar arasında yükseklik farkı değerlendirilir.	
✓ Hasta sırt üstü ya da yüz üstü yatırılarak pililerin simetrisi değerlendirilir.	
✓ Kalça çıkığı olup olmadığını değerlendirmek için; ○ Hastanın ayak tabanları düz zemine bastırılarak diz simetrisi değerlendirilir. ○ Hasta sırt üstü yatarken her iki alt ekstremitte hem kalça hem dizden 90° fleksiyon olacak şekilde pozisyon verilir. Dizlerin yüksekliğinin eşit olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Ekstremitelerde eller ve kollar simetri, uzunluk, şekil ve duruş açısından değerlendirilir.	
✓ Ayak ve bacaklar simetri, uzunluk, şekil ve duruş açısından değerlendirilir.	
✓ Tüm eklemler hareket, sertlik, kızarıklık, ısı farklılığı açısından değerlendirilir.	
✓ Hastanın tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	

DERİ VE DERİ EKLERİ DEĞERLENDİRME	
✓ Deri; renk, turgor, ödem, döküntü, kaşıntı, doğum lekesi ve hijyen açısından kontrol edilir.	
✓ Saç ve saç derisi; renk, görünüş, canlılık, konak ve saç dibi parazitleri açısından kontrol edilir.	
✓ Tırnaklar; şekil, renk, boy ve kuruluk açısından değerlendirilir.	
✓ Koltuk altı lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
✓ Hastanın tanısına yönelik belirti bulgular değerlendirilir.	
NÖROLOJİK DEĞERLENDİRME	
✓ Hastanın kimliği kontrol edilir.	
✓ Eldiven giyilir.	
✓ Baş çevresi ölçülerek mikrosefali, makrosefali açısından değerlendirilir.	
✓ Fontanelerin kapanma durumu değerlendirilir.	
✓ Bilinci açık hastaların başını tutabilme durumu değerlendirilir.	
✓ Gözlerde strabismus, nistagmus, batan güneş görünümü, pitoz varlığı, katarakt gibi anormallikler ve ışık refleksi değerlendirilir.	
Not: Yüz asimetrisi, kulak kepçesi, burun basıklığı anormalliği gibi bulguların varlığı dikkatle incelenmelidir.	
✓ Kas tonüsü ve kas atrofisi değerlendirilir.	
✓ Hasta hipotoni açısından değerlendirilir.	
✓ Hastanın glaskow koma skalası değerlendirilir.	
✓ Hastanın tanısına yönelik belirti ve bulguları değerlendirilir.	
✓ Çocuklarda dil gelişimi açısından bulunduğu yaşa göre değerlendirmesi yapılır.	
GENEL GÖRÜNÜMÜ DEĞERLENDİRME	
✓ Hastanın genel olarak postürü, cilt rengi, yaşına uygun davranışları, ebeveynleri ile iletişimi, ajitasyon durumu değerlendirilir.	
✓ Avuç içleri, ayak tabanları, saçlı deri ve ağız kapsayacak şekilde tüm vücudun fiziksel değerlendirmesi yapılır.	
✓ Hastanın tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
• İŞLEM SONRASI	
✓ Hastaya uygun pozisyon verilir.	
✓ Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uzaklaştırılır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	


ÇOCUKLARDA ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Çocuklarda Boy Uzunluğu Ölçüm Protokolü


BOY UZUNLUĞU

2 yaşından küçük çocuklarda	
İşlem Basamakları	UYGULAMA
1. Anneye açıklama yap	
2. İki yaşından küçük çocukları sırtüstü dümdüz yatır	
3. Başını dik ve sert bir yüzeye sıkıca dayandır	
4. Dizlerini ve başını pozisyonu muhafaza etmesi için düzgün tut	
5. Ayaklarına kitap veya tahta dayandırın işaretle	
6. Baş topuk arası uzunluğu ölç	
7. Bulunan değeri persentil üzerine işaretle ve önceki ölçümlerle karşılaştır	
8. Sonucu <i>birimi ile</i> kaydet	
2 yaşından büyük çocuklarda	
İşlem Basamakları	
1. Anneye açıklama yap	
2. Ayakkabılarını çıkarttır	
3. Çocuk ayakta iken çenesini yukarı iterek başın düz olmasını sağla	
4. Sırtı, kalçaları ve topuklarını duvara ya da ölçüm aletine değer duruma getir (Ayakları bitişik olarak)	
5. Başın üzerinde horizontal geçen bir cetvel veya mukavva yardımı ile işaretlenir ve döşeme ile aradaki mesafe ölçülür	
6. Baş topuk arası uzunluğunu ölç	
7. Bulunan değeri persentil eğrisi ve çocuğa ait dosya veya kart üzerine kaydet	
8. Sonucu <i>birimi ile</i> kaydet	

Çocuklarda Baş Çevresi Ölçüm Protokolü

BAŞ ÇEVRESİ	
	
İşlem Basamakları	UYGULAMA
1. Anneye açıklama yap	
2. Kaşların hemen üzerinden ve oksipital bölgenin en çıkıntılı noktasından geçirerek başın en geniş çevresini ölç	
3. Bulunan değeri persentil eğrileri üzerine işaretle	
4. Sonucu <u>birimi ile</u> kaydet	

Çocuklarda Göğüs Çevresi Ölçüm Protokolü

GÖĞÜS ÇEVRESİ	
	
İşlem Basamakları	UYGULAMA
1. Anneye açıklama yap	
2. Esnek olmayan bir mezür kullan	
3. Mezurayı kolların altından ve memelerin üzerinden geçirerek ölç	
4. Sonucu <u>birimi ile</u> kaydet	

Çocuklarda Vücut Ağırlığı Ölçüm Protokolü

VÜCUT AĞIRLIĞI

2 yaşından küçük çocuklarda



İşlem Basamakları

UYGULAMA

1. Anneye açıklama yap
2. Teraziyi doğru ayarla ve sıfırladığından emil ol
3. Anneye çocuğu tamamen soymasını söyle (neden soyunması gerektiğini açıklayın).
4. Bebeği teraziye yatır, sakın durmasını sağla
5. Tartıyı oku
6. Muayene için bebeğin teraziden alınmasında anneye yardım et.
7. Bulunan değeri standart persentil eğriler üzerine işaretle. Önceki ölçümlerle karşılaştır
8. Sonucu *birimi ile* kaydet

2 yaşından büyük çocuklarda





İşlem Basamakları

1. Çocuğun ayakkabıları ve üzerinde kalın giysileri varsa çıkart
2. Bulunan değeri standart persentil eğriler üzerine işaretle. Önceki ölçümlerle karşılaştır
3. Sonucu *birimi ile* kaydet

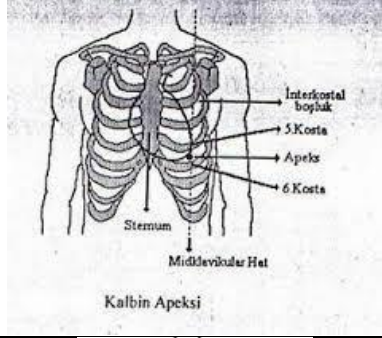
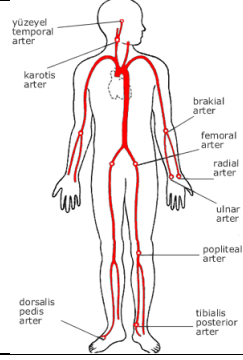
ÇOCUKLARDA YAŞAM BULGULARI

Çocuklarda Vücut Sıcaklığı Ölçüm Protokolü

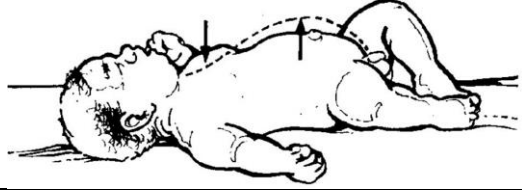
VÜCUT SICAKLIĞI (ATEŞ °C)

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
1. Anneye açıklama yap	
2. Bebeğin/çocuğun koltuk altını sil, dijital termometreyi koltuk altına yerleştir	
3. Frontal ölçüm yapan termometreyi bebeğin/çocuğun alnının 5 cm gerisinde tut. Tetik tuşuna bas	
4. Timpanik ölçüm yapan termometreyi kulağa yerleştir	
5. Termometre uyarı verene kadar bekle	
6. Sonucu <u>uygulama bölgesi ve birimi</u> ile birlikte kaydet	


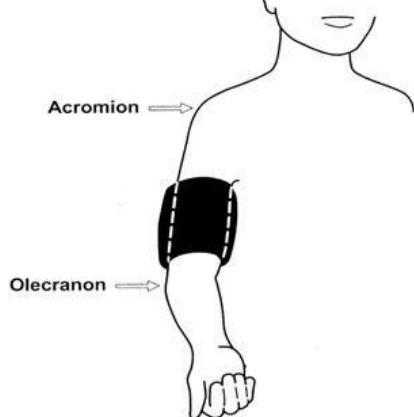
Çocuklarda Nabız (Kalp Atmı) Ölçüm Protokolü

NABIZ	
İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
Apekten sayılarak nabız değerlendirilmelidir Femoral nabız ile karşılaştırılmalıdır (Aort Koarktasyonu bakımından)	
1. Anneye açıklama yap	
2. Steteskopu avuç içinde ısıt ve apekse yerleştir (Sol meme başı hizası 4-5 interkostal aralık).	
3. Femoral nabızı hisset	
4. Tam bir dakika kalp ritmi ve volümüne dikkat ederek say	
5. Sonucu <i>uygulama bölgesi ve birimi</i> ile birlikte kaydet (bebek ağlıyor veya uyuyor ise değerini yanına not düşülmelidir)	

Çocuklarda Solunum Sayısı Ölçüm Protokolü

SOLUNUM	
İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
1. Anneye açıklama yap	
2. Abdominal ve göğüs hareketlerini gözleyerek 1 dakika süre ile say	
3. Büyük çocuklarda nabız alma işlemi sırasında hissettirmeden say	
4. Solunumu sayarken, derinliği, göğüs ve abdominal kasları kullanıp kullanmadığı, dispne, çekilme, burun kanadı solunumu, siyanoz gibi bulguları değerlendir. Sonuç <i>uygulama bölgesi ve birimi</i> ile birlikte kaydet	

Çocuklarda Kan Basıncı (Tansiyon) Ölçüm Protokolü

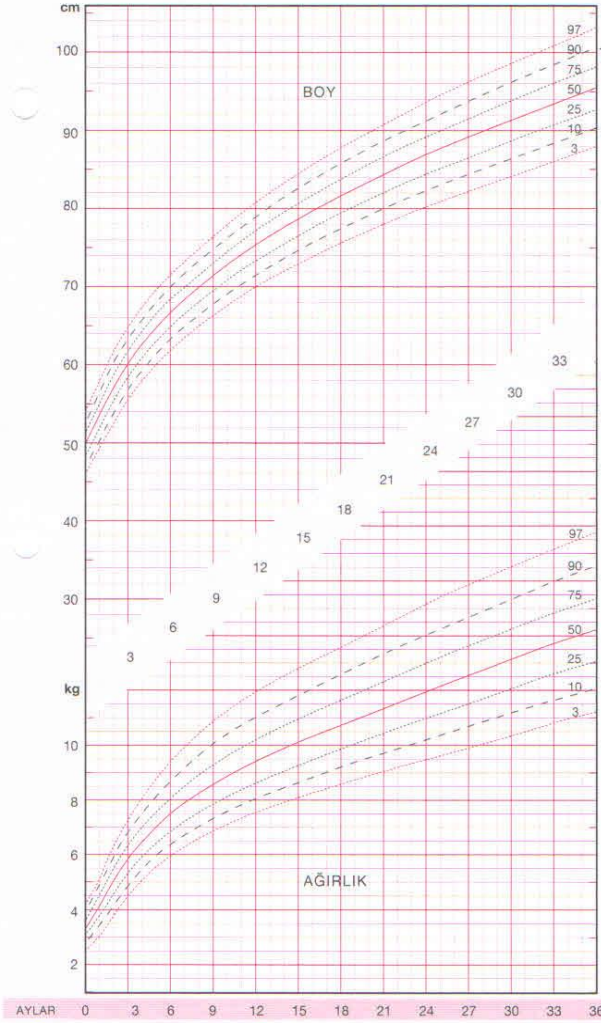
KAN BASINCI	
İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
1. Anneye açıklama yap	
2. Manşon boyutlarının çocuğun koluna uygun olup olmadığını kontrol et (üst kolun 2/3'ünü kaplamalı)	
3. Brakiyal arteri palpe ederek steteskopu yerleştir. Manşonu nabız kaybolana kadar şişir	
4. Puarı yavaşça açarak manşonun havasını (saniyede 2-3 mmHg) boşalt	
5. Manşonu çıkar	
6. Sonucu <u>uygulama bölgesi ve birimi</u> ile birlikte kaydet	

KIZ VE ERKEK TÜRK ÇOCUKLARINDA PERSENTİL EĞRİSİ

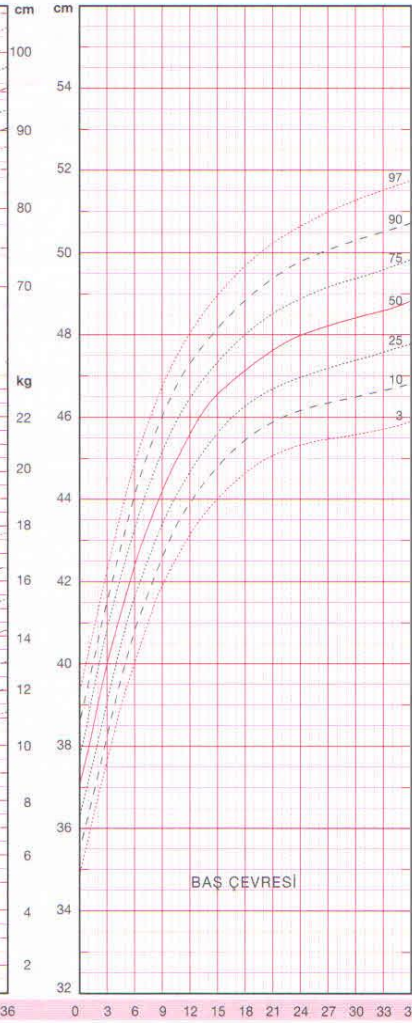
KIZ

Ad, Soyad:.....	Notlar:.....
İlk Muayene Tarihi:.....	.....
Doğum Tarihi:.....	.....
Doğum Ağırlığı:..... Doğum Boyu:.....	.....
Anne Boyu:..... Baba Boyu:.....	.....
Hedef Boy:.....	.....

Türk çocuklarının percentil büyüme eğrileri* (0-36 ay)



Türk çocuklarının percentil büyüme eğrileri** (0-36 ay)

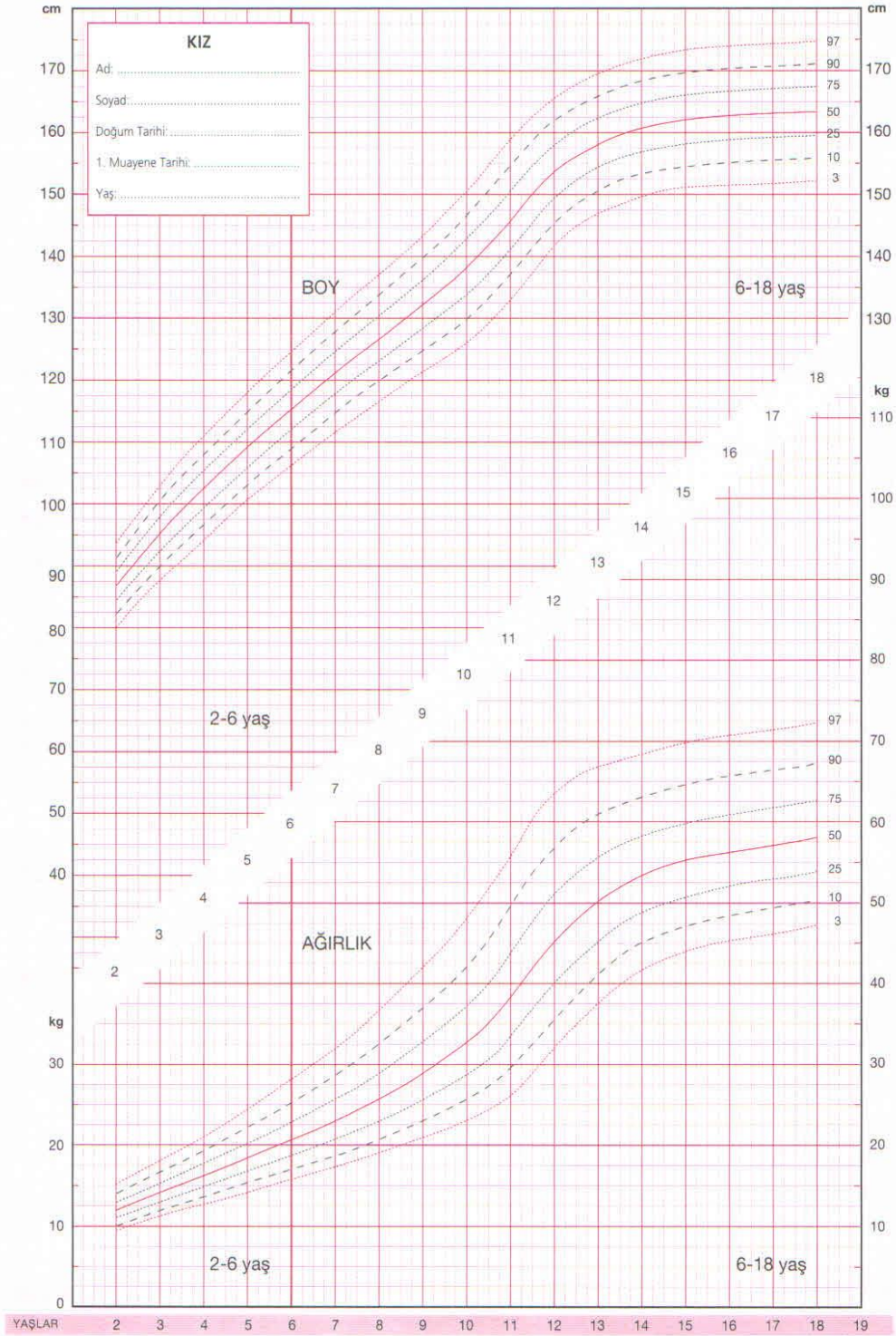


* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

** Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Growth references for Turkish children aged 0 to 3 years. Child: Care, Health and Development (2008). © Çocuk Sağlığı Derneği. Tüm hakları saklıdır.



Türk Çocuklarının Persentil Büyüme Eğrileri* (2-18 yaş)



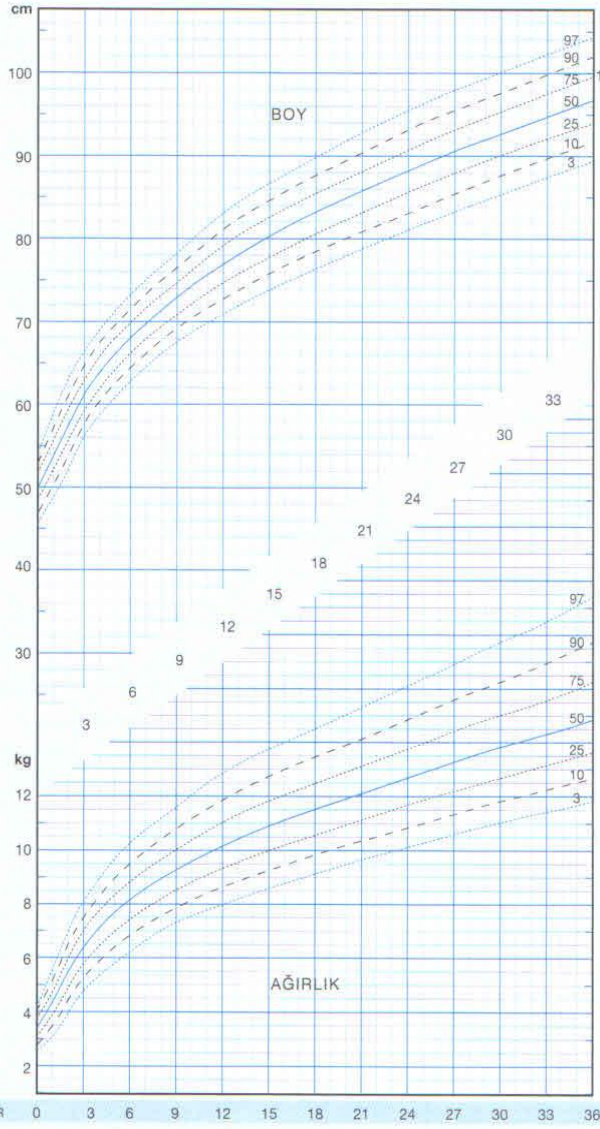
* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F.
Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri.
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.



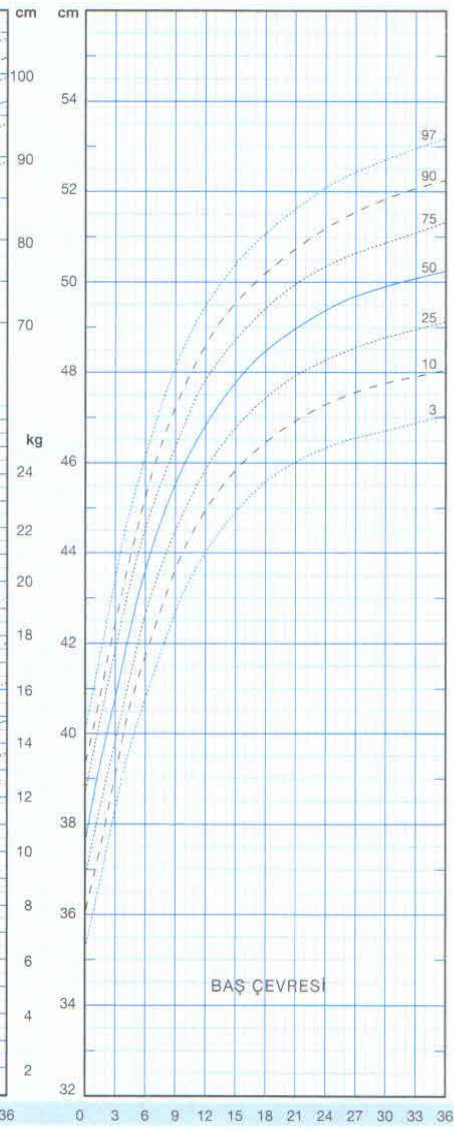
ERKEK

Ad, Soyad:.....	Notlar:.....
İlk Muayene Tarihi:.....	.....
Doğum Tarihi:.....	.....
Doğum Ağırlığı:..... Doğum Boyu:.....	.....
Anne Boyu:..... Baba Boyu:.....	.....
Hedef Boy:.....	.....

Türk çocuklarının persentil büyüme eğrileri* (0-36 ay)



Türk çocuklarının persentil büyüme eğrileri** (0-36 ay)

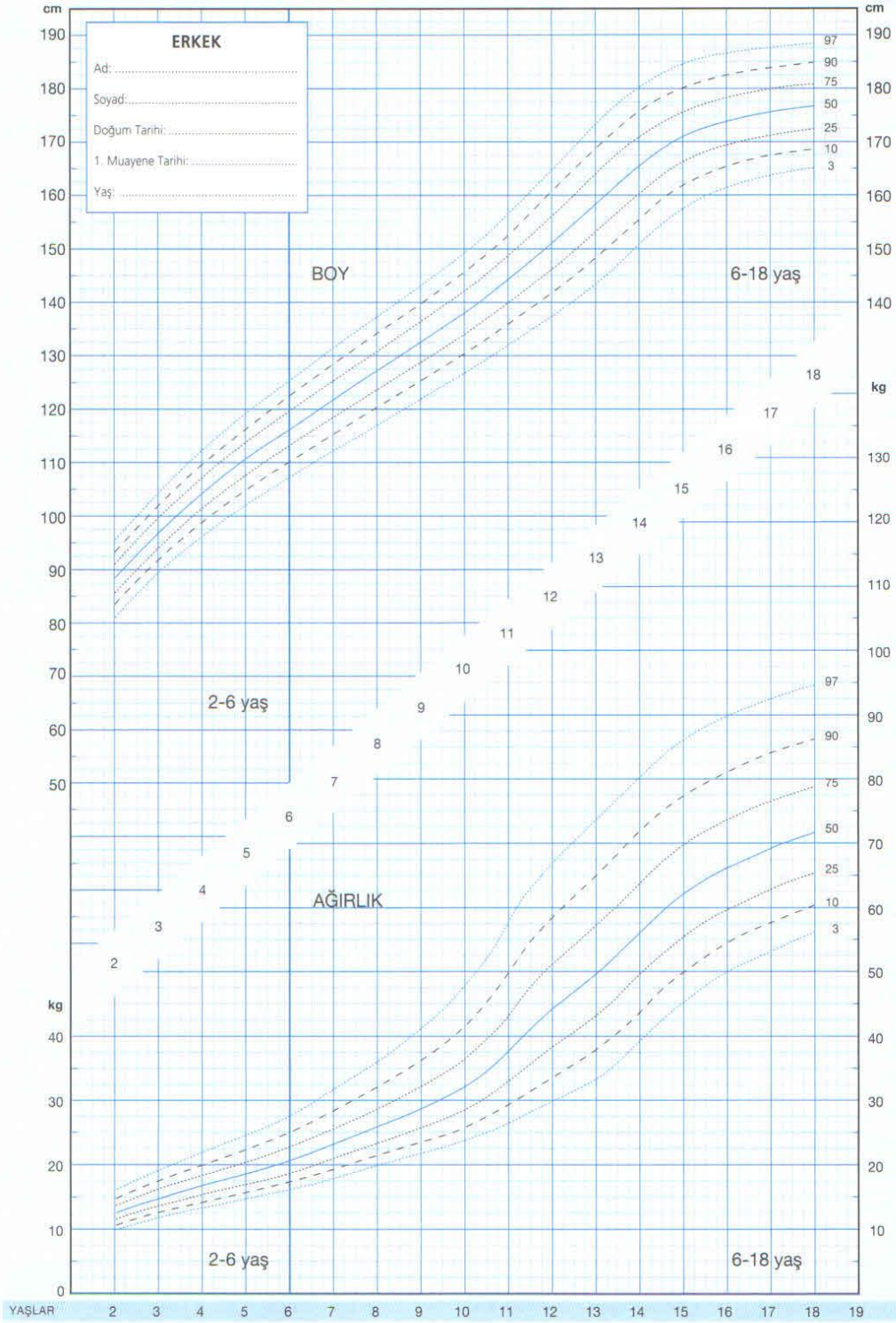


* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

** Gökçay G, Furman A, Neyzi O. Growth references for Turkish children aged 0 to 5 years. Child: Care, Health and Development (2008). © Çocuk Sağlığı Derneği. Tüm hakları saklıdır.



Türk Çocuklarının Persentil Büyüme Eğrileri* (2-18 yaş)



* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F.
Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri.
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.



KAYNAKLAR

- Arhan E, Gücüyener K: Sinir sistemi bozuklukları. In: Yurdakök M, (editör). *Rudolph Pediatri*. Cilt 2. 22. Baskı, Ankara Güneş Tıp Kitabevleri, 2013, s.2131-2135.
- Ball JW, Bindler RC, Cowen KJ (eds): Pediatric assessment. In: *Child Health Nursing: Caring for Children*, 5th ed, Pearson Education, Canada, 2012, p.110-162.
- Baydın ŞS, Kına H, Baydın S, Canaz H, Emel E, Alataş İ: Spina bifida.: *Jinekoloji Obstetrik Pediatri ve Pediatrik Cerrahi Dergisi*, 5(3), 102-104, 2013.
- Bayraktaroğlu Z: Duyusal ve motor sistemler, sinir sisteminin organizasyonu: In: İšoğlu-Alkaç Ü, (çeviri editörü). In: *Fizyoloji*, 2. Baskı, İstanbul Nobel Tıp Kitabevi, 2016, s.53-65.
- Chiocca EM (eds): Assessment of the neurologic system: In: *Advanced Peadiatric Assessment*, Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2011, p. 458-491.
- Dalgıç Aİ: Maternal ve neonatal yaşam bulgularının değerlendirilmesi: Nörolojik değerlendirme. In: Oran TN, Can HÖ, Şenol S, (editörler). *İşlem Adımlarıyla Ebelikte Klinik Uygulamalar*, Ankara, Nobel Yayınevi, 2019, s. 505-514.
- Dixon M: Care of the infant or child with acute neurological dysfunction: In: Crawford C, Dixon M, (eds). *Pediatric Intensive Care Nursing*, John Wiley & Sons, Ltd, 2012, p.188-213.
- Duderstadt KG (eds): Neurologic assessment. In: *Pediatric Physical Examination*, 3th ed, California, An Illustrated Handbook, Elsevier, 2019, p.609-651.
- Düzkeya DS, Akay H, Evcimen KD, Keskin NÖ, Yakut T: Nörolojik fonksiyonları değerlendirme protokolü. In: Kuşuoğlu S (editör). *Çocuk Hemşireliği Protokolleri*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2015, s.143-145.
- Eberhardie C, Woodward S, Mestecky AM: Beynin anatomisi ve fizyolojisi. In: Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A, (çeviri editörleri). *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014, s.34-53.
- Efe E, İşler A: Çocuklarda sinir sistemi hastalıkları, yaralanmaları ve hemşirelik bakımı. In: Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz BH, Bolışık B, (editörler). *Pediatri Hemşireliği*, 2. Baskı, Ankara, Akademisyen Kitabevi, 2018, s.611-617.
- Ekmekçi Ö: Gelişimsel refleksler. In: Erdoğan FF, Demir S, Poyraz T, (editörler). *Süt Çocuğu ve Çocuklarda Nörolojik Değerlendirme*, İstanbul, Galenos Yayınevi, 2018, s.48-54.
- Ermütlu N: Duyusal ve motor sistemler, merkezi sinir sistemi. In: İšoğlu-Alkaç Ü, (çeviri editörü). *Fizyoloji*, 2. Baskı, İstanbul Nobel Tıp Kitabevi, 2016, s.66-69.
- Freeborn D, Mandleco BL: Neurological alterations. In: Potts NL, Mandleco BL, (eds). *Pediatric Nursing: Caring for Children and Their Families*, 3th ed, Delmar, Cengage Learning, 2012, p.1192-1261.
- Frush DP, Frush KS: The ALARA concept in pediatric imaging: building bridges between radiology and emergency medicine: consensus conference on imaging safety and quality for children in the emergency setting.: *Pediatric Radiology*, 38(4), 629-632, 2008.
- Güllüoğlu H: Beyin sapı ve kranial sinir anatomisinin gözden geçirilmesi. In: İnan LE, (editör). *Nörolojik Muayene*. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri, 2018, s.123-136.
- Herdman TH: Introduction to the NANDA International Taxonomy of Nursing Diagnoses. In: Herdman TH, Kamitsuru S, (eds). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2018-2020*, 8th Edition, Thieme New York, Stuttgart, Delhi, Rio de Janeiro, 2018, p.73-97.
- Hirvonen M, Ojala R, Korhonen P, Haataja P, Eriksson K, Gissler M: Cerebral palsy among children born moderately and late preterm.: *Pediatrics*, 134(6), e1584-e1593, 2014.
- Holmes JF, Palchak MJ, MacFarlane T: Performance of the pediatric Glasgow Coma Scale in children with blunt head trauma.: *Academic Emergency Medicine*, 12(9), 814-819, 2005.
- İlarlan ED: Nörolojik muayene. In: Okumuş N, Zenciroğlu A, (çeviri editörü): *Bir Bakışta Neonatoloji*, Ankara, Akademisyen Tıp Kitabevi, 2013, s.71-74.
- Johnson R, Taylor W (eds): Assessment of maternal and neonatal vital signs: neurological assessment. In: *Skills for Midwifery Practice*. 4th ed, Elsevier, Edinburgh, London, New York, Oxford, Philadelphia, St Louis Sydney, Toronto, 2016, p: 70-74.

- Kafadar İ: Nöroloji. Furuncuoğlu F, (editör). *Pediatric Akıl Notları*, Ankara Güneş Tıp Kitabevleri, 2014, p.119-120.
- Kaptan Z, Üzümlü G: Erişkin hipokampal nörogenezin öğrenme ve hafıza fonksiyonlarındaki rolü.: *Turkish Journal of Neurology* 22:149-155,2016.
- Kozorovitskiy Y, Gould E: Adult neurogenesis in the hippocampus. In: Nelson CA, Luciana M, (eds). *Handbook of Developmental Cognitive Neuroscience*. 2nd ed. Cambridge, MA: MIT Press; 2008, p.51-62.
- Mandleco B, Wellington MC, Wayner RF: Neurological alterations. In: Potts NL, Mandleco BL, (eds). *Pediatric Nursing Caring for Children and Their Families*, 3th ed, Thomson, Canada, Delmar Learning, 2021 p.1194-1255.
- Moore K, Persaud TVN, Torchia MG (eds): *Klinik Yönleriyle İnsan Embriyolojisi*. Dalçık H (çeviri editörü). 10. Baskı, Ankara, Nobel Tıp Kitabevleri, 2016, s.393-394.
- Okan M: Nörolojik Muayene. In: Tarım Ö, (editör). *Pediatric Fiziksel Tanı Atlası*, 5. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2010, s.563-596.
- Ricci SS, Kyle T: Nursing care of the child with a neurologic disorder. In: Rodenberger J, DiPalma D, Sweeney E, Gibbons T, (eds). *Maternity and Pediatric Nursing*, Wolters Kluwer Health Lippincott Williams & Wilkins, 2009, p.1139-1183.
- Rodgers CC: The child with cerebral dysfunction. In: Hockenberry MJ, Wilson D (eds). *Wong's Nursing Care Infants and Children*, 10th ed, Elsevier Mosby, Canada, 2015, p.1425-1492.
- Rosenbloom L: Definition, classification, and the clinician.: *Developmental Medicine and Child Neurology*, 49, 43, 2007.
- Sadler TW: Santral sinir sistemi. In: Başaklar C, (çeviri editörü). *Langman Medikal Embriyoloji*. 13. Baskıdan Çeviri, Palme Yayıncılık, 2017, s.326.
- Taki, YR: Brain development in children.: *Open Neuroimaging J* 6:103-110, 2012.
- Treacy C: SSS hücreleri ve aralarındaki iletişim. In: Topçuoğlu MA, Durna Z, Karadakovan A, (çeviri editörleri). *Nörolojik Bilimler Hemşireliği*, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevi, 2014, s.3-7.
- Wilks T, Gerber RJ, Erdie-Lalena C: Developmental milestones: cognitive development.: *Pediatrics in review*, 31(9), 364-367, 2010.
- Wong DL: Family-centered care of the newborn. In: Hockenberry MJ, Wilson D, (eds.) *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 9th ed, Mosby, Elsevier, St. Louis, Missouri: 2012, p.294-301.
- Yıldırım CK: Sinir sistemi. In: Ekçay T, (editör). *Nelson Pediatri. Cilt 1*. 13. Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri, 2011, s.1998-2108.