



TC
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ BAHAR YARIYILI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ

İÇİNDEKİLER

1. ÇOCUKLARDA FİZİK MUAYENE
2. ÇOCUKLARDA YAŞAM BULGULARI
3. ÇOCUKLARDA ALDIĞI-ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ ve İNTRAVENÖZ SIVI İZLEM TAKİBİ
4. ÇOCUKLARDA İLAÇ UYGULAMALARI
5. SANTRAL VENÖZ KATETER (HİCKMAN) BAKIM PROTOKOLÜ
6. POSTURAL DRENAJ, NEBULİZATÖR İLE İLAÇ UYGULAMA, OKSİJEN UYGULAMALARI

ÇOCUKLARDA FİZİK MUAYENE

Amaç: Çocuğun fizik muayenesini yapabilme

➤ Temel İlkeler

- Çocuğun mahremiyetinin korunmasına özen gösterilmelidir.
- Fizik muayene sırasında çocuk yalnız bırakılmamalıdır.
- Oda ısısı 22-26 °C olmalı, pencere/kapı kapalı tutulmalıdır.
- Ortam aydınlık olmalıdır.
- Fizik muayene sırasında güvenli çevre sağlanmalıdır.
- Çocuğun üzerindeki kalın ve fizik muayeneyi engelleyecek kıyafetler çıkarılmalıdır.
- Günlük yaşam aktiviteleri doğrultusunda, çocuğun hemşirelik tanılarını belirlemek ve gerekli girişimlerde bulunmak amacıyla ilk yatışta ve her gün fizik muayene yapılmalıdır.

➤ Tanılama

GENEL GÖRÜNÜM	BAŞ-BOYUN	GÖZ
<ul style="list-style-type: none">• Vücut sıcaklığı• Cilt rengi• Saçta parazit +/-• Ödem +/-• Deri turgoru• Doğum lekesi +/-• Alacalı görünüm +/-• Döküntü +/-• Deri bütünlüğünde bozulma +/-• Deri hijyeni +/-• Lenf nodülü +/-	<ul style="list-style-type: none">• Başını tutabilme +/-• Başını sağa sola hareket ettirebilme +/-• Ön fontanel kapanma durumu +/-• Arka fontanel kapanma durumu +/-• Fontanel çöküklüğü +/-• Fontanel kabarıklığı +/-• Mikro/makrosefali +/-• Başın ve baştaki organların simetrisi• Boyun eğriliği +/-• Boyun kısalığı +/-• Yele boyun +/-	<ul style="list-style-type: none">• Hassasiyet +/-• Kaşıntı +/-• Akıntı +/-• Kızarıklık +/-• Çapaklanma +/-• Işık refleksi +/-• Pitozis +/-• Sklera rengi +/-• Strabismus +/-• Nistagmus +/-• Batan güneş görünümü +/-• Katarakt +/-
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER <ul style="list-style-type: none">• Boy uzunluğu• Baş çevresi• Göğüs çevresi• Vücut ağırlığı		
KULAK	BURUN	AĞIZ
<ul style="list-style-type: none">• Ağrı +/-• Hassasiyet +/-• Kaşıntı +/-• Akıntı +/-• Görülür kulak kiri +/-• Deri bütünlüğünde bozulma +/-• Anatomik bozukluk +/-	<ul style="list-style-type: none">• Akıntı +/-• Tıkanıklık +/-• Kaşıntı +/-• Anatomik bozukluk +/-	<ul style="list-style-type: none">• Koku +/-• Hijyen +/-• Mukoz membran bütünlüğü +/-• Dil bağı +/-• Uçuk +/-• Yaşa uygun diş +/- gelişimi +/-• Dil rengi +/-• Yarı damak/dudak +/-


KARIN	GÖĞÜS	GENİTAL BÖLGE (KIZ ÇOCUKLARDA)
<ul style="list-style-type: none"> • Ağrı +/- • Hassasiyet +/- • Gerginlik/Şişlik +/- • Herni +/- • Göbekte akıntı/ kanama +/- • Bağırsak sesleri +/- 	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomik bozukluk +/- • İnterkostal/subkostal/su bsternal/suprasternal çekilme +/- • Meme uçlarının simetrisi +/- • Meme dokusunun büyüklüğü +/- 	<ul style="list-style-type: none"> • Ödem +/- • Kızarıklık +/- • Kaşıntı +/- • Akıntı +/- • Kanama +/- • Pişik +/- • Yaşa uygun kıllanma +/- • Anatomik bozukluk +/-
GENİTAL BÖLGE (ERKEK ÇOCUKLARDA)	ANAL BÖLGE	SIRT
<ul style="list-style-type: none"> • 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"> • Hemoroid +/- • Kaşıntı +/- • Pişik +/- • Kanama +/- • Anatomik bozukluk +/- • Fissür +/- • Fistül +/- 	<ul style="list-style-type: none"> • Anatomik bozukluk +/- • Skapulaların simetrisi +/- • Omuzlar arasında yükselti farkı +/
		KALÇA
		<ul style="list-style-type: none"> • Pililerin simetrisi +/- • Abdüksiyon kısıtlılığı +/- • Dizlerin simetrisi +/-
EKSTREMİTELER	EKLEMLER	NÖROLOJİK FONKSİYONLAR
<ul style="list-style-type: none"> • Kolların simetrisi +/- • El simetrisi +/- • Ayak simetrisi +/- • El/ayak parmak sayısı +/- • Tırnaklar • Bacak simetrisi +/- • Ayak düşmesi +/- 	<ul style="list-style-type: none"> • Hareket +/- • Kontraktür +/- • Isı farkı +/- • Kızarıklık +/- • Şişlik +/- 	<ul style="list-style-type: none"> • Bilinç +/- • Ajitasyon +/- • Letarji +/- • Sedatif ilaç kullanımı +/- • Anestetik ilaç kullanımı +/- • Antikonvülzan ilaç kullanımı +/- • Işık refleksi +/- • Kas tonüsü +/- • Kas atrofisi +/- • Hipotoni +/- • Başını tutabilme +/- • Glaskow koma skalası

➤ Uygulama

- **Malzemeler**
- ✓ Işık kaynağı
- ✓ Dil basacağı
- ✓ Stetoskop
- ✓ Mezura
- ✓ Boy ölçer
- ✓ Koruyucu örtü/kağıt havlu
- ✓ Bebekler için bebek ölçüm aleti
- ✓ Büyük çocuklar için baskül
- ✓ Hemşire gözlem formu

İşlem Öncesi	UYGULAMA
✓ Uygun oda ısısı sağlanır.	
✓ Çocuğun kimliği kontrol edilir.	
✓ Çocuğa ve ebeveyne işlem hakkında bilgi verilir.	
✓ Gerekli malzemeler hazırlanır.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yapılır.	
✓ Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
✓ Çocuğun fazla kıyafetleri çıkarılır.	
✓ Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
İşlem Sırası	
GENEL GÖRÜNÜM	
✓ 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.	
✓ Koltuk altı lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER	
BOY UZUNLUĞU	
2 yaşından küçük çocuklarda	
1. Çocuğun giydiği ayakkabı ya da şapka varsa çıkarılır.	
2. Çocuk, başı sabit bir yere degecek şekilde sırtüstü yatırılır. Başın ebeveyn tarafından tespit edilmesi sağlanır.	
3. Ayak tabanına düz bir nesne yerleştirilir.	
4. Mezuranın '0' noktası çocuğun başının değdiği yerde tutulur, diğer ucu da ayak tabanına uzatılarak baş-topuk arası ölçülür.	
5. Çocuğun sırtüstü yatışına engel anatomik bozukluğu (örn. kifoz) varsa yan yatırılarak aynı yöntemle ölçüm yapılır.	
6. Mezuranın üzerinde okunan değer kaydedilir.	
7. Bulunan değer persentil eğrisi üzerinde işaretlenir.	
8. Sonuç önceki ölçümlerle karşılaştırılır.	
2 yaşından büyük çocuklarda	
1. Çocuğun ayakkabıları ve varsa şapkası çıkarılır.	
2. Çocuk ayakta iken gözleri karşıya bakacak şekilde dik durması sağlanır.	
3. Ayaklarının bitişik olması sağlanır.	
4. Sırtı, kalçaları ve topukları boy ölçüm aletine temas ettirilir.	
5. Boy ölçerin cetveli başa temas edecek şekilde indirilerek okunan değer kaydedilir.	
6. Bulunan değer persentil eğrisi üzerinde işaretlenir.	
7. Sonuç önceki ölçümlerle karşılaştırılır.	
BAŞ ÇEVRESİ	
1. Mezura kaşların ve kulakların hemen üzerinden ve oksipital bölgenin en çıkıntılı noktasından geçirerek başın en geniş çevresi ölçülür.	
2. Bulunan değer persentil eğrisi üzerinde işaretlenir.	
3. Sonuç önceki ölçümlerle karşılaştırılır.	

GÖĞÜS ÇEVRESİ	
1. Çocuğun üst bölgesindeki kıyafetler çıkarılır.	
2. Mezura meme hattı hizasından geçirilerek ölçülür.	
3. Çocuğun tanısına göre gerekli durumlarda ölçüm tekrar edilir.	
VÜCUT AĞIRLIĞI	
2 yaşından küçük çocuklarda	
1. Bebek ölçüm aletinin 0.0 kg'da olduğu kontrol edilir.	
2. Ebeveynin çocuğun bezini ve tüm giysilerini çıkarması sağlanır. (Eğer bez ve zıbın çıkarılmıyacaksa kuru bez ve zıbının ağırlığı tartılarak toplam tartıdan çıkarılır)	
3. Ölçüm aletine koruyucu örtü/kağıt havlu serilir.	
4. Bebek, ölçüm aletine yatırılır/oturtulur ve sakin durması sağlanır.	
5. Ölçüm aleti üzerindeki değer okunur	
6. Bebeğin teraziden alınmasında ebeveyne yardım edilir.	
7. Ölçüm aleti üzerinde okunan değer persentil eğrisi üzerinde işaretlenir.	
8. Sonuç önceki ölçümlerle karşılaştırılır.	
2 yaşından büyük çocuklarda	
1. Çocuğun ayakkabıları ve üzerinde kalın giysileri varsa çıkartılır.	
2. Tartının 0.0 kg'da olduğu kontrol edilir.	
3. Çocuğun tartının üzerine çıkması ve sabit durması sağlanır.	
4. Tartı üzerinde okunan değer persentil eğrisi üzerinde işaretlenir.	
5. Sonuç önceki ölçümlerle karşılaştırılır.	
BAŞ-BOYUN	
✓ Çocuğun baş çevresi ölçülerek mikrosefali, makrosefali açısından değerlendirilir.	
İnspeksiyon;	
✓ Baş ve baştaki organların simetrisi değerlendirilir.	
✓ Kafa derisi; hematoma/ödem/ekimoz, kızarıklık ve çizik, saçlar; yapısı ve belli alanda azalması açısından değerlendirilir.	
Palpasyon;	
✓ Fontaneler parmaklar birleştirilerek palpe edilir; kapanma durumu, çöküklük ve kabarıklık açısından değerlendirilir.	
✓ Ön Fontanel; sagittal ve koronel süturlar arasındadır. Ortalama 3-4 cm kadar palpe edilebilir.	
✓ Arka fontanel; lambdoid ve sagittal sütürler arasındadır ve çapı 0,5-1 cm dir.	
✓ Arka fontanel 3. aydan sonra palpe edilemezken, ön fontanelin kapanması 12-18. ayda olur	
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 hidrocefali, kraniotabes açısından izlenir.	
Not: Hidrocefali, başın normalden fazla büyümesine, kafa derisinin incelmeye ve damarların belirginleşmesine neden olur. Kraniotabes, kafatasının normal olmayan şekilde yumuşak olmasıdır.	
✓ Bilinci açık çocuğun başı yumuşak hareketlerle sağa-sola, öne-arkaya hareket ettirilerek boynun hareketliliği değerlendirilir. Çocuk iletişim kurabiliyorsa, kendisinin yapması istenir.	
✓ 1 aydan büyük bebeklerin başını tutabilme durumu değerlendirilir.	
✓ Boyunda lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	

GÖZ	
✓ Her iki göz çapaklanma, hassasiyet, kaşıntı, akıntı ve kızarıklık açısından değerlendirilir.	
Not: Skleranın normal rengi beyazdır, bazı hastalıklarda sarı ya da mavi renk gözlenir.	
✓ Çocuğun pupil refleksleri değerlendirilir.	
✓ Ptozis (göz kapağı düşüklüğü) değerlendirilir.	
✓ Nistagmus, strabismus varlığı değerlendirilir.	
KULAK-BURUN-AĞIZ	
✓ Kulak kepçesinin anatomik yeri ve duruşu incelenir.	
✓ Kulak kepçesinin üst bitiş çizgisi ile gözün bitiş çizgisinin aynı hizada olup olmadığı değerlendirilir.	
 <p>Normal ear Abnormal angled ear Low seated ear</p>	
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	
○ İnspeksiyon	
✓ Karın deri dokusu, rengi ve bütünlüğüne bakılır.	
✓ Deride herhangi bir skar, lezyon veya döküntü olup olmadığı gözlenir.	
✓ Karındaki venler gözlenir, karın; göbek fıtığı, omfalosel, gastroşizis ve enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilir.	
○ Oskültasyon	
✓ Karın 4 eşit kadrana bölünerek her kadrandan barsak sesleri steteskopla dinlenir.	
Not: 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, göbek hattı çevresinden mezura geçirilip karının ön tarafında birleştirilerek 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	
<i>İnspeksiyon</i>	
✓ 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/subkostal/substernal/suprasternal çekilme varlığı değerlendirilir.	
✓ Meme dokusunun büyüklüğünün yaşa uygun olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Göğüs uçlarının simetrik olup olmadığı değerlendirilir.	
<i>Palpasyon</i>	
✓ 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.	
✓ Meme ucunda akıntı olup olmadığı kontrol edilir.	
<i>Oskültasyon</i>	
✓ 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.	
GENİTAL BÖLGE	
➤ <i>Kız çocuklarda;</i>	
✓ Genital organların yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
✓ Ödem, kızarıklık, pişik, kanama, kaşıntı ve akıntı açısından değerlendirilir.	
✓ Yaşa uygun puberte belirtileri (menstruasyon, meme dokusunun büyümesi, kıllanma) değerlendirilir.	
➤ <i>Erkek çocuklarda;</i>	
✓ Penisin yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
✓ Penis boyu ve üretral açıklığın yeri değerlendirilir.	
✓ 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 BÖLGE	
✓ Anal sfinkter fissür açısından değerlendirilir.	
✓ Anal bölge kanama pişik, kaşıntı ve hijyen açısından değerlendirilir.	
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.	
SIRT VE KALÇA	
✓ Kamburluk (kifoz), lokal kemik hastalığına bağlı kamburluk (gibozite), omurga sütununun yanlara doğru kavislemesi (skolyoz) ve kamburluk ile skolyozun bir arada olması (kifoskolyoz) gibi sırt deformiteleri değerlendirilir.	
✓ Skapulaların duruş şekli, omuzlar arasında yükseklik farkı değerlendirilir.	
✓ Konjenital kalça displazisi olup olmadığını değerlendirmek için;	
○ Çocuk supine ya da prone pozisyonunda yatırılarak pililerin simetrisi değerlendirilir.	
○ Supine pozisyonunda bacaklar 90° fleksiyona alınır ve diz seviyeleri arasındaki fark değerlendirilir.	
○ Bacaklarda abdüksiyon kısıtlılığı değerlendirilir.	
○ Bacak uzunluğu değerlendirilir.	

KIZ

Ad, Soyad:.....

Notlar:.....

İlk Muayene Tarihi:.....

.....

Doğum Tarihi:.....

.....

Doğum Ağırlığı:..... Doğum Boyu:.....

.....

Anne Boyu:..... Baba Boyu:.....

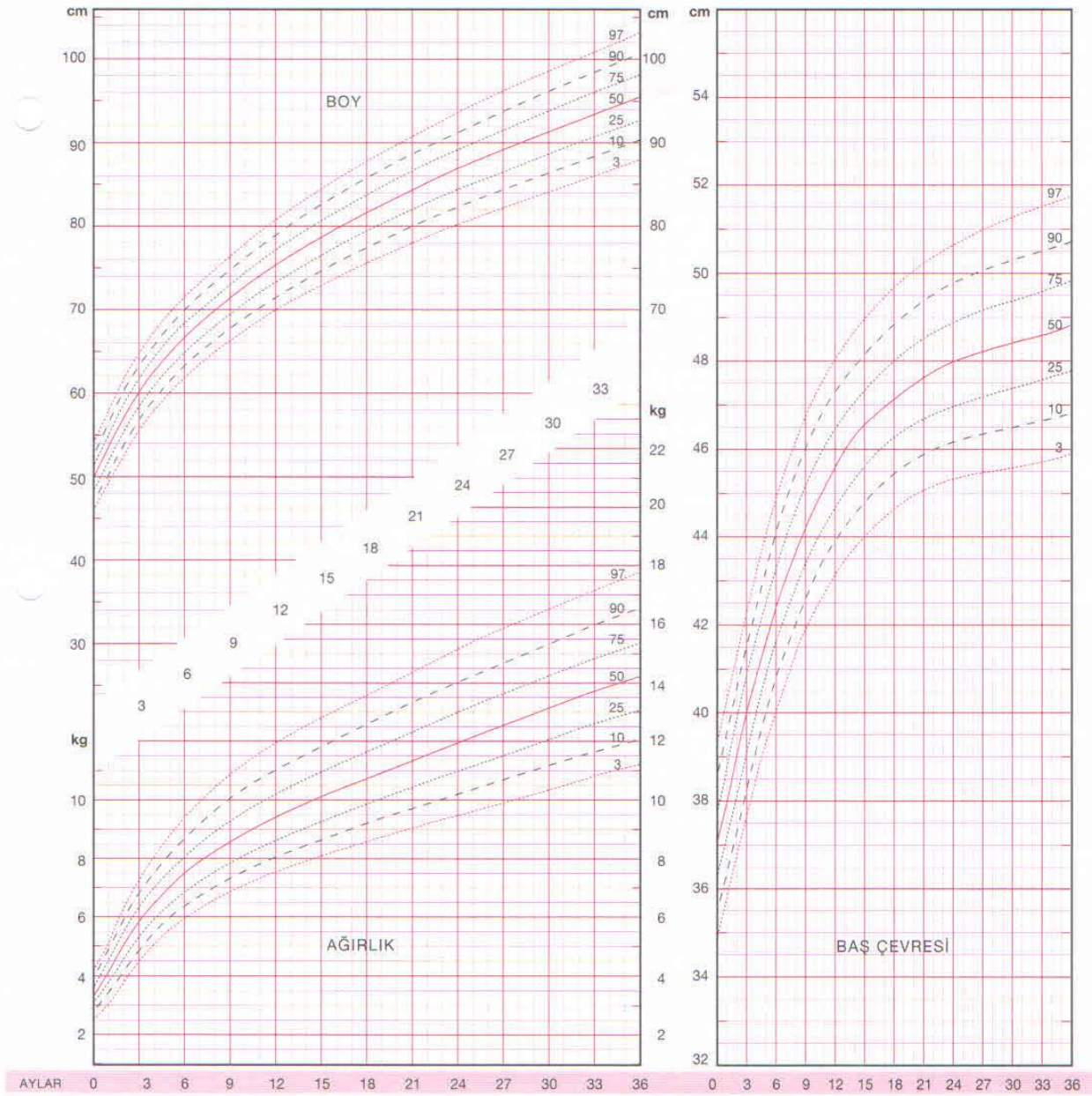
.....

Hedef Boy:.....

.....

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

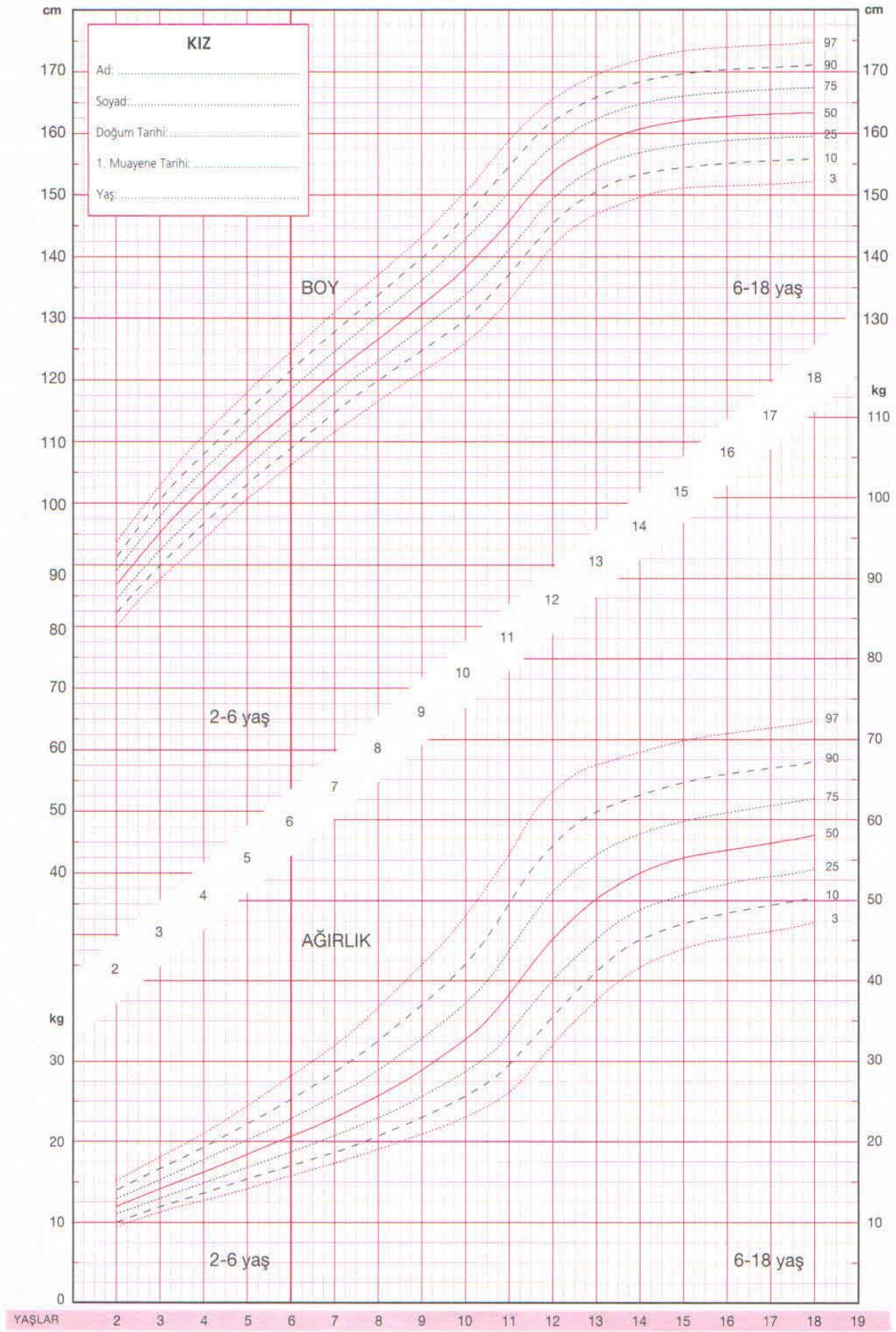
Türk çocuklarının persentil büyüme eğrileri** (0-36 ay)



* 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)

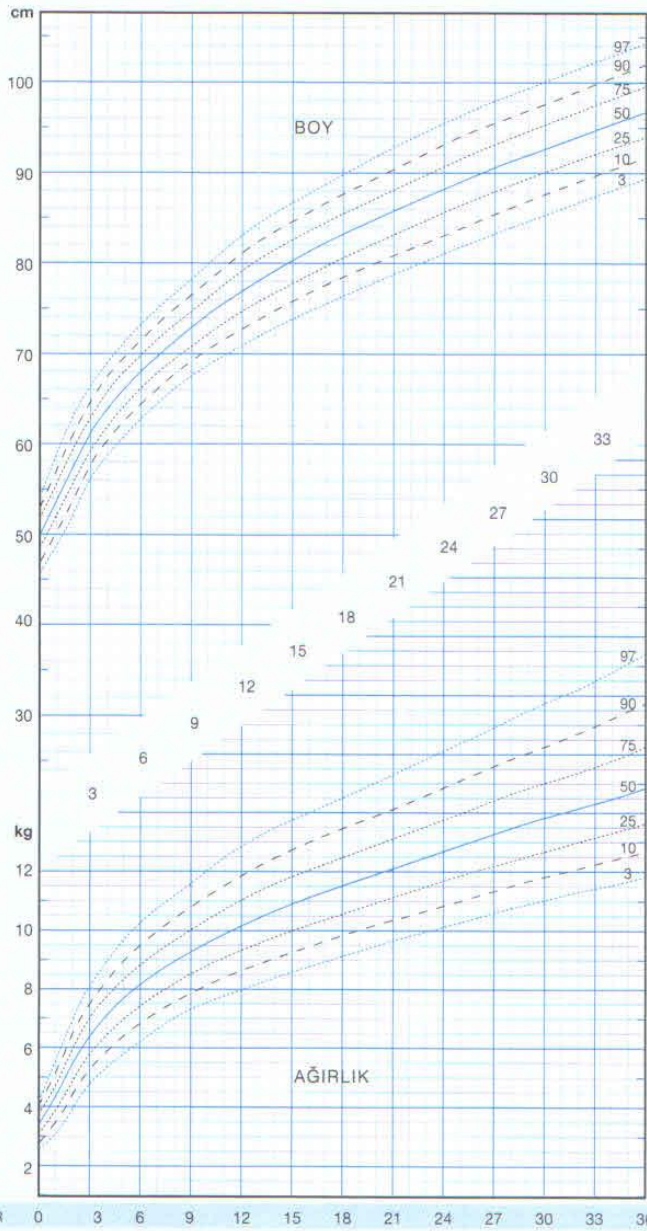


* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F.
Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri.
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

ERKEK

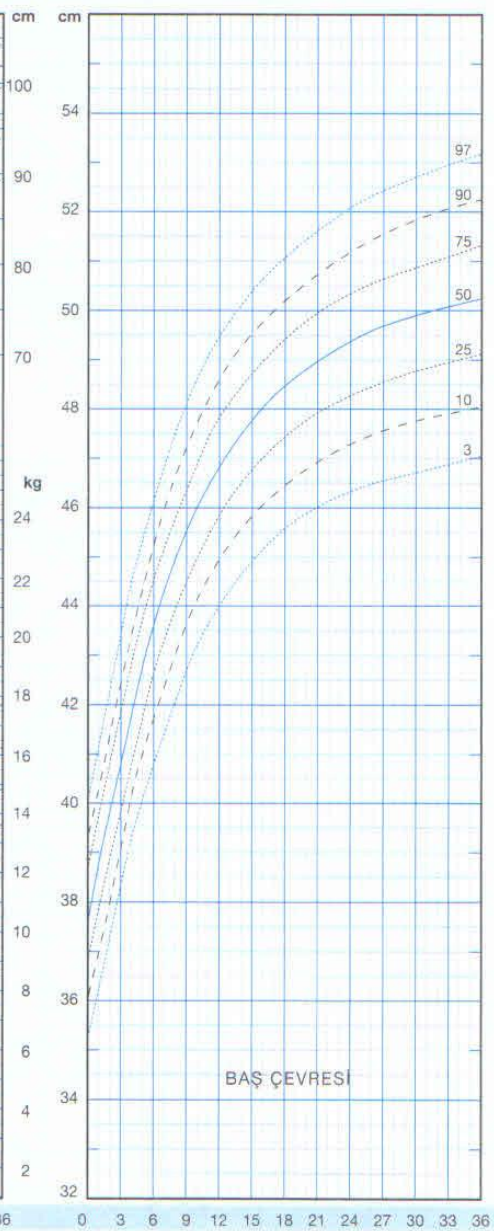
Ad, Soyad:.....	Notlar:.....
İlk Muayene Tarihi:.....
Doğum Tarihi:.....
Doğum Ağırlığı:..... Doğum Boyu:.....
Anne Boyu:..... Baba Boyu:.....
Hedef Boy:.....

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



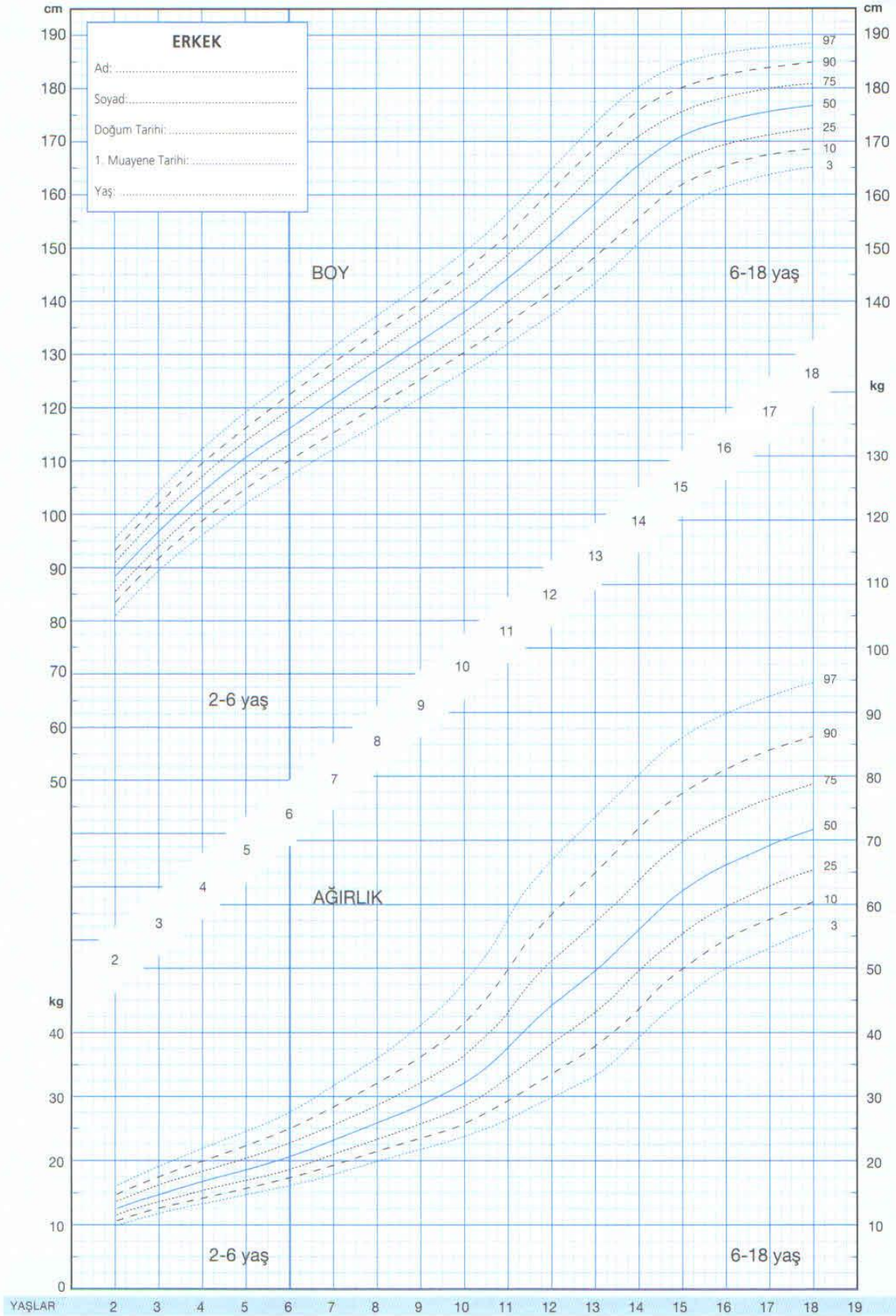
* Neyzi O, Günöz H, Furman A, Bundak R, Gökçay G, Darendeliler F, Baş F. Türk çocuklarında vücut ağırlığı, boy uzunluğu, baş çevresi ve vücut kitle indeksi referans değerleri. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2008;51:1-14. Tüm hakları saklıdır.

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



** 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.





TC
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ BAHAR YARIYILI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ
(ÇOCUKLARDA YAŞAM BULGULARI)

YAŞAM BULGULARI

UYGULAMA I: DİJİTAL TERMOMETRE İLE VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME

Amaç: Hastanın vücut sıcaklığını doğru ve uygun yöntemlerle ölçmek

Temel İlkeler:

- Her hastaya ayrı derece ya da prop kullanılır.
- Yoğun bakım hastalarında ısı takibi özel ısı probu ile monitörden sürekli olarak yapılabilir.
- 1 yaşından küçük çocuklarda rektum perforasyonu, ishal, rektum ameliyatı durumlarında rektal yol ile ısı ölçümü yapılmaz.
- Aksiller ölçümde koltuk artı terli veya nemli ise kurulanır, 5-10 dakika beklendikten sonra ölçüm yapılır.
- Ilık uygulama sonrasında vücut sıcaklığı kontrol edilecek ise koltuk altı kurulanır, 15-20 dakika beklendikten sonra ölçüm yapılır.
- Ağır malnütrisyonu olan hastalarda aksiller ölçüm güvenli değildir.
- Dışkılamadan sonraki 5-10 dakika içinde rektal ölçüm yapılmamalıdır.
- Timpanik ölçümde hastanın üzerine yattığı kulaktan ölçüm yapılmamalıdır.

Normal Aralıklar

Site of measurement	Normal range (°C)	Normal mean (°C) ^a
Oral	35.5–37.5	36.6
Axillary	34.7–37.3	36.4
Rectal	36.6–37.9	37.0
Tympanic	35.7–37.5	36.6

^aAn increment of 1 °C or more above these mean values is considered a fever.

Malzemeler


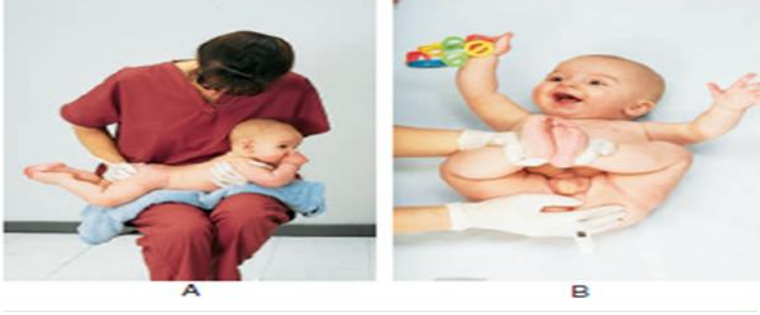
- Uygun termometre,
- Pamuk tamponlar,
- Tıbbi atık kutusu,
- %70'lik Alkol,
- Kalem,
- Dijital saat
- Yaşam bulguları kayıt formu
- **Rektal ölçüm için** suda eriyebilen kayganlaştırıcı ve tek kullanımlık eldiven


İşlem Öncesi Hazırlık

- Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
- Gerekli malzemeler hazırlanır.
- Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.
- Malzemeler için uygun ve temiz alan seçilir.

Değerlendirme Kriterleri:

1= Basamağın yanlış uygulanması 2=
Basamağın atlanması
3= Basamağın doğru uygulanması

Sıra No	İŞLEM BASAMAKLARI	Gözlemler		
		1	2	3
1.	Malzemeleri hazırlayın.			
2.	Elleri yıkayın.			
3.	Hastaya ve ebeveyne uygulama hakkında bilgi verin. Gevşemesini sağlayın. İşlem için hastadan ve yakınından izin alın.			
4.	Termometreyi kılıfından çıkartın ve açma kapama düğmesine basın. Termometreyi ölçüm moduna getirin. Uyarı sesini duyun (genellikle °C ya da °F olmalıdır.)			
5.	Oral ölçüm yapılacak ise; (6 yaşından büyük çocuklar için) a. Hastanın dilaltına termometreyi yerleştirin.			
	b. Ağızını kapatmasını ve burundan nefes alıp vermesini söyleyin.(Derecede yükselme olup olmadığını gözle, sinyal sesi gelene kadar bekle). Sinyal sesi duyulduktan sonra dereceyi hastanın ağzından çıkar ve ekranda görünen değeri okuyun. 			
6.	Rektal ölçüm yapılacak ise; a. Eldivenleri giyin			
	b. Termometre uç bölümüne suda eriyebilen kayganlaştırıcı sürün.			
	c. El ile hastanın kalçalarını ayırın. Çocuğu ebeveyn kucağında yan ya da eğilimli bir pozisyona yerleştirin veya çocuğu muayene masasının arkasına yerleştirin ve ayaklarınızı elinizle sıkıca kavrayın. Ya da ikinci resimdeki gibi ayaklarını kaldırıp dereceyi yerleştirin. 			
	d. Termometreyi anüsten en fazla 2 cm kadar ilerletin ve ilerletme için zorlamayın.			
	e. Sinyal “Bip” sesi gelene kadar içerde tutun.			
7.	Aksiller ölçüm yapılacak ise; a. Odanın kapısını ve yatak etrafındaki perdeleri kapatın. Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verin ve aksiler bölge açığa çıkaracak şekilde kıyafetlerini çıkarın.			
	b. Dereceyi tam koltuk altına gelecek biçimde yerleştirin. Uç bölüm boşlukta kalmasın. Kolu dirsekten bükülerek gövdeye bitişik olacak şekilde desteklenir.			

				
	c. Sinyal “Bip” sesi gelene kadar bekleyin. Derecenin yükselmeye başlayıp başlamadığını gözleyin. Derecenin sabit kalmasını sağlayın.			
	d. Sinyal sesi sustuğunda koltuk altından çıkarın ve ekranda görünen dereceyi okuyun.			
8.	Termometreyi elinle tuttuğunuz alandan, uca doğru alkollü pamuk ile silin ve termometreyi batarya kutusuna koyun.			
9.	Yaşam bulgu kayıt formuna sıcaklığı ve gözlemleri kaydedin. Anormal bulguları değerlendir ve gerekli uygulamalar için planlama yapın.			

UYGULAMA-2: TİMPANİK MEMBRAN TERMOMETRE İLE VÜCUT SICAKLIĞINI ÖLÇME

Malzemeler:


- Uygun termometre,
- Tıbbi atık kutusu,
- Kalem,
- Dijital saat,
- Yaşam bulguları kayıt formu

Sıra No	İŞLEM BASAMAKLARI	Gözlemler		
		1	2	3
1.	Malzemeleri hazırlayın.			
2.	Elleri yıkayın.			
3.	Hastaya ve ebeveyne uygulama hakkında bilgi verin. Gevşemesini sağlayın. İşlem için hastadan veya ebeveynden izin alın.			
4.	Timpanik termometreyi şarj alanından çıkar ve timpanik probu sensör bölümüne yerleştirin.			
5.	Kulak kanalına alıcıyı yerleştir, alıcıyı kulağın içine fazla ilerletmekten kaçın. Yetişkinlerde kulağı yukarı ve geriye doğru, 3 yaş altı çocuklarda ise aşağı ve geriye doğru çekerek kulak kanalını düzleştir ve timpanik membranın açığa çıkmasını sağlayın. Probu alt çenenin dış hattına doğru çevirin. 			
	Termometreyi çalıştır ve sıcaklığı okumasını gözleyin. Bu süre iki saniye sürer. Ekranda görülen değeri okuyun.			
6.	Alet üzerindeki düğmeye basarak, dokunmadan sensör probunu çıkarın ve atık kutusuna atın. Timpanik termometreyi kutusuna geri koyun. Yaşam bulgu kayıt formuna sıcaklığı ve gözlemleri kaydedin. Anormal bulguları değerlendirin ve gerekli uygulamalar için planlama yapın.			
7.	Bulgular hakkında hastaya bilgi verin.			

UYGULAMA-3: TEMPORAL ARTER ATEŞ ÖLÇER VE ALINDAN ATEŞ ÖLÇER

Malzemeler

- Uygun termometre,
- Tıbbi atık kutusu,
- Kalem,
- Dijital saat,
- Yaşam bulguları kayıt formu

Sıra No	İŞLEM BASAMAKLARI	Gözlemler		
		1	2	3
1.	Malzemeleri hazırlayın.			
2.	Elleri yıkayın.			
3.	Hastaya ve ebeveyne uygulama hakkında bilgi verin. Gevşemesini sağlayın. İşlem için hastadan veya ebeveynden izin alın.			
4.	Termometreyi al ve sensör kısmını % 70 alkol ile silin.			
5.	Bölgede açıklık, sargı, krem ve saç vb olamamasına dikkat edin. Bölge nemliyse silin ve kurumasını bekleyin.			
6.	Temporal ateş ölçerde; Probu alnın ortasına düz bir şekilde yerleştirin ve tuşa basın. Tuşu basılı tutarak, probu yavaşça alın boyunca saç çizgisine paralel bir şekilde kaydırın, Tuşu basılı tutarak probu alından kaldırın, kulağın arkasında mastoid çıkıntısının ortasına dokundurun ve kulak memesi arkasındaki yumuşak çukura kaydırın. 			
7.	Tuşu bırakın ve ekrandaki değeri okuyun.			
8.	Termometreyi çalıştır ve sıcaklığı okumasını gözleyin. Bu süre iki saniye sürer. Ekranda görülen değeri okuyun.			
9.	Alından ateş ölçerde; Alet üzerindeki düğmeye basılı tutarak, alın bölgesinde birkaç cm uzaktan birkaç sn tutunuz (Gerekirse cihazın kullanım kılavuzuna uyunuz).			
10.	Yaşam bulgu kayıt formuna sıcaklığı ve gözlemleri kaydedin.			
11.	Anormal bulguları değerlendir ve gerekli uygulamalar için planlama yapın.			
12.	Bulgular hakkında hastaya bilgi verin.			

UYGULAMA-4: SOLUNUM SAYISININ ÖLÇÜMÜ

Amaç: Hastanın solunum sayısını uygun teknikle ölçmek

Temel İlkeler

- Hasta mahremiyeti korunmalıdır.
- Solunum sayısını ölçmeden önce solunum hızını etkileyecek faktörler (ağlama, egzersiz, yaş, yorgunluk, ateş, pozisyon değişikliği, ilaç yan etkisi gibi) değerlendirilmelidir.
- Eğer solunumu etkileyecek aktiviteler yapıldıysa hasta 5-10 dakika dinlendirilmelidir.
- Solunum 1 dakika sayılmalıdır.
- Solunum sayısı ve tipi değerlendirilmelidir.

Normal Aralıklar

Yaş Grubu	Solunum Sayısı/dk
Yenidoğan	30-50
0-1 yaş	20-40
1-3 yaş	20-30
3-6 yaş	16-22
6-10 yaş	16-20
10-14 yaş	14-20
14-18 yaş	16-20

Malzemeler:

- Saniyeli ya da dijital saat

İşlem Öncesi:

- Hasta kontrol edilir.
- Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
- Gerekli malzemeler hazırlanır.
- Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.
- Malzemeler için uygun alan seçilir.
- Hastaya uygun pozisyon verilir.

Sıra No	İŞLEM BASAMAKLARI	Gözlemler		
		1	2	3
1.	Malzemeleri hazırlayın.			
2.	Elleri yıkayın.			
3.	Hastanın egzersiz, yorgunluk, yemek yeme durumunu değerlendirin.			
4.	Hastaya pozisyon verin. Abdominal bölgenin ya da göğüs kafesi hareketlerinin görülebilir olmasına dikkat edin.			
5.	Solunum sayısını, nabız sayma işleminin hemen arkasından, hastaya hissettirmeden sayılır. İletişim kurulamayan daha küçük hastalarda solunum nabız ve vücut sıcaklığı ölçme işleminden önce yapılmalıdır.			

6.	a. Göğüs iniş-çıkışları rahatça görüldükten sonra; saatin saniye göstergesini kontrol edin. Solunumu saymaya başladığınız değeri unutmayın. Her ekspirasyon ve inspirasyon periyodunu bir solunum olarak değerlendirin. b. İki yaşına kadar olan çocuklarda abdomen solunum yapılır. Abdomen iniş çıkışlarını gördükten sonra solunumu saymaya başlayın. Her ekspirasyon ve inspirasyon periyodunu bir solunum olarak değerlendirin.			
7.	Solunum sayısını tam bir dakika sayın.			
8.	Solunum hızını saydıktan sonra, solunumun derinliği de gözleyin. Değerlendirme sırasında ellerini, hastanın göğsü üzerine koyun. Göğüs duvarında oluşan hareketlerin hissedilmesi ile solunum derinliğini objektif olarak değerlendirin.			
9.	Hastaya rahat edebileceği pozisyonu verin.			
10.	Malzemeleri ortamdan uzaklaştırın.			
11.	Elleri yıkayın.			
12.	İşlemi, hangi yolla ölçüm yapıldığını, gözlemleri ve bulguları kayıt edin. Anormal bulguları değerlendir ve gerekli uygulamaları yapın.			

UYGULAMA-5: RADIAL ARTERDEN NABIZ ÖLÇÜMÜ

Amaç: Kalbin dakikadaki atım sayısını ve niteliğini doğru/uygun teknikle ölçmek

Temel İlkeler:

- Hasta mahremiyeti korunmalıdır.
- Periferal nabız sayımında başparmak kullanılmalıdır.
- Nabızı ölçmeden önce nabız hızını etkileyecek faktörler(ağlama, egzersiz, yaş, yorgunluk, ateş, pozisyon değişikliği, ilaç yan etkisi gibi) değerlendirilmelidir.
- 2 yaş ve üzeri hastalarda radial arterden nabız bakılır. 0-2 yaş arasında en güvenilir nabız bakma yeri apextir.
- Atımlar 1 dakika sayılmalıdır.
- Periferal nabız sayımı 2 parmakla palpasyon yapılarak uygulanmalıdır.
- Atımların doygunluğu ve ritmi değerlendirilmelidir.
- Nabız alma vücut sıcaklığı ölçme işleminden önce yapılmalıdır.

Normal Aralıklar

Yaş grubu	Nabız atım sayısı (atım/dk)
Süt çocuğu	120-160
1-3 yaş	90-140
3-5 yaş	80-110
5-10 yaş	75-100
10-18 yaş	60-100

Malzemeler:

- Saniyeli ya da dijital saat,
- Kalem

İşlem öncesi:

- Hasta kontrol edilmelidir.
- Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
- Gerekli malzemeler hazırlanır.
- Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.
- Hastaya uygun pozisyon verilir.

Sıra No	İŞLEM BASAMAKLARI	Gözlemler		
		1	2	3
1.	Malzemeleri hazırlayın.			
2.	Elleri yıkayın.			
3.	Hastaya veya ebeveyne uygulama hakkında bilgi verin. Gevşemesini sağlayın.			
4.	Nabızı ölçmeden önce, hastanın durumunu ve nabız hızını etkileyecek faktörleri (yaş, egzersiz, yorgunluk, yemek yeme gibi) değerlendirin.			

5.	Hastaya pozisyonu verin ve ölçüm yapılacak bölgedeki giysileri çıkarın ya da yukarı doğru sıyırın. Supine pozisyonunda; el bilekten bükülmeden, abdomen bölge ya da göğüs üstünde iç yüzü vücuda bakacak şekilde yerleştirin. Fowler pozisyonunda; nabız ölçümü yapılacak kol sandalye kolçağı üzerine ya da dizler üzerine dirsekten 90° açı oluşturacak şekilde yerleştirin. Eli; bilekten bükülmeden, avuç içi yere bakacak şekilde yerleştirin.			
6.	İşaret, orta ve yüzük parmaklarının uç kısımlarını radial arter üzerine yerleştirin. Başparmağı bileğin dış kısmına koyun. Nabızı hissedebilmek için arter üzerindeki parmaklarla hafifçe basınç uygulayın.			
7.	Yavaşça radiusa bastırın, başlangıçta atımlar bozular. Uyguladığınız basıncı azaltarak atımı kolay hissedilebilir hale getirin.			
8.	Atımları net hissettikten sonra; saatin saniye göstergesini kontrol edin. Nabız saymaya başladığınız değeri unutmayın. Atımları 60 saniye (tam 1 dakika) nabız sayın ve değerlendirin.			
9.	Her atımın dolgunluğunu ve ritmini değerlendirin.			
10.	Gereken süre boyunca nabız saydıktan sonra işlemi sonlandırın.			
11.	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verin.			
12.	Elleri yıkayın.			
13.	İşlemi, gözlemlerini ve bulgularını kayıt edin. Anormal bulguları değerlendirin ve gerekli uygulamaları yapın.			

UYGULAMA-6: APİKAL NABİZ ÖLÇÜMÜ İŞLEM BASAMAKLARI

Malzemeler

- Steteskop,
- Saniyeli ya da dijital saat,
- Alkol,
- Pamuk tamponlar,
- Çöp kutusu,
- Kalem

Sıra No	İŞLEM BASAMAKLARI	Gözlemler		
		1	2	3
1.	Malzemeleri hazırlayın.			
2.	Elleri yıkayın.			
3.	Hastaya uygulama hakkında bilgi verin.			
4.	İşlem için hastadan izin alın.			
5.	Nabız saymadan önce hastanın durumunu ve nabız etkileyecek faktörleri (yaş, egzersiz, yorgunluk, yemek yeme gibi) değerlendirin.			
6.	Yatak etrafına perde ya da paravan çek. Oda sıcaklığının en az 22-25°C ve pencere/kapıların kapalı olmasını sağlayın. Oda içindeki ziyaretçileri dışarı çıkarın.			
7.	Hastaya pozisyon ver ve ölçüm yapılacak bölgenin açıklığını sağlayın. (Supine pozisyonu ya da fowler pozisyonu verin.)			
8.	Alkollü pamuk ile steteskopun kulaklıklarını ve alıcı bölümünü silin. Alıcı bölümü daha sonra elinizle ısıtın.			
9.	Bebekte 3. ve 4. interkostal aralık (sol meme ucunun hemen üst ve dışı) 7 yaşına kadar ve 7 yaş üzeri çocuklarda 4. ve 5. interkostal aralık			
10.	Steteskobun kulaklıklarını da kulağına yerleştirin.			
11.	Steteskobun alıcısını avuç içinde birkaç saniye ısıtın, steteskobun alıcısını belirlenen bölgeye yerleştir ve kalp atımını dinleyin (lup-dup seslerini duy).			
12.	Saatin göstergesini kontrol edin. Her sesi bir atım olarak sayın.			
13.	Sayma işlemini bir dakika boyunca sürdürün. Bu sırada hız ve ritimde herhangi bir değişiklik olup olmadığını değerlendirin.			
14.	Hastaya rahat edebileceği pozisyon verin. Açık olan bölgeyi kapatın.			
15.	Steteskobun kulaklıklarını alkollü pamukla silin. Malzemeleri kaldırın.			
15.	Bulgular hakkında hastaya bilgi verin.			
16.	Elleri yıkayın.			
17.	Atım sayısı ve karakterini daha önceki değerlerle veya normal yaş grubu değerleriyle karşılaştırın.			
18.	Bulguları kayıt edin. Anormal bulguları (taşikardi, bradikardi, filiform nabız, volümde zayıflama/artma vb) hekime bildirin.			

UYGULAMA-7: BRAKİAL ARTERDEN KAN BASINCI ÖLÇÜMÜ

Amaç: Arter kan basıncını uygun teknikle ölçmek

Temel İlkeler:

- Hastanın mahremiyeti korunmalıdır.
- İşlem öncesi kan basıncını etkileyecek (ağlama, egzersiz, yaş, yorgunluk, ateş, pozisyon değişikliği, ilaç yan etkisi gibi) değerlendirilmelidir.
- Ölçüm kolda brakial arter, bacakta popliteal veya dorsalis pedis arterleri üzerinden hastaya uygun bölgeye göre yapılmalıdır.
- Ölçüm koldan yapılıyorsa kol, kalp hizasında tutulmalı ve alttan desteklenmelidir.
- Manşon genişliği üst kol uzunluğunun 2/3'ü kadar olmalıdır.
- İşlem öncesi tansiyon aletinin manometresi "0" konumunda olmalıdır.
- Manşon giysi üzerine yerleştirilmemelidir.
- Ölçümün hatalı olmaması için manşet kola çok sıkı veya çok gevşek sarılmamalıdır.
- Steteskop manşonun altına sıkıştırılmamalı, arter üzerine yerleştirilerek hafifçe bastırılmalıdır.
- Tansiyon aletinin basınç valfi saniyede 2-3 mmHg hızında indirilmelidir
- Ölçüm alt ekstremitelerden yapıldıysa kayıta belirtilmelidir.
- Ardışık ölçüm yapılması gerekiyorsa manşon tamamen çıkarıldıktan sonra 1-2 dakika beklenecek ölçüm yapılmalıdır.
- IV sıvı tedavisi yapılan, AV fistül açılmış olan ve cerrahi girişim yapılmış olan ekstremitelerden kan basıncı ölçülmemelidir.
- Hastaya temas izolasyonu uygulanıyorsa tansiyon aleti hastaya özel olmalıdır.

Malzemeler:

- Kalem
- Sfigmomanometre
- Steteskop
- Alkol
- Pamuk
- Kirli kap
- Kayıt formu

İşlem Öncesi:

- Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.
- Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
- Gerekli malzemeler hazırlanır.
- Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.
- Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir.
- Hastaya ölçüm yerine uygun pozisyon verilir

Sıra No	İŞLEM BASAMAKLARI	Gözlemler		
		1	2	3
1.	Malzemeleri hazırlayın.			
2.	Elleri yıkayın.			
3.	Hastanın egzersiz, yorgunluk, yemek yeme, egzersiz vb. durumunu değerlendirin. Eğer bu aktiviteler varsa 15-20 dakika bekleyin.			

4.	Hastaya veya ebeveyne uygulama hakkında bilgi ver			
5.	Bireye rahat edebileceği supine pozisyonu ya da fowler pozisyonu verin. <i>Uygun olmayan ortam (sessiz, sakin, uygun ısı) kan basıncını artmasına neden olacağını unutma.</i>			
6.	Kolu; düz olarak, kalbin apeksi seviyesine kadar kaldır ve avuç içi yukarı bakacak şekilde alttan destekleyin.			
7.	Ölçüm yapılacak kol tamamen açık olacak şekilde giysileri aç ve giysilerin kolu sıkmadığından emin olun.			
8.	Dirsek ön çukurunda brakial arteri parmak uçları ile hissedin.			
9.	Uygun manşet boyunu seç. Manşet, çocuğun kolunun üçte ikisini kapsayan uygun bir genişliğe sahip olmalıdır Bağlantı borusunun ön kolun üst yüzünde olmasına ve manşonun tamamen boş olmasına dikkat edin.			
10.	Alkollü pamuk ile steteskobun kulaklıklarını ve alıcı bölümünü silin. Alıcı kısmı ısıtın.			
11.	Brakial arteri belirleyin, steteskobun kulaklığını kulağa, alıcısını ise brakial arterin üzerine yerleştirin. Steteskobun seslerinin net olarak duyulması için alıcının giysilere ve manşona değmemesine dikkat edin.			
12.	Puvarı avuç içine al, baş ve işaret parmağını kullanarak ayar düğmesini kendine doğru çevirerek kapatın.			
13.	Bir elle steteskobu brakial arter üzerinde tutarken, diğer elle avuç içindeki puvar yardımıyla manşonu düzenli ve hızlı bir biçimde bireyin daha önceki sistolik kan basıncı değerinden 30 mmHg daha fazla manşonu şişirin. (Örnek: Daha önceki sistolik kan basıncı 130 mmHg ise, bu değere 30 mmHg daha ekleyerek 160 mmHg ye kadar manşonu şişirin).			
14.	Puvarın ayar düğmesini kendinizden uzak tarafa doğru çevirerek açın ve manşonun havanın yavaş ve düzenli bir şekilde boşalmasını sağlayın. Manşonun havasının boşalma hızı manometrede 2-3 mmHg/saniye düşme olacak şekilde olsun.			
15.	Manşonun havası boşalırken ilk sesi duyduğunuz anda manometredeki ibrenin en yakın olduğu değeri okuyun. Aynı hızda manşonun havasını boşaltmaya devam edin. Seslerin kaybolduğu andaki manometredeki ibrenin en yakın olduğu değeri belirleyin. Bundan sonra manşeti hızla ve tamamen boşaltın.			
16.	Manşeti ve steteskopu çıkarın, malzemeleri kaldırın.			
Sesler tam olarak duyulamamış, ölçülen değer çok yüksek/düşük ya da yeniden ölçüm yapılacaksa, manşonu tamamen çıkardıktan sonra 60 saniye (1 dakika) bekleyin. Böylece kan dolaşımı normale döner ve gerçek değer doğru olarak ölçülebilir.				
17.	Steteskobun kulaklıklarını alkolü pamukla silin.			
18.	Hastaya rahat edebileceği bir pozisyon verin.			
19.	Ölçüm sonrası Elleri yıkayın.			
20.	İşlemi, hangi yolla ölçüm yapıldığını, gözlemlerini ve bulgularını kayıt edin. Anormal bulguları değerlendir ve gerekli uygulamaları yapın.			

nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/child_tbl.pdf

Yaş ve Boy Persentillerine Göre Kan Basıncı Düzeyleri Tablosu için yukarıdaki linkten bulunan tablolar kullanılacaktır.



TC
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ BAHAR YARIYILI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ
(ÇOCUKLARDA ALDIĞI - ÇIKARDIĞI SIVI TAKİBİ
VE INTRAVENÖZ SIVI İZLEM TAKİBİ)

ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİP (AÇT) PROTOKOLÜ

AMAÇ

Hastanın 24 saat içinde aldığı ve çıkardığı sıvıların ölçümünü doğru şekilde yaparak, etkin sıvı dengesinin sağlanması ve olası komplikasyonların önlenmesidir.

Tanımlama

- Mesane kateteri + / -
- Alt bezi kullanımı + / -
- İshal + / -
- Kusma + / -
- Aşırı terleme + / -
- Yüksek ateş + / -
- Gastrik drenaj + / -
- Dren + / -
- Pansuman + / -
- Enteral beslenme + / -
 - Oral beslenme + / -
 - Gastrointestinal tüp + / -
- Total parenteral beslenme + / -
- Sıvı infüzyon tedavisi + / -
- İlaç perfüzyon tedavisi + / -
- Kan ve kan ürünleri transfüzyonu + / -

TEMEL İLKELER

- Aldığı çıkardığı sıvı takibi cc (ml) olarak kaydedilir.
- Hastanın her sabah vücut ağırlığı ölçümü yapılır.
- Oral aldığı sıvıların kaydı ve çıkardığı idrarın muhafazası için hasta/refakatçısı ile işbirliği sağlanmalıdır.
- Oral yoldan alınacak sıvılar için hasta ve ailesine aynı bardağı ölçü olarak kullanması söylenmelidir.
- İntravenöz yoldan verilen sıvı miktarı (kan ve kan ürünleri, ilaç infüzyonları dahil) saatlik olarak kaydedilmelidir.
- Gastrointestinal tüp aracılığıyla verilen enteral beslenme ürün miktarı kayıt edilmelidir.
- Çıkarılan sıvının takibi vücuttan emilerek, süzülerek, salgılanarak atılan sıvının ölçümüdür. Atılan sıvı kaynakları; idrar, gaita, kusma, terleme, yaralardan oluşan sızıntılar ve nazogastrik drenajlardır.
- Bebeklerde atılan sıvı, bezlerin tartılması yoluyla ölçülür. Alt bezi kullanan hastalarda bez tartıldıktan sonra kuru bezin ağırlığı çıkarılarak, aradaki fark çıkardığı sıvı miktarı olarak kayıt edilmelidir.
- Çıkarılan sıvıların toplandığı kabın üzerine çocuğun adı soyadı, yatak numarası ve biriktirilen sıvının cinsi yazılarak kayıt işlemi tamamlanıncaya kadar ağzı kapalı olarak saklanmalıdır.

- Aldığı çıkardığı takibi 24 saatlik yapılacak ise sabah 08.00'de hastanın ilk idrarı AÇT hesabına katılmamalıdır. Ertesi sabah son idrarı ölçü kabına yaptırılarak 08.00'e kadar olan tüm idrar miktarı toplanmalıdır.
- Hastanın ölçekli idrar torbası varsa içindeki idrar miktarı kayıt edildikten sonra boşaltılmalıdır.
- Hastanın deri turgoru, ateş, kusma, ve ishal varlığı kayıt edilerek değerlendirilmelidir.
- Drenlerden ve tüplerden gelen sıvı miktarları kayıt edilmelidir.
- Pansuman bölgesi, sızıntı ve kanama miktarı açısından ped sayısına göre değerlendirilmelidir.
- Hekimin farklı bir istemi yoksa ya da birimin farklı bir uygulaması yoksa saatlik AÇT kaydı yapılır.

UYGULAMA

MALZEMELER

- Oral alımlar için bardak
- Temiz eldiven
- Aldığı çıkardığı takip formu

İŞLEM ÖNCESİ

- Hastanın kimliği kontrol edilir.
- Hekimin isteği kontrol edilir.
- Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.
- Gerekli malzemeler hazırlanır.
- Eller yıkanır.

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.	
2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.	
3. Hastanın vücut ağırlığı tartılır.	
4. İntravenöz yoldan verilen toplam sıvı miktarı (kan ve kan ürünleri, ilaç infüzyonları dahil) saatlik olarak kaydedilir.	
5. Oral yoldan alınan tüm sıvı/mama miktarı kaydedilir.	
6. Oral yolla verilen sıvılar (su, süt, çorba, meyve suyu, yoğurt, muhallebi vb.) ölçülür. Standart ölçüm miktarı: Bir su bardağı=200 ml, bir çay bardağı=100 ml, bir bardak yoğurt=200 ml, bir kase 150 ml, bir kaşık=15 ml.	
7. Hastanın çıkardığı tüm sıvılar ölçülür ve kaydedilir.	

8. İdrar miktarı ölçülür.	
9. Kusma, diyare miktarı ölçülür.	
10. Göğüs tüpü drenaj şişesi, hemovak, gastrik drenaj, ileostomi/ kolostomi drenaj torbaların içindeki vücut sıvıları ölçülür.	
11. Her 8 saatte bir ara toplam alınır ve balans hesaplanır, 24 saat sonunda hastanın aldığı ve çıkardığı genel toplam sıvı miktarı ve balans hesaplanır.	
<ul style="list-style-type: none"> Alınan sıvı - çıkarılan sıvı= Balans Aldığı çıkardığından fazla ise balans + Aldığı çıkardığından az ise balans - 	
<p>Not: Beklenen idrar miktarı;</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Yenidoğan ve Bebeklerde >2-3 ml/kg/sa ✓ Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocukları >1-2 ml/kg/sa ✓ Adölesanlar >0.5-1 ml/kg/sa'dır. 	
İŞLEM SONRASI	
<ul style="list-style-type: none"> Hastaya uygun pozisyon verilir. Atıklar hastane atık toplanma ve uzaklaştırılma protokollerine göre atılır. Eller yıkanır. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir. Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir. 	

Aldığı Çıkardığı Takibi (AÇT) Formu

08:00-16:00		16:00-24:00		24:00-08:00	
Aldığı (PO/IV)	Çıkardığı (İdrar, gaita, kusma vb.)	Aldığı (PO/IV)	Çıkardığı (İdrar, gaita, kusma vb.)	Aldığı (PO/IV)	Çıkardığı (İdrar, gaita, kusma vb.)
1 çay bardağı süt 1 su bardağı su 2 kaşık yoğurt 300 ml IV sıvı	500 ml idrar	1 kase çorba 1 kase komposto Yarım su bardağı su 300 ml IV sıvı	600 ml idrar	1 su bardağı su 300 ml IV sıvı	500 ml idrar
630 ml	500 ml	700 ml	600 ml	500 ml	500 ml
Balans: +130		Balans: +100		Balans: 0	
24 Saatlik Toplam Balans: + 230					

İNTRAVENÖZ SIVI İNFÜZYON (SIVI İZLEM) TAKİP PROTOKOLÜ

AMAÇ

IV infüzyon uygulamasını ve hastanın aldığı çıkardığı sıvı dengesini güvenli bir şekilde sürdürmek.

HAZIRLIK

1. IV sıvı türü ve verilecek miktarını kontrol ediniz. Çocuğun sıvı ihtiyacı ile karşılaştırma yapınız.
2. Malzemeleri hazırlayınız.
3. Çocuğun kimliğini doğrulayınız ve çocuk ve ailesine bilgi veriniz.

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
1. Dr. orderında yazan çocuğa verilmesi gereken sıvı miktarı aşağıdaki formüllerden yararlanarak kontrol edilir.	
2. Çocuğun günlük (24 saatlik) olan sıvı gereksinim miktarını belirlemek için kullanılan vücut yüzey alanı (VYA) hesaplama formülü $VYA (m^2) = \frac{(4 \times kg) + 7}{kg + 90}$ 'dır.	
3. Çocuğa verilecek sıvı miktarının belirlenmesinde kullanılan formüller verilmektedir. İdame Sıvı = 1500-2000 ml/m ² Hafif dehidratasyon = 2000-2500 ml/m ² Orta dehidratasyon = 2500-3000 ml/m ² Ağır dehidratasyon = 3000-3500 ml/m ² Koma-şok = ≥ 3500 ml/m ²	
4. Serum torbası ya da şişesi son kullanma tarihi, sızıntı, kirlenme ve renk değişikliği yönünden kontrol edilir.	
5. Şişe/torbanın üzerine çocuğun tanımlayıcı bilgilerini, infüzyon türünü, akış oranını, hazırlanma tarihini ve saatini belirten bir etiket yapıştırılır.	
6. Serumun içine koyulan ilaç ya da mineralin ismi, tarihi ve saati bir etikete yazılarak serum torbasının üzerine yapıştırılır.	
7. Solüsyon damla ayar seti dosi flow ile gönderiliyorsa, giden sıvı miktarının order ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilir.	
8. İnfüzyon pompası kullanılıyorsa üreticinin solüsyon gönderme talimatına göre uygulama yapılır.	

9. IV giriş yapılarak, infüzyon bölgesi sızıntı, şişme, ağrı ve kızarıklık yönünden değerlendirilir.	
10. Tarih, saat, sıvının cinsi, saatlik giden miktarı, şişe seviyesi, hastaya giden miktar hemşire gözlem formundaki sıvı izlem bölümüne kaydedilir.	
11. Akış hızı her saatte kontrol edilir.	
12. İnfüzyon planlanandan daha hızlı gidiyorsa planlanan sürede tamamlamak için akış hızı azaltılır.	
13. İnfüzyon hızı planlanandan yavaş ise akış hızı artırılır.	
<ul style="list-style-type: none"> İnfüzyon hızı tamamen durmuşsa kanül tıkanıklık açısından kontrol edilir. İnfüzyon seti kıvrılma ve engellenmeler açısından gözlenir. 	
14. İnfüzyon bölgesi infiltrasyon ve kanama açısından takip edilir.	
15. Uygunsa aşağıdaki durumlarda hemşire ile işbirliği yapması için çocuk ve aileye eğitim verilir; <ul style="list-style-type: none"> Akış hızının aniden değişmesi Sıvı kabının tamamen boşalması Sette kan olması 	
16. Damar yolunda herhangi bir rahatsızlık olması	

SIVI İZLEM FORMU

TARİH	SAAT	SIVININ CİNSİ	ŞİŞE SEVİYESİ	SAATLİK GİDEN MİKTARI	HASTAYA GİDEN MİKTAR	AÇIKLAMALAR
25.02.2024	08.00	1/3 izomix	500 cc	50 cc	-	
	09.00	1/3 izomix	450 cc	50 cc	50 cc	
	10.00	1/3 izomix	400 cc	50 cc	100 cc	
	11.00	1/3 izomix	350 cc	50 cc	150 cc	Hasta USG'ye gitti
	12.00	1/3 izomix	350 cc	-	150 cc	Hasta USG'den geldi.
	13.00	1/3 izomix	287,5 cc	62,5 cc	212,5 cc	
	14.00	1/3 izomix	225 cc	62,5 cc	275 cc	
	15.00	1/3 izomix	162,5cc	62,5 cc	337,5 cc	
	16.00	1/3 izomix	100 cc	62,5 cc	400cc	



TC

**AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ**

**2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ BAHAR YARIYILI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**

BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ

(ÇOCUKLARDA İLAÇ UYGULAMALARI)

- **Oral İlaç Uygulama Protokolü**
- **Parenteral İlaç Uygulama Protokolleri: İntramuskuler (IM), Subkutan, Periferik Venöz Kateter, Santral Venöz Kateter Yolu ile İlaç Uygulama)**
- **Santral Venöz Kateter (Hickman) Bakım Protokolü**

ORAL İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ

Amaç: İlaçların oral yol ile uygulanmasıdır.

➤ **Temel ilkeler:**

- İlaç uygulamada 8 doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru form) uyulmalıdır.
- İlaçların son kullanma tarihleri, eğer daha önceden açıldı ise açılış tarihleri ve saklama koşulları kontrol edilmelidir.
- Yan etkisi, hazırlama ve uygulama şekli bilinmeyen ilaçlar hakkında gerekli bilgilere sahip olunduktan sonra uygulanmalıdır.
- Birden fazla ilaç alan hastalarda, ilaç uygulama saatleri, ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi açısından değerlendirilerek uygulama planlanmalıdır.
- İlaç süspansiyon ise uygulama öncesi şişe nazikçe çalkalanmalıdır.
- İlaç damla şeklinde ise kaşığa çok az su koyarak üzerine damlatılmalıdır.
- İlaç sıvı formda değil ise su içerisinde eriterek ya da ezerek hazırlanmalıdır (İlacın kırılma işareti yok ise asla kırılmamalıdır).
- Sulandırılarak hazırlanan ilaç karışımı homojen hale geldikten sonra uygulanmalıdır. Çocukta yutma gücü, şuur kaybı gibi oral ilaç uygulamasına engel özel bir durum var ise ilaçlar oral yolla uygulanmamalıdır.
- Oral yol ile uygulanan ilaçların çocuk tarafından içildiğinden emin olunmalıdır.
- İlaç uygulandıktan sonra 30 dk içinde kusma gözlenirse hekim bilgilendirilmeli ve hekim istemi doğrultusunda gerekiyorsa uygulama tekrarlanmalıdır.

➤ **Tanılama:**

- Bilinç + / -
- Yutma refleksi + / -
- Oral mukoz membran bütünlüğü + / -
- Yarık damak / dudak + / -

➤ **Uygulama:**

Malzemeler

- İlaç / Enjektöre çekilmiş ilaç
- İlaç kartı
- Enjektör
- Kağıt havlu
- Su (Distile/içme suyu)
- Tedavi tepsi
- Atık kutusu

İşlem Öncesi:

	UYGULAMA
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim istemi kontrol edilir.	
3. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
4. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir.	
7. Hastaya yarı oturur / oturur pozisyon verilir.	

İşlem:

	UYGULAMA
1. Tablet, draje, kapsül formundaki ilaçlar dilin 2/3'lük arka kısmına konularak bir miktar su ile içirilir.	
2. Tablet/Draje/Kapsül yutamayan çocuklar için ilaç enjektöre sulandırılarak hazırlanır. Hastaya verilmesi gereken doz enjektörde bırakılarak enjektörün ucu diş eti ile yanak arasına yerleştirilir, yavaşça verilir.	
3. Verilmesi gereken ilaç damla ise ilaç kaşığa damlatılır, 1-2 ml sulandırılır, çocuğa kaşıkla içirilir.	
4. Çocuk ilacı kötü tadından dolayı içmek istemiyorsa ilaç-besin etkileşimi dikkate alınarak uygun yiyecekler/içecekler ile karıştırılabilir.	
5. Hastanın ağız / burun çevresi gerekiyor ise kağıt havlu ile temizlenir.	

İşlem Sonrası:

	UYGULAMA
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA PROTOKOLÜ

Amaç: Kas dokusu içine ilaç uygulamak

➤ **Temel ilkeler:**

- Hasta mahremiyeti korunmalıdır.
- İlaç uygulamada 8 doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru form) uyulmalıdır.
- İlaçların son kullanma tarihleri, eğer daha önceden açıldı ise açılış tarihleri ve saklama koşulları kontrol edilmelidir.
- Yan etkisi, hazırlama ve uygulama şekli bilinmeyen ilaçlar, gerekli bilgilere sahip olunduktan sonra uygulanmalıdır.
- Enjeksiyon bölgesi aseptik teknikle temizlenir.
- Antiseptik solüsyon ile temizlenen bölgeye el ile tekrar temas edilmez.
- İğne seçimi yaş, kas yapısı, ilaç yoğunluğu, enjeksiyon bölgesi, hastanın vücut ağırlığı ve yağ dokusu dikkate alınarak belirlenmelidir.
- Enjeksiyon uygulanacak bölgede deri bütünlüğünde bozulma, enflamasyon, ekimoz veya ödem olmamalıdır.
- İşlem 2 kişi ile uygulanmalıdır.
- İM enjeksiyon sürekli uygulanacak ise uygulama bölgeleri arasında rotasyon yapılmalıdır.
- Enjeksiyon 90° açı ile uygulanır.
- İlaç enjektöre çekildikten sonra iğne ucu değiştirilmelidir.
- İlaç temin edilememişse ya da hasta/aile tedaviyi reddediyorsa hekim bilgilendirilir, kayıt edilir.

➤ **Tanımlama:**

- İnflamasyon + / -
- Ödem + / -
- Skar dokusu + / -
- Doğum lekesi + / -
- Ben + / -
- Hematom + / -

➤ **Uygulama:**

Malzemeler

- Eldiven
- Tedavi tepsisi
- Enjektöre çekilmiş ilaç
- İlaç kartı
- Antiseptik solüsyon
- Pamuk tampon
- Atık kutusu

İşlem Öncesi:

	UYGULAMA
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim istemi kontrol edilir.	
3. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
4. Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
5. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
7. Seçilen bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.	

İşlem:

	UYGULAMA
1. Hastanın kimliği kontrol edilir.	
2. Eldiven giyilir.	
3. Enjeksiyon bölgesi seçilir ve bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.	
4. Enjeksiyon uygulanacak bölge aseptik teknikle temizlenir, kuruması beklenir.	
5. İğne kılıfı iğnenin sterilliği bozulmadan çıkarılır.	
6. Çocuğa derin nefes alıp vermesi söylenir.	
7. Enjektör 90° lik açı yapacak şekilde, tek bir hareketle ve hızlı bir biçimde doku içine batırılır.	
8. İğne batırıldıktan sonra piston aktif olmayan el ile hafifçe geri çekilir. Kan gelmiyor ise ilaç yavaşça enjekte edilir (1 ml/10 sn). Enjektör içine kan gelmişse ilaç yeniden hazırlanır.	
9. İlaç verildikten sonra 10 sn beklenir, iğne tek hareketle ve hızlı bir şekilde çıkarılır ve enjeksiyon bölgesine kuru pamuk tamponla hafif basınç (2-5 dk) uygulanır.	

İşlem Sonrası:

	UYGULAMA
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

SUBKUTAN İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ

Amaç: İlaçların dermis tabakası altındaki gevşek bağ dokusuna (adipoz doku) içerisine uygulanmasıdır.

➤ **Temel ilkeler:**

- Hasta mahremiyeti korunmalıdır.
- İlaç uygulamada 8 doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru form) uyulmalıdır.
- İlacın uygulanması hazırlayan hemşirenin sorumluluğundadır.
- İlacın ismi ve dozu okunamıyor ise ilaç uygulanmamalıdır.
- İlaçların son kullanma tarihleri, eğer daha önceden açıldıysa açılış tarihleri ve saklama koşulları kontrol edilir.
- Yan etkisi, hazırlama ve uygulama şekli bilinmeyen ilaçlar gerekli bilgilere sahip olunduktan sonra uygulanmalıdır.
- Enjeksiyon bölgesinin temizliğinde aseptik teknik uygulanır.
- Subkutan dokuya 1 ml'den az ilaç uygulanır. Subkutan enjeksiyonda kullanılan bölgeler:
 - Latero-femoral bölge (üst bacak dış-yan kısım)
 - Deltoid bölge (üst kol dış-yan kısım)
 - Abdominal bölge
 - Sırtta skapula altı
 - Dorsa-gluteal bölge
- Sık subkutan enjeksiyon uygulanan hastalarda enjeksiyon bölgelerine rotasyon uygulanır. İlaç uygularken özellikle heparin uygulamalarında enjektör sonunda (0,1 ml-0,2 ml) hava kilidi oluşturulur.
- Subkutan doku kalınlığı vücut ağırlığı ve yapısına göre değişir. Doku kavrandığında yaklaşık olarak 5 cm yükseliyor ise 90°'lik açı, 2 cm 2,5 cm yükseliyor ise 45°'lik açı ile enjeksiyon uygulanır.
- Uygulama yapılacak alan başparmak ve işaret parmağı ile kavranır. İğne batırıldıktan sonra sıkıştırılmış doku serbest bırakılarak enjeksiyon uygulanır.
- Uygulama sırasında özellikle insülin ve heparin uygulamalarında iğne batırıldıktan sonra geri çekilerek aspirasyon işlemi yapılmamalıdır. Ayrıca yükseltile doku ilaç verme işlemi bitene kadar bırakılmamalıdır.
- Uygulama sonunda bölgeye hafif basınç yapılır ancak masaj ve ovma yapılmamalıdır.
- İlaç temin edilememişse ya da hasta/aile tedaviyi reddediyorsa hekim bilgilendirilir, kaydedilir.

➤ **Tanımlama:**

- Enjeksiyon bölgesi:
- İnflamasyon + / -
- Ödem + / -
- Skar dokusu + / -
- Doğum lekesi + / -
- Ben + / -
- Diğer lezyonlar + / -

➤ **Uygulama:**

Malzemeler:

- Temiz eldiven
- Tedavi tepsisi
- Enjektöre çekilmiş ilaç
- İlaç kartı
- Antiseptik solüsyon
- Enjektör (26-27 numaralı)
- Pamuk tampon
- Atık Kutusu

İşlem Öncesi Hazırlık:	UYGULAMA
1. Hasta dosyasından kimlik bilgileri ve hekim isteği kontrol edilir.	
2. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
3. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
4. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
5. Uygulanacak ilaç hazırlanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
7. Seçilen bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir: <ul style="list-style-type: none">○ Latero-femoral bölgeye (üst bacak kısım) yarı oturur ya da supine pozisyonu verilir,○ Deltoid bölgeye (üst kol dış-yan kısım) uygulama yapılacak ise, kol vücut yanında düz tutulur ya da kol karın üzerinde kıvrılır, Hasta yatıyor ise kol diğer omza doğru çapraz tutulur.○ Abdominal bölgeye uygulama yapılacak ise, hastaya semi-rekumbent (yatar pozisyonda dizler karna çekilir) pozisyon verilir.○ Sırtta skapula altına uygulama yapılacak ise, hastaya supine veya lateral pozisyon verilir.○ Dorsa-gluteal bölgeye uygulama yapılacak ise, hastaya prone ya da lateral pozisyon verilir.	
İşlem	UYGULAMA
1. Hastanın kimliği kontrol edilir.	
2. Eldiven giyilir.	
3. Enjeksiyon uygulanacak bölge aseptik teknikle temizlenir, kuruması beklenir.	
4. Doku başparmak ve işaret parmağı ile kavranır.	
5. Aktif olmayan elin baş ve işaret parmağı ile hafifçe sıkıştırılarak deri yükseltilir, 45°-90° lik açı ile iğne batırılır, piston geri çekilerek aspire edilir. Kan gelmiyor ise doku serbest bırakılır ve aynı anda kuru pamuk ile hafif basınç yapılır.	
6. Enjektör iğnesi dokudan çıkarılır ve aynı anda kuru pamuk ile hafif basınç yapılır.	
İşlem sonrası	UYGULAMA
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

PERİFERİK VENÖZ KATETER YOLU İLE İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ

Amaç: Hekim tedavi istek formuna uygun olarak damar içine uygulamak.

➤ **Temel ilkeler:**

- İlaç uygulamada 8 doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru form) uyulmalıdır.
- İlaçların son kullanma tarihleri, eğer daha önceden açıldı ise açılış tarihleri ve saklama koşulları kontrol edilmelidir.
- Yan etkisi, hazırlama ve uygulama şekli bilinmeyen ilaçlar gerekli bilgilere sahip olunduktan sonra uygulanmalıdır.
- İntravenöz yoldan ilaç uygulamalarında hızlı bolus uygulama yapılmamalıdır. İlaç özelliğine göre ortalama Min 3-5 dakika içinde ilaç yapılmalıdır.
- Birden fazla ilaç alan hastalarda, uygulama saatleri ve yolları, ilaç-ilaç ve ilaç/serum etkileşimi açısından değerlendirilerek planlanmalıdır.
- Hazırlanan ilaç partikül içermemelidir.
- Hayati önem taşıyan ilaçların (inotrop, antihipertansif vb.) uygulandığı intravenöz yoldan bolus ilaç uygulaması yapılmamalıdır, infüzyona ara verilmemelidir. Gerekliyse ikinci bir damar yolu açılmalıdır.
- İntravenöz (IV) ilaçların damar dışına çıkması ciddi doku hasarına neden olabilir. Bu nedenle tedavi öncesi, uygulama sırası ve sonrasında aşağıdaki 4 komplikasyon mutlaka değerlendirilmelidir:
 - Enfeksiyon (kızarıklık, ağrı, ateş, ödem, hassasiyet)
 - İnfiltrasyon/ekstravazasyon (ağrı, ödem, kızarıklık, hassasiyet)
 - Tromboflebit (üşüme, titreme, ateş, kızarıklık, hassasiyet)
 - Pulmoner ödem (dispne, öksürük, siyanoz, taşikardi, terleme, hipotansiyon)
- Bu komplikasyonlardan biri ya da daha fazlasının gözlemlendiği intravenöz katater kullanılmamalıdır.
- Yapılacak intravenöz ilaç uygulamalarından önce/sonra katater serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanmalıdır.
- Birden fazla intravenöz ilaç uygulanacak ise her ilaçtan sonra serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanmalıdır.
- İlaç temin edilememişse ya da hasta/aile tedaviyi reddediyor ise hekim bilgilendirilmeli ve kayıt edilmelidir.

➤ **Tanımlama:**

- İntravenöz katater + / -
- Ekstaravazasyon bulgusu + / -
- Katater çalışır durumda + / -

➤ **Uygulama:**

Malzemeler

- Enjektöre çekilmiş ilaç
- İlaç kartı
- Eldiven
- Steril gaz bezi
- Antiseptik solüsyon
- Tedavi tepsisi
- Atık kutusu

İşlem Öncesi:

	UYGULAMA
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim isteği kontrol edilir.	
3. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
4. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	

İşlem:

	UYGULAMA
1. Eldiven giyilir.	
2. Periferik venöz katater yok ya da çalışmıyor ise; Periferik venöz katater uygulama protokolüne uygun olarak damar yolu açıklığı sağlanır, hazırlanan ilaç uygulanır. Uygulama sonrasında intravenöz katater serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanarak ven valfi/stopper ile kapatılır.	
3. Periferik venöz katater var ise; Açılış tarihinin üzerinden 72 saat geçmişse periferik venöz katater değiştirilmelidir. Stopper/ven valfi takılı ise açılır, serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanarak hazırlanan ilaç uygulanır. Uygulama sonrasında intravenöz katater serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanır, ven valfi/stopper takılır. Serum gidiyor ise, durdurulur, katater serum setinden ayrılır, setin ucunun etrafla kontaminasyonu engellenir. Serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanır, ayrılan serum seti takılarak perfüzyona devam edilir.	

İşlem Sonrası:

	UYGULAMA
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

SANTRAL VENÖZ KATETER YOLU İLE İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ

Amaç: Hekim tedavi istek formuna uygun olarak damar içi ilaç uygulamak.

➤ **Temel ilkeler:**

- İlaç uygulamada 8 doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru form) uyulmalıdır.
- İlaçların son kullanma tarihleri, eğer daha önceden açıldı ise açılış tarihleri ve saklama koşulları kontrol edilmelidir.
- Yan etkisi, hazırlama ve uygulama şekli bilinmeyen ilaçlar gerekli bilgilere sahip olunduktan sonra uygulanmalıdır.
- İntravenöz yoldan ilaç uygulamalarında hızlı bolus uygulama yapılmamalıdır. İlaç özelliğine göre ortalama 3-5 dakika içinde ilaç yapılmalıdır.
- Birden fazla ilaç alan hastalarda, uygulama saatleri ve yolları, ilaç-ilaç ve ilaç/serum etkileşimi açısından değerlendirilerek planlanmalıdır.
- Hazırlanan ilaç partikül içermemelidir.
- Hayati önem taşıyan ilaçların (inotrop, antihipertansif vb.) uygulandığı intravenöz yoldan bolus ilaç uygulaması yapılmamalıdır, infüzyona ara verilmemelidir. Başka bir lümeden uygulama yapılmalıdır.
- Yapılacak intravenöz ilaç uygulamalarından önce/sonra katater serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanmalıdır.
- Birden fazla intravenöz ilaç uygulanacak ise her ilaçtan sonra serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanmalıdır.
- İlaç temin edilememişse ya da hasta/aile tedaviyi reddediyor ise hekim bilgilendirilmeli ve kayıt edilmelidir.

➤ **Tanımlama:**

- Santral venöz katater + / -
- Boş lümen + / -
- Lümen çalışır durumda + / -

➤ **Uygulama:**

Malzemeler

- Steril eldiven
- Enjektör 10 ml'lik
- İlaç kartı
- Enjektöre çekilmiş ilaç
- Steril gaz bezi
- Antiseptik solüsyon
- Tedavi tepsisi
- Atık kutusu

SANTRAL VENÖZ KATETER (HİCKMAN) BAKIM PROTOKOLÜ

Amaç: Kateter bölgesinde cilt temizliğini sağlayarak enfeksiyonları önlemek

➤ **Temel ilkeler:**

- Hasta mahremiyeti korunmalıdır.
- Bakım aseptik teknikle yapılmalıdır.
- Santral venöz kateterin açıldığı ilk 24 saat içerisinde kanama ihtimali açısından pansumanı emici nitelikte olmalıdır.
- Kateter pansumanı kurum politikası doğrultusunda belirlenen sıklıkla yenilenmelidir.
- Santral venöz kateter bakımında bölge antiseptik solüsyon damlatılmış steril gazlı bezle yumuşak ve dairesel hareketlerle temizlenmelidir. Antiseptik solüsyonun cilt ile 3 dakika teması sağlanmalıdır.
- Pansuman bölgesinde ıslaklık/nem/kanama ya da kontaminasyon gözlenir ise bakım yenilenmelidir.
- Değiştirilecek olan pansumanın flasterleri nemlendirilerek çıkarılmalıdır.
- Değiştirilen pansumanın infüzyon sıvısı ile ıslandığı fark ediliyorsa hekim bilgilendirilmelidir.
- Kateteri cilde tespit eden dikişler her pansumanda kontrol edilmeli, dikiş kopmuşsa hekim bilgilendirilmelidir.
- Kateter giriş yeri enfeksiyon bulguları (kızarıklık, akıntı) ve kanama açısından her pansumanda kontrol edilmelidir.
- Kateter bakımında kullanılmayan lümenler serum fizyolojik ile yıkanmalıdır. Serum fizyolojik uygulanırken dirençle karşılaşırsa kuvvet uygulanmamalıdır.

➤ **Tanımlama:**

- Kızarıklık + / -
- Akıntı + / -
- Kanama + / -
- Koku + / -
- Dikiş + / -
- Islaklık + / -
- Tespit uzunluğuna uygunluğu + / -
- Kateterin takıldığı bölge

➤ **Uygulama:**

Malzemeler

- Steril eldiven
- Steril gaz bezi
- Antiseptik solüsyon
- Şeffaf yara örtüsü (gerekirse)
- Temiz eldiven
- Serum fizyolojik çekilmiş enjektör (boş lümen sayısı kadar)
- Koruyucu örtü
- Kesilmiş flaster
- Atık kabı

İşlem öncesi:

	UYGULAMA
9. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
10. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
11. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
12. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
13. Hastaya uygun pozisyon verilir.	

İşlem:

	UYGULAMA
4. Temiz eldiven giyilerek mevcut pansuman çıkarılır. Çıkarılan pansuman akıntı, kanama, koku açısından değerlendirilir.	
5. Kirli eldiven çıkarılır, eller el yıkama protokolüne uygun olarak yıkanır ve steril eldiven giyilir.	
6. Antiseptik solüsyonla ıslatılmış steril gazlı bez ile kateter giriş bölgesi merkezden dışarıya doğru dairesel hareketlerle temizlenir. Bu işlem 3 kez tekrarlanarak (farklı steril gazlı bez ile) 30 saniye boyunca bölgenin antiseptik solüsyonla teması sağlanır.	
7. Serum fizyolojik ile ıslatılmış steril gazlı bez bölge temizlenerek kurulanır.	
8. Steril eldiven değiştirilerek yeni steril eldiven giyilir. Boş lümenler enjektöre çekilmiş serum fizyolojik ile yıkanır. Lümen girişleri antiseptik solüsyon ile ıslatılmış gazlı bezle temizlenir.	
9. Kateter giriş yeri yeni pansuman materyali (steril gazlı bez/şeffaf örtü, klorheksidinli ped) ile flasterlenerek kapatılır.	

İşlem Sonrası:

	UYGULAMA
6. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
7. Üzerine tarih, saat ve adınızın baş harfleri yazılı bir şekilde bir etiketi pansumana iliştiniz.	
8. İşlemi, bölgenin durumunu ve çocuğun tepkisini kaydediniz.	
9. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
10. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
11. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
12. Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.	
13. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	



TC
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ BAHAR YARIYILI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ
(ÇOCUKLARDA SOLUNUM SİSTEMİ UYGULAMALARI)

Postural Drenaj Uygulama
Nebulizatör ile İlaç Uygulama
Oksijen Uygulamaları

POSTURAL DRENAJ UYGULAMA (ÇOCUK VE YENİDOĞAN)

Amaç: Yoğun bronşial sekresyonları ve aşırı balgamın atılımını kolaylaştırmaktır.

Postüral Drenaj; pulmoner hemoraji, pulmoner emboli, son dönem böbrek hastalığı, intrakranial basınçta artma ve osteogenesis imperfakta varsa yapılmamalıdır. Eğer çocukta/yenidoğanda vagal sinir stimülatörü, kalp pili gibi implante bir alet ya da santral venöz katater varsa doğrudan bu bölgelere perküsyon uygulanmaz ve bölge korunur.






Temel İlkeler


- Postural Drenaj; trakea içine sekresyonların yer çekimi yönünde ilerlemesine yardım etme tekniğidir.
- Pozisyon verme, göğüs duvarına ritmik olarak yapılan vurma hareketleri, öksürme ve nefes alma yöntemlerinin kombine şekilde kullanıldığı hava yolu açıklığı sağlama tekniğidir.
- Postüral drenaja yardımcı olmak için iki manevra yapılır; perküsyon ve vibrasyon.
- Perküsyon manevrası, sekresyonları yerinden sökmek için göğüste titreşimler oluşturulmasıdır.
- Vibrasyon ise, düz pozisyondaki avuç içiyle basınç uygulanarak titreşim oluşturulmasıdır.
- Postural drenaj ya aç iken ya da yemekten 1.5 saat sonra yapılmalıdır. En uygun zamanlar sabah kalkınca ve gece yatmadan öncedir.
- Postural drenaj sırasında perküsyon ya da vibrasyon tekniklerini kullanılır. Postural drenaj sırasında çocuk/yenidoğan dikkatle gözlenmeli ve yorgunluk belirtilerine dikkat edilmelidir.
- İşlem öncesi, işlem ve işlem sonrası çocuğun/yenidoğanın oksijen satürasyonları yakından takip edilir.
- Günde 4-5 kez 5-15 dakika süre ile postural drenaj yapılır.
- Postural drenajdan 15-20 dakika önce çocuğa/yenidoğana bronkodilatatör ve buhar tedavisi uygulanabilir.







Malzemeler

- Perküsyon aleti, yuvarlak oksijen maskesi
- Pulse oksimetre
- Böbrek küvet
- Kağıt havlu, mendil
- Pozisyon için yaşına uygun malzeme (yastık/havlu vb.)

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
İşlem Öncesi	
1. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
2. Çocuğun kimliği doğrulanır. İşlem çocuk ve aileye açıklanır.	
3. Çocuğun dikkatini başka yöne çekmek ve rahatlatmak için müzik, video gibi aktivitelerden yararlanılabilir.	
4. Paravan gibi araçlar kullanılarak mahremiyet sağlanır.	
5. Solunum durumu değerlendirilir.	
6. Sekresyonların yer çekimi doğrultusunda drenajını sağlamak için çocuğa uygun pozisyon verilir.	
7. İstem yapılmışsa solunum kaslarını gevşetmek için, bronkodilatörler uygulanır. NOT: Sekresyonlar hidrate edildiğinde ve solunum kasları gevşediğinde sekresyonların drenajı kolaylıkla sağlanabilir.	
İşlem (Perküsyon Tekniği)	
1. Göğüs perküsyonu için ellerinizi kullanacaksanız parmaklarınızı birleştirip elinizi kümbet şeklinde tutunuz. Bileğinizi serbest, dirseğinizi kısmen fleksiyon da tutunuz. 	
2. Öne doğru 30° eğik olacak şekilde pozisyon verilir. Üst loblar için klavikula ve omuzların üzerine perküsyon uygulanır. 	
3. Baş 30° geriye doğru olacak şekilde sırtüstü yatırılır. Geriye doğru 30° lik pozisyon verilir. Üst loblar için klavikula ve göğüslerin üzerine perküsyon uygulanır. 	
4. Baş 30° aşağıya doğru olacak şekilde lateral olarak yatırılır. Alt loblar için koltukaltının aşağısına perküsyon uygulanır. Bu uygulamayı sağ ve sol olmak üzere her iki tarafa yapılır. 	
5. Çocuğun başı 30° aşağıda olacak şekilde abdomen üzerine yatırılır. Alt loblar için sırta perküsyon uygulanır. 	

6. Baş 30 ⁰ aşağıya doğru olacak şekilde sırtüstü yatırılır. Alt loblar için göğüs üzerine perküsyon uygulanır.	
	
7. Her bir bölgeye uygulanan perküsyondan sonra çocuğu birkaç kez derin nefes alması, öksürmesi için cesaretlendirilir. Çocuğu, balgamını çıkarması için teşvik edilir. NOT: Derin soluklar, çıkan havanın hızını artırır ve sekresyonların bulunduğu bölgeden trakeaya doğru hareket etmesine yardım eder.	
8. Eğer çocuk entübe ya da etkili şekilde öksürme yapamayacak ise aspirasyon yapılabilir.	
İşlem (Vibrasyon Tekniği)	
1. Bir elinizin avuç içini göğüs duvarında istenen bölge üzerinde düz bir şekilde yerleştiriniz ve diğer elinizi ilkinin üzerine yerleştiriniz. Alternatif olarak eller yan yana yerleştirilmiş olabilir.	
2. Çocuğa derin nefes almasını ve nefes alırken burnunu, nefes verirken ağzını kullanması söylenir. NOT: Vibrasyon sadece nefes verme sırasında uygulanır.	
3. Vibrasyon manevrası 10-15 sn süreyle uygulanır.	
4. Göğüs alanlarına vibrasyon manevrası uygulanır.	
5. Çocuğu vibrasyonlar arasında öksürmesi için teşvik edilir.	
İşlem Sonrası	
1. Çocuğa uygun pozisyon verilir.	
2. Çocuğun kardiyorespiratuar durumu takip edilir.	
3. İşlem, balgamın özelliği ve çocuğun işleme yanıtı kaydedilir.	
4. Eller yıkanır.	
YENİDOĞAN İÇİN İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
İşlem Öncesi	
1. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
2. Eller yıkanır.	
3. Yenidoğanın kimliği doğrulanır. İşlem aileye açıklanır.	
4. Solunum durumu değerlendirilir.	
5. Sekresyonların yer çekimi doğrultusunda drenajını sağlamak için yenidoğana uygun pozisyon verilir.	
6. İstem yapılmışsa solunum kaslarını gevşetmek için, bronkodilatörler uygulanır. NOT: Sekresyonlar hidrate edildiğinde ve solunum kasları gevşediğinde sekresyonların drenajı kolaylıkla sağlanabilir.	
İşlem	
1. Yenidoğanı sırtüstü 30 ⁰ geriye doğru olacak şekilde yatırılır. Üst loblar için klavikula ve göğüslerin üzerine perküsyon uygulanır.	

	
<p>2. Yenidoğanın yüzü size bakar. Baş 30° aşağı da olacak şekilde lateral olarak yatırılır. Alt loblar için koltukaltına perküsyon uygulanır. Sağ ve sol olmak üzere her iki tarafa yapılır.</p> 	
<p>3. Yenidoğanın başı 30° aşağıda olacak şekilde abdomen üzerine yatırılır. Alt loblar için sırtta perküsyon uygulanır.</p> 	
<p>4. Yenidoğanın başı 30° aşağıda olacak şekilde sırtüstü pozisyonda yatırılır. Alt loblar için göğüs üzerine perküsyon uygulanır.</p> 	
<p>5. Eğer yenidoğan entübe ya da etkili şekilde öksürmez ise aspirasyon yapılabilir.</p>	
<p>İşlem Sonrası</p>	
<p>1. Yenidoğana uygun pozisyon verilir.</p>	
<p>2. Yenidoğanın kardiyorespiratuar durumu takip edilir.</p>	
<p>3. İşlem, balgamın özelliği ve yenidoğanın işleme yanıtı kaydedilir.</p>	

NEBÜLİZATÖR İLE İLAÇ UYGULAMA

Amaç: İlaçların inhalasyon yolu ile uygulanmasıdır.

➤ **Temel ilkeler:**

- İlaç uygulamada 8 doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru form) uyulmalıdır.
- İlaçların son kullanma tarihleri, eğer daha önceden açıldı ise açılış tarihleri ve saklama koşulları kontrol edilmelidir.
- Yan etkisi, hazırlama ve uygulama şekli bilinmeyen ilaçlar, gerekli bilgilere sahip olunduktan sonra uygulanmalıdır.
- Kontaminasyonu önlemek için her çocuğa ayrı maske kullanılmalıdır.
- Nebulizatörlü oksijen maskesi kirlendiğinde ve/veya ilacı partikülleri ayırmada yetersiz kaldığı farkedildiğinde değiştirilmelidir.
- İnhalasyon tedavisi hasta açken (yemek öncesi) uygulanmalıdır.
- Maske yüze sıkıca oturtulmalıdır (Maskenin yüzden 2 cm uzaklaştırılması solunan partikül sayısında % 85 azalmasına neden olur). Hedeflenen doza ulaşabilmesi ve ilacın gözlere kaçmasını önlemek için maske yüzden uzaklaştırılmamalıdır.
- Nebulizatörün içine konulacak ilaç miktarı 2-4 ml olmalıdır. İlaç miktarı 2 ml'den az ise ilaç serum fizyolojik ile 2-4 ml'ye tamamlanmalıdır.
- İşlem bittikten sonra çocuğun yüzünde ve ağzında kalan ilaçları temizlemek için çocuğun yüzünü yıkaması, ağzını suyla çalkalaması sağlanır.
- İlaç temin edilmemişse ya da hasta/aile tedaviyi reddediyorsa hekim bilgilendirilmeli ve kayıt edilmelidir.

➤ **Tanımlama:**

• **Burun ve ağız:**

- Sekresyon + / -
- Ödem + / -
- Deri bütünlüğü + / -

➤ **Uygulama:**

Malzemeler

- Nebulizatör
- Hazneli maske
- Enjektöre çekilmiş ilaç
- İlaç kartı
- Kağıt havlu
- Atık kutusu

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
İşlem Öncesi	
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim isteği kontrol edilir.	
3. Hasta ve ailesine işleml hakkında bilgi verilir.	
4. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilir.	
İşlem	
1. İnhaler ilaç maskenin haznesine konulur.	
2. Maske nebulizatöre takılır ve maske hastanın yüzüne yerleştirilir.	
3. Nebülizatör cihazı çalıştırılır ve yeterli buhar oluşup oluşmadığı kontrol edilir.	
4. Haznedeki ilaç bitince cihaz kapatılır, maske çıkarılır.	
İşlem Sonrası	
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	

OKSİJEN UYGULAMALARI NAZAL KANÜL İLE OKSİJEN UYGULAMA

Amaç: Çocuğun yaşına ve gereksinimine uygun yolla oksijen vermek.

Temel ilkeler:

- Nazal kanül, düşük akış hızıyla ve düşük konsantrasyonda oksijen vermek için kullanılır.
- Çocuğun solunum yolları açıklığı sağlanmalıdır.
- Uygulama sırasında çocuğa oturur/yarı oturur pozisyon verilmelidir.
- Oksijen yanıcı ve patlayıcı bir gaz olduğu için kaçak olmamalı, yanıcı maddelerle yanına yaklaşılmamalıdır.

Malzemeler

- Flowmetreli oksijen tüpü, humidifer
- Nazal kanül
- Distile su

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
İşlem Öncesi	
1.Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2.Hekim isteği kontrol edilir.	
3.Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
4.Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5.Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6.Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
İşlem	
1.Çocuğa rahat edeceği pozisyon verilir.	
2.Humidiferin 3/2 sine kadar distile su doldurulur.	
3.Humidiferi flowmetrenin altına yerleştirilir.	
4.Gerekli bağlantıları yaptıktan sonra sistemin çalışıp çalışmadığını oksijen kaçağı olup olmadığını kontrol edilir.	
5.Çocuğun ağız ve burun boşluğunun temiz olup olmadığını kontrol edilir, gerekirse uygun şekilde temizlenir.	
6.Kanülün açık uçlarını çocuğun burun deliklerine geçecek şekilde kulak arkasından geçirerek yerleştirilir.	
7.Oksijen akış hızını hekim İstemine göre ayarlanır (% 30-% 44 yoğunlukta ve en fazla dk 6 lt.)	
İşlem Sonrası	
1.Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2.Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3.Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4.Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	

MASKE İLE OKSİJEN UYGULAMA

Amaç: Çocuğun yaşına ve gereksinimine uygun yolla oksijen vermek.

Temel ilkeler:

- İlaç uygulamada 8 doğru ilkesine (doğru hasta, doğru ilaç, doğru doz, doğru yol, doğru zaman, doğru kayıt, doğru etki, doğru form) uyulmalıdır.
- Oksijen maskesi çocuğun yüzüne rahatça oturmalıdır.
- Çocuğun solunum yolları açıklığı sağlanmalıdır.
- Uygulama sırasında çocuğa oturur/yarı oturur pozisyon verilmelidir.
- Oksijen yanıcı ve patlayıcı bir gaz olduğu için kaçak olmamalı, yanıcı maddelerle yanına yaklaşılmamalıdır.

Malzemeler

- Flowmetreli oksijen tüpü (merkezi oksijen sistemi yoksa)
- Humidifer
- Yaşa uygun maske
- Distile su

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
İşlem Öncesi	
1.Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2.Hekim isteği kontrol edilir.	
3.Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
4.Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5.Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6.Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
İşlem	
1.Humidiferin 3/2 sine kadar distile su doldurulur.	
2.Humidiferi flowmetrenin altına yerleştirilir.	
3.Gerekli bağlantıları yaptıktan sonra sistemi oksijen kaçağı açısından kontrol edilir.	
4.Maskeyi çocuğun ağız ve burnunu kapatacak şekilde yerleştirilir, lastik bölümü kulakların veya başın etrafından geçirerek tespit edilir.	
5.Oksijen akış hızını hekim İstemine göre ayarlanır (%35-60 yoğunlukta ve dakikada en fazla 6-10 lt.)	
İşlem Sonrası	
1.Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2.Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3.Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4.Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	



TC
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
HEMŞİRELİK FAKÜLTESİ
2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM DÖNEMİ
BAHAR YARIYILI
ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ

BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ

**ÇOCUKLARDA NAZOGASTRİK ve OROGASTRİK TÜP
TAKILMA/BAKIM/ÇIKARILMA PROTOKOLÜ**

NAZOGASTRİK ve OROGASTRİK TÜP UYGULAMASI

Amaç: Tanı, tedavi ve beslenme amacıyla mideye tüp yerleştirmek, yerleştirilmiş olan tüpün bakımını yapmak ve gereksinim olmadığında çıkarmak.

Temel İlkeler:

- Hastanın yaşına uygun büyüklükte tüp kullanılır.
- Tüpün ilerletileceği noktayı saptamak amacıyla, uygulama yapılacak burun deliğinden aynı taraftaki kulak memesine, oradan da sternumun ksifoid çıkıntısı ile göbek deliği arasına kadar uzatılır ve işaretlenir.
- Tüp oral yol ile takılacaksa ölçüm burun deliği yerine, dudak orta hat üzerinden başlatılarak aynı şekilde devam edilir.
- Anatomik bozulduğu (yarık damak/dudak) olan hastalarda orogastrik tüp uygulanmaz.
- Uygulama sırasında dirençle karşılaşılırsa zorlanmamalıdır ve uygulama diğer burun deliğinden yeniden başlatılmalıdır.
- Hasta öğürüyorsa işlem birkaç saniye durdurularak hastanın dinlenmesi sağlanmalıdır.
- Hastada siyanoz, dispne, boğulma hissi, ses değişildiği varsa işlem durdurulur ve tüp tekniğe uygun olarak geri çekilir.
- Tüp midede takılı kalacaksa yanağa tespit edilir.
- Tüpün kaç cm'de tespit edildiği kaydedilir.
- Tedavi devam ediyorsa tüpün özelliğine göre (ortalama 48-72 saat arayla) yenisiyle değiştirilir. Değişim işlemi hasta aç iken yapılır.
- Tüp çıkarılırken klemlenir, sürekli bir şekilde burun tabanına paralel olarak çekilir.

Tanılama

NG uygulaması için burun;

Kızarıklık +/-

Ödem +/-

Mukoz membran bütünlüğü + / -

Hassasiyet + /

OG uygulaması için ağız;

Anatomik bozukluk + / -

Kızarıklık + / -

Mukoz membran bütünlüğü + / -

Hassasiyet + / -

Malzemeler

Nazo/orogastrik tüp

Flaster

Makas

Enjektör

Steteskop

Kağıt havlu

Böbrek küvet

Temiz eldiven

Çocuğun kilosuna uygun ölçüde nazo/orogastrik tüp numaraları

Tüp numarası (French)	Çocuğun ağırlığı (kg)
5F	<1
6F	1-3
8F	3-9
10F	10-19
12F	20-29
14F	30-49
16F	50 ve üzeri

İşlem Basamakları

İşlem Öncesi	Uygulama
1. Çocuğun kimlik bilgilerini kontrol edilir.	
2. Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
3. Okul öncesi dönemdeki çocuklara basit sözcüklerle yapılacak olan işlem açıklanır. Okul çağındaki çocuklara ya da adölesanlara	

işlem hakkında açıklayıcı bilgi verilir. Tüpün yerleştirilmesi rahatsızlık verici olduğundan çocuğun duygularını açıklamasına ve aile üyelerinden destek almasına izin verilir.	
4. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir ve kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
7. Çocuğa uygun pozisyon verilir. (Mümkünse oturur pozisyonda, yatak başı yükseltılarak, çocuğa sırtüstü pozisyon verme) Tüp takılırken hareket etmemesi için çocuğun pozisyonunu sabitlenir.	
İşlem Sırası	
1. Eldiven giyilir.	
2. Uygun uzunluğunu tespit etmek için; <i>Nazal yol kullanılacaksa;</i> burun ucundan kulak memesine, oradan ksifoid ile umblikus arasındaki noktaya kadar olan mesafe ölçülüp ve tüp üzerinde işaretlenir. <i>Oral yol kullanılacaksa;</i> ağızdan kulak memesine, oradan ksifoid ile umblikus arasındaki noktaya kadar olan mesafe ölçülüp ve tüp üzerinde işaretlenir.	
3. Tüp suda eriyen yağlayıcı ile yağlanır.	
4. Çocuğun boyunu hafifçe hiperekstansiyona getirilir.	
5. <i>Nazal yol kullanılacaksa;</i> tüp burun nazal pasajın tabanı boyunca nazikçe ilerletilir, nazofarengeal egride bir basınç ile karşılaşıldığında hafif basınç uygulayarak tüp döndürülüp ilerletilir. <i>Oral yol kullanılacaksa;</i> tüp dile paralel olacak şekilde uvulaya dokundurmadan önce ileri sonra aşağı ve arkaya doğru yavaşça ilerletilir.	
6. Tüp orofarenkse ulaştığında çocuk öğürürse çocuğun boynunu fleksiyon pozisyonuna getirilir. Çocuk ağız yolu ile sıvı alabiliyorsa bir pipet yardımı ile çocuğa su verilir, suyu yutması tüpün glotisten geçişini kolaylaştırır. Eğer ağız yolu ile sıvı alamıyorsa çocuğa yutkunması söylenir.	
7. Tüpün işaretli noktası burun veya ağız ucuna kadar ulaşıncaya kadar tüp yavaşça ilerletmeye devam edilir.	
8. Tüpün doğru yere yerleşip yerleşmediği kontrol edilir. <i>Doğrulamak için;</i>	

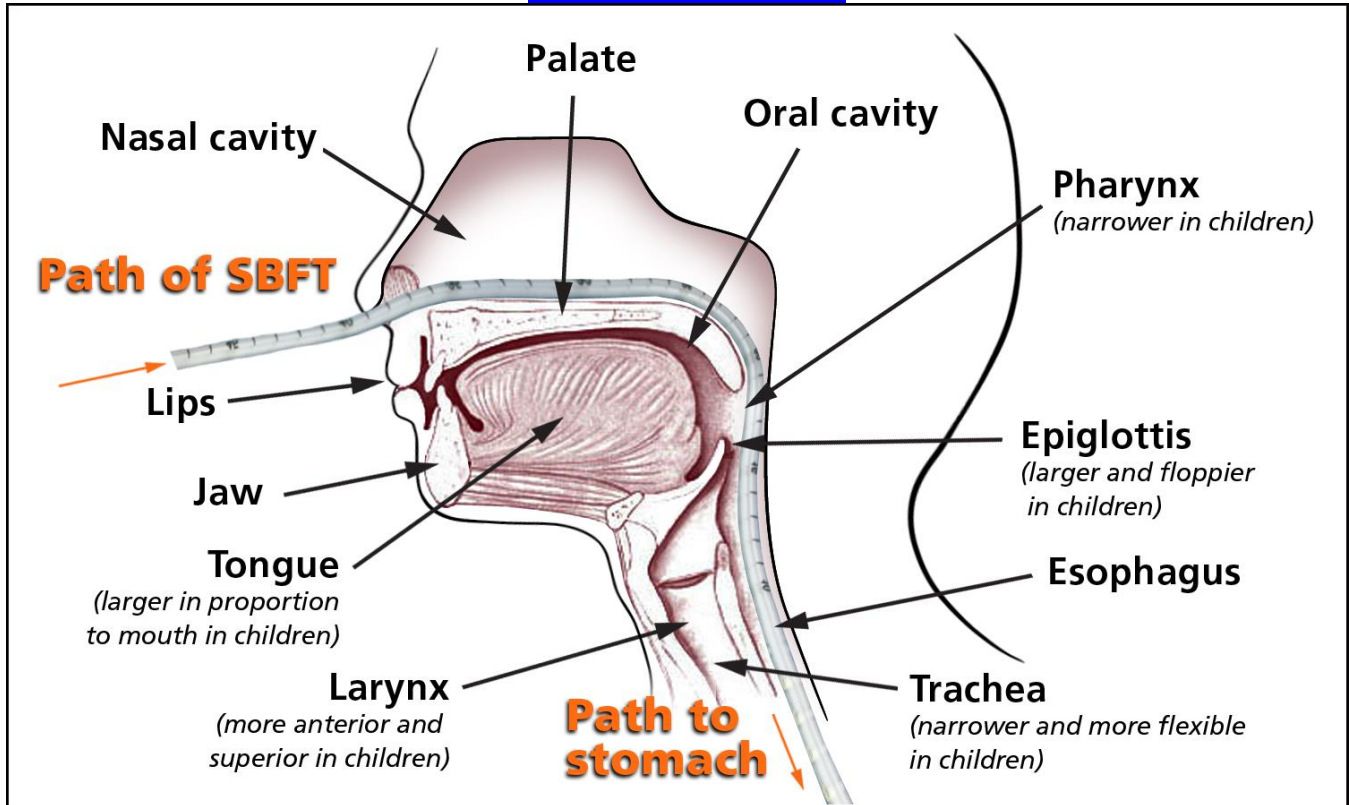
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Mide içeriğini enjektörle aspire edilir ve aspire edilen sıvının pH'ını kontrol edilir; pH'ın 5 ve altında olması tüpün mideye yerleştiğini gösterir. Aspire edilen mide içeriğinin yaygın olarak açık ya da kahverengi olup olmadığı değerlendirilir. ➤ Bir miktar hava (2-5ml, büyük çocuklar için 10 ml) tüpten mideye enjekte edilirken karnın sol kadranından havanın geçiş sesi steteskopla dinlenir. Verilen hava daha sonra geri çekilir. ➤ Radyolojik inceleme ile tüpün yerleşimi doğrulanabilir. 	
<p>9. Tüpün yerleştiğinden emin olduktan sonra tüpün dışta kalan uzunluğunda meydana gelecek değişiklikleri belirleyebilmek için tüpün vücuttan çıkış noktası işaretlenir.</p>	
<p>10. Tüpün etrafına V şeklinde iki parça flaster yerleştirilerek tüpü çocuğun dudacağının veya yanağının bir tarafına sabitlenir.</p>	
<p>İşlem Sonrası</p>	
<p>1. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne uygun olarak atılır.</p>	
<p>2. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır</p>	
<p>3. Yapılan işlem, takılan tüpün uzunluğu, çocuğun işleme tepkisi ve yanıtları hemşire gözlem formuna kayıt edilir.</p>	
<p>NG/OG Tüp Çıkarılması</p>	<p>Uygulama</p>
<p>1. Çocuğun kimliğini kontrol edilir, çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.</p>	
<p>2. Çocuğa oturur pozisyon verilir.</p>	
<p>3. Tespit için kullanılan flaster nemlendirilerek çıkarılır.</p>	
<p>4. Flasterleri çıkarıldıktan sonra çocuğa derin bir nefes alması söylenir, tüp sıkıştırılır ve burun tabanına paralel olarak nazikçe çekilir.</p>	
<p>5. Tüpün çıkarıldığı ve çocuğun işleme tepkisi kaydedilir.</p>	
<p>NG/OG Tüp Bakımı</p>	<p>Uygulama</p>

<ul style="list-style-type: none"> • NG/OG tüpün tespiti için kullanılan flasterler ciltten ayrılırsa, ıslanırsa ve kirlenirse değiştirilir. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Tespit için kullanılan flaster nemlendirilerek çıkarılır, alan kurularak yeniden tespit edilir. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Bakım sırasında tüpün midede olup olmadığından Őüphe duyuluyor ise tekniğe uygun olarak kontrol edilir. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Hasta ve aileye tüpün tespit flasterinin gevşemesi, yerinden çıkması, bulantı-kusma durumlarında haber vermesi konusunda bilgilendirilir. 	
<ul style="list-style-type: none"> • Bakım sırasında tp kapağının gevşediği ya da koptuğu gözlenirse tp yenisi ile değiştirilir. 	

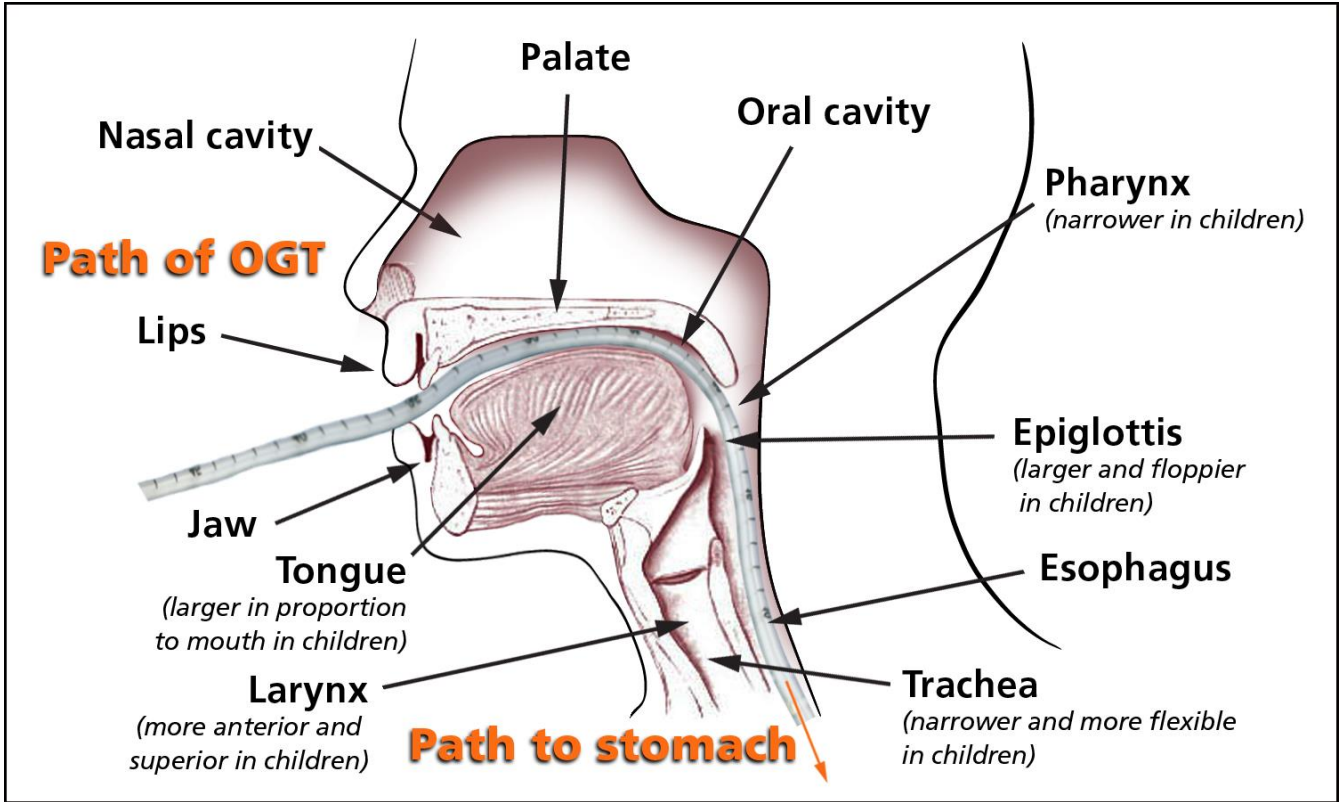
NG Tp İŞlem Videosu

https://www.youtube.com/watch?v=yAyOVxAwm78&list=PL8a0hd-81D21ppk_2AFBJtsSTxuFALSgl

NAZOGASTRİK YOL



OROGASTRİK YOL



NAZOGASTRİK YOL ÖLÇÜMÜ



OROGASTRİK YOL ÖLÇÜMÜ



KAYNAKLAR

1. Bindler RC and Ball JW. (2014). Clinical Skills Manual for Principles of Pediatric Nursing Caring for Children. Çeviri Ed: Şahiner NC, Açıkgoz A, Bal MD. Çocuk Hemşireliği Klinik Uygulama Becerileri Kitabı. 5. Baskı, Nobel akademik Yayıncılık.
2. Cimete G, Kuşuoğlu S, Dede Çınar N: Çocuk, Hastalık ve Hastane Ortamı, 'Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B. (Eds.). Pediatri hemşireliği. Akademisyen Tıp Kitabevi. (2021).
3. Conk Z, Başbakkal Z, Bal Yılmaz H, Bolışık B. (2013). Pediatri Hemşireliği, 1. Baskı. Akademisyen Tıp Kitabevi. Ankara.
4. Erdemir E, Yılmaz EA, Geçkil E, Yıldırım F, Karataş H, Yener M. (2016). Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Kuramsal Çerçeve ve Uygulama Rehberi. Nobel tıp Kitabevleri, İstanbul.
5. Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2016). Wong's nursing care of infants and children. Elsevier Health Sciences.
6. Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P., & Hall, A. (2016). *Fundamentals of Nursing-E-Book*. Elsevier health sciences.
7. Potts, N. L., & Mandelco, B. L. (2012). *Pediatric nursing: Caring for children and their families*. Cengage Learning.
8. Ricci, S. S., & Kyle, T. (2020). Maternity and pediatric nursing. Lippincott Williams & Wilkins.
9. Saadoon, Q. (2018). *Essential Clinical Skills in Pediatrics*. Springer International Publishing.
10. Sönmez Düzkaya D, Özata Keskin N, Akay H, Doğru Evcimen K, Yakut t (2015). Çocuk Hemşireliği Protokolleri. Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul.
11. Yakut, T. (2015). İlaç Uygulama Protokolleri. İçinde: Kuşuoğlu, S. (Ed). Çocuk Hemşireliği Protokolleri. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 153-205.