2011-2012

KLİNİĞE GİRİŞ UYGULAMALARI

GAZİ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÖZSÖZ

Tıp Fakültemizin amacı ülkemizin sağlık sorunlarını üstesinden gelebilecek, araştıran ve sorgulayan, tıptaki güncel gelişmeleri izlemeye ve uygulamaya istekli, mesleğinin her alanında etkili ve sağlıklı bir iletişim becerisine sahip, görev aldığı çeşitli basamaklardaki sağlık kuruluşlarında hekimlik ve liderlik yapabilecek, toplum sorunlarına duyarlı ve uluslararası standartlarda hekimler yetiştirmektir. Bu amaç öğrencilerimizi iyi hekim olmak gibi ağır bir sorumluluk altında sokmakta ve çok daha iyi yetişmeleri için zorlamaktadır.

Fakültemiz ülkemizdeki Tıp eğitiminde üst sıralarda olduğunu Mezuniyet Öncesi Tıp Eğitimini Akredite enden ilk 8 fakülte arasına girerek göstermiştir. Tıp eğitiminin önemli basamaklarından biride sürekli değerlendirme ve kendini yenileme olduğu açıktır. Bu nedenle öğrencilerimizin daha iyi hekimler olabilmesi için klinikle daha erken buluşmalarını sağlamak son derece önemlidir.

2011-2012 Eğitim- öğretim yılından başlayarak "Kliniğe Giriş Uygulaması" başlatılmıştır. Bu amaca daha hızlı ulaşmamızı sağlayacaktır. 3. Sınıftan itibaren hastane ve hastalarla yakın iletişime gecen öğrencilerimiz gelecekte kendilerine güvenen temel tıp ve klinik bilgilerini entegere edebilecek düzeye gelecektir. Bu kitabin içeriği kliniğe gelen öğrencilerin önceden hazırlıklı gelmelerini sağlayacağı gibi kliniklerdeki eğitimden en fazla verimi almalarını sağlayacak şekilde hazırlanmıştır.

Bu uygulamalar için değerli meslektaşlarım tarafından hazırlanan bu kitap sayesinde öğrencilerimiz temel uygulamaları standart olarak öğreneceklerdir. Mezun olduklarında kendilerini daha çok güvende hissedeceklerdir. Bu nedenle Bu kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm meslektaşlarıma katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunuyor, başarılı çalışmalarının devamını diliyorum.

Prof. Dr. Peyami CİNAZ

Dekan

KATKIDA BULUNANLAR

Beyin ve Sinir Cerrahisi

Dr.Memduh KAYMAZ

Doçent

Çocuk Cerrahisi

Dr.Kaan SÖNMEZ

Profesör

Çocuk Ruh Sağlığı

Dr.Yasemen TANER

Doçent

Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Dr.Sadık DEMİRSOY

Profesör

Dr.Yıldız ATALAY

Profesör

Dr.Canan TÜRKYILMAZ

Profesör

Dr.Kürşat AYDIN

Profesör

Dermatoloji

Dr.Esra ADIŞEN

Doçent

Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon

Dr. Özden ÖZYEMİŞÇİ TAŞKIRAN

Öğretim Görevlisi

Genel Cerrahi

Dr.Osman KURUKAHVECİ

Doçent

Göğüs Hastalıkları

Dr. Tansu ULUKAVAK ÇİFTÇİ

Profesör

Göğüs Cerrahisi

Dr. İrfan TAŞTEPE

Profesör

Göz Hastalıkları

Dr.Onur KONUK

Doçent

İç Hastalıkları

Dr.Aytuğ ÜNER

Profesör

Dr.Galip GÜZ

Profesör

Dr.Berna GÖKER

Profesör

Dr.Müjde AKTÜRK

Doçent

Dr.Mehmet İBİŞ

Doçent

Dr.Kadir ACAR

Doçent

Kadın Hastalıkları ve Doğum

Dr.Mesut ÖKTEM

Doçent

Kalp ve Damar Cerrahisi

Dr. Levent Oktar

Doçent

Kardiyoloji

Dr. Yusuf TAVİL

Profesör

Profesör

Kulak Burun Boğaz

Dr.Yusuf KIZIL

Öğretim Görevlisi

Nöroloji

Dr.İrem Çapraz

Öğretim Görevlisi

Psikiyatri

Dr.Selçuk ASLAN

Doçent

Ortopedi ve Travmatoloji

Dr.Akif Muhtar ÖZTÜRK

Doçent

Üroloji

Dr. Özgür TAN

Profesör

Dr.Serhat GÜROCAK

Doçent

Tıp Eğitimi

Dr. I. İrem BUDAKOĞLU

Doçent

Dr. Özlem COŞKUN

Öğretim Görevlisi

Tıbbi Mikrobiyoloji

Dr. Kayhan ÇAĞLAR

<u>Program Geliştirme ve Değerlendirme Kurulu</u>

Dr. Canan ULUOĞLU

Profesör(Başkan)

Dr. Nuri ÇAKIR

Profesör

Dr. Rabet GÖZİL

Profesör

Dr. Nesrin DEMİRSOY

Profesör

Dr. Sühan AYHAN

Profesör

Dr. Kayhan ÇAĞLAR

Profesör

Dr. Seçil ÖZKAN

Profesör

Dr. İrem BUDAKOĞLU

Doçent

Dr. Özlem COŞKUN

Öğretim Görevlisi

Elif Melis BALOĞLU

Öğrenci Temsilcisi

Berika KAVAZ

Öğrenci Temsilcisi

Seymen ÇAKIR

Öğrenci Temsilcisi

Nazmiye ÖÇALAN

Öğrenci Temsilcisi

Yeşim KINACI

Öğrenci Temsilcisi

Sevim ONGUNER

Öğrenci Temsilcis

İÇİNDEKİLER

KLİNİĞE GİRİŞ UYGULAMALARI	Sayfa Numarası
Öğrenci Devam Çizelgesi	
Hasta Görüşmesi Yapma Becerisi REHBERİ	
Çocuk Öykü Alma Ve Muayene Rehberileri	
Görme Muayenesi Rehberileri	
Baş Boyun Fizik Muayene Rehberileri	
Deri Muayenesi Rehberi	
Kalp Muayenesi Rehberi	
Vasküler Sistem Muayene Rehberi	
Gögüs Muayenesi Rehberi	
Meme Ve Aksilla Muayene Rehberi	
Gastrointestinal Sistem Muayenesi Rehberi	
Lenfatik Sistem Muayenesi Rehberi	
Sinir Sistem Muayene Rehberi	
Kas İskelet Sistemi Muayenesi Rehberi	
Üriner Sistem Muayenesi Rehberi	
Erkek Genital Sistem Muayenesi Rehberi	
Kadın Genital Sistem Muayenesi Rehberi	
Gebe Muayenesi Rehberi	
Erişkinde Psikiyatrik Anamnez Ve Muayene Rehberi	
Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığını Değerlendirme Rehberi	

KLİNİĞE GİRİŞ UYGULAMA YILLIK PROGRAM

KLİNİĞE GİRİŞ	**SORUMLU Anabilim-Bilim dalı**
ÖYKÜ ALMA-YETİŞKİN	AMFİ DERSİ
ÖYKÜ ALMA-ÇOCUK	AMFİ DERSİ
Görme	Göz
Baş boyun 1	KBB
Baş boyun 2	İç Hastalıkları; Endokrinoloji
Meme 1	Genel Cerrahi (Meme grubu)
Meme 2	İç Hastalıkları; Onkoloji
Solunum 1	Göğüs Hastalıkları
Solunum 2	Göğüs Cerrahisi
Kardiyo-vasküler 1	Kardiyoloji
Kardiyo-vasküler 2	KVC
GİS 1	İç Hastalıkları; Gastroenteroloji
GİS 2	Genel Cerrahi (GIS Grubu)
Kadın genital	Kadın Hastalıkları ve Doğum
Erkek genital	Üroloji
Üriner	İç Hastalıkları; Nefroloji
Kas İskelet 1	FTR
Kas İskelet 2	İç Hastalıkları; Romatoloji
Kas İskelet 3	Ortopedi
Lenfatik sistem	İç Hastalıkları; Hematoloji
Nörölojik 1	Nöroloji
Nörölojik 2	Beyin Cerrahisi
Deri	Dermatoloji
Gebelik	Kadın Hastalıkları ve Doğum
Çocuk Muayenesi 1 (Yenidoğan-Süt çocuğu)	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Çocuk Muayenesi 2	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Çocuk Muayenesi 3	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Çocuk Muayenesi 4	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Çocuk Muayenesi 5	Çocuk Cerrahisi
Ruhsal 1	Psikiyatri
Ruhsal 2	Çocuk Ruh Sağılığı
TELAFİ HAFTASI	Tüm AbD
TELAFİ HAFTASI	Tüm AbD
SINAV	İlgili Öğretim Üyeleri

ÖĞRENCİ DEVAM ÇİZELGESİ

Öğrencinin Adı Soyadı:…….

Numarası:……. Grup Numarası:……..

HAFTA	ANABİLİM-BİLİM DALI	ÖĞRETİM ÜYESİ İMZASI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		

HASTA GÖRÜŞMESİ YAPMA BECERİSİ REHBERİ

A- Karşılama - Tanışma ve Görüşmeyi Başlatma

1. **Görüşme için fiziksel ortamın düzenlenmesi**

Görüşmeye başlamadan önce ortamda görüşmeyi engelleyecek veya zorlaştıracak etkenler varsa uzaklaştırın ve ortamı hazırlayın. Hasta ile görüşme sırasında bütün ilginizi karşınızdaki kişiye yöneltin. Bu süreçte başka hiçbir işle meşgul olmayın (Örneğin cep telefonu ile konuşmayın, başka kişilerle ilgilenmeyin).

2. **Hastayı uygun şekilde karşılama**

Görüşmeye başlarken hastayı selamlamak ve ona "hoşgeldiniz" demek çok önemlidir. Selamlamayı jest ve mimiklerinizi kullanarak yapın (Örneğin hastaya gülümseyerek göz teması kurup tokalaşabilirsiniz). Hastayı ayağa kalkarak karşılayın. Ayağa kalkarak karşılamanız bir saygı ifadesidir.

3. **Kendini tanıtma, görüşmenin içeriğini belirtme, görevini tanımlama**

"Merhaba, ben Dr. Ayşe Coşkun, sizinle cerrahideki doktorunuzun isteği üzerine görüşmek için buradayım"
"Merhaba, ben Dr Deniz Gök poliklinikte görevli doktorum, size nasıl yardımcı olabilirim."
" Merhaba, ben Stj. Dr. Ali Gezen, sizinle görüşme yapmak ve sizi muayene etmek istiyorum" gibi.

4. **Hastaya ilgi ve saygı gösterme ve rahat ortam yaratma**

Hastayı kendini rahat hissedebileceği bir yere alın. Gerekli mahremiyeti sağladığınızı gösterir şekilde odanın kapısını kapatın. Sessiz bir ortam yaratın. Hastaya oturması için yer gösterin."Buyrun, şu koltuğa oturabilirsiniz" diyebilirsiniz.

5. **Hastanın ismini sorma ve ismi ile hitab etme**

Hastanın ismini öğrenin ve bütün görüşme süresince ona ismiyle hitap edin. Hitab ederken "Ayşe Hanım" "Ali Bey" gibi ifadeleri kullanmayı tercih edin.

6. **Kimlik bilgilerinin sorulması**

Hastanın mesleği, ailesi, sosyokültürel durumu ile ilgili bilgi edinin. İletişim kurabileceğiniz adres bilgilerini ve telefon numaralarını alın. Bu bilgiler hastanızı daha iyi tanımanızı sağlayacaktır.

B- Görüşme nedenini belirleme - Veri Toplama

a- Sözsüz beceriler

7. Vücut dilini kullanma ve hastanın vücut dilini gözleme

Hasta ile iyi iletişim kurabilmenin en önemli unsurlarından biri sözsüz iletişimdir. Vücut dilimiz (gözlerdeki bakış, yüz ifadesi, sesimizin tonu ve vücudumuzun duruşu) hastaya olan ilgimizin ip uçlarını verir. Hasta ile konuşurken onunla göz teması kurun, yüz ifadenizin olumlu olmasına dikkat edin. Onun sizi duyabileceği bir ses tonu ile konuşun.
Konuşurken eşit görüş çizgisinde olmaya dikkat edin. (hasta ile aynı yükseklikten görüşme, hasta oturuyor ise oturma…gibi). Özellikle uzun ve zor görüşmelerde hastanızla aranızdaki engelleri kaldırın (Masanızdan kalkıp hastanın yanına oturmak gibi).
Ayrıca hastanızın düşünceleri, kaygıları ve beklentileri onun vücut diline yansır. Hastanızın vücut dilini gözleyin ve size hissettirdiği durumu dikkate alın.

8. Hastanın sözünü kesmeden dinleme

Hastanın konuşması için zaman tanıyın. Sözünü kesmeyin. Birşey sormak istediğiniz zaman konuşmasını bitirmesini bekleyin. Soracaklarınızı unutmamak için arada not alabilirsiniz. Görüşme sürecinde zaman zaman sessizlikler olmasını doğal karşılayın. Konuşması sırasında yüreklendirici bir vücut dili (Başınızla veya elinizle dinlediğinizi veya onayladığınızı ifade eden bir hareket yapabilirsiniz) ve kapı aralayıcı kelimeler kullanabilirsiniz. (evet anladım…….eeee..... sonra…..başka….. devam edin…. gibi)

b- Sözlü beceriler

9. Hastanın başvuru nedenini öğrenme

Hastanın yakınmalarını serbestçe söylemesini sağlayacak şekilde açık uçlu sorularla başlayın. "Şikayetiniz nedir?" "Sizi buraya getiren sorun nedir?" "Size nasıl yardımcı olabilirim?" gibi…

10. Hastanın başvuru nedeninin ayrıntısını dinleme

Hastanın başvuru nedenini ayrıntısını öğrenmek üzere açık uçlu sorularla devam edebilirsiniz. ".....sorununuzun ... olduğu söylediniz. Bu konuda biraz daha ayrıntılı bilgi verebilir misiniz?"gibi. "Baş ağrınız olduğunu söylediniz. Eklemek istediğiniz başka bir şey var mı?' diyerek anlatımın olabildiğince geniş olmasını sağlayın.
Hasta çok detaylı ve ana konudan uzak bir anlatıma yönelirse 'Yakınmanızla ilgili olarak başka neler anlatabilirsiniz?' ya da "Biraz önce karın ağrınızdan söz etmiştiniz, bana bunu biraz daha açar mısınız?" diyerek esas semptoma tekrar dönmesini sağlayın.
"Evet/hayır" gibi tek yanıtı olan kapalı uçlu sorular konuşmayı sınırlandırır ve iletişimin kopmasına ve tek yönlü olmasına neden olur.

11. Hastayı sorununu aktarma konusunda yüreklendirme

Hastanın duraksadığı anlarda başınızı sallayarak, 'hı hı' diyerek, 'devam edin, dinliyorum' diyerek onu daha fazla anlatmaya, ayrıntıları aktarmaya teşvik ediniz. Bazen hastanın son tümcesini ya da sözcüğünü soru olarak yöneltmek hatırlamasını ve bilgilerini toparlamasını ve daha fazla bilgi almayı sağlar.

12. Konuşmayı bölmeden notlar alma

Her görüşmede not almak gerekmeyebilir, sadece belli noktaları ve kritik bilgileri görüşmeyi bölmeyecek şekilde ve çoğu zaman hastayla göz temasını kesmeden not alın.

13. Hastanın anlayacağı bir dil kullanma

Tıbbi sözcük ve deyimleri kullanmamaya özen gösterin 'Ağrının lokalizasyonunu gösterir misiniz?' yerine 'Ağrının yerini gösterir misiniz?' sorusu daha anlaşılır olacaktır. Karmaşık hastanın anlayamayacağı uzun cümleler kullanmayın. Basit anlaşılabilir bir dil kullanın.

14. Edinilen bilgileri özetleme ve başvuranın varsa ek açıklamalar yapmasına olanak sağlama

Hastanın doğrulaması, varsa unuttuklarını hatırlaması ve ek açıklamalar yapması için şimdiye kadar konuşulanları özetleyin. "Sizi rahatsız eden başka birsey var mı?" sorusunu unutulanların hatırlanması için kullanabilirsiniz. Hastanın herşeyi söylediğinden emin olun.

C- Başvuranın Bakış Açısını Anlama ve duygularına karşılık verme

15. Hastanın bakış açısını öğrenme

Hastanın problemi algılama biçimine, problemden etkilenişine, beklentilerine ve düşüncelerine yönelik sorular sorun. "Bu sorun sizin ve ailenizin yaşamını nasıl etkiledi / etkileyebilir, iş/günlük yaşantınızda herhangi bir değişiklik yarattı mı veya yaratır mı?" gibi sorular sorabilirsiniz.

16. Hastanın içinde bulunduğu sıkıntılı durumu anlama ve vücut dili ile karşılık verme

Hastanızı dinlerken sakin olun, göz temasını devam ettirin, vücudunuzu ve başınızı öne ve hastanıza doğru eğin, kol ve bacaklarınızı serbest bırakarak rahat bir şekilde oturun. Hastanız sizin sabırla onu dinlediğinizi görecek ve onun sorununa çare bulacağınızdan emin olacaktır.

17. Empati Yapma

a- Kendini hastanın yerine koyma

Görüşme sırasında hekimin kendisini hastanın yerine koyması (empati yapması) önemlidir. "Onun yaşadıklarını yaşasaydım duygu, düşünce ve tepkilerim ne olurdu?" sorusunu yanıtlayın, hastanın o anki duygusunun nedenini anlamaya çalışın. Karşınızdaki hasta ile duygudaşlık yapın. Bu şekilde hasta duygularının anlaşıldığını ve kabul edildiğini hisseder.

b- Hastanın duygu ve tepkilerine yanıt verme

Hastanın verdiği tepkiler karşısında sakin, kararlı, sağduyulu ve tarafsız olmaya çalışın. Hastanın tüm duygularını kabul edin. Bunun için hasta duygularını gösterir göstermez basit kelimeler ile duygu yansıtması yapın. Bunu yaparken yargılayıcı olmayın. Örneğin"Bunun sizin için üzücü olduğunu görebiliyorum" diyebilirsiniz.
Hastanın suçluluk duymaması için duygularının derinliğini ve boyutunu abartmayın "Bunun sizi oldukça kızdırdığını görüyorum" yerine " Bundan dolayı biraz rahatsız görünüyorsunuz" deyin. Hastanın duygularının anlaşıldığı ve kabul edildiğini hissetmesi için duygularının makul ve mantıklı olduğunu söyleyin. Örneğin "Bu durumda üzülmeniz çok normal. Kim olsa mahçup olur" veya "her insanın verebileceği tepkiyi veriyorsunuz" deyin.
Kişisel destek verin. "Bu konuda size yardımcı olacağım" diyebilirsiniz.

D- Bilgiyi Paylaşma ve Plan Yapma

a- Hastayı hastalığı konusunda bilgilendirme

18. Hastanın hastalığı hakkında ne düşündüğünü sorma.

" Hastalığınızla ilgili ne düşünüyorsunuz ?" "Bu hastalıkla ilgili ne biliyorsunuz?" gibi sorular yöneltin. Hastanın hastalığı hakkındaki ön bilgilerinin değerlendirilmesi yanlış bilginin zamanında düzeltmesini sağlar. Daha sonra yapılacak işlemler ve tedavi zarar görmez. Bu arada hasta, hastalığı hakkında ne düşündüğünü ve duygularını açığa vuracaktır.

19. Hastaya uygun, kapsamlı ve gereksinimleri karşılayan bilgileri verme

Tanıyı kısaca ve anlaşılır biçimde verin. Tanıyla ilgili olarak da hastanın duyarlılığına yanıt verin."Bu tanının sizi endişelendirdiğinin farkındayım" Tanıyı hastayla kapsamlı olarak tartışın. Bu arada hastanın anlayacağı dilde konuşmaya dikkat edin. Hastanın sorunu ile ilgili çözüm seçeneklerini içeren bilgiyi açık ve kapsamlı olarak paylaşın, seçenekleri hasta için sözel ya da görsel gereçlerle ve belgelerle anlaşılır hale getirin.

20. Aktarılan bilgilerin hasta tarafından doğru ve yeterli anlaşıldığından emin olma

Hastanın hastalığı ile ilgili ne anladığı kontrol edin. Hastanın açıklamalara ilişkin sorusu olup olmadığını sormak uygun olabilir. Örneğin "şimdiye kadar konuştuğumuz konular ile ilgili sormak istediğiniz bir şey var mı? gibi açık uçlu sorular yöneltin. Konunun anlaşıldığından emin olmak için gerekirse siz sorular yönlendirerek açıklamaları derinleştirin.

b- Tedavi Planının görüşülmesi, hastanın katılımının sağlanması

21. Tedavi planı ve amaçlarının tanımlanması

Kısa *cümleler, basit sözcükler ile açık bir şekilde tedavi seçenekleri söyleyin. Tedavinin amacını açıklayın. Hedeflerinizi belirtin. Hastanın çözüm önerileriniz ile ilgili düşüncesini sorun. Hastanın tedavi konusundaki bilgi ve inançlarını sorun. Yanlış anlamalar ve bilgi eksiğini giderin.*

22. Karar verme süreçlerine hastayı katma ve hastanın önceliklerini belirleme

Kendi öneri ve düşüncelerini paylaşması için yüreklendirin. Hangilerinin onun için uygun olduğunu öğrenin, gerektiğinde ek açıklamalar yapın. Çözümün hasta için uygulanmasında güçlük olup olmadığını sorun. Hastaya karar vermesi için zaman tanıyın.

23. Çözüm için hastanın rolünün önemini tartışma ve işbirliğine davet etme

Hastanın karar verme sürecine ne kadar katılmak istediğini belirledikten sonra çözüm için rolünü açıklayın. Hastanın alınan kararların uygulanmasında önemli bir rolü vardır. Bu önemi hastaya açıkça ifade edin. Örneğin; "Ayşe Hanım, almış olduğumuz bu kararların uygulanması ve sonucun başarılı olabilmesinde sizin çok önemli bir rolünüz bulunmaktadır. Sizin bu konuda göstereceğiniz olumlu ve kararlı yaklaşım başarılı sonuç almamızı kolaylaştıracaktır. Bu noktada söylemek, tartışmak istediğiniz konular var mı?" diyebilirsiniz.

24. Çözümlerin hasta tarafından uygulanacağından emin olma

Çözümlerin başvuran tarafından uygulanacağından emin olmak için hastaya "yaptığımız görüşmeden aldığımız kararları rahatlıkla uygulayabileceğinizi düşünüyorum. Siz bu görüşüme katılıyor musunuz?" gibi sorular yöneltin.

25. Hastanın onamını alma

Karar verilen çözüm ile ilgili hastanın yazılı ya da sözlü onayını "bir kez daha tekrar edersek karar verdiğimiz ...'nın uygulanabilmesi sizin için uygun mu?" gibi sorular yönlendirerek onamını alın.

E-Görüşmeyi Bitirmek

26. Hasta ile alınan kararları özetleme

Hasta ile yaptığınız görüşme sırasında onunla birlikte aldığınız kararları özetleyin. Özetleme yaparken görüşme sırasında almış olduğunuz notlarınızdan yararlanın.

Örneğin aile planlaması danışmanlığı ile ilgili olarak başvuran ve rahim içi araç kullanmaya karar veren bir kişiye "Ayşe hanım, sizinle bu görüşme sırasında aile planlaması yöntemleri ile ilgili bazı ayrıntıları konuştuk. Siz benim size verdiğim bilgiler ışığı altında kendiniz için en uygun yöntemin rahim içi araç olacağına karar verdiniz. Bu konu ile ilgili sizin verdiğiniz bilgilere göre herhangi bir riskli durum saptanmadı....." şeklinde bir özetleme yapılabilir.

27. Beklenmeyen durumlar ve bu durumda yapılacakları açıklama

Hastanın bu görüşme sonrasında beklenmedik durumlarla karşılaşması halinde neler yapabileceği, size ya da kuruma nasıl ulaşabileceğini anlatın. Ulaşamadığı zaman kendisinin yapması gerekenleri açık bir şekilde anlatınız gerekirse yazarak açıklayın.

28. Hastanın sorusu olup olmadığını öğrenme

Hastanın görüşme ile ilgili ve anlatılanlarla ilgili soruları olabilir. Bunun için "sormak istediğiniz başka bir soru var mı?" sorusunu yöneltin.

29. Sonraki aşamalar için hastayla sözleşme

Hasta ile bir sonraki randevu için sözleşmek onun güvenini kazanmak ve hekim olarak ona karşı olan sorumluluğunuzu gerçekleştirmek için çok önemlidir. Bu nedenle görüşmeyi bitirmeden önce size ve hastaya uygun bir zaman kararlaştırın.

30. Görüşmeyi bitirme ve hastayı nazik bir şekilde uğurlama

Bütün yapılanlar tamamlandıktan sonra görüşme bitirilebilir. Ancak görüşme bitirilirken hastayı aynen selamlamada olduğu gibi uğurlamak uygun olur. Bu nedenle yine vücut dilinizi kullanarak hastayı nazik bir şekilde uğurlayın. Sözel olarak da "Ayşe Hanım, iyi günler" gibi ifadeler kullanın.

F-Bağlılığı (tedaviye uyumu) irdelemek (Diğer görüşmeler)

31. Rol irdelemesi

*Sorunları tarafsız bir tavır içinde dile getirin. Son ziyaretinden beri hastanın deneyimi nasıl olmuştur öğrenin. Önerilere uyulmuş mudur ? Kararlar uygulanmış mıdır ? belirleyin***.**

32. İstenmeyen duygusal tepkilere neden olmaksızın problemleri ortaya koyma

Açık uçlu sorularla bilgilere ulaşmaya çalışın. Hastayı utandırıcı ve küçük düşürücü davranmaktan kaçının. Yargılayıcı olmayın. Basitçe"sizce sorun nerede?" şeklinde sorun.

33. Tedaviye uyumun azlığını tesbit edebilmek ve düzeltmek

Hastanın tedaviyi terk ettiğini saptarsanız, önerilen tedavinin amaca ulaşma konusunda yeterli ve uygun olduğundan emin olun. Tedavi uygunsa hastanın uyumsuz olup olmadığını gözden geçirin.

G-Bağlılığı motive etmek (Uyum için güdüleme) *(Diğer görüşmeler)*

34. Duygulara tepki verme ve hastanın çözümüne destek verme

Hasta tedaviye uyum gösteremediği zaman destek olun. Suçluluk hissini önleyin. Hastanın önereceği veya paylaşacağı bir çözüme onay vereceğinizi ifade edin. Kendi çözümü konusunda hastayı destekleyeceğinizi belirtin.

35. Çözümleri tartışmak

Önce hastanın çözüm üretmesini isteyin. Tartışılan çözümlerin tatmin edici olduğundan emin olun. Önerileri aranızda tartışın. Uygulanabilirliğini yeniden gözden geçirin. Kararlaştırılan çözümü hastanın doğrulaması isteyin. Yeni görüşülen tedavi planı ile birlikte çıkabilecek sorunları etkili bir şekilde irdeleyin.

CİNSEL İŞLEVLER İLE İLGİLİ ÖYKÜ ALMA

Cinsel işlevler ile ilgili sorunlar toplumda genellikle hekimler tarafından sorgulanamamakta ve hastalar da kendiliklerinden bu sorunlarını hekimlere açamamaktadır. Bu tür sorunları yaşayan hastalar konunun multidisipliner olması nedeniyle belli kliniklerde (üroloji, kadın doğum, dermatoloji, İç hastalıkları, kardiyoloji, enfeksiyon hastalıkları, psikiyatri vd.) daha sık görülseler de, birinci basamakta görülen hastalarında bu sorunları yaşıyor olmaları söz konusudur. Bu konuda tüm hekimlerin donanımlarının olması gereklidir

Cinsel öykü alma ve bu becerinin öğrenilmesi neden önemli?

1. Cinsel sorun yaşayan hasta sayısı çeşitli toplumlarda % 50 ve daha yüksek oranlarda bildirilmektedir.

2. Hekimler, toplumun değer yargıları yanında aile ve okullardaki eğitimleri doğrultusunda cinselliği tabu olarak görebilmektedir. Hastaların da utanma ve diğer endişeleri sonunda her iki taraftan kaynaklanarak cinsel öykü genel öykü içinde ihmal edilebilmektedir.

3. Cinsel sorun yaşayan hastalarda iyi bir öykü ayırıcı tanı için birçok hastalıkta olduğundan daha fazla önemlidir. Cinsel sorunun nedeni yaş, hastalık (Ör. Diyabet) veya kullanılan bir ilaç olabilir. Ayırıcı tanı hastanın doğru yönlendirilmesi ve doğru tedavisi için önemlidir.

4. Cinsel öykü önlenebilir bazı hastalıklardan da (HIV enfeksiyonu ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklar) korunmada rol oynayabilir.

Genel hasta hekim ilişkisi ve öykü alınmasında geçerli kurallar yanında bazı özelliklerinin olması nedeniyle bu konunun tıp öğrencilerinin eğitiminde yer alması gereklidir.

Bu eğitimin amaçları nelerdir?

Eğitilenler (tıp öğrencileri) tarafından,

I. Cinsel öykü almanın temel prensiplerin ve uyulması gereken kuralların öğrenilmesi

II. Cinsel sorunlara neden olabilecek durumların öğrenilmesi

III. Uygun sorularla doğru ve eksiksiz cinsel öykü alınabilmesi

I. Cinsel öykü almanın temel prensipler ve uyulması gereken kurallar

Yargılamama: Bireyler toplumun değer yargıları doğrultusunda değerlendirme yaparlar. Değer yargılarının oluşmasında din, kültür, etnik köken, sosyokültürel durum gibi belirleyiciler olabilir. Cinselliğe bakış açısını belirleyen de yine toplumun bu konudaki değer yargılarıdır. Hekimler de yaşadıkları toplumun değer yargılarının etkisi altında kalarak cinsellikle ilgili bazı konulara tabu şeklinde yaklaşabilmektedir. Hekimlerin bu konulardaki yaklaşımlarının evrensel değerler doğrultusunda olması beklenir.

Örneğin; kişinin cinsel tercihinin kendi cinsi ile ilişki şeklinde olmasını bir ahlaksızlık olarak değerlendirme o toplumun çoğunluğunun bakış açısı olsa bile hekimin bakışı bu doğrultuda olamaz.

Gizliliğe uyma: Cinsel tercihi (Örnek; homoseksüel olma) nedeniyle azınlıkta olmanın getirdiği güçsüzlük ve dışlanma gibi kaygıları olan birinin bunu gizlemesi, yine toplumun değer yargıları ve yaşanabileceklerden duyulan endişelerle ile evlilik dışı ilişki, istenmeyen gebelik, bekaret gibi konular veya güçsüzlük olarak algılanan impotans gibi cinsel sorunların, gizlenmek istenmesi cinsel öykü alınmasında karşılaşılan bir sorundur. **Gizlilik konusunda hastaya güven verme cinsel öykü almanın en temel kurallarından biridir. Bu nedenle hasta ile yalnız olarak (aile bireyleri de dahil hiç kimse olmadan) konuşulması gerekir.**

Hastanın ve hekimin rahat olması: Cinselliği konuşmadaki basamaklar

1. Utanma
2. Kaçınma
3. Şakaya vurma
4. Rahatlama

Toplumsal olarak cinsellikle ilgili konuşmalarda hekim ya da hasta yukarıdaki basamaklardan geçmektedir. Hastanın utanma duygusu cinsel sorunlarını ve bu sorunlara yol açan olayı anlatmalarını engelleyen temel bir faktördür. Örneğin cinsel yollarla bulaşan bir hastalığın varlığında, evlilik dışı ilişkiyi kendisi söylememekte ancak sorulunca da gizlememektedir. Bunu söyleme olasılığı; yargılanmayacağını, utandırılmayacağını ve bunun başka biri ile paylaşılmayacağını hissetmesi halinde artmaktadır. Hastanın utanıp sıkılması, kaçınması uygun bir dil kullanarak giderilebilir. Şakaya vurma, konu ile espri yapmaktan kaçınılmalıdır. Hasta burada espri ya da şaka yaparsa sakin bir şekilde dinleyip hastanın rahatlamasına olanak sağlanmalıdır.

Bilgilendirme: Bilgilendirme hasta hekim ilişkisinin temel kurallarından biridir. Cinsellikle ilgili soruların sorulma nedeni(ayırıcı tanı için gerekli), tanı ve tedavinin yapılmaması halinde gelişebilecek problemler hakkında bilgi vermek cinsel öykü almada kolaylaştırıcı olabilir.

Örnek soru şekli**:** *Size cinsel hayatınız ile ilgili bazı sorular soracağım. Bu soruların çok kişisel olduğunu paylaşmanın zor oluğunu biliyorum. Ancak sizin sağlığınız için bu bilgiler önemli*

Hastaya sormak istediği herhangi bir soru olup olmadığı sorusu mutlaka yöneltilir. Özellikle cinsellik söz konusu olduğunda hastanın soru sorulmadan kendiliğinden anlatmakta zorlandığı unutulmamalıdır.

Hasta ile ortak bir dil oluşturmak: Ortak dil oluşturabilmek için hastanın sosyokültürel düzeyinin dikkate alınması önemlidir. Tıbbi deyimlerle konuşmanın da iletişimi olumsuz etkileyeceği unutulmamalıdır. Bu konuda diğer önemli bir nokta hastanın yanlış anlamalarını engellemek için doğrudan açık soruların sorulmasıdır.

Toplumda cinsellikle ilgili birçok ifadenin olduğu gözden kaçırılmamalıdır. (Örn; Evlilik dışı cinsel ilişki: Kaçak et kesmek gibi)

Örnek:

Uygun olmayan soru: *Ne tür ilişkiyi tercih ediyorsunuz ?*

Uygun soru: *Cinsel ilişkide vajinal/ağızdan/anal (veya arkadan) yolların hangisini kullanıyorsunuz?*

Uygun olmayan soru: *Cinsel ilişkide korunuyor musunuz?*

Uygun soru: *Cinsel ilişkide kondom kullanıyor musunuz?*

Uygun olmayan soru: *Gay misiniz?*

Uygun soru: *Hiç erkek bir hasta ile ilişkiniz oldu mu? (hasta erkek ise)*

Uygun soru: *Cinsel eşiniz(partneriniz) kadın mı erkek mi? (hasta erkek ise)*

I. Cinsel sorunların oluşmasına neden olabilecek durumlar

A) Fizyolojik durumlar

Yaş: İleri yaş kadınlarda menopoz ile gelişen vajinal atrofi, yapısal diğer değişiklikler ağrı başta olmak üzere çeşitli problemlere yol açabilir. Hasta erkek ve yaşlı ise ereksiyonla ilgili bozukluklar en sık görülenlerdir.

B) Patolojik bozukluklar

Toplumda en sık görülen hastalıklar bizzat kendileri ya da tedavilerinde kullanılan ilaçlar nedeniyle cinsel sorunlara yol açabilmektedir. Aşağıdaki örnekler en sık görülenler olarak verilebilir.

Diyabet: Hastalıkta oluşan genel sirkülasyon problemi ile ilgili olarak genital organlarda gelişen beslenme yetersizliği cinsel fonksiyon bozukluğu gelişmesine yol açmaktadır.

Kardiyovaskuler hastalılar: Kullanılan bazı ilaçlar özellikle bazı antihipertansif ilaçlar erkeklerde impotans ve ejekülasyon problemleri oluşmasına yol açabilmektedir Bu ilaçların başında ACE (Angio-converting enzyme) inhibitörü olanlar gelir. Alfa blokerler, beta blokerler, kalsiyum kanal blokerleri ve tiazid grubu diüretikler de benzer etkilere sahiptir. Kolesterol düşürmek için kullanılan statinler ve fibrik asit türevleri de cinsel fonksiyon bozukluğu yapabilmektedir.

Nörolojik nedenler: Omurilik yaralanmaları ve serebrovasküler sorunlar gibi nedenlerle de cinsel fonksiyonlarda bozukluk gelişebilmektedir.

Depresyon: Depresyon bulgularından biri de cinsel isteksizliğin baş göstermesidir. Ayrıca *serotonin reuptake inhibitörü* olarak etkisini gösteren depresyon ilaçları, trisiklik antidepresanlar, monoamin oksidaz inhibitörleri cinsel fonksiyon bozukluğuna yol açan ilaçlardır.

Yukarıda yer alan nedenler dışında daha pek çok ilacın (antipsikotikler, antikonvülziv ilaçlar, H2 blokerleri) cinsel fonksiyon bozukluğu yaptığı bilinmektedir. Cinsel fonksiyon bozuklukları; kişilik ile ilgili olabilir. Psikolojik nedenler, bilgisizlik gibi birçok neden de sorumlu olabilir.

Gençlerde bilgisizlik ve korunmasız cinsel ilişki ile bulaşabilecek enfeksiyonların oluşabileceği öykü alırken unutulmamalıdır.

II. Uygun sorularla doğru ve eksiksiz cinsel öykü alma

Hastanın yaşı ve cinsiyeti kaydedilir

Başvurma şikayeti kaydedilir

Şikayeti ile ilgili sorgulamalar yapılır (Süresi, oluşma zamanı ve diğer)

Son cinsel ilişkisi sorgulanır

- Ne zaman
- Kiminle (Eşi/eşi dışı düzenli/ rastgele birisi/cinsiyeti)
- Kondom kullanımı (Düzenli, bazen, kondom yırtılması oldu mu?)

Son 3 aydaki ilişkiler sorgulanır

- Ne zaman
- Kiminle (Eşi/eşi dışı düzenli/ rastgele birisi/cinsiyeti)
- Kondom kullanımı (Düzenli, bazen, kondom yırtılması oldu mu?)

Geçmiş dönem cinsel öykü ile ilgili sorular sorulur

- Daha önce geçirilen cinsel yolla bulaşan bir hastalık var mı?
- Cinsel partneri/partnerleri cinsel yolla bulaşan bir hastalık tanısı aldı mı?
- Başka hastalıkları var mı?
- Kullandığı ilaçlar var mı?
- Alerjisi var mı?

HIV riski için sorular sorulur

- Kan trasfüzyonu öyküsü var mı?
- İğne batma öyküsü var mı?
- IV ilaç kullanım öyküsü var mı?
- Daha önce HIV için test yapıldı mı?
- HIV yaygın bölgeye seyahat var mı o bölgede cinsel ilişkisi oldu mu?
- Şüpheli cinsel ilişki öyküsü var mı?

Cinsel öyküde korunma için sorulması önemli sorular

- Kendinizi HIV ve diğer cinsel yolla bulaşan hastalıklardan nasıl koruyorsunuz?
- Hepatit B aşınız var m?
- Gebeliği önlemek için ne kullanıyorsunuz?
- Test yapıldı mı? (HIV için, Hepatit B için)

ÇOCUKLARDA ÖYKÜ ALMA REHBERİ

A.Ana yakınma

- Ateş, baş ağrısı, sarılık, öksürük, ishal, morarma, sık nefes alma, sık idrara çıkma, kusma, çabuk yorulma, çarpıntı, bayılma, burun kanaması, fontanel şişliği/çöküklüğü, döküntü, iştah azalması, mekonyum ve idrar çıkaramama, solunum güçlüğü (hırıltılı solunum, burun kanadı solunumu..), emme güçlüğü, fontonel şişliği/çöküklüğü, anormal görünümlü yenidoğan, gevşek bebek, kilo alamama, kanlı balgam, görme bozukluğu, kabızlık, göğüs ağrısı, çömelme, göz kapağında şişme, beslenme güçlüğü, eklem şişliği

B.Şimdiki hastalığının öyküsü

1.Belirtilerin karakterleri

ATEŞ

- Karakteri: Sürekli, bacaklı, gün içinde tekrarlayan, iki günde bir tekrarlayan, yalnız sabah olan, akşamları olan
- Şiddeti: Hafif, orta, şiddetli, kaç derece olduğu
- Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi
- Başlangıç: Ani, yavaş
- Sıklığı, izlediği yol: Aralıklı, ilerleyici, sürekli
- Azaltan nedenler: Ateş düşürücülere yanıt...
- Eşlik eden bulgular: İshal, bulantı kusma, öksürük, dalgınlık, nöbet geçirme vb.

BAŞ AĞRISI

- Yeri: Alın, ense
- Yayılımı: Tek taraflı, önden şakaklardan başlayıp enseye yayılan
- Karakteri: Zonklayıcı kesici, sıkıştırıcı, bıçak batar gibi
- Şiddeti: Hafif, orta, şiddetli, kaç derece olduğu
- Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi (saat ve gün olarak belirtiniz.)
- Başlangıç: Ani yavaş
- Akut, kronik
- Sıklığı izlediği yol: Aralıklı, ilerleyici, sürekli
- Ortaya çıkartan nedenler: Kuvvetli ışık, anormal koku, açlık, stres
- Azaltan nedenler: Loş ortam, bazı yiyecekler.
- İlişkili olan diğer belirtiler: Ateş, ishal, bulantı, kusma, görme bozukluğu, geniz akıntısı vb.

SARILIK

- Yeri: Skleralar, mukozalar, deri
- Yayılımı

- Karakteri: Kirli-yeşil sarı, portakal rengi, açılıp kapanan
- Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi
- Başlangıcı: Ani, yavaş
- Akut-kronik
- Sıklığı, izlediği yol: Aralıklı, ilerleyici, sürekli
- Ortaya çıkartan, arttıran nedenler: İlaç kullanımı, sepsis, hematom
- İlişkili diğer belirtiler: Halsizlik, bulantı, kusma, anemi bulguları, irritabilite, nörolojik bulgular, akolik gayta
- İlişkili diğer belirtiler: İrritabilite, nörolojik bulgular, akolik gayta

MEKONYUM VE İDRAR ÇIKARMADA ZORLUK YA DA ÇIKARAMAMA

- Karakteri: Köpüklü, kanlı
- Zamanı: Doğduğundan beri hiç idrar ya da gayta çıkardı mı, ne zamandır çıkaramıyor

(Term ve preterm normal bebeklerde gaita çıkışı sırasıyla %94 ve 99, 8 oranında ilk 48 saatte tamamlanır. Benzer olarak idrar çıkışı da pretermlerde % 90, 5 ve term bebeklerde % 99, 4 oranında ilk 48 saatte görülür.)

- Başlangıcı: Ani, yavaş
- Sıklığı, izlediği yol: Sürekli, ilerleyici, aralıklı; günde, haftada kaç kez
- İlişkili diğer belirtiler: Abdominal distansiyon, huzursuzluk, inatçı ağlama

ÖKSÜRÜK

- Karakteri: Söpek havlar gibi, at kişnemesi, boğulur gibi, irritan, kuru öksürük, balgamlı
- Şiddeti: Hafif, orta, şiddetli, uykudan uyandıran, günlük aktivasyonu bozan)
- Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi
- Başlangıcı: Ani, yavaş
- Akut-kronik
- Sıklığı, izlediği yol: Aralıklı, ilerleyici, sürekli
- Ortaya çıkartan nedenler: Pozisyon, yatma, çömelme, toz
- Azaltan nedenler: Pozisyon, dinlenme
- İlişkili diğer belirtiler: Ateş, balgam, kusma, ishal, nefes darlığı, wheezing

İSHAL

- Karakteri: Kokusu, kıvamı, rengi, kanlı olup olmadığı
- Şiddeti: Hafif, orta, şiddetli
- Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi
- Başlangıç: Ani/yavaş,
- Sıklığı, izlediği yol: Aralıklı, ilerleyici, sürekli
- Ortaya çıkartan, arttıran faktörler: Bazı besinler, ilaçlar
- Hafifleten faktörler: Diyet

- İlişkili diğer belirtiler: Ateş, kusma, halsizlik, kilo kaybı

MORARMA

- Yeri: Uçlarda mukozalarda, (Şokta, soğukta, konjestif kalp yetersizliğinde, periferik dolaşım bozukluğunda sadece ekstremite uclarında **periferik siyanoz** görülür. Ağız mukozası, dudaklar, burun, kulak memesi, konjonktivalarla beraber ekstremite uclarında da siyanoz varsa **santral siyanoz** denir.
- Yayılımı: Lokalize, tüm vücut siyanoze
- Şiddeti: Hafif, zor farkediliyor, orta derecede
- Zamanı: Başlangıç zamanı; erken yenidoğan dönemi, 3-6 aylık, 4 yaşında iken, vb., süresi
- Başlangıç: Ani/ yavaş
- Akut, kronik
- Sıklığı, izlediği yol: Aralıklı, sürekli, ilerleyici, ataklar halinde
- Ortaya çıkaran, arttıran faktörler: Ağlama, beslenme, defekasyon, koşma, enfeksiyon, zor doğum
- Azaltan faktörler: İstirahat, uyku, çömelme, oksijen, ilaç,
- İlişkili diğer belirtiler: Dalgınlık, ajitasyon, bayılma, konvülziyon, taşipne, nefes darlığı, öksürük, taşikardi-bradikardi, ateş-hipotermi, abdominal distansiyon, solunum zorluğu, …)

EMME GÜÇLÜĞÜ

- Şiddeti: Hafif, orta, ağır
- Zamanı: Kaçıncı günde başladığı, süresi
- Başlangıcı: Ani yavaş
- Ortaya çıkartan arttıran faktörler: Enfeksiyon, konjenital anomali; yarık damak, yarık dudak, anne memesine ait sorunlar; meme başının yokluğu
- İlişkili diğer belirtiler: Ateş, irritabilite, huzursuzluk, diğer konjenital anomaliler, hipotoni

SIK NEFES ALMA

- Şiddeti: Hafif, orta, şiddetli (dakikada solunum sayısı)
- Zamanı: ne zaman başladığı, süresi
- Sıklığı, izlediği yol: aralıklı, sürekli, ilerleyici, ataklar halinde
- Arttıran nedenler; beslenme, yürüme, merdiven çıkma, koşma, vs,
- Azaltan faktörler: istirahat, uyku, bazı ilaçlar,
- İlişkili diğer belirtiler: ajitasyon, hışıltı, burun kanadı solunumu, interkostal çekilmeler, suprasternal, subkostal çekilmeler, morarma, terleme, taşikardi, halsizlik, enfeksiyon, ateş, bilinç kaybı

ÇABUK YORULMA

- Zamanı: ne zaman başladığı; doğumdan itibaren, 1 aylık iken, 1 yaşından sonra gibi, .
- Sıklığı, izlediği yol: sürekli, nöbetler halinde, ilerleyici
- Ortaya çıkartan ya da arttıran nedenler: ateş, enfeksiyon, psikolojik travma, kansızlık, çarpıntı, vs,

- Azaltan faktörler: istirahat, ilaç tedavisi,
- İlişkili diğer belirtiler: hırıltı, nefes darlığı, morarma, terleme, taşikardi, halsizlik, enfeksiyon, ateş, şuurda azalma

ÇARPINTI

- Özelliği: Hasta bazen çarpıntı ile palpitasyonu (normal hızdaki nabızların güçlü hissedilmesi) karıştırabilir.
- Şiddeti: Dakikada kalp atım sayısı olarak
- Zamanı: ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü (1-2 dk, bir kaç saat-gün, vs, ..)
- Sıklığı, izlediği yol: İlerleyici, aralıklı, sürekli
- Ortaya çıkaran ya da arttıran faktörler: egzersiz, heyecan, uyku, istirahat, bazı ilaçlar, gıdalar
- Azaltan faktörler: bazı gıdaları almama, düzenli uyku, istirahat, öğürme-göze masaj gibi bazı özel manevralar, ilaç tedavisi,
- İlişkili diğer belirtiler: normal aktivitesini etkileyip etkilemediği, dinlenme ihtiyacı duyma, soğuk terleme, renginde soluklaşma, halsizlik, senkop, presenkop bulguları, vb.

ÖDEM

- Yeri: bacaklar, sırt, skrotum, tüm vücut, tek bacağa lokalize
- Karakteri: gode bırakan, bırakmayan
- Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi
- Arttıran ya da başlatan faktörler: aniden, efor, gıdalar, ilaçlar, enfeksiyon, uzun süre ayakta kalma,
- Azaltan ya da rahatlatan faktörler: istirahat, diyet, ilaçlar,
- İlişkili diğer belirtiler: Nefes darlığı, idrar da azalma-renk değişikliği, ortopne, solukluk, terleme, çarpıntı, kaşıntı,

BAYILMA

- Karakteri: bilinç kaybı ile birlikte, kasılmalar ile birlikte, bayılma sonrası uyku dönemi
- Zamanı: Ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü (bir kaç saniye, 5-10 dakika, daha uzun
- Akut- kronik:
- Sıklığı, izlediği yol: aralıklarda değişme, giderek sıklık ve sürede artma
- Ortaya çıkaran ya da arttıran faktörler: Çarpıntı, efor, açlık, ayakta uzun süre kalma, sıkışıklık, kan görme, heyecan, ilaçlar-bazı gıdalar, aniden-belirgin nedensiz, bilinen kalp hastalığı,
- Hafifleten faktörler: sık beslenme, düzenli uyku, ağır efordan kaçınma, ilaç kullanma, oturup dinlenme,
- İlişkili diğer belirtiler: Çarpıntı veya nabızda aşırı yavaşlama, kan basıncı düşüklüğü, göğüs ağrısı, morarma, soğuk terleme, baş dönmesi, bulantı, konvulziyon, nörolojik bulgular

SOLUNUM GÜÇLÜĞÜ

- Özelliği: Hırıltılı, inlemeli, burun kanadı katılımı, insprium da veya expriumda sorun (erişkinlerden farklı olarak abdominal solunum vardır.) Solunum sıklığı; Normal sınırları yaşa bağlı olarak değişir. (Term yenidoğanda normal sınır: 40-50 solunum /dakika)
- Şiddeti: hafif, orta, şiddetli

- Zamanı: ne zaman başladığı, süresi
- Başlangıcı: ani, yavaş
- Sıklığı, izlediği yol: sürekli, ilerleyen, aralıklı
- Ortaya çıkaran, artıran nedenler: pozisyon, soğuk ortam
- İlişkili diğer belirtiler: öksürük, ateş, kusma, irritabilite, emmede zayıflık

FONTONEL ŞİŞLİĞİ/ ÇÖKÜKLÜĞÜ

- Yeri: Ön veya arka fontanel
- Özelliği: şişlik, çöküklük, pulsasyon olup olmadığı
- Şiddeti: şişkinlik miktarı çöküklük derecesi bilinmelidir
- Zamanı: ortaya çıktığı gün süresi
- Başlangıcı: Ani/ hızlı
- Ortaya çıkartan nedenler: Sepsis, pozisyon, ağlama
- Hafifleten nedenler: pozisyon, uyku
- İlişkili diğer belirtiler: ateş, dalgınlık, ishal, kusma, huzursuzluk, hipotoni, emme bozukluğu

GEVŞEK BEBEK

- Özelliği: yatış pozisyonu, kurbağa pozisyonu belirtilmeli
- Yayılımı: tek taraflı/ sadece alt ekstremitede, emmede azlık belirtilmeli
- Şiddeti: hafif, orta, şiddetli
- Zamanı: başlangıç zamanı, süresi
- Başlangıcı: ani /hızlı
- İlişkili diğer belirtiler: emme azlığı, anormal görünümlü bebek, nörolojik hastalık öyküsü

2. Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili ve cerrahi sorunla

3. Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum

- Daha önceki tedavi? Yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta yakını belirtiler ile ilgili neler yapmış operasyon?

4. Önemli pozitif ve negatif saptamalar

5. Belirtiler başladığında hasta ailesinin psikososyal durumu

Hasta yakınlarının beklentileri

Hastanın doktora getirilme nedeni(leri)

C. Özgeçmiş

1. Prenatal;

Gebeliğin istenen gebelik olup olmadığı,

Kaçıncı gebelik

Gebelik süresi

Gebelikte geçirilen hastalıklar, gebelikte kullanılan ilaçlar, radyasyona maruz kalma, ilaç ve sigara kullanımı öyküsü,

2. Natal

Bebeğe ilişkin sorgulama

Doğumun şekli (sezeryan, vajinal doğum)

Doğumun zamanı(erken, zamanında, geç)

Doğumun yapıldığı yer(ev, sağlık evi, sağlık ocağı, hastane...)

Doğum süresi

Doğum ağırlığı

Doğumda morarma, emmeme, zayıf morro öyküsü

İlk dakika APGAR skoru

Anneye ilişkin sorgulama

Aşırı kanama,

Plasentanın ayrılma zamanı

Amnion sıvısı özellikleri: Miktarı, rengi, mekonyumlu olup olmadığı,

Göbek kordonu özellikleri (plesantal gelişim anomalileri, arter ven anomalileri...)

3. Postnatal (doğum sonrası)

Doğum sorunları hemen ağlama, morarma

APGAR skor puanı (1. ve 5. dakika)

Erken dönem bebek beslenmesi (anne sütünün ilk alınma zamanı)

İlk idrar yapma ve ilk mekonyum çıkarma zamanı

Beslenme(ne kadar anne sütü aldığı, ek mamalara ne zaman geçildiği eğer erken geçildi ise gerekçeleri, ek besin kullanma zamanlaması)

Aşılama(takvime uygunluk ve varsa aşı uygulama şemasının görülesi

Geçirilen kaza ve zehirlenmeler

Geçirilen ameliyatlar ve gerekçeleri

Çocukluk çağı hastalıklarının ve önemli hastalıkların sorgulaması(kızıl kızamık, suçiçeği, hepatit, menenjit.....)

Motor ve mental gelişim

D. Şimdiki sağlık durumu

1. Aşılama
2. Hastaneye yatış öyküsü
3. Operasyon
4. Doğum travması
5. Zor doğum öyküsü
6. Kan transfüzyonu

E. Aile Öyküsü

1. Akrabalık öyküsü

2. Anne ve babanın sağlık durumu
3. Kardeş öyküsü
4. Yenidoğan döneminde kardeşlerin durumu
5. Düşük ve ölü doğum öyküsü
6. Kaçıncı gebelikten/ kaçıncı canlı doğum olduğu

F. Bilişsel gelişim (motor ve psikososyal gelişim)

a. Motor gelişim,

- Başını dik tutma, emekleme, destekli yürüme ve adımlama, yürüme, merdiven çıkma

b. Mental gelişim

- Gülümseme, anneyi tanıma, ışık takibi, sese tepki, ilk tekrarlı heceler çıkarma yaşı (dede/ baba), konuşma, cümle kurma, şekilleri tanıma, sosyal gülümseme

c. İnce devinimsel hareketler

- Yakalama, bir elindeki nesneyi değer ele geçirme, kalem kullanma, daire çizme, küplerden tekli ya da çoklu kule yapma**,** bisiklet kullanma

G- Ailenin psiko-sosyal durumu

- Anne babanın iş durumu, eğitim durumları, aile dinamikleri

H. Sistemlerin gözden geçirilmesi

Genel: genel durumu obje ve kişilere olan ilişkisi, ışık takibi, iyi görünümlü/kötü görünümlü

Deri: deri dökütleri ve genel görünümü(renk, niteliği)

Baş: Fontanel ve, sütürler kafada şekil bozuklukları(asimetrik görünümü), saç çizgisinin durumu

Gözler: Işık takibi, batan güneş görünümü, kırmızı göz, tek taraflı göz yaşı yokluğu ya da fazlalığı, hipertelörizm, hipotelörizm

Kulaklar: Kulak şekil bozuklukları, pozisyonu

Burun: burundan soluk alma güçlüğü öyküsü

Ağız ve Boğaz: Erken gelişen diş gelişimi, yarık dudak ve damak

Boyun: Kısa boyun, boyonda şişlik

Meme: Yumru, meme başı akıntısı

Solunum: solunum sayısı, mekonyum aspirasyon öyküsü, doğumda entübasyon ya da solunum desteği öyküsü.

Kalp: Morarma, göğüs deformiteleri, erken üfürümler

Sindirim: Emme bozukluğu, ilk gaita yapma zamanı, dışkılama özellikleri, aşırı beslenme, kusma öyküsü, gece uyanmaları, gaz sancısı, dışkılama sıklığı ve beslenme ile ilişkisi, göbek kanaması ve akıntısı, göbeğin düşme zamanı.

İdrar: İlk idrar yapma zamanı, sık idrar yapma, idrarın miktarında artış, testislerin yerleşimi, fimozis, idrar çıkarma skrotumda renk değişikliği, haricen cinsel görünüm.

Kas-İskelet: Eklem deformiteleri, konjenital anomaliler (sindaktili, polidaktili, rizomelik-mezomalik displazi, ameli, simyan çizgisi)

Nörolojik: Gevşek bebek, emme zayıflaması

ÇOCUK MUAYENE (GENEL) REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hasta ve/veya yakınlarını muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Hasta, oda ısısında soğuk olmayan, hastayı huzursuz etmeyen bir ortamda muayene edilmelidir
4	Tüm giysilerinin çıkarılmasını sağlayınız.
5	Çocuğu huzursuz ve tedirgin edebilecek muayeneleri sona bırakınız
6	Hastanın yaş, cinsiyet, geliş saati belirlenir
	ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLERİN BELİRLENMESİ
7	Ağırlık ve persentilini belirleyiniz
8	Boy ve persentilini belirleyiniz
9	Baş çevresi ve persentilini belirleyiniz
	VİTAL BULGULARIN BELİRLENMESİ
10	Vücut ısısını ölçünüz
11	Kalp atım hızını (nabız) sayınız
12	Solunum sayısını sayınız
13	Kan basıncını ölçünüz
	GENEL GÖRÜNÜMÜN DEĞERLENDİRİLMESİ
14	Genel durum ve aktiviteyi belirleyiniz
15	Deri rengi, turgoru ve ısı değişikliklerini belirleyiniz
16	Anemi, sarılık ve siyanozu belirleyiniz
17	Konjenital anomali ve dismorfik bulguları belirleyiniz
18	Omurgada deformite, kıllanma, kitle, renk değişikliği ve orta hat defekti olup olmadığını belirleyiniz
19	Ekstremitelerde ve eklemlerde deformite, ödem, şişlik, ısı değişikliğini değerlendiriniz

ÇOCUK MUAYENE (GENEL) REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hastayı muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Hasta merdiven çıkmış, yürümüş, yorgun vb durumda ise 5–10 dakika dinlenmesini sağlayınız.
4	Göğüs hareketlerini gizleyebilecek giysilerini çıkarmasını isteyiniz.
5	Hastanın sağ tarafına geçiniz.
	RADYAL ARTERDEN NABIZ ÖLÇME BECERİSİ
6	Nabız sayısı ölçülecek hastanın sağ avuç içi yere bakacak biçimde bileğine pozisyon veriniz.
7	İşaret, orta ve yüzük parmaklarınızı radyal arter trasesi üzerine yerleştiriniz.
8	Radyal arteri palpe ediniz.
9	Nabız atımlarının hissetmeye başladıktan itibaren 60 sn. süreyle atımları sayınız.
10	Nabız sayısını, ritmini ve dolgunluğunu kaydediniz.
11	**SOLUNUM SAYISINI ÖLÇME BECERİSİ**
	Göğsün iniş ve kalkış hareketlerini gözleyiniz, ya da elinizi hastanın göğsü (sternum) üzerine koyarak hissediniz.
12	60 sn. süreyle hastanın inspirasyon (göğsün kalkış) hareketlerini sayınız.
13	Solunum sayısını kaydediniz.
14	Hastaya ölçümleriniz ile ilgili bilgi veriniz
15	Ellerinizi yıkayınız

YENİDOĞAN MUAYENE REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hasta yakınlarını muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Tüm giysilerinin çıkarılmasını sağlayınız.
4	Genel durum ve aktivitesini değerlendiriniz
5	Vücut ölçümlerini (ağırlık, boy, baş çevresi) ve persentillerini belirleyiniz
6	Vital bulgularını (ateş, nabız, solunum sayısı, kan basıncı) belirleyiniz
	Cilt rengi, görünümü, geçici cilt döküntüleri ve doğum lekelerini belirleyiniz
5	Göbek kordonunu ve damarlarını değerlendiriniz, omfalosel ve gastroşizis olup olmadığını belirleyiniz
	KRANİYUM (HEMATOM, SUKSEDANEUM), FONTANEL VE SÜTÜRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
6	Hastanın oksipital bölgesinden başını kavrayarak hafifçe yukarı doğru kaldırılmasının sağlanması
7	Diğer elin palpasyonu ile kranium, sütürler ve ön fontanel sınırlarının belirlenmesinin sağlanması
8	Fontanelde pulsasyon, çöküklük veya kabarıklık olup olmadığının belirlenmesi
	YENİDOĞAN REFLEKSLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
9	Bebeğin ağız kenarına yanaktan yumuşak bir cisim, parmak, biberon veya meme ile yaklaşılması
10	Bebeğin başını o tarafa döndürüp, memeyi yakalayıp emmeye çalışmasının izlenmesi (9 ve 10. Basamaklara **emme-arama refleksi** adı verilir)
11	Bir cisim veya parmakla hastanın el ayasına ulnar tarafından yaklaşılarak dokunulması,
12	Bebeğin eli kavradığının görülmesi (11. ve 12. Basamaklara **yakalama refleksi** adı verilir)
13	Her iki ayak tabanında aynı işlem yapılabilir (**ayak yakalama refleksi**)
14	Bebeğin başını alttan destekleyerek hafif hiperekstansiyona getirildikten sonra ya da sırt üstü yatarken ellerinden tutulup hafifçe kaldırıldıktan sonra birden bırakılması
15	Yanıt olarak bebeğin kollarının proksimal kısımlarında ani abdüksiyon, dirsekte ekstansiyon, parmaklarda abdüksiyon ve açılma olur. Bebek genellikle ağlar (14 ve 15. adımlara **Moro refleksi** adı verilir)

	KALÇA ÇIKIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ
16	Yenidoğan sırtüstü yatırılır ve bacaklarının muayeneyi uygulayana doğru bakması sağlanır
17	Sol diz ve diz üstü kesiminin başparmak içe, işaret parmağı dışa gelecek şekilde sağ el ile kavranması **(Ortolani Testi)**
18	Sol el ile femur ve pelvisin tespit edilmesi, çıkık olan sol femur başının aynı bacağın abdüksiyona zorlanması ile asetabulumun arka kenarına sürtünerek redükte olması
19	Bu sırada "klik" duyulması ile testin pozitif olduğunun saptanması
20	Yenidoğan 4. Basamaktaki pozisyonda tutulduğunda sağ el baş parmağı ile femurun laterale itilmesi ile stabil olmayan kalçalarda femur başının asetabulumun arka kısmına sürtünerek bir "klik" sesi duyulması **(Barlow testi)**
21	Daha sonra işaret parmağı ile büyük trocantere basıldığında femur başının mediale itilmesi ile ikinci bir "klik" sesi ile femur başının tekrar yerine girmesin sağlanması
22	Aynı işlemler diğer kalça içinde yapılır

ÇOCUKTA BAŞ VE BOYUN MUAYENE REHBERİ	
NO	**BASAMAKLAR**
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hasta ve/veya yakınlarını muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Hasta, oda ısısında soğuk olmayan, hastayı huzursuz etmeyen bir ortamda muayene edilmelidir
4	Baş ve boyunun genel görünümünü değerlendiriniz
5	Saçlardaki canlılık, renk, dağılım ve yapısal değişiklikleri belirleyiniz
6	Kraniumdaki şekil bozuklukları ve asimetrileri belirleyiniz
5	Fontanel ve sütürlerin durumunu belirleyiniz
6	Yüz görünümü, ifadesi ve asimetriyi belirleyiniz
	GÖZLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
7	Göz, kirpik ve kaşların yapısını değerlendiriniz
8	Görme, ışık ve obje takibini belirleyiniz
9	Konjuktiva ve sklera renk değişikliklerini belirleyiniz
10	Işık refleksi ve göz hareketlerinin her yönde serbest olduğunu değerlendiriniz
	AĞIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ
11	Ağız ve dudak yapısı, rengi ve yapısal anomali olup olmadığını belirleyiniz
12	Çocuğun yaşı da göz önüne alınarak dişlerin çıkıp çıkmadığı, çıkmışsa bunların yeri, sayısı ve cinsi
13	Ağız içinde kızarıklık, kanama, dişeti hipertrofisi ve püy varlığını değerlendiriniz
14	Farinks, yumuşak damak ve tonsillaları değerlendiriniz
15	Ağız kokusu, kuruluğu ve salivasyon artışını belirleyiniz
	KULAKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ
16	Yapısı, malformasyon ve düşük kulak varlığını belirleyiniz
17	Dış kulak yolu, akıntı ve kulak zarını değerlendiriniz
18	İşitme ve sese yanıtı belirleyiniz
	BURUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ
19	Yapısı, burun kökü basıklığı ve diğer anomalileri belirleyiniz
20	Septum deviasyonu ve burun açıklığını belirleyiniz
21	Akıntı ve kanama varlığını değerlendiriniz
22	Koku alma duyusunu değerlendiriniz
	BOYUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ
23	Yapısı ve anormallikleri (kısa boyun, yele boyun) belirleyiniz
24	Büyük damar dolgunlukları ve renk değişikliklerini belirleyiniz
25	Lenfadenopati ve kitle varlığını değerlendiriniz

ÇOCUKTA KALP VE DAMAR MUAYENESİ REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hasta ve/veya yakınlarını muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Hasta, oda ısısında soğuk olmayan, hastayı huzursuz etmeyen bir ortamda muayene edilmelidir.
4	Vital bulguları [vücut ısısı, nabız (sakin durumda) , kan basıncı ve solunum sayısı] belirleyiniz.
	İNSPEKSİYON
5	Yüzde, ekstremitelerde şekil bozukluğu olup olmadığını değerlendiriniz.
6	Siyanoz olup olmadığını varsa tipini, boyun venlerinde dolgunluk ve damar vurularını belirleyiniz.
7	Toraks asimetri ve deformitelerini, solunum şeklini değerlendiriniz.
8	Kalp tepe atımının gözle görülüp görülmediğini ve sıklığını değerlendiriniz.
	PALPASYON
9	Periferik arter nabızlarını simetrik olarak değerlendiriniz.
10	Her bir hemitoraksı avuç içi ile palpe ederek kalp atımının en kuvvetli olduğu yeri belirleyiniz.
11	Tüm kalp odakları palpe ederek tril "titreşimler" varlığını değerlendiriniz.
12	Parasternal palpasyonla el kaldırıcı hareket (Parasternal lift) olup olmadığını belirleyiniz.
	Apekste vuruların el kaldırıcı olup olmadığını ve şiddetini (zayıf-hızlı, yavaş- kuvvetli) değerlendiriniz.
	PERKÜSYON
13	Her iki hemitoraksta simetrik olarak yukarıdan aşağıya, içten dışa doğru yapınız
14	Kalbin matite ve submatitesini belirleyiniz, pozisyonla değişim olup olmadığını değerlendiriniz.
	OSKÜLTASYON
15	Kalp tepe atım yerinde atım sayısını ve şiddetini belirleyiniz.
16	Kalp seslerini her kardiak odakta ayrı ayrı dinleyiniz. Birinci ve ikinci kalp seslerinin niteliğini belirleyiniz.
17	Kalp seslerinin dışında farklı ses (ejeksiyon kliği, non-ejeksiyon kliği, perikardiyal sürtünme sesi, seslerde çiftleşme ve solunumla ilişkisinin olup olmadığını değerlendiriniz.
18	Tüm odaklarda üfürüm olup olmadığını; varsa yerini, zamanını, şiddetini, niteliğini, eşlik eden ek ses olup olmadığını ve yayılımını değerlendiriniz.

ÇOCUKTA GÖĞÜS MUAYENESİ REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hasta ve/veya yakınlarını muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Hasta, oda ısısında soğuk olmayan, hastayı huzursuz etmeyen bir ortamda muayene edilmelidir
	İNSPEKSİYONLA DEĞERLENDİRME
4	Göğüsün genel görünümünü değerlendiriniz
	Her iki akciğerin solunuma eşit katılıp katılmadığını belirleyiniz
5	Solunum sayısını, güçlüğünü ve interkostal çekilme varlığını belirleyiniz
6	Pektus karinatum, ekskavatum, kifoz ve skolyoz varlığını belirleyiniz
	OSKÜLTASYONLA DEĞERLENDİRME
7	Tam yatarken veya dik pozisyonda değerlendiriniz
8	Her iki akciğeri önden ve arkadan ayrı ayrı dinleyiniz
9	Ral veya ronküs gibi patolojik sesleri duyulduğu alana göre belirleyiniz
	PALPASYONLA DEĞERLENDİRME
10	Göğüs duvarı titreşimleri ve deri krepitasyonlarını belirleyiniz
11	Kalp tepe atımı ve trakeanın pozisyonunu belirtiniz
12	Klavikula kırığı, büyümüş lenf bezleri ve her türlü şişlikleri belirtiniz
13	Harrison oluğu, raşitik değişiklikler ve ağrılı bölgeleri belirleyiniz
	PERKÜSYONLA DEĞERLENDİRME
14	Her iki hemitoraksta simetrik olarak yapılır
15	Yenidoğan ve küçük bebeklerde tek elin orta parmağı ile doğrudan yapılabilir
16	Büyük çocuklarda göğüse paralel yerleştirilen bir elin orta parmak distal falanks ve tırnak arasına aralıklı darbe vurularak yapılır
17	Skapula ve omurga arasında parmak göğüse dik konularak yapılır

ÇOCUKTA BATIN MUAYENESİ REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hasta ve/veya yakınlarını muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Hasta, oda ısısında soğuk olmayan, hastayı huzursuz etmeyen bir ortamda muayene edilmelidir
4	Karın 4 bölgeye ayrılarak muayene edilmeli
	İNSPEKSİYONLA DEĞERLENDİRME
5	Asimetrik görünüm, şişlik veya çökkünlüğü değerlendiriniz
6	Omfalosel ve gastroşizis olup olmadığını belirleyiniz
7	Göbek çukurunu kontrol edip akıntı olup olmadığını belirtiniz
8	Karın venlerinde belirginleşme, medusa başı görünümünü değerlendiriniz
	OSKÜLTASYONLA DEĞERLENDİRME
9	Batın muayenesinde ilk oskültasyonla değerlendirme yapılır
10	Barsak seslerinde artma veya azalma varlığı belirlenir
	PALPASYONLA DEĞERLENDİRME
11	Hassasiyet ve defans varlığını değerlendiriniz
12	Ele gelen kitle varlığını belirleyip niteliğini belirtiniz
13	Karaciğer ve dalak palpasyonu ile büyüklüklerini belirleyiniz
14	Asit olup olmadığını belirleyiniz
	PERKÜSYONLA DEĞERLENDİRME
15	Tüm batında perküsyonla timpanik ve mat seslerin lokalizasyonunu belirleyiniz
16	Traube alanını değerlendiriniz
	ANAL MUAYENE
17	Anal atrezi, fissür veya fistül olup olmadığını belirleyiniz
18	Gerekli durumlarda rektal tuşe ile değerlendirme yapınız

ÇOCUKTA NÖROLOJİK MUAYENE REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hasta ve/veya yakınlarını muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Normal oda ısısında, hastayı huzursuz etmeyecek bir ortamda muayene yapınız.
4	Hastayı tedirgin edebilecek ve acıtabilecek muayeneleri sona bırakınız.
5	Baş çevresi, ağırlık ve boy ölçülerini ve persentillerini belirleyiniz.
6	Anormal ve/veya istemsiz hareket olup olmadığını belirleyiniz
	BİLİNÇ DURUMUNU DEĞERLENDİRME
7	Uyanıklık ve farkındalığını belirleyiniz
8	Sözlü veya ağrılı uyarıya yanıtlarını değerlendiriniz
9	Bilinç bozukluğu varsa glaskow ölçeği ile koma düzeyini belirleyiniz
	KRANİYAL SİNİRLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ
10	Işık refleksi, görme keskinliği ve göz dibini değerlendiriniz
11	Göz hareketlerinin her yönde serbest olup olmadığını değerlendiriniz
12	Fasiyal asimetri olup olmadığını belirleyiniz
13	Zil Sesine tepkisini belirleyiniz
14	Öğürme refleksini değerlendiriniz.
15	Ses çıkarma, konuşma, çiğneme ve yutma durumunu değerlendiriniz
	MOTOR SİSTEMİN DEĞERLENDİRİLMESİ
16	Kas tonusunu (hipotoni-spastisite) belirleyiniz
17	Kas gücünü, her ekstremite proksimal ve distali için ayrı ayrı belirleyiniz
18	Her iki alt ve üst ekstremitelerde derin tendon refleklerini (DTR) değerlendiriniz
	DUYU DEĞERLENDİRMESİ
19	Yüzeyel duyu (dokunma, ısı, ağrı) kusuru olup olmadığını belirleyiniz
20	Derin duyu (vibrasyon, pozisyon) bozukluğu olup olmadığını belirleyiniz
	PATOLOJİK REFLEKS DEĞERLENDİRMESİ
21	Babinski refleksini değerlendiriniz
22	Aşil klonusunu değerlendiriniz
	SEREBELLAR MUAYENE
23	Denge ve koordinasyon bozukluğu olup olmadığını belirleyiniz
24	Dismetri (parmak-burun/diz-topuk testi) ve disdiadokinezi olup olmadığını belirleyiniz
	MENİNKS İRRİTASYON BULGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ
25	Ense sertliği olup olmadığını belirleyiniz
26	Brudzinski ense ve bacak fenomeni pozitifliği olup olmadığını belirleyiniz

ÇOCUKLARDA ABDOMEN MUAYENE BECERİSİ	

NO	BASAMAKLAR
1.	Ellerinizi yıkayınız.
2.	Hastanın sağ tarafına geçiniz.
3.	Hastayı (Yaşı ufaksa velisini) muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmalarını sağlayınız.
4.	Hastanın sırtüstü yatar pozisyonda meme altı ve pupik mesafede soyunmuş olmasını sağlayınız.
5.	Önce inspeksiyon yaparak karnın solunuma katılıp katılmadığını, distansiyon olup olmadığını, deformiteyi, karın cildi rengini ve damarlarını değerlendiriniz.
6.	Sonra karın ile ilgili şikâyetleri ve bilgileri edininiz.
7.	Steteskop ile barsak sesleri ya da diğer patolojik sesleri dinleyiniz.
8.	Hastanın hangi bölgesinde ağrı varsa o bölgenin muayenesini son bırakarak muayenenizi gerçekleştiriniz.
9.	Öncelikle elleriniz sıcak olmalıdır. Muayeneye perküsyon ile başlayarak karın bölgelerine işaret parmağı ile vurularak hassasiyet, defans ve rebound veren bölgeleri tespit ediniz.
10.	Bir sonraki aşamada dominant elimizle palpasyon yaparak kitle, organomegali ve hassasiyet varmı değerlendiriniz. Gereken organların muayenesinde bimanuel muayene yapınız.
11.	Akut karın muayenesi varsa tanıya yönelik bölgesel muayenenizi gerçekleştiriniz. Örneğin apandistte Mc Burney noktasının muayenesi vb, gibi.
12.	Her abdomen muayenesinde inguinal bölgeye de bakılması gerektiğini unutmayınız.
13.	Hasta ve yakınına muyane bulguları hakkında bilgi veriniz.
14.	Muayene bulgularını kaydediniz.

ERKEK ÇOCUKLARINDA İNGUİNOSKROTAL MUAYENE BECERİSİ	
NO	**BASAMAKLAR**
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hastanın sağ tarafına geçiniz.
3	Hastayı (Yaşı ufaksa velisini) muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmalarını sağlayınız.
4	Hastanın sırtüstü yatar pozisyonda belden aşağı mesafede soyunmuş olmasını sağlayınız.
5	Dış genital organlar ve her iki inguinal bölgenin önce inspeksiyonunu yapınız.
6	Skrotum yada inguinal kanal üzerinde eritem yada ödem var mı değerlendiriniz(Akut skrotum açısından).
7	Önce penis muayenesini yaparak üretral meanın normal konumunu, önde(hipospadias), ve penis dorsalinde(epispadias) olup olmadığını değerlendiriniz. Varsa diğer penil anomaliler uretral kordi, penoskrotal web, mikropenis, ambigius genitelia vb. inceleyiniz.
8	Skrotal muayene ye geçilerek sağ ve sol skrotumda testislerin yerinde olup olmadığına – sol elle inguinal kanal kapatılarak, sağ el baş parmak ve işaret orta parmak arasında testisi palpe ederek- bakınız.
9	Sonra testise ait, kitle, hidrosel, retraktil testis, varikosel olup olmadığına karar veriniz.
10	Bir sonraki adımda tetsis skrotumda palpe edilirken inguinal bölge muayene edilerek pubik tuberkül üzerinde kord ve elamanlarını, varsa prosesus vaginalis denen fıtık kesesini palpe ediniz. Bazen fıtık kesesi içinde barsak ve elamanlarının olabileceği akılda tutulmalıdır.
11	Bu muayeneler sırasında testis ya da inguinal kanalda ağrı ya da hassasiyet olup olmadığını -akut skrotum- açısından değerlendiriniz.
12	Elimizi yıkayıp hasta ve yakınlarını bilgilendiriniz.

KIZ ÇOCUKLARINDA İNGUİNOSKROTAL MUAYENE BECERİSİ	
NO	**BASAMAKLAR**
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hastanın sağ tarafına geçiniz.
3	Hastayı (Yaşı ufaksa velisini) muayene hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmalarını sağlayınız.
4	Hastanın sırtüstü yatar pozisyonda belden aşağı mesafede soyunmuş olmasını sağlayınız.
5	Dış genital organlar ve her iki inguinal bölgenin önce inspeksiyonunu yapınız.
6	Labium majus yada inguinal kanal üzerinde eritem yada ödem var mı değerlendiriniz(inkarsere inguinal herni açısından).
7	Önce her iki labium majus ve minuslara bakarak normal olup olmadığını değerlendiriniz. Arkasından labium minuslar sol el baş ve işaret parmakları ile aralanarak üretral meanı ve vagen girişi ve hymenin değerledirilmesini yapınız. Varsa diğer genital anomaliler, imperfore hymen, ürogenital sinus, kloaka ve ambigius genitelia vb. inceleyiniz.
8	Eğer varsa vaginal akıntı, kanama, yabancı cisim yada vagenden çıkan kitle açısından değerlendiriniz.
9	Bir sonraki adımda inguinal kanal ve iç ring muayene edilerek varsa prosesus vaginalis denen fıtık kesesini palpe ediniz. Bazen bu fıtık kesesi içinde barsak elemanları yada over dokusu palpe edilebilir.
10	Bu muayene sırasında inguinal kanalda ağrı yada hassasiyet olup olmadığını değerlendiriniz.
11	Elimizi yıkayıp hasta ve yakınlarını bilgilendiriniz.

GÖRME MUAYENESİ REHBERİ

Tarih ve saat
Kimlik bilgileri: İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres
Kimden alındığı?
Ana yakınma: Görme azlığı, ağrı, kızarıklık, akıntı, çift görme
Şimdiki hastalığının öyküsü:
1.Belirtilerin karakterleri
Görme azlığı:

- **Yeri:** Tek gözde, çift gözde
- **Özelliği:** Yakını mı, uzağı mı, renklerle ilgili fark var mı ?
- **Şiddeti:** Hafif, ağır, hiç görememe
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, başlayınca ne kadar sürdüğü
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici, sabit
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Ağrı, kızarıklık, göz hareket kısıtlılığı, kapak ödemi

Ağrı:

- **Yeri:** Tek gözde, çift gözde, göz üzerinde
- **Yayılımı:** Orbitaya ve başa yayılıyor
- **Özelliği:** Künt, batıcı, zonklayıcı, şüpheli
- **Şiddeti:** Hafif, şiddetli, orta, gece uykudan uyandırıyor mu?
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı ve ne zamandır sürmekte olduğu, günün hangi saatinde ortaya çıktığı
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Akut kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, şiddetli, ilerleyici, gün içerisinde değişiklik gösteriyor
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Görme azlığı, Kızarıklık, akıntı, kapak ödemi

Kızarıklık:

- **Yeri:** Tek gözde, çift gözde, fornikste, perilimbal, miks, sektöriyel
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı
- **Başlangıcı:** Ani- yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici, gün içerisinde değişiklik gösteriyor
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Ağrı, yanma, batma, akıntı, kemozis, kapak ödemi, görme azalması

Akıntı:

- **Yeri:** Tek gözde, çift gözde
- **Şiddeti:** Miktarı, sabahları göz kapaklarının yapışık olup olmadığı
- **Özelliği:** Pürülan, mukopürülan, seröz
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Kızarıklık, ağrı, batma, kapak ödemi, burun kökünde şişlik, kızarıklık

Çift görme:

- **Özelliği:** Baş pozisyonu ile değişiyor mu; ikinci görüntünün yeri, bakış pozisyonu ile ilgisi; sağa, sola, aşağı, yukarı bakışla değişiyor mu, uzak yakın bakışla ilişkisi, bir göz kapatılınca oluyor mu (Tek gözle bakınca çift görme devam ediyor mu)?
- **Zamanı:** Başlangıcı, süresi
- **Başlangıcı:** Ani- yavaş
- **Akut kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Sıvı alımı, kalp yetmezliği, ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Görme azlığı, şaşılık, göz hareketlerinde kısıtlılık, sistemik hastalıklar (hipertansiyon, diabetes mellitus), baş ağrısı

2.Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar

3.Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum

- Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

4.Önemli pozitif ve negatif saptamalar

Geçmiş tıbbi öykü

Pediatrik/Erişkin hastalıkları/hastaneye yatma (Hipertansiyon, diabetes mellitus, glokom, katarakt)
Operasyonlar (göz operasyonu geçirmiş mi?)

Yaralanmalar/kazalar (gözün tamamı veya bir bölümüne ilişkin; kornea gibi)

Şimdiki sağlık durumu

1.İlaçlar, protezler: gözlük, lens, göz içi lensi veya göz protezi kullanıp kullanmadığı, son muayene tarihi,

2.Alerji ve ilaç reaksiyonları: varsa alerjinin tipi, mevsimsel olup olmadığı, belirtileri

3.Sağlık taraması (önceki muayeneler, kolesterol, vb.)

Aile öyküsü

Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü (eğer gerekirse soyağacı üzerinde gösterin)
Retinablastoma veya retina kanserleri, hastanın yakınmasına benzer yakınmalar, kırma kusurları, şaşılık, renk körlüğü, katarakt, retinitis pigmentosa, makuler dejenerasyon, allerji vb.

Kişisel ve sosyal öykü

Yaşam koşulları, aile yapısı: gözü etkileyen motosiklet kullanımı, eskrim, skuaş gibi sporlarla uğraşma
İş yaşamı öyküsü/ iş tatmini: irritan gaz, yabancı cisimlere maruz kalıyor mu?

Sistemlerin gözden geçirilmesi

Düşünceler

GÖRME KESKİNLİĞİ ÖLÇÜM BECERİSİ REHBERİ

Amaç: Görme keskinliği ölçüm becerisi kazanılması

ARAÇLAR: Snellen tablosu .

NO	BASAMAKLAR
1.	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi
2.	Snellen tablosunun yeteri kadar aydınlatılması.
3.	Ölçüm yapılacak kişinin, Snellen tablosundan bilinen bir uzaklıkta (6m) oturtulması
4.	Kişinin bir gözünün kapatılması
5.	Snellen tablosundaki harf, rakam veya işaret sıralarının en büyükten başlayarak en küçüğe doğru kişiye okutulması
6.	Kişinin hatasız olarak okuduğu son sıranın değerlendirilmesi
7.	Snellen eşelinde harflerin en büyüğünü göremiyorsa 6 m den başlayarak el parmağını saymasını irdelemek, kaç metreden parmak saydığını tespit etmek
8.	Parmak sayamıyorsa hasta gözüne yakın mesafeden el hareketlerinin tespitini değerlendirmek
9.	El hareketini tespit edemiyorsa el feneri ile göze tutulan ışığın nereden geldiğinin tespiti (projeksiyon)
10.	Işığın nereden geldiğini algılayamıyorsa, ışığın varlığının tespiti (persepsiyon-absolu)

GÖRME ALANI MUAYENESİ REHBERİ

Amaç: Görme alanı muayenesi (konfrontasyon yöntemiyle) becerisinin kazanılması

NO	BASAMAKLAR
1.	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi
2.	Hasta ile gözler aynı hizada ve aralarında 1 metre olacak şekilde karşılıklı oturulması
3.	Hastanın bir gözünü bir elinin avuç içi ile kapattırılması ve hekimin kendi diğer gözünü kapatması
4.	Hastanın açık olan gözünün hekimin yüzünde alın veya buruna fikse ettirilmesi
5	Görülen alanın hayali olarak sağ üst-sağ alt-sol üst ve sol alt olmak üzere 4 kadrana ayrılması ve her kadranda parmak saydırılması.
6.	Hastaya hekimin yüzünde görmediği bir alan olup olmadığının sorulması
7.	Aynı işlemlerin diğer göz için yapılması ve not edilmesi

GÖZ HAREKETLERİ MUAYENESİ YAPMA BECERİSİ

Göz hareketleri nedir?
Göz hareketlerini sağlayan kasları üç farklı sinir inerve eder. Tabloda ilgili kafa çiftleri, göz kasları ve hareket ettirdikleri yönler verilmiştir.

Sinir	**Kas**	**Hareket yönü**
6. sinir	Dış rektus kası	Gözü dışa baktırır
4. sinir	Üst oblik kası	Gözü aşağı içe baktırır
3. sinir	Diğer göz kasları	Gözü diğer yönlere baktırır

Nasıl yorumlanır?
Her iki gözün simetrik hareket etmesi beklenir. Eğer bir gözde hareket azlığı varsa, bu gözü o yöne hareket ettiren kasta veya kası inerve eden sinirde bir problem olduğu anlamına gelir. Örneğin sağ göz sağa tam hareket etmiyorsa, bu durumda sağ gözü dışa döndüren dış rektus kası veya bu kası inerve eden 6. sinirde bir problem var demektir.

NO	BASAMAKLAR
1	Hastayı ışık arkasından gelecek biçimde oturtunuz.
2	Hastanın karşısında durunuz.
3	Elinize hastanın rahat görebileceği bir obje alınız (Kalem, anahtar vb.)
4	Hastaya bu objeye bakmasını, objenin hareketlerini yalnızca gözleri ile izlemesini söyleyiniz.
5	Diğer eliniz ile hastanın anlını tutarak, baş hareketleri ile izlemesini engellemeye yardımcı olabilirsiniz.
6	Objeyi orta noktadan sağa hareket ettiriniz.
7	Her iki gözün hareketlerini izleyiniz.
8	Objeyi tekrar orta noktaya getiriniz.
9	Objeyi orta noktadan sola hareket ettiriniz
10	Her iki gözün hareketlerini izleyiniz.
11	Objeyi tekrar orta noktaya getiriniz.
12	6-8 nolu basamakları sağ üst yön için yineleyiniz.
13	6-7 nolu basamakları sağ alt yön için yineleyiniz.
14	6-7 nolu basamakları sol üst yön için yineleyiniz.
15	6-7 nolu basamakları sol alt yön için yineleyiniz.

PUPİL REFLEKSLERİ MUAYENESİ YAPMA BECERİSİ

ARAÇLAR: Işık kaynağı

Pupil reaksiyonları nedir?

Göze fazla ışık gelince pupiller küçülerek tepki verir. Pupil reaksiyonu olarak anılan bu refleks için aferen yol 2. kafa çifti (n.opticus), eferen yol ise 3. kafa çiftidir (n.oculo-motorius). Bir göze fazla ışık geldiğinde karşı taraftaki göz pupilinde de daralma olması gereklidir (indirekt pupil refleksi nedeniyle).

Nasıl yorumlanır?

Pupil reaksiyonları bir göze ışık tutulduğunda iki taraflı pozitif ise, o tarafta 2. ve 3. sinirin, karşı tarafta ise 3. sinirin sağlam olduğunu gösterir. Bir göze ışık tutulduğunda, eğer her iki pupil de küçülmezse o taraf 2. sinirde, ya da iki taraflı 3. sinirlerde problem var demektir. Eğer bir tarafta göz pupili küçülür, diğer tarafta küçülmez ise, küçülme olmayan tarafta 3. sinirde bir sorun düşünülür.

NO	BASAMAKLAR
1	Hastaya baş dik ve karşıya bakar pozisyon vererek yaklaşık 30 cm mesafede durunuz
2	Işık kaynağını sağ göze tutunuz
3	Pupilde daralma olup olmadığını kontrol ediniz.
4	Sağ göz ışık tutulduğunda sol göz pupillini de daralma açısından kontrol ediniz.
5	Pupillerin genişlemesini bekleyiniz.
6	Daha sonra sol göze ışığı yönlendiriniz.
7	Pupilde daralma olup olmadığını kontrol ediniz.
8	Sol göze ışık tutulduğunda sağ göz pupillini de daralma açısından kontrol ediniz.
9	Sağ göze ışık tutulduğunda sol göz pupillini de daralma açısından kontrol ediniz

RENK HİSSİNİ DEĞERLENDİRME BECERİSİ

ARAÇLAR: Ishiara renk kitabı

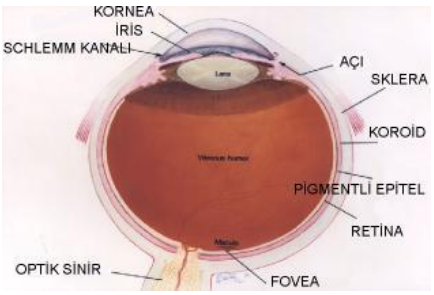
NO	**BASAMAKLAR**
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verdi
2	Kişiyi karşısına oturttu
3	Sol elle sol göz kapağı kapalı olarak göze baskı yapmadan kapattırdı
4	Ishiara renk kitabının ilk sayfasını okuttu
5	Her bir sayfadaki sayıların sırayla okuttu
6	20 sayfanın kaçının doğru okunduğunu not etti
7	Sağ elle sağ göz kapağı kapalı olarak göze baskı yapmadan kapattırdı
8	Her bir sayfadaki sayıları sırayla okuttu
9	20 sayfanın kaçının doğru okunduğunu not etti
10	.Renk hissi: İshiara Sağ: Doğru okuduğu sayı/20 Sol: Doğru okuduğu sayı/20 şeklinde not etti

GÖZDİBİ MUAYENESİ YAPMA BECERİSİ

ARAÇLAR: Oftalmoskop, göz dibi muayene simülatörü

Oftalmoskopi nedir?
Göz dibinin değerlendirilmesi amacı ile, göz merceğinin arkasına bakılması işlemine oftalmoskopi denir. Retina, makula gibi yapıların değerlendirilmesi amacı ile uygulanır.

Nasıl değerlendirilir?
El oftalmoskopu, biyomikroskop gibi çeşitli araçlar ile göz merceğinin etkisi ortadan kaldırılarak göz dibi değerlendirilir. Daha ayrıntılı değerlendirme için pupilleri genişletip, ışık geldiğinde kapanmalarını engelleyecek göz damlaları kullanılarak da muayene yapılabilir.



NO	BASAMAKLAR
1	Hastayı rahat olacak şekilde loş bir ortamda oturtunuz.
2	Başı düz, tam karşıya bakmasını isteyiniz.
3	Oftalmoskopu kendi gözünüzün kırma kusurunu giderecek şekilde emetropiye ayarlayınız.
4	Işığını geniş, yuvarlak, beyaz ışık olacak biçimde ayarlayınız.
5	Hastaya yaklaşık 30 cm mesafede durunuz.
6	Sağ göze bakmak için oftalmoskopu sağ elinize alınız.
7	Sağ gözünüzü kullanarak, hastanın sağ gözüne bakınız.
8	Oftalmoskop ışığını hedefi pupilla olacak biçimde yönlendiriniz.
9	Sol eliniz ile hastanın başını veya omuzunu tutarak hareketlerinizi kontrol edebilirsiniz.
10	Hastaya 15° açıyla temporalden yaklaşınız.
11	Retina damarları görülmeye başlayınca oftalmoskopun netliğini ayarlayınız.
12	Damar trasesini izleyerek optik disk'i bulunuz.
13	Daha sonra maküla ve arka kutup bölgesini inceleyiniz.
14	Sol göze bakmak için oftalmoskopu sol elinize alınız.
15	Sol gözünüzü kullanarak, hastanın sol gözüne bakınız.
16	8 – 13 nolu basamakları sol göz için yineleyiniz.

BAŞ BOYUN FİZİK MUAYENE REHBERİ

Tarih ve saat

Kimlik bilgileri

İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, Kimden alındığı?

Ana yakınma

Şimdiki hastalığının öyküsü

Geçmiş Tıbbi Öykü

1. Çocukluk hastalıkları
2. Erişkin hastalıkları/hastaneye yatma (tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar), başka deri hastalığı, venereal hastalıklar
3. Operasyonlar (bölgesel lezyonlar)
4. Yaralanmalar/kazalar

Şimdiki sağlık durumu

1. İlaçlar
2. Allerji ve ilaç reaksiyonları
3. Alışkanlıklar

Aile öyküsü

1. Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü

Kişisel ve Sosyal Öykü

1. Medeni hali

Sistemlerin gözden geçirilmesi

UYGULAMADAN ÖNCE BİLİNMESİ GEREKENLER

Baş boyun bölgesi anatomisi ve fizyolojisi

BAŞ BOYUN FİZİK MUAYENE REHBERİ

Genel yaklaşım

Hasta muayene masasına oturmuş - ayaklarını aşağıya sarkıtmıştır. Hekim hastanın önündedir. Ortam iyi aydınlatılmış olmalıdır.

- **Baş-Yüz:**
  - Hastanın yüzünü hareketsizken ve konuşurken gözlemleyin. Yüz derisini gözlemleyin. Ciltteki lezyonlar, skarlar, ödem, kitleler, pigmentasyon ve kıllanma vb varlığına dikkat edin (Bkz deri).
  - Gözler ve kulakların simetrik olup olmadığını ve eksternal özelliklerini inspekte edin
  - Kafatasının yapısını inspekte edin. Başın büyüklüğünü, şeklini, pozisyonunu, boyun ve vücudun diğer bölümlerine göre oranını gözlemleyin.
  - Saçlı deriyi ve saçları inspekte edin. Saçların yapısı, kalitesi, dağılımı, varsa dökülme paternine dikkat edin.
  - Kitleler veya hassasiyet olup olmadığını kontrol etmek için kafa derisini ve kafatasını palpe edin. Şişlikler, lezyonlar, skarlar, pullanma, saçlara yapışan bit yumurtaları vb kontrol edin.
  - Temporomandibuler eklemi naturel pozisyonda ve hareket halinde palpe edin. Eklemdeki hareket kısıtlılıkları, sürtünme veya klik sesleri, hassasiyet, ısı artışı ve şişlikler not edilmelidir.
  - Sinüs bölgelerini (frontal, maksiler) palpe edin; eğer hassasiyet yada şişlikler görülmüşse yerleşim yerine göre kaydedilmelidir.

- Alın, yanak ve çenede dokunma duyusunun normal olup olmadığını, hassasiyetini hafifçe dokunarak yada pamukla dokunarak test edin (V. sinir).
- Dişlerini göstermesini, gözlerini kapamasını, alnını kırıştırmasını, gülümsemesini, dilini dışarı çıkarmasını, yanaklarını şişirmesini isteyin ve bunları inspekte edin (V. ve VII. sinirler). Asimetrilere dikkat edilmelidir.

- **Göz Muayenesi**: Göz inspeksiyonunda göz kürelerini, gözlerin simetrisini, göz hareketlerini, göz kapaklarını gözlemleyin. Kaşlarda dökülme olup olmadığı inceleyin. Üst göz kapağı irisin bir bölümünü kapatır ancak pupillayı örtmez. Her iki iris ve pupilla inspekte edilir. Normalde iris cizgileri belirgin, pupillalarsa yuvarlak ve büyüklük bakımından eşittir. Konjuktiva ve sklerayı inspekte etmek için, hastanın yukarı bakması istenir ve başparmaklarla alt göz kapakları aşağı çekilir. (Ayrıntılı göz muayenesi için Göz bölümüne bakınız)

- **Kulaklar:**
  - İşitme cihazı olup olmadığını kontrol edin
  - Dış kulak özelliklerini inspekte edin. Kızarıklık, şişlik, şekil bozukluğu, asimetri, morarma vb varlığını kontrol ediniz.
  - Kulak kepçesini aşağı yukarı hareket ettirerek, tragusa ve kulağın arkasında mastoid kemiğe bastırarak hassasiyeti kontrol edin.
  - Aurikula'yı palpe edin. Hassasiyet, kıkırdak düzensizlikleri vb dikkat edin.
  - İşitmeyi test edin. Hastanın kulaklarından birini doktor bir eliyle kapatır. Diğer kulağa 30-60cm uzaklıktan başlayıp yakınlaşıp fısıldayarak (iki heceli sözcük veya sayı) veya iki parmağı birbirine sürterek oluşturulan sürtünme sesi ile hastanın işitmesini sorgulayın. Daha sonra aynı işlemi diğer kulağa uygulayın (VIII. sinir).
  - Otoskopik muayeneyi yapın (muayene yetişkinlerde kulak kepçesi arka-üste, çocuklarda arka-alta çekilerek yapılır):
    - Kanalı inspekte edin (yapısal bozukluklar, şişlikler, akıntı, kızarıklık, yabancı cisimler vs)
    - Timpanik membranı inspekte edin (rengi, perforasyonları, çökmeleri, şişkinlikleri, inflamasyon)
  - Rinne ve Weber testini yapın
    - Weber testi: Diapozon titreştirilerek kafa üzerinde orta hatta (vertex, alın veya nazal kemik dorsum) yerleştirilir. Hastaya sesi nereden duyduğu sorulur. Normal durumda işitme iki kulakta birden yada orta hatta duyulmalıdır. Sesin lateralizasyonuna göre işitme değişiklikleri yorumlanır (Sensörinöral kayıpta karşı kulağa, ileti tipi kayıpta aynı kulağa lateralizasyon olur).
    - Rinne Testi: Aynı kulaktaki kemik iletimi ve hava yoluyla olan işitmeler karşılaştırılır. Kemik iletimi için titreşen diapozon mastoid korteks üzerine bastırılarak test yapılır. Hava yolu için diapozon kulak kepçesine dokundurulmadan kanal önüne yaklaştırılır. Her iki testte de ses duyulmayana kadar beklenir. Normal durumda hava yoluyla işitme süresinin kemik yoluna göre 15 saniyeden fazla sürmelidir. Sürenin azalması ileti tipi kayıp göstergesi olarak yorumlanır.

- **Burun:**
  - Burun yapısı - septumun pozisyonunu inceleyin.
  - Burun kanatlarında asimetri veya şekil bozukluğu olup olmadığını inceleyin.
  - Burun deliklerini kontrol edin. Burun yoluyla nefes alıp almadığına, burun kanatlarının solunuma katılıp katılmadığına bakın. Parmakla burunun tek tarafı dışardan kapatılarak, hastanın ağzını kapatarak nefes almasını isteyin, her iki burun boşluğunun açık olup olmadığına dikkat edin. Parmak ucuyla burun ucunu hafif kaldırılarak ışık kaynağı ile septumu inceleyin.
  - Nasal spekulum ile muayene edilir. Mukoza, septum incelenir. Deviasyon, perforasyon, enfeksiyon, kitle vb olup olmadığına dikkat edilir.
  - Koku duyusunun kontrol edilmesi: Koku testi (I. sinir)

Çeşitli test maddeleri kullanılır. 3 grupta toplanırlar: 1.Olfaktör siniri uyaran saf kokular (kahve, kakao, tarçın, lavanta kokusu) 2. Trigeminal bileşeni uyaran kokular (methol, asetik asit, formalin) 3.Tat bileşenini uyaran kokular (kloroform, piridin) Anosmisi olan hastalar saf kokuları alamaz fakat diğerlerini fark edebilir.

- **Ağız ve Farinks:**
  - Dudakların dış yüzeyinin simetrisi, rengi ve nemini inspekte edin.
  - Ağız boşluğu inspeksiyonu, hasta ile aynı düzeyde durup, hastanın ağzını açması istenerek, bir elde dil basacağı, diğer elde ışık kaynağı bulundurularak yapılır.
  - Ağız mukozasını, diş etlerini, sert ve yumuşak damağı, ağız mukozası rengini-özelliklerini inspekte edin.
  - Orofarinksi inspekte edin: anteroposterior pileleri, uvula, tonsilleri, posterior farinksi inspekte edin; ağız kokusu olup olmadığına dikkat edin
  - Dişleri inspekte edin: Renk, sayı, yüzey özellikleri
  - Dili inspekte edin: Renk, yapısal özellikleri, simetrisite, hareket özellikleri (XII. sinir)
  - IX. ve X. siniri kontrol edin. Yumuşak damak hareketleri a sesi çıkarttırılarak kontrol edilir, konuşma sesi ve yutkunma özellikleri izlenir. Hareket asimetrileri not edilir.
  - XII. Sinir muayenesinde ağız açtırılarak dil doğal pozisyonunda değerlendirilir, takiben dil dışarıya çıkarttırılarak pozisyonu değerlendirilir. Pozisyon bozukluklarına göre yorumlanır (Doğal pozisyonda, lezyon karşısına ağız dışında lezyon yönüne sapma gözlenir).
  - Tat duyusunun test edilmesi: acı, tatlı ve ekşi için ayrı ayrı maddeler (glukoz, sodyum klorür, sitrik asit ve kinin) farklı konsantrasyonlarda uygulanır ve tat eşiği belirlenir (VII. sinir).
- **Boyun:**
  - Boyun ve tiroidin simetrik olup olmadığı, tiroid lojunda veya boynun diğer bölgelerinde asimetri ve şişlikler, gözle görülür lenf bezi olup olmadığı, boyundaki şişlikler, skarlar, cilt lezyonları vs varlığı doğal pozisyon ve ekstansiyonda inspekte edilir.
  - Juguler venöz dolgunluk olup olmadığını inspekte edin. Ayakta duran ve oturan kişide boyun venlerinde dolgunluk gözlenmez. Yatar durumda normalde dolgun izlenir.
  - Boyunda hareket kısıtlılığı olup olmadığını inspekte edin. Boyun ve omuz hareketleri muayenesinin ayrıntıları kas iskelet sistemi ve nörolojik muayenede belirtilmiştir.
  - XI. Sinir değerlendirmesi sternokleidomastoid ve trapezius kaslarının gücü değerlendirilerek yapılır. Sternokleidomastoid kas değerlendirmesi için çene bir yöne ititlirken hastanın başını karşı yöne döndürmeye çalışması istenir. Trapezius kas değerlendirmesi için hastanın omuzuna bastırılarak hastadan omuzlarını yukarıya kaldırılması istenir. Zayıflıklar not edilir.
  - **Karotis nabzı palpasyonu ve oskültasyonu**: Baş yana çevrilir, hastanın nefesini kısa süreli tutması istenir, çeneyle boyunun birleşme yerinde, sternoklaidomastoid kas mediyal yüzünde karotis nabzı palpe edilir ve üzerinden oskültasyon yapılarak üfürüm aranır. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır.
  - **Lenf bezlerinin palpasyonu:** Lenf bezleri yüzeyel ve derin lenf bezleri olarak sırayla ve simetrik olarak palpe edilmelidir. Yüzeyel lenf bezi grupları olarak preaurikular, postaurikular, oksipital, tonsillar, submandibuler, submental, yüzeyel servikal lenf nodları posterior servikal, supraklavikular ve derin grup olarak juguler zincir (sternokleidomastoid kasın derinine yapılan palpasyonla) değerlendirilmelidir. Lenf bezlerinin şekli, büyüklüğü (boyutları belirtilerek), yapışkanlığı, hareketliliği, ısı artışı, hassasiyet, kıvamı, üzerindeki ciltteki renk değişiklikleri ve lokalizasyonu ayrıntılı olarak belirtilmelidir.
  - **Trakea** palpe edilerek orta hatta göre yerleşimi değerlendirilir.
  - **Tiroid muayenesi;**
  - **İnspeksiyon**

    Hastanın başını hafifçe geriye doğru itmesi istenir

    Tiroid bezi için krikoid kıkırdağın altındaki alanı inspekte edin.

Hastaya bir bardak su vererek, biraz su içmesi ve/veya yutkunması istenir
Tiroid kartilajı, krikoid kartilajı ve tiroid bezi yutkunurken yukarı doğru hareket edip, daha sonra eski yerine döner
Tiroid bezinin yukarı doğru hareketine, şekline ve simetrisine dikkat edin
Tiroid bezi inspeksiyonla beraber parmaklarla dokunarak da tetkik edilir
Tiroid loju uzerinde geçirilmiş operasyona ait skarlar, ciltteki renk değişiklikleri, hasta yutkunurken hareket edip etmediği, lokalizasyonu not edilmelidir

- **Palpasyon**
  Doktor hastanın önünde durarak her iki elin baş parmağıyla tiroid bezini muayene edebilir. Öncelikle krikoid kıkırdağın yeri bulunur. Sternal çentikten yukarı doğru trakea halkaları palpe edilirken üstteki en geniş halka krikoid kıkırdaktır. Tiroid istmusu krikoid kıkırdağın altındadır. Daha sonra tiroid bezinin lobları ve tiroid bezinin sınırları baş parmakla palpe edilir. Muayene sırasında hastanın su içmesi ve yutkunması istenir. Normalde bez diğer dokulardan daha farklı, yumuşak-lastik kıvamda hissedilir. Tiroid bezinin kıvamına, şekline, büyüklüğüne, palpasyon sırasında ağrı olup olmadığına dikkat edilir. Herhangi bir nodül olup olmadığı ve nodülün lokalizasyonu, boyutları, kıvamı, yutkunmakla hareketli olup olmadığı incelenir.
  Diğer bir yöntemdeyse, krikoid kıkırdak palpe edilerek hastanın arkasına geçilir. İşaret parmakları krikoid kıkırdağın altına gelecek şekilde her iki elin parmakları boyuna simetrik olarak yerleştirilir. Hastanın su içmesi ve yutkunması sırasında hareket eden tiroid dokusu hissedilir. İstmus ve her iki tiroid lobu parmaklar hareket ettirilerekpalpe edilir. Ancak bu yöntemin önden muayeneye göre dezavantajı palpasyon sırasında tiroid bezinin görülememesidir.
- Tiroid bezi üzerine steteskobunuzu koyarak, tiroid bezini oskülte edin.
- **Venöz basınç muayenesinde**, hastaya yatar pozisyondan 45 derece oturur pozisyon verilir. Başını hafif öbür tarafa döndürmesi istenir. Juguler venin görüldüğü yada pulsasyonlarının izlendiği en yüksek noktayı belirleyin. Bu pozisyondaki hastanın Louis açısı (manubrium sterni ile corpus sterninin birleştiği eklem) düzeyinden yere paralel hayali bir çizgi çizin. Hastanın juguler ven dolgunluğunun en yüksek olduğu nokta ile Louis açısı arasındaki mesafeyi yere dik tutulan bir cetvel ile ölçün. Ölçümü cm birimiyle belirleyin. Normal juguler venöz dolgunluk 4cm altında olmalıdır.

BAŞ BOYUN MUAYENE YAPMA BECERİSİ(genel)

Baş-Yüz:	Bakınız deri muayenesi sayfa:….
1.	Deri ins.:
2.	Göz-kulak ins (simetrisite)
3.	Kafatası yapısı ins.
4..	Saçlı deri-saç ins – palps
5..	Kafa kemikleri palps
6.	Temporomandibuler eklem ins-palps
7.	Sinüs palps – perks
8.	V. ve VII. Sinir muayenesi
Gözler:	Bakınız göz muayensi sayfa:….
1.	Göz kapakları – kirpik ins
2. .	Palpebral kıvrım ins
3.	Kaş ins.
4.	Sklera-konjonktiva-iris ins.
5. .	Gözyaşı bezlerinin palps
Görme Muayenesi (Bakınız göz muayenesi sayfa:….)	
1	Snellen tablosun
Görme Fonksiyonu	
1.	Pupiller yanıt
2.	Korneal ışık refleksi ne muayene
3.	III.-IV.-VI. Sinir muayenesi
4.	Görme alanı
5.)	Korneal refleks(V. Sinir)
Oftalmoskopik muayene	
1.	Kırmızı refleksi test edin
2.	Lenslerin ins.
3..	Optik disk-damarlar-yüzey ins
Kulaklar	
1.	İşitme cihazı olup-olmadığı
2.	Dış kulak yolu ins.
3.	Aurikula palps.
4.	İşitmeyi test edin (VIII. Sinir)
5.	Otoskopik muayene
6.	Rinne-Weber Testi
Burun	
1.	Burun yapısı-septumun pozisyonu
2.	Burun deliklerinin kontrolü
3.	Nazal spekulum ile muayene
4.	Koku testi (I. Sinir)

Ağız ve Farinks	
1.	Dudak ve ağız içi ins.
2.	Orofarinks ins.
3.	Dişlerin ins.
4.	Dil ins.
5.	XII. sinir muayenesi
6.	IX. ve X. Sinir muaye nesi
7.	Tat duyusu (VII. Sinir)
Boyun	
1.	Boyun ve tiroid simetrisitesi
2.	Juguler venöz dolgunluk ins.
3.	Boyunda hareket kısıtlılığı ins.
4.	Omuz hareketlerini test edin
5.	Karotis nabızlarının palps. ve oskültasyonu
6.	Lenf bezlerinin palps.
7.	Trakeanın palpasyonu
8.	Tiroid palps. ve tiroid osk.
9.	Juguler venöz basınç ölçümü

KULAK MUAYENESİ YAPMA BECERİSİ

ARAÇLAR: Kulak muayene simülatörü, otoskop

NO	BASAMAKLAR
1	Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi vererek hasta veya yakınından onay alınız.
2	Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız.
3	Hastanın sağ tarafına geçiniz.
4	Hastanın dış kulak yoluna uygun spekulumu otoskopa takınız.
5	Otoskopun elektrik devresini açıp parlaklık ayarını yapınız.
6	Sağ kulak muayenesi için hastanın başını sola, sol kulak muayenesi için sağa çeviriniz.
7	Otoskopu baskın elinize alınız.
8	Otoskopun ışığını dışarıdan düşürerek, retroauriküler bölge, aurikula ve dış kulak yolunun lateral bölümünü inceleyiniz.
9	Baskın olmayan elinizle aurikulayı erişkinde yukarı-arkaya doğru, bebeklerde aşağı doğru çekiniz.
10	Otoskop spekulumunu dış kulak yoluna yavaşça yerleştiriniz.
11	Dış kulak yolunu inceleyiniz.
12	Manubrium mallei ve umbo'yu inceleyiniz.
13	Işık refleksini inceleyiniz.
14	Pars tensa ve pars flaccida'yı inceleyiniz.
15	Spekulumu dışarı alarak aurikula'yı serbest bırakınız.
16	Spekulumu otoskoptan çıkarınız.
17	Spekulumu kirli alet küvetine koyuz.
18	Otoskopun elektrik devresini kapayınız.
19	Hastaya muayene sonuçları ile ilgili bilgi veriniz.
20	Atıkları uygun atık kovasına atıp ellerini yıkayınız.

RINNE-WEBER TESTLERİ UYGULAMA BECERİSİ ÖĞRENİM REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
	RINNE-WEBER TESTLERİ UYGULAMA BECERİSİ
1.	Gerekli malzemeleri hazırlayınız
2.	Hastayı muayene koltuğuna oturtunuz.
3.	Hastaya yapılacak işlem hakkında bilgi vererek hasta veya yakınından onay alınız.
4.	Ellerinizi yıkayıp, kurulayınız
	RINNE TESTİ
5.	512 Hz'lik dipozonu sapından tutup, diğer avucunuza vurunuz
6.	Sürekli bir titreşim olmasını bekleyiniz
7.	Diapozonun sapını kulağın arkasında, mastoid kemiğin üzerine yaslayınız
8.	Hastadan sesi duyup, duymadığını sorunuz
9.	Hasta sesi duyuyor ise, ses kesilince size haber vermesini isteyiniz
10.	Hasta sesi duyamayınca, diapozonu kemik üzerinden kaldırıp, o taraftaki kulağın önüne getiriniz
11.	Hastadan sesi duyup, duymadığını sorunuz
12.	Hava yolu ile iletim kemik iletimine göre daha iyi olduğu için hastanın sesi bir süre daha duyması beklenir
13.	1-8 nolu basamakları diğer kulak için yineleyiniz
	WEBER TESTİ
14.	512 Hz'lik dipozonu sapından tutup, diğer avucunuza vurunuz
15.	Sürekli bir titreşim olmasını bekleyiniz
16.	Diapozonun sapını kafatasının ortasından geçen çizgi üzerinde hastanın kafatasına yaslayınız
17.	Sesi ne taraftan işittiğini sorunuz
18.	Hasta bir tarafta daha iyi duyuyor ise, "Weber o tarafa lateralize" olarak belirtilir
19.	Hastayı durumu hakkında bilgilendiriniz

DERİ MUAYENESİ REHBERİ

Kimlik bilgileri

İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek,

Ana yakınma

Deri ile ilgili: Kızarıklık, renk değişimi ve/veya kabarıklık ve/veya kepeklenme, kabarcıklar, yaralar
Deri ekleri ile ilgili: Terleme artması, azalması, renkli ve kokulu terleme; saç dökülmesi, seyrelmesi veya kıllanma artışı, kılda yapısal değişiklikler..vs; tırnakların renk ve yapısal değişiklikleri.
Mukozal değişiklikler ile ilgili: Oral ve dış genital bölgedeki renk değişiklikleri, kabartılar, kabarcıklar, ülserler…vb.

Subjektif yakınmalar: Kaşıntı, yanma, batma, ağrı

Şimdiki hastalığının öyküsü

1. **Hastanın doktora başvurma nedeni**
2. **Belirtilerin karakterleri**

Deri ile ilgili

- Yeri: Vücut yüzeyi üzerinde yakınmanın yerleştiği deri bölgesi/bölgeleri .. Lokalize/generalize.
- Özelliği: İlk belirti ve lezyon karakterinde zaman içinde değişim, yayılım Örn: Kaşıntı tarzı, ağrı, sızıntı, akıntı, kanama, rengi, renk değişikliği vs.
- Şiddeti: Hafif, orta, ağır, artma, aynı kalma, azalma
- Zamanı: Başlangıç tarihi, oluşma ve gelişmenin zamanla ilişkisi, tekrarlama varsa tarihi
- Başlangıcı: Ani, yavaş, sürekli ve ilerleyici, aralıklı tekrarlayan (ara iyilik süresi, yineleme sıklığı, yineleme süresi)
- Ortaya çıkaran/arttıran faktörler: Gıda, ilaç, çevre koşulları, iş ve hobiler vs ile ilişkisi
- Hafifleten/geçiren faktörler: İlaçlar, mevsim değişimi vs
- Eşlik eden belirtiler: Sistemik hastalık, yüksek ateş, eklem ağrısı

Saç ile ilgili

- Yeri: Lokalize veya jeneralize, simetrik veya asimetrik
- Özelliği: Seyrelme, tamamen dökülme, yeni saç çıkışı olup olmadığı, mevcut kıllarda belirginleşme olup olmadığı
- Şiddeti: Hafif, orta, şiddetli, artma, aynı kalma, azalma
- Zamanı: Başlangıç tarihi, oluşma ve gelişmenin zamanla ilişkisi, tekrarlama varsa tarihi
- Başlangıcı: Ani, yavaş, sürekli ve ilerleyici
- Ortaya çıkaran/arttıran ve/veya hafifleten/azaltan faktörler: Travma, alışkanlıklar, fiziksel stres, kullanılan ilaçlar
- Birlikte olan diğer belirtiler: Ağrı, kaşıntı, diğer döküntüler, diğer vücut kıllarının durumu, sistemik hastalık, yüksek ateş vs.

Tırnaklar ile ilgili

- Yer: Tek/birden fazla tırnak tutulumu, simetrik veya asimetrik tutulum
- Özelliği: Renk değişikliği ve renk, kalınlaşma, kalınlaşmanın şekli, ayrışmanın bölgesi, genişleme, yaygınlaşma vs.
- Şiddeti: Hafif, orta, şiddetli, artma, aynı kalma, azalma
- Zamanı: Başlangıç tarihi, oluşma ve gelişmenin zamanla ilişkisi, tekrarlama varsa tarihi
- Başlangıcı: Ani, yavaş, sürekli ve ilerleyici
- Ortaya çıkaran/arttıran faktörler: travma, kozmetik alışkanlıklar, fiziksel stres vs.

- Birlikte olan diğer belirtiler: eşlik eden diğer döküntüler, diğer tırnakların durumu, kullanılan ilaçlar, sistemik hastalık veya ateş

3. Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar
4.Belirtilerle ilgili geçmiş durum önceki yerel/sistemik tedavi süresi ve cevabı
5.Geçmiş kayıtların verileri (Laboratuvar verileri, patoloji sonucu vs.)
6.Yapılmakta olan yerel ve sistemik tedavi ve süresi
7.Hastanın hastalığı nasıl algıladığı (etkilenmeleri/korkuları)
8.Hastalığın ve/veya tedavinin hastanın yaşamına, işine, ilişkilerine etkisi
9.Hastanın beklentileri

Geçmiş Tıbbi Öykü

1. Çocukluk hastalıkları
2. Aşılama
3. Erişkin hastalıkları/hastaneye yatma (tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar), başka deri hastalığı, venereal hastalıklar
4. Operasyonlar (bölgesel lezyonlar)
5. Yaralanmalar/kazalar
6. Transfüzyonlar, kan ürünlerinin kullanımı

Şimdiki sağlık durumu

1. İlaçlar
2. Alerji ve atopi öyküsü
3. Sağlık taramaları (önceki muayeneler, alerji testleri, vb.)
4. Diyet, uyku, egzersiz
5. Alışkanlıklar: sigara, , alkol, uyuşturucu
6. Yolculuk
7. Hobileri (hayvan besleme, bahçe işleri, boya vs.)

Sistemlerin gözden geçirilmesi

SİSTEMLERE YÖNELİK DERİ HASTALIKLARI FİZİK MUAYENE REHBERİ

Genel Bilgiler

Genel yaklaşım

Muayene odasının iyi ışıklandırılmış olmasına dikkat edilmelidir. (doğal gün ışığı veya benzer suni ışıklandırma).

Deri ve mukozalar kontrol edilmelidir. Genel deri muayenesi sırasında kıvrımların kontrol edilmesi önemlidir.

İnspeksiyon ve Palpasyon

A. Deri: Deri inspeksiyon ve palpasyon ile muayene edilerek şu özelliklerine dikkat edilir:

1. Derinin rengi: Pigmentasyon artışı/kaybı, kırmızılık, solukluk, siyanoz: mavimsi renk, sarılık: sklera, palpebral konjuktiva, dudaklar, sert damak, dilin alt yüzü ve deride sarılık görülebilir.
2. Derinin nemi: Kuru, terli veya yağlı olup olmadığı kontrol edilir.
3. Derinin sıcaklığı: Parmakların tersiyle derinin genel sıcaklığına ve varsa kırmızı alanların sıcaklığına bakılır.
4. Derinin yapısı kontrol edilir.
5. Derinin mobilite ve turgoru: Deriyi tutup kaldırarak kolay kalkıp kalkmadığı (mobilite) ve bırakınca yerine dönme hızı (turgor) değerlendirilir.
6. Herhangi bir lezyon varsa aşağıdaki özellikleri kontrol edilir:

- Anatomik yeri ve vücuttaki dağılımı: Lokalize mi, jeneralize midir? Açık yerlerde mi, intertriginöz alanlarda mı veya spesifik allerjenlerin temas ettiği yerlerde midir (yüzük, bilezik, kimyasal madde vb.)?
- Düzeni (lineer, küme halinde, anüler, ark şeklinde, dermatomal, vb.)
- Tipi (makül, papül, vezikül, vb.)
- Rengi

7. Müköz membranların rengi kontrol edilir.
8. Lenf bezi muayenesi: Lenf bezlerinin büyüklüğü, birbirine ve etrafa olan yapışıklığı, ağrılı olup olmadığı araştırılır.

B. <u>Saç:</u> Hem deri hem de kıllar yönünden bakılmalıdır. İnspeksiyon ve palpasyonla saçların miktarı, direnci, dağılım, yapı, renk özellikleri değerlendirilir, parazit bulunup bulunmadığı incelenir.

C. <u>Tırnaklar:</u> İnspeksiyon ve palpasyonla el ve ayak tırnaklarının renk ve şekil özellikleri değerlendirilir.

DERİ MUAYENESİ	

NO	BASAMAKLAR
1	Ellerinizi yıkayınız.
2	Hastayı deri muayenesi hakkında bilgilendiriniz ve rahat olmasını söyleyiniz.
3	Derinin ve mukozalarda pigmentasyon artışı, pigmentasyon kaybı, kırmızılık, solukluk, siyanoz sarılık olup olmadığını kontrol ediniz.
4	Derinin kuru, terli veya yağlı olup olmadığını kontrol ediniz.
5	Parmakların tersiyle derinin genel sıcaklığı ve varsa kırmızı alanların sıcaklığına bakınız.
6	Deri yüzeyinin düzgün olup olmadığını kontrol ediniz.
7	Derinin mobilite ve turgoruna bakınız.
8	İnspeksiyon ve palpasyon ile saçların miktar, dağılım, yapı ve rengini kontrol ediniz.
9	El ve ayak tırnaklarını inspeksiyon ve palpasyon ile renk, şekil ve lezyon açısından muayene ediniz
	HASTANIN LEZYONUNA YÖNELİK
10	Derideki lezyonları belirleyiniz
11	Lezyonun anatomik yeri ve vücuttaki dağılımına bakınız.
12	Derideki lezyonların şeklini tanımlayınız.
13	Lezyonun yüzey özelliklerini (düz, filiform, kabartılı, girintili-çıkıntılı, kuru, nemli, yağlı olması) belirleyiniz.
14	Lezyonun dizilimini (lineer, küme halinde, anüler, ark şeklinde ve dermatomal) kontrol ediniz.
15	Lezyonun palpasyonla kıvamına (yumuşak, sert) bakınız.
16	Lezyonun palpasyonla ağrılı olup olmadığını kontrol ediniz.
17	Lezyonun kaidesinin özelliklerini (alttaki dokulara yapışık olması, mobil olması, sert veya yumuşak olması, ince saplı veya geniş olması …vb) belirleyiniz.
18	Hastaya muayene bulguları ile ilgili bilgi veriniz.
19	Ellerinizi yıkayınız.

KALP MUAYENESİ REHBERİ

Tarih ve saat
Kimlik bilgiler: İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres
Kimden alındığı?
Ana yakınma: Göğüs ağrısı, nefes darlığı (solunum sıkıntısı - dispne), yorgunluk, öksürük, çarpıntı, bilinç kaybı (senkop), bacak ağrısı ya da kramplar, ödem- şişlik
Şimdiki hastalığının öyküsü:
1. Belirtilerin karakterleri

Göğüs ağrısı:

- **Yeri:** Sternum üzeri, tüm göğüs duvarı, sol göğüs duvarı
- **Yayılımı:** Epigastrium, sol meme üzeri, sırt, sol kol, çene, dişler
- **Özelliği:** Yanma, acı, sızlama, baskı, sıkıştırma, yırtıcı, künt, keskin vb.
- **Şiddeti:** Yapılan işe engel olması, ağrı geçene kadar durma gereksinimi, uykudan uyandırması
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi (kısa- 2-10 dk.; uzun- 15 dk.'dan uzun)
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, istirahat sırasında, eforla
- **Ortaya çıkartan, arttıran faktörler:** Fiziksel efor, duygusal durum, yeme, öksürme, soğuk havalar vb.
- **Hafifleten etkenler:** Dinlenme, pozisyon değişikliği, egzersiz, nitrogliserin, digoksin, diüretikler, beta blokerler, antihipertansif ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Gerginlik, solunum sıkıntısı, terleme, sersemlik hali, bulantı ve kusma, bayılma, soğuk nemli cilt, morarma, solukluk, şişme veya ödem (herhangi bir yerde farkedilen, kalıcı ya da günün belli bir zamanında)

Nefes Darlığı (Solunum sıkıntısı- dispne):

- **Özelliği:** Nefes alamama, nefesin yetmemesi, boğulma hissi, tıkanma hissi vb.
- **Şiddeti:** Hafif, orta derecede, çok yoğun vb.
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi (kısa- uzun)
- **Başlangıcı:** Dinlenme halinde dispne, ani, giderek artan, sadece geceleri yatmakla (paroksismal gece dispnesi) vb.
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, giderek artan
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Fiziksel efor (efor dispnesi), sırtüstü yatmakla artan (ortopne), öksürme vb.
- **Hafifleten faktörler:** Yastık sayısını arttırmak (kullanılan yastık sayısı?), pozisyon değişikliği (oturur duruma gelmek, ayağa kalkmak vb.), oksijen almak, nefes açıcı ilaçlar, diüretikler vb.
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Gerginlik, göğüs ağrısı, terleme, bayılma, morarma, solukluk, şişme veya ödem (herhangi bir yerde farkedilen, kalıcı ya da günün belli bir zamanında)

Yorgunluk (" Alışık olunandan farklı veya kalıcı olarak günlük işlerini sürdürememe, yatağa daha erken gitme gereksinimi "):

- **Yeri:** Genel beden yorgunluğu, kol-bacak yorgunluğu
- **Şiddeti:** Hafif, orta, belirgin
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi (gün içinde belirli bir süre boyunca, tüm gün, günler boyu vb.)
- **Başlangıcı:** Sabahları, akşam saatlarında, günün her saatinde, geceleri; ani, yavaş

- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, giderek artan
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Fiziksel efor (kladikasyo intermittant)
- **Hafifleten faktörler:** Dinlenme, uyku, ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Eforla solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı, çarpıntı, ortopne, iştahsızlık, bulantı, kusma

Öksürük:

- **Özelliği:** Kuru, balgamlı, gıcık tarzında
- **Şiddeti:** Hafif, orta belirgin
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi (kısa- uzun)
- **Başlangıcı:** Ani ya da giderek artan biçimde, geceleri, sırtüstü yatmakla
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Belirli bir sıklığı olmayan, sürekli ve tekrarlayıcı vb.
- **Ortaya çıkaran, arttıran faaktörler:** Fiziksel efor, sırtüstü yatmak, havasız ortam
- **Hafifleten faktörler:** Balgam çıkarmak, pozisyon değiştirmek, ilaçlar

Çarpıntı:

- **Özelliği:** Kalbin hızlı atması, kalbin güçlü kasılması, "göğüste bir kuş çırpınıyor"hissi, kalpte bir boşluk ve ardından güçlü bir atım hissi
- **Şiddeti:** Çok hızlı, kalbin göğüsten fırlayacak gibi olması
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi (kısa, uzun, bir anlık, birkaç sn. veya dk., saatlar boyu vb.)
- **Başlangıcı:** Aniden, giderek artan biçimde
- **Bitişi: Aniden, giderek azalan biçimde**
- **Akut-kronik:** Bir kez mi oldu, tekrarlıyor mu?
- **Sıklığı, izlediği yol:** Seyrek, belli zamandaki ortalama sayısı, tekrarlama aralıklarında değişiklik var mı, aniden sonlanan, giderek artan vb.
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Fiziksel efor, heyecan, üzüntü, kızgınlık vb. gibi duygusal stres durumları, kahve gibi bazı içecekler vb.
- **Hafifleten faktörler:** Dinlenme, nefesini tutma, derin nefes alma, ıkınma, gözlerine bastırma, boynuna bastırma, ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Gerginlik, ateş, terleme, göğüs ağrısı, nefes darlığı, tıkanma hissi, bayılma, tuvalete gitme isteği(işeme)

Bilinç Kaybı (senkop):

- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi (ne kadar baygın kaldığı; sn., dk..)
- **Akut-kronik:** Bir kez mi oldu, tekrarlıyor mu?
- **Sıklığı, izlediği yol:** Seyrek, belli zamandaki ortalama sayısı, tekrarlama aralıklarında değişiklik var mı?
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Fiziksel efor, duygusal dalgalanmalar, özel bir durum (boyunun ani hareketi, postür değişikliği, uzun süre ayakta kalma, miksiyon vb.), bazı besinler (deli bal, bazı işlenmemiş doğal bitki özleri), ilaçlar (kalp ilaçları)
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Çarpıntı, solukluk, morarma, idrar-gaita kaçırma, kasılma, herhangi bir travma izi vb.

Bacak ağrısı ya da kramplar:

- **Yeri:** Baldır, bacak, ayaklar, başparmaklar, bacak arası vb.
- **Yayılımı:** Gluteus bölgesi, bel, bacağın diğer bölümleri
- **Özelliği:** Künt, keskin, yanıcı, zonklayıcı vb.; hareketle başlayan özel yerleşimli ağrı
- **Şiddeti:** Yapılan işe engel olması, ağrı geçene kadar durma gereksinimi
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi (kısa- 2-10 dk.; uzun- 15 dk.'dan uzun)
- **Başlangıcı:** Nasıl başladığı (ani, artarak)

- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, tekrarlama sayısı
- **Ortaya çıkartan, arttıran faktörler:** Yürümek (ne kadar yol?), koşmak gibi eforla, dinlenme sırasında, son zamanlarda bacakta oluşan zedelenme ya da hareketsizlik.
- **Hafifleten faktörler:** Dinlenme, bacakların yukarı kaldırılması, ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:**
  Bacaklarda veya ayaklarda deri değişiklikleri: soğuk deri, solukluk, tüy-kıl kaybı, ağrı-yanma
  Ven üzerinde kızarıklık veya sıcaklık, venlerin belirginleşmesi
  Yorgunluk veya topallama-aksama: yürümekle ortaya çıkan, yürümekle iyileşen
  Gece uyanma
  Bacak-ayak şişiliği, yaralar, uyuşma vb.

Ödem- Şişlik:

- **Yeri:**Ayak bileği, tibia önü, tüm alt ekstremite, kollar, gözler, karın, yüz ve göğüs üst kısmı ile sınırlı, yaygın..
- **Özelliği:** Basmakla iz bırakan/bırakmayan, gergin
- **Şiddeti:** Lokalize-belirli bir bölgede, yaygın-tüm vücutta
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, günün hangi saatlerinde daha belirgin
- **Başlangıcı:** Ani, giderek belirginleşen biçimde
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, istirahat sırasında, eforla
- **Ortaya çıkartan, arttıran faktörler:** Uzun süre ayakta kalma, günlük işlerini yaparken, tuzlu yemek, kendiliğinden
- **Hafifleten faktörler:** Dinlenme, ayakları uzatma-kaldırma, ilaçlar (diüretik), tuzsuz yemek
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Sarılık, dispne, çabuk yorulma, ayak parmaklarında şekil değişiklikleri, ayak-bacakta yaralar ve renk değişiklikleri

2.Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar
3.Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum
- Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

4.Önemli pozitif ve negatif saptamalar

Geçmiş tıbbi öykü

1.Çocukluk hastalıkları: Romatizmal ateş, açıklanamayan ateş, eklem şişlikleri vb.; doğumsal kalp hastalıkları
2.Erişkin hastalıkları/hastaneye yatma: Süregen hastalıklar, kalp cerrahisi ya da kardiyak değerlendirme veya hastalık için hastaneye yatırılma, hipertansiyon, kanama bozuklukları, lipid anormallikleri, şeker hastalığı, koroner arter hastalığı

Şimdiki sağlık durumu

1.Sağlık taraması (önceki muayeneler, kolesterol, vb.)
2.Diyet, uyku, egzersiz: Her zamanki diyet: yağ miktarı, yemek tercihleri, özel diyet öyküsü

3.Sigara, alkol, uyuşturucu
Tütün tipi (sigara, puro, pipo, çiğneme tütünü, enfiye, nargile); Kullanma süresi; Miktarı: günlük paket/adet sayısı, yıllık paket sayısı (tütün içilen yıl x günlük paket sayısı); Alkol tüketimi: miktar, sıklık, süre, en son ne zaman

<u>Aile öyküsü</u>

1.Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü (eğer gerekirse soyağacı üzerinde gösterin): Şeker hastalığı, kalp hastalığı, lipid anormalliği, hipertansiyon, doğumsal kalp hastalıkları, aile bireylerinde hastalığın saptandığı yaş
2.Ölümler: tarihler ve ölüm yaşları
Ani ölüm – özellikle genç ve orta yaşlı akrabalarda; Ölüm nedeni

KALP MUAYENESİ REHBERİ

Amaç: Kalp muayenesi konusunda beceri kazanmak

	İŞLEM BASAMAKLARI
1.	Hastaya yapılacak muayenenin anlatılması
2.	Hastadan gövdesinin üst kısmını açıkta bırakacak şekilde soyunmasının istenmesi
3.	Hastanın karşısına geçilerek kalp ve damar hastalıklarının genel bulguları (**çomak parmak, siyanoz, ödem vb.**) yönünden gözlenmesi
4.	Hastanın başı 30 derece yükseltilmiş biçimde sırtüstü yatırılması ve değerlendirme için hastanın sağ tarafına geçilmesi
5.	Göğüs ön duvarının hareketinin **(prekordiyal hareket)** gözlenmesi
6.	Prekordiyal aktivitenin sağ elin parmak uçlarıyla palpe edilmesi ve en güçlü (**maksimal**) vurunun olduğu yerin bulunması (**Kalbin tepesi, apeks, sol ventrikül alanı**). Vurunun yeri, büyüklüğü ve niteliğinin kaydedilmesi
7.	**Kalp seslerinin oskültasyonu**: Hasta aynı durumdayken steteskopun diyafram kısmıyla sternumun sağında 2. kosta aralığından **aort alanı**nın dinlenmesi.
8.	Steteskopun diyafram kısmıyla sternumun solunda 2. kosta aralığından **pulmoner alanın** dinlenmesi
9.	Steteskopun diyafram kısmıyla sternumun solunda 3., 4. ve 5. kosta aralıklarından ve ksifoid çıkıntı üzerinden **mezokardiyak alan** ile **triküspit alanın** dinlenmesi
10.	Steteskopun diyafram kısmıyla apeksten **mitral alanın** dinlenmesi
11.	Ek sesleri ortaya koymak için steteskopun çan kısmıyla sternum solunda 4. ve 5. kosta aralığından dinlenmesi
12.	Hasta sol tarafına doğru döndürülüp steteskopun çan kısmıyla apeksten dinlenmesi (mitral alandaki seslerin yayılımı için..)
13.	Hastanın oturtulup öne doğru eğilmesinin sağlanması ve nefesini verip soluğunu tutması söylenerek steteskopun diyafram kısmıyla sternum solunda 3. ve 4. kosta aralığından dinlenmesi (ek sesler ve perikard sürtünme sesi için...)
14.	S1 ve S2 nin nitelikleri (sert, yumuşak, silik gibi..) (S3), (S4) ve birlikte duyulan herhangi bir üfürümün derecesi ve biçiminin (konfigürasyon) (" 2/6", pansistolik ", " kreşendo " vb.) kaydedilmesi
15.	Arter nabzı: El bileğinin dış kısmında radyal artere işaret ve orta parmaklarla bastırılarak nabzın düzenli olup olmadığının kontrol edilmesi ve nabzın 1 dk. boyunca sayılarak kaydedilmesi
16.	Eğer herhangi bir düzensizlik varsa steteskopla kalbin tepesinden dinleyerek ritmin tekrar kontrol edilmesi. Düzensiz bir ritm varsa ritmin özelliği ve soluk alıp vermeyle ilişkisinin kaydedilmesi.
17.	Hasta orta ya da ileri yaşta ise steteskopun çan kısmının çene ile boynun birleştiği alanda karotis arterinin üzerine yerleştirilerek hastaya soluğunu bir süre tutmasının söylenmesi. Karotis arter üzerinde üfürüm duyulursa kaydedilmesi.
18.	Hastanın kan basıncının uygun şekilde ölçülmesi.

VASKÜLER SİSTEM MUAYENE REHBERİ

Tarih ve Saat
Kimlik bilgileri (İsim, yaş, cinsiyet, sosyal güvence, adres)
Kimden alındığı?
Ana yakınma: Bacak ağrısı (istirahat veya eforla), kramp, yara, nekroz, gangren, ödem-şişlik, kızarıklık, varis
Kol ağrısı (istirahat veya eforla), şişlik, nekroz.
Şimdiki hastalığının öyküsü:
1.Belirtilerin karakterleri
Bacak ağrısı:

- **Yeri:** Sağ veya sol bacak veya her ikisi, kasık, uyluk, baldır, ayaklar, parmaklar, vb.
- **Yayılımı:** Gluteus bölgesi, bel, bacağın diğer bölümleri
- **Özelliği:** Künt, keskin, yanıcı, zonklayıcı, sürekli veya eforla, uzun süre ayakta durunca
- **Şiddeti:** Yapılan işe engel olma, ağrı geçinceye dek durma gereksinimi, günlük yaşantısını engelleyen, uykudan uyandıran, sürekli ağrı kesici almasını gerektiren
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, ağrının süresi, yakınmasının ne kadar süredir olduğu (saat, gün, hafta, ay, yıl)
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Akut-kronik**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran/arttıran faktörler:** Yürümek (ne kadar mesafe?), koşma gibi eforlar, dinlenme sırasında, son zamanlarda bacakta oluşan zedelenme, uzun süreli hareketsizlik (uzun yolculuk, ameliyat sonrası yatak istirahati, vs)
- **Hafifleten/yavaşlatan faktörler:** Eforun kesilmesi, bacakların yukarı kaldırılması, dinlenme, ilaçlar
- Birlikte olan diğer belirtiler: **Bacaklarda veya ayaklarda deri değişiklikleri (soğukluk, solukluk, tüy kaybı, ağrı-yanma), yaygın, lokal veya venler üzerinde kızarıklık veya sıcaklık, hassasiyet, venlerin belirginleşmesi, yorgunluk veya topallama-aksama (yürümekle ortaya çıkan, yürümekle iyileşen), gece uyanma, bacak-ayak şişliği, yaralar, uyuşma, kramp, vb.**

Ödem-Şişlik:

- **Yeri: Sağ veya sol veya her iki taraf, a**yak bileği, tibia önü, tüm alt ekstremite, üst ekstremite, gözler; tek taraflı, çift taraflı
- **Yayılımı:** Karın, yüz ve göğüs üst kısmıyla sınırlı, yaygın
- **Özelliği:** Basmakla iz bırakan, iz bırakmayan-gergin
- **Şiddeti:** Lokalize-belli bir bölgede, yaygın-tüm vücutta
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi, ne kadar sürdüğü (saat, gün, hafta, ay, yıl), günün hangi saatlerinde daha belirgin
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Akut-kronik**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran/artıran faktörler:** Uzun süre ayakta kalma, günlük işler sırasında, tuzlu yemek, kendiliğinden
- **Hafifleten/yavaşlatan faktörler:** Dinlenme, ayakları uzatma-kaldırma, ilaçlar (diüretik), tuzsuz yemek
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Dispne, çabuk yorulma, ayak parmaklarında şekil değişiklikleri, ayak-bacakta yaralar ve renk değişiklikleri

2. Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar

3. Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum
Daha önceki tedavi? Tedaviye alınan yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

4. Önemli pozitif ve negatif saptamalar
Geçmiş tıbbi öykü

Şimdiki sağlık durumu
Aile öyküsü
Kişisel ve sosyal öykü
Sistemlerin gözden geçirilmesi
Düşünceler

GENEL BİLGİLER

I. BİLİNMESİ GEREKEN KONULAR:
1-Dolaşım sistemi anatomi ve fizyolojisi
2-Normal muayene yöntem ve teknikleri: inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon

II. TOPOGRAFİK ANATOMİ: Boyun, sternokleidomastoid kası, koltukaltı, dirsek çukuru, el bileği, kasık-kasık bağı, diz-diz arkası çukur, ayak bileği-ayak sırtı

III. FİZİK MUAYENE
Periferik damar sisteminin değerlendirilmesi temelde kolların ve bacakların inspeksiyonuna, nabızların palpasyonuna ve ödem varlığını aramaya dayanır. Bir anormallik düşündüğünüz zaman ek yöntemler gerekebilir.

Genel yaklaşım
Bu muayene için hasta uygun biçimdi soyunmuş olmalıdır. Siyanoz, ödem, kılların dağılımı vb. genel bulgular gözlenmelidir.

İnspeksiyon
1. Kol ve bacakları iki taraflı olarak gözleyin.
2. Büyüklük ve simetri farkı açısından iki tarafı karşılaştırın.
3. Herhangi bir ekstremitede şişlik bulunup bulunmadığını gözleyin.
4. Ödem arayın. Ayak ve bacağın birini göreli büyüklükleri ve ven, tendon ve kemiklerin belirginlikleri açısından diğeri ile karşılaştırın.
5. Venlerin biçim, görünüm ve seyirlerini gözleyin.
6. Kol ve bacaklardaki derinin ve tırnak yataklarının renklerini ve derinin yapısını karşılaştırın. (Bölgesel kızarıklık, yara, nedbe)
7. Hasta ayakta iken variköz değişiklikler için safen ven sistemini gözleyin. (Ayakta durma herhangi bir variköz oluşumun kanla dolmasını ve görünür hale gelmesini sağlar).

Palpasyon
1. Kol ve bacakların sıcaklıklarını elinizin sırtıyla kontrol edin.
2. Daima diğer tarafla karşılaştırın.
3. Derinin kalınlığını elinizle değerlendirin (çift taraflı).
4. Çukurluk bırakan ödem bulunup bulunmadığını kontrol edin. Başparmağınızla kuvvetlice ancak nazik olarak en az 5 sn. boyunca her bir ayağın sırtına, iç malleole ve tibia ön yüzlerine bastırın. Normalde gode kalmaz.
Ödemin şiddeti, hafiften belirgine doğru dört puanlık bir skala ile değerlendirilir(+, ++, +++ ve ++++ gibi).

Ödem seyrinin izlenmesinde ayak çevresinin, ayak bileğinin üzerindeki en küçük çevrenin, incik kemiği üzerinden en geniş çevrenin mezur ile ölçülmesi yardımcı olabilir.
5. Kol ve bacaklardaki arter nabızlarını palpe edin.

Oskültasyon
1. Her iki karotis nabzını palpe ettikten sonra üzerinden oskültasyon yapılarak üfürüm arayın.
2. Steteskop ile göbek çevresi oskülte edilir, abdominal aorta üzerinde üfürüm aranır.
3. Her iki femoral nabız palpe edildikten sonra üzeri oskülte edilir, üfürüm aranır.

SİSTEMATİK MUAYENE
Değerlendirme basamakları
Üst Ekstremite
1. Her iki kolu parmak uçlarından omuzlara kadar gözleyin.
2. Büyüklük ve simetri farkı olup olmadığını, şişlik bulunup bulunmadığını kaydedin.
3. Venlerin biçim ve görünümünü (patern) kaydedin.
4. Derinin ve tırnak yataklarının rengi ile derinin yapısını kaydedin.
5. Radial nabzı, parmak uçlarınızın iç yüzü ile bileğin fleksör yüzünün lateral kısmından palpe edin. Hastanın bileğini kısmen kıvırmak bu nabzı hissetmenizde yardımcı olabilir.
6. Her iki koldaki nabızları karşılaştırın (nabızlar artmış, normal, azalmış veya kaybolmuş şeklinde tanımlanabilir).
7. Brakiyal nabız için; Hastanın dirseğini hafifçe kıvırın ve diğer elinizin başparmağıyla antekübital çizginin üstünde biseps tendonunun iç kısmında arteri palpe edin. Brakiyal arter, kolda biseps ile triseps kaslarının arasındaki olukta daha yukarılarda da hissedilebilir.
Alt Ekstremite
Hasta yatar durumda ve dış genital organlar örtülü ancak bacaklar tümüyle açık olacak şekilde soyunmuş olmalıdır.
1. Her iki bacağı kasık ve kalçalardan ayaklara kadar gözleyin.
2. Büyüklük, simetri ve herhangi bir şişlik olup olmadığını kaydedin.
3. Venlerin görünümünü ve herhangi bir venöz genişleme olup olmadığını kaydedin.
4. Bacaklardaki herhangi bir renk değişikliği, kızarıklık, nedbe veya yarayı kaydedin.
5. Derinin rengi ve yapısını, tırnak yataklarının rengini ve kılların dağılımını kaydedin.

VASKÜLER SİSTEM FİZİK MUAYENE REHBERİ

Amaç: Periferik damar sistemi muayenesi konusunda beceri kazanmak

NO	BASAMAKLAR
1.	Hastanın muayene masasına oturtulması, kollarının omuzdan itibaren açıkta olması, hekimin hastanın karşısına geçmesi ve fizik muayane için bilgi verilmesi
2.	**Kollarda damar muayenesi:** Her iki kolun parmak uçlarından omuzlara kadar inspeksiyonu (büyüklük, simetri farkı, şişlik, bölgesel kızarıklık, yara, nekroz, gangren bulunup bulunmadığı kaydedilir)
3.	Her iki koldaki venlerin biçimleri, görünümleri ve seyirleri ile derinin ve tırnak yataklarının rengi kaydedilir.
4.	Ellerin sırtıyla bölgesel sıcaklık artışı ve kollar arasında sıcaklık farkı bakılır.
5.	Başparmakla kolların dış yüzüne bastırarak ödem bulunup bulunmadığı araştırılır.
6.	Derinin kalınlığı baş ve işaret parmakları arasında palpe edilerek değerlendirilir ve diğer tarafla karşılaştırılır.
7.	El hafif ekstansiyona getirilir, bileğin fleksor yüzünün lateral kısmından, İşaret ve orta parmakların uçları stiloid çıkıntının hemen iç kısmına hafifçe bastırılarak **radiyal nabız** palpe edilir. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır.
8.	Hastanın eli hafif ekstansiyona getirilir, el bileği fleksör yüz mediyal kısmında, fleksör karpi ulnaris tendonunun lateralinden **ulnar nabız** palpe edilir. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır
9.	Hastanın dirseğini hafifçe kıvırıp diğer elinizin başparmağıyla antekübital çizginin üstünde biseps tendonunun iç kısmında **brakiyal nabız** palpe edilir. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır
10.	**Karotis nabzı palpasyonu ve oskültasyonu**: Baş yana çevrilir, hastanın nefesini kısa süreli tutması istenir, çeneyle boyunun birleşme yerinde, sternoklaidomastoid kas mediyal yüzünde **karotis nabzı** palpe edilir ve üzerinden oskültasyon yapılarak üfürüm aranır. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır.*
11.	**Bacaklarda damar muayenesi:** Hasta yatar durumda ve dış genital organlar örtülü ancak bacaklar tümüyle açık olacak biçimde soyunmuş hale getirilir.
12.	Her iki bacağın, kasık ve kalçalardan ayaklara kadar inspeksiyonu yapılır (büyüklük, simetri, şişlik, renk değişikliği, kızarıklık, nedbe veya yara)
13.	Ven görünümleri ve herhangi bir venöz genişleme (variköz değişiklik) olup olmadığı kaydedilir.
14.	Tırnakların yapısı yataklarının rengi ile baldır, ayaklar ve başparmaklardaki kılların dağılımı ve cildin yapısı gözlenir ve kaydedilir.
15.	Derinin kalınlığı baş ve işaret parmakları arasında palpe edilerek değerlendirilip diğer tarafla karşılaştırılır.
16.	Bacakların sıcaklıkları elin sırtıyla kontrol edilir ve iki taraf karşılaştırılır.
17	.Başparmak kuvvetlice ancak nazik olarak en az 3 sn. boyunca sırasıyla her bir ayak sırtına, iç malleole ve tibia ön kısmına bastırılır. Çukurluk varsa kaydedilir ve derecelendirilir.
18	Kasık bağının (inguinal ligaman) altında, ön üst iliak çıkıntıyla simfizis pubisi birleştiren çizginin, yaklaşık olarak ortasında derin biçimde işaret ve orta parmaklar ile bastırılarak **femoral nabız** palpe edilir. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır.
19.	Hastanın dizi, her iki elin parmak uçları ortada arkada birleşecek şekilde kavranır. Diz eklemi yukarı doğru kaldırılır ve diz eklemine pasif fleksiyon yaptırılarak popliteal fossadaki

	fasyanın gevşemesi sağlanır. Her iki elin parmak uçları dizin arkasında orta hatta popliteal çukura doğru bastırılarak **popliteal nabız** atımı derinde hissedilir. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır.
20	Ayak sırtında, 1-2 metatars arasında (ekstansör halusis longus tendonunun lateralinden) **dorsalis pedis nabzı** işaret ve orta parmakla bastırılarak palpe edilir. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır.
21	İşaret ve orta parmaklar ayak bileğinin iç malleolunun arkasında topukla aradaki mesafenin ortasına bastırılarak **posterior tibial nabız** hissedilir. İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır İşlem hem sağ hem sol tarafta yapılır, nabız şiddeti karşılaştırılır.
22	Steteskop ile göbek çevresi ve her iki femoral nabız üzeri oskülte edilir üfürüm aranır.
23	Hasta ayağa kaldırılarak venlerin dolması sağlanır ve özellikle bacak venleri variköz değişiklikler yönünden gözlenir ve palpe edilir.

* Sağ ve sol karotis muayenesi kesinlikle aynı anda yapılmamalıdır.

GÖĞÜS MUAYENESİ REHBERİ

Tarih ve saat
Kimlik bilgileri (İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres)
Kimden alındığı?
Ana yakınma: Öksürük, nefes darlığı, göğüs ağrısı, balgam, hemoptizi

Şimdiki hastalığının öyküsü
1.Belirtilerin karakterleri
2.Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum

- Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

Geçmiş tıbbi öykü
Şimdiki sağlık durumu
Sigara (paket-yıl: örnek: 10 yıl 2 paket/gün= 10x2= 20 paket**.**yıl)
Aile öyküsü
Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü (astım, bronşit, bronşektazi, diabet, kanser, tüberküloz)

GENEL BİLGİLER

I. BİLİNMESİ GEREKEN KONULAR:

- Toraks ve içindeki yapıların anatomisi
- Temel muayene yöntemleri ve doğru teknikler: İnspeksiyon, Palpasyon, Perküsyon, Oskültasyon
- Topografik anatomi

II. FİZİK MUAYENE

Genel yaklaşım

- ❖ Hasta tamamen soyunmalı ve muayene önlüğü giymelidir. Muayene sırasında hasta göğsü tam olarak görülecek şekilde soyunmuş olmalıdır.
- ❖ Muayene sırasında inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyon adımlarının sırası ile uygulanmasına özen gösterilmelidir.
- ❖ Muayene sırasında sağ ve sol taraflar kıyaslanmalıdır.
- ❖ Hastanın solunum sesleri çıplak kulakla dinlenir. (Wheezing, stridor vb. sesler çıplak kulakla duyuluyor mu?)

Göğsün Arkadan Muayenesi: Sırt muayenesi için hasta oturtularak kollarını çaprazlayarak her iki eli ile karşı taraftaki omuzunu tutması istenir. (Hastayı bağdaş kurarak veya eller iki yanına sarkık oturtmak da olasıdır)
Hasta yardımla bile oturamıyorsa yattığı yerde sağa ve sola çevrilerek muayene edilir.

İnspeksiyon

1.Göğüsün şekli incelenir, asimetri veya deformite veya ön-arka çapta artış olup olmadığı gözlenir.

Normalde:
***** Transvers çap AP çaptan büyük olup yaklaşık iki katı kadardır.
*Göğsün iki tarafı arasında tam bir simetri yoktur.
*Vertebra, göğüs kafesi, sternuma ait deformiteler olabilir.

2. Herhangi bir skar, lezyon veya raş olup olmadığı, cildin rengi not edilir.

3. Solunumun hızı, ritmi ve derinliği gözlenir.

Normalde: Solunum hızı 12-20 arasıdır.
Hastaya solunum sesini saydığınızı söylemeyiniz.
Normal solunum rahat ve düzenli olup aşırı yüzeyel ya da aşırı derin değildir.

4. Solunum için harcanan çaba gözlenir. İnterkostal aralıklarda ve supraklavikuler çekilme olup olmadığı gözlenir. İnterkostal aralıklardaki çekilme alt kısımlarda daha belirgindir.

5. Her iki tarafın solunuma zamanında ve eşit katılıp katılmadığı gözlenir.

<u>Palpasyon</u>

1. Kosta ve sternumu palpe ederek duyarlılık, deformite, anormal pulsasyon, şişlik, krepitasyon vb. olan alanları belirleyiniz.

2. Göğüsün ekspansiyonu ve simetrisini değerlendiriniz. Bunun için:
   - Avuçlarınız hastanın sırtına gelecek şekilde her iki elinizi yerleştirin
   - Baş parmaklarınız orta hatta birbirine birleşsin
   - Hastaya derin nefes almasını söyleyin
   - Her iki başparmak orta hattan eşit mesafede uzaklaşmalıdır. Daha az uzaklaşan tarafın akciğeri solunuma daha az katılıyor demektir.

3. Taktil fremitusu (vibrasyon torasik) değerlendiriniz. Bunun için:
   - Hastanın normal bir sesle arka arkaya "on onbir" ya da "kırk kırkbir" demesini isteyiniz.
   - Avuçlarınızın içini kullanarak sırasıyla sağ ve sol atarafı karşılaştırmalı olarak palpe ediniz.
   - Akciğerlerdeki hava yollarından iletilen vibrasyonları hissedeceksiniz.

<u>Perküsyon</u>

Perküsyon göğüs duvarı ve altındaki dokuların harekete geçirilerek duyulabilir ses ve palpe edilebilir vibrasyon oluşturmalarını sağlar. Sol elin orta parmağı hastanın sırtına yerleştirilir. Orta parmağın distal interfarengeal eklemine sağ elin orta parmağı ile, sağ el bileği serbest hareket edecek şekilde birkaç kez vurulur.

1. Her iki tarafı yukarıdan aşağı doğru perküte edin. Skapulanın olduğu alanı geçin, önce skapulavertebral aralığı sonra skapula altını interkostal aralıkları hedefleyerek perküte edin.

2. Her iki taraf arasında farklılık var mı karşılaştırın.

3. Anormal perküsyon sesi duyduğunuz her alanı not edin.

Oskültasyon

Trakeobronşiyal ağaç boyunca hava akımını en iyi değerlendiren muayene yöntemidir. Oskültasyon sırasında: Solunum ile oluşan ses, varsa ek sesler, eğer bir anormallikten şüphe edilmişse hastanın normal ses veya fısıltı ile konuşması sırasında göğüs duvarının geçirdiği sesler araştırılır.

1. Hastanın derin derin ağızdan nefes alıp vermesini isteyin. Perküsyon sırasında önerilen noktaları oskültasyon için de kullanın.

2. Her iki taraf arasında farklılık var mı karşılaştırın.

3. Anormal bir ses duyduğunuz her alanı not edin.
4. Gerekiyorsa göğüs duvarı geçirgenliğine yönelik muayeneleri yapın (fısıltı sesinin iletilmesi, konuşma sesinin iletilmesi vb.).

Göğsün Önden Muayenesi: Hasta ön göğüs muayenesi için yatırılmalıdır. Hastanın iki kolu yanında uzanmalıdır. Nefes darlığı olan hastaların başucu yükseltilmeli ya da oturarak muayene edilmelidirler. Bazı klinisyenler ön göğüs muayenesini tüm hastalarda otururken yapmayı tercih ederler. Bu da kabul edilebilir bir yaklaşımdır.

İnspeksiyon

1. Solunum hızı, derinliği, ritmi. Ekspiratuar faz uzamış ise not edin.
2. Solunum için harcanan çabayı gözleyin. İnterkostal veya supraklavikular retraksiyon olup olmadığı ve yardımcı solunum kaslarının kullanılıp kullanılmadığını gözleyin (sternomastoidler, abdominal kaslar, vb.). İnterkostal retraksiyonlar alt aralıklarda daha belirgindir.
3. Göğüste asimetri, deformite veya göğüs ön-arka çapında artış var mı gözleyin.
4. Her iki tarafın solunuma eşit ve aynı zamanda katılıp katılmadığını gözleyin.
5. Herhangi bir skar, lezyon veya raş not edilir.
6. Diğer uyumlu bulgulara bakın. (tırnakların yapısı, trakeanın yeri, siyanoz vb.)

Palpasyon

1. Kosta ve sternumu palpe ederek duyarlılık ya da deformite olan alanları belirleyin.
2. Trakeanın orta hatta olup olmadığına bakın. Bunun için her iki işaret parmağınızı sternokleidomastoid kas ile trakea arasındaki boşluğa hafifçe sokarak boşluğun eşit olup olmadığını değerlendirin.

Perküsyon

1. Her iki tarafı yukarıdan aşağı doğru perküte edin.
2. Her iki taraf arasında farklılık var mı karşılaştırın.

Oskültasyon

1. Hastanın derin derin ağızdan nefes alıp vermesini isteyin. Perküsyon sırasında önerilen noktaları oskültasyon için de kullanın. Asıl amaç, sırttan oskülte edilmesi imkansız olan sağ orta lobun oskültasyonudur.
2. Her iki tarafı yukarıdan aşağı doğru oskülte edin.
3. Her iki taraf arasında farklılık var mı karşılaştırın.
4. Anormal bir ses duyduğunuz her alanı not edin.
5. Gerekiyorsa göğüs duvarı geçirgenliğine yönelik muayeneleri yapın.

Göğüs Muayenesi

NO	BASAMAKLAR
	GÖĞÜSÜN ARKADAN MUAYENESİ
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi ve üst kısmının tamamen soyunmasının sağlanması
2	Hasta oturtulup kollarını çaprazlayarak her iki eli ile karşı taraftaki omuzunu tutması istenir (bağdaş kurarak oturtulup, eller iki yana sallanabilir). Hasta oturamıyorsa yattığı yerde sağa ve soluna döndürülerek sırtı muayene edilir
3	Solunum hızı, derinliği, ritmi ve solunum için harcanan çabanın değerlendirilmesi
4	Göğüs yapısının değerlendirilmesi (asimetri, deformite veya göğüs ön-arka çapında artış, lezyon)
5	Herhangi bir skar, lezyon veya raş olup olmadığı, cildin rengi not edilmesi
6	Her iki hemitoraksın solunuma eşit ve aynı zamanda katılıp katılmadığının gözlenmesi
7	Mukoza, kulak memesi ve tırnak uçlarının renginin değerlendirilmesi
8	Parmak uçlarının yapısının değerlendirilmesi (çomak parmak)(3.4.5.6.7.8.9. basamaklar inspeksiyon olarak adlandırılır.)
9	Kostalar ve skapulalar palpe edilerek duyarlılık (ağrı) ya da deformite olan alanların belirlenmesi
10	Göğüs duvarının palpe edilerek cilt altı amfizemi ile ilgili olan ciltte krepitasyon olup olmadığının araştırılması
11	Göğsün expansiyonu ve simetrisinin değerlendirilmesi. Bunun için:
12	Avuçlar hastanın her iki göğüs kafesini kaplayacak şekilde her iki elin baş parmak dışındaki dört parmağının sırtta yerleştirilmesi
13	Baş parmakların orta hatta birbirine birleştirilmesi ve hafifçe deri ve derialtı dokusunun birbirine doğru yaklaştırılması
14	Hastaya ağızdan derin nefes almasının söylenmesi
15	Parmakların birbirinden eşit uzaklaşıp uzaklaşmadığının değerlendirilmesi
16	Taktil fremitusun (vibrasyon torasik) değerlendirilmesi. Bunun için:
17	Hastaya normal bir sesle arka arkaya “on onbir” ya da “kırk kırkbir” demesinin söylenmesi
18	Avuçların iç kısımları, elin ulnar kenarı kullanılarak göğüs duvarının sağ ve solda sırasıyla palpe edilmesi
19	Yukarıdan aşağıya simetrik ve karşılaştırmalı olarak işlemi tekrar ederek akciğerlerdeki hava yollarından iletilen vibrasyonların hissedilmesi
20	Değişik hastalıklara bağlı olarak taktil fremitusun azalıp artabileceğinin bilinmesi
21	Göğüs arka duvarının perküsyon ile değerlendirilmesine geçilmesi, bunun için;
22	Devamlı olarak kullanılan elin (genellikle sağ el) orta parmağının uç (pulpa) kısımlarını bilekten hareketlerle diğer elin göğüs duvarına konan sadece orta parmağın üzerine ritmik olarak iki defa vurularak perküsyon tekniğinin öğrenilmesi. Diğer parmakların göğüs duvarına değmemesine dikkat edilmesi
23	Perküsyonda vurulan orta parmağın iki kaburga arasındaki interkostal aralığa yerleşecek şekilde konulacağının öğrenilmesi
24	Skapulalar üzerine perküsyon yapılmaması, bu alanda skapulalar arasındaki paravertebral bölgede parmağın vertebral hatta paralel konularak perküte edilmesi. Skapulaların bitim noktasından itibaren interkostal aralığa perküsyon yapılması
25	Anormal perküsyon sesi duyulan alanların belirlenerek kaydedilmesi
26	Sırtta perküsyon ile sağda ve solda sırasıyla akciğerlerin en alt kesimlerinde sesin matiteye değiştiği alanlara derin inspiryum sırasında perküsyon yapılarak kostafrenik sinüslerin açılıp açılmadığının

	değerlendirilmesi
27	Göğüs oskültasyonunun yapılması, bunun için:
28	Oskültasyon için ortamın sesizliğinin sağlanması
29	Steteskopun diafram kısmının kullanılması
30	Hastaya ağzından ve derin nefes almasının söylenmesi. Perküsyon sırasında önerilen noktaları kullanarak tam bir nefes alıp verme siklusu boyunca oskültasyon yapılması
31	Her iki tarafın yukarıdan aşağıya doğru dinlenmesi
32	Her iki taraf arasında fark olup olmadığının araştırılması
33	Anormal bir ses duyula her alanın not edilmesi
34	Gerekiyorsa göğüs duvarı geçirgenliğine yönelik muayenelerin yapılması, bunun için:
35	Hastanın normal ses veya fısıltı sesi ile konuşması sırasında göğüs duvarının geçirdiği – steteskopa ulaşan ses araştırılması
	GÖĞÜSÜN ÖNDEN MUAYENESİ
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi ve üst kısmının tamamen soyunmasının sağlanması
2	Hastanın muayene masasına sırtüstü yatırılarak kollarının iki yanına uzatılmasının sağlanması
3	Solunum hızı, derinliği, ritmi ve solunum için harcanan çabanın değerlendirilmesi
4	Göğüs yapısının değerlendirilmesi (asimetri, deformite veya göğüs ön-arka çapında artış, lezyon)
5	Kosta ve sternumu palpe ederek duyarlılık (ağrı) ya da deformite olan alanlarının belirlenmesi
6	Göğüs duvarının palpe edilerek cilt altı amfizemi ile ilgili olan ciltte krepitasyon olup olmadığının araştırılması.
7	Taktil fremitusun (vibrasyon torasik) değerlendirilmesi. Bunun için:
8	Hastaya normal bir sesle arka arkaya “Bornova-Bornova” demesinin söylenmesi
9	Avuçların iç kısımları veya elin ulnar kenarının kullanılarak göğüs duvarının palpe edilmesi
10	Yukarıdan aşağıya simetrik ve karşılaştırmalı olarak işlemi tekrar ederek akciğerlerdeki hava yollarından iletilen vibrasyonların hissedilmesi
11	Artmış taktil fremitus saptanması durumunda alttaki akciğer dokularında konsolidasyon (örneğin pnömoni) olduğunun düşünülmesi
12	Trakeanın orta hatta olup olmadığına bakın. Bunun için her iki işaret parmağınızı sternokleidomastoid kas ile trakea arasındaki boşluğa hafifçe sokarak boşluğun eşit olup olmadığının değerlendirilmesi.
13	Göğüs ön duvarının perküsyon ile değerlendirilmesine geçilmesi, bunun için;
14	Devamlı olarak kullanılan elin (genellikle sağ el) orta parmağının uç (pulpa) kısımlarını bilekten hareketlerle diğer elin göğüs duvarına konan sadece orta parmağın üzerine ritmik olarak iki defa vurularak perküsyon tekniğinin öğrenilmesi. Diğer parmakların göğüs duvarına değmemesine dikkat edilmesi
15	Perküsyonda vurulan orta parmağın iki kaburga arasındaki interkostal aralığa yerleşecek şekilde konulacağının öğrenilmesi
16	Perküsyona supraklavikuler fossalardan başlayarak göğüs ön duvarında sağ ve solda yukarıdan aşağıya sırayla sağ-sol şeklinde inilerek, her iki tarafın kıyaslanarak perküsyonun sürdürülmesi.
17	Anormal perküsyon sesi duyulan alanların belirlenerek kaydedilmesi
18	Göğüs oskültasyonunun yapılması, bunun için:
19	Oskültasyon için ortamın sesizliğinin sağlanması
20	Steteskopun diafram kısmının kullanılması
21	Hastaya ağzından ve derin nefes almasının söylenmesi. Perküsyon sırasında önerilen noktaları kullanarak tam bir nefes alıp verme siklusu boyunca oskültasyon yapılması
22	Her iki tarafın yukarıdan aşağıya doğru dinlenmesi
23	Her iki taraf arasında fark olup olmadığının araştırılması

MEME VE AKSİLLA MUAYENE REHBERİ

Tarih ve saat

Kimlik bilgileri: İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres

Kaynak: Anamnezin kimden alındığı, güvenilirlik durumu

Ana Yakınma: Kitle ya da şişkinlik, meme başından akıntı

Şimdiki hastalığının öyküsü

1.Belirtilerin karakterleri

Kitle ya da şişkinlik:

- **Yeri:** Sağ veya sol meme, her iki meme, hangi kadranda, meme başı çevresinde
- **Karakteri:** Boyutları, mobilizasyonu (çevreye fikse olup olmadığı), şekli, ağrılı veya hassas olup olmadığı, üzerindeki ciltte çekinti olup olmadığı
- **Zamanı:** Kitle ilk ne zaman farkedilmiş? Zaman içerisindeki büyüme olup olmadığı, büyüme hızı
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** İlaç kullanımı, menstürasyon ile bağlantısı olup olmadığı
- **İlişkili diğer belirtiler:** Meme ucunda akıntı ya da retraksiyon, ağrılı lenf nodları (aksilla, supraklavikular çukur, alt servikal bölge) duyarlılık ya da ağrı, çekilme ya da meme konturunun bozulması

Meme başından akıntı:

- **Karakteri:** Kendiliğinden mi, sıkmakla mı (spontan – provake), karakteri (Kanlı, seröz, sarı, pürülan, süt renginde, renksiz)
- **Zamanı:** İlk ne zaman farkedilmiş; zaman zaman mı ortaya çıkıyor yoksa sürekli var mı; ?
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Menstrüel siklusla ilişkisi, aktivite, meme travması, en son ne zaman doğum yaptığı, emzirme hikayesi, oral kontraseptif veya antipsikotikleri kullanıp kullanmadığı
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Meme başında retraksiyon; memede kitle ya da ağrı, baş ağrısı, amenore

Memede ağrı:

- **Yeri:** Sağ veya sol meme, her iki meme, hangi kadranda, meme başı çevresinde
- **Karakteri:** Batma, çekilme, yanma, zonklama, acıma
- **Şiddeti:** Hafif, orta, ağır
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi
- **Ortaya çıkartan, arttıran faktörler:** Travmadan sonra, menstruel siklusla ilişkisi, sütyenin baskısı ile oluşan cilt irritasyonu, Ciltte eşlik eden kızarma- ödemli bir şişlik….
- **İlişkili diğer belirtiler:** Kitle veya şişkinlik, meme başı akıntısı

2.Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar

3.Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum

- Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

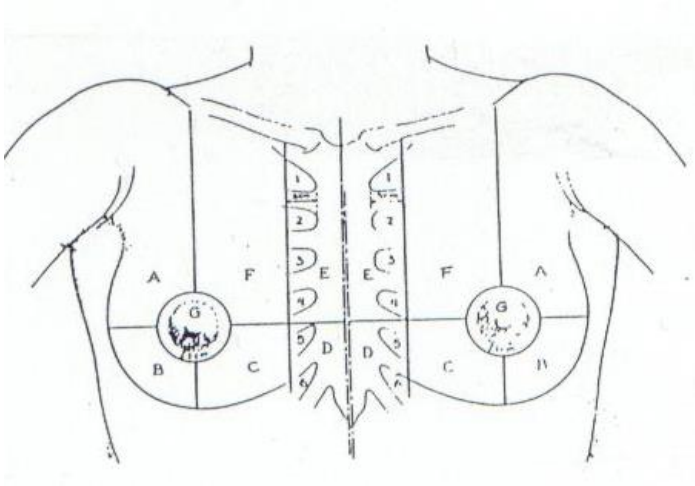
4.Önemli pozitif ve negatif saptamalar

Geçmiş tıbbi öykü
Obstetrik/jinekolojik öykü
Menstürel Öykü:
Obstetrik Öykü:
Menapozal Öykü:
Meme Hastalıkları

Şimdiki sağlık durumu
Rutin meme muayeneleri

<u>Aile öyküsü</u>
Meme kanseri
Memenin benign hastalıkları

Kişisel ve sosyal öykü
Sistemlerin gözden geçirilmesi



GENEL BİLGİLER

I. BİLİNMESİ GEREKEN KONULAR:

1-Meme ve aksilla anatomi ve fizyolojisi
2-Normal muayene yöntem ve teknikleri: inspeksiyon, palpasyon

II. TOPOGRAFİK ANATOMİ:

Meme kadranları: Klinik bulguları tanımlayabilmek için meme iki metodla kadranlara ayrılır. İlkinde, meme başından geçen yatay ve dikey çizgilerle dört kadrana bölünür. İki üst, iki alt kadran oluşur. Üst dış, üst iç, alt dış ve alt iç kadranlar. Diğer metoda ise yedi kadrana bölünür. Bir önceki yöntemdeki çizgilere ek olarak kostokondral eklemin 2-3 cm lateralinden geçen dikey çizgi ile meme 6 kadrana ayrılır. Yedinci kadran ise areolanın dış hattına 1 cm mesafeden geçen dairesel hattın altında kalan dokudan (retroareolar alan) oluşan bölgedir.

Kitle bulunduğu kadran ve saat hizasına göre tanımlanır. Lezyonun uzaklığı meme başına veya areola kenarına olan uzaklığı verilerek tarif edilir.

III. FİZİK MUAYENE

GENEL YAKLAŞIM

Hastanın muayene öncesi tedirginliğini azaltmak için, ne yapılacağı anlatılır. Bu arada, kendi kendine aylık muayene yapıp yapmadığı ve herhangi bir şişlik farkedip farketmediği sorulur. (Eğer kendi kendine muayene yapmayı bilmiyorsa, bu tekniği öğretilip yapmasını sağlanır.)

Meme muayenesi için en iyi zaman menstrual dönemin bitimidir. Eğer premenstruel dönemde memede şüpheli nodül saptanırsa, istisna kabul edilemez, derhal gerekli ileri tetkiklere geçilir

İnspeksiyon: Hasta beline kadar soyunmuş ve oturur pozisyondayken her iki meme ve meme başı inspekte edilir. Derideki değişiklikler, simetri, konturlar ve retraksiyonlar gözlenir (kollar yanlardayken, kollar başın üstündeyken, kollar beldeyken ve her iki kolu yere paralel olarak öne uzatılmışken).

Palpasyon:

Hastadan yatması istenir. Supine posizyonda yatar. Hastanın muayene edilecek taraftaki kolunu başının altına getirmesi sağlanır ve omuzunun altına bir yastık konur. Böylece meme, toraks duvarı üzerine daha iyi yayılacak ve kitleleri saptamak kolaylaşacaktır.

Meme dokusu, meme başından başlanarak ışınşal tarzda veya meme başına paralel sirküler şekilde 2., 3., 4. parmakların pulpası ile hafifçe bastırarak, dairesel hareketlerle palpe edilir. Eğer kitle saptanırsa boyutu, çevre doku ile sınırı, hareketliliği, kıvamı incelenerek not edilir. Palpasyon tamamlandıktan sonra areolaya saat hizaları yönünde parmak ucu ile basılarak meme başı akıntısı olup olmadığı belirlenir.

AKSİLLA:

Muayene masasında belden yukarısı soyunuk iken hastanın tam karşısına geçilir. Hastanın dirsekten kırık kolu hekimin aynı kolu üzerine paralel yatırılmak sureti ile alınır ve hekim eli ile hastanın dirseğini içten kavrar ve dirsekten kırık pozisyondaki hasta kolunu yukarı kaldırır. Şimdi hastanın aksillası açık pozisyondadır ve hekimin palpasyonu yapacak eli boşta ve hazırdır. Diğer elle “tüm parmaklar kapalı, ileri uzatılmış halde” muayeneye başlanır. Aksiller çukurda bulunan yumuşak dokunun tamamı (aksilla bir piramit şeklindedir ve 4 yüzeyi ve zirvesi vardır) parmak uçları ile palpe edilir.

AKSİLLA FİZİK MUAYENE REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi
2	Hastanın muayene masasına belden üstü çıplak ve ayakları aşağıya sarkacak şekilde oturtulması
3	Kollar yukarı kaldırılarak aksilla derisinin gözlenmesi
4	Bir taraf kolun aşağı doğru indirilip, hekimin aynı koluna dirsekten kırık olarak askıya alınması gevşek bir şekilde durmasının sağlanması
5	Hekimin diğer elinin parmaklarını birleştirmesi
6	Parmaklar hastanın klavikula orta noktasını işaret eder yönde, hastanın ilgili aksillasına bastırarak ulaşabilecek en yüksek noktaya ulaşılması
7	Aksiller tüm yüzeylerin parmaklar göğüs duvarına bastırılıp aşağı ve yukarı kaydırılarak lenf nodu olup olmadığının kontrol edilmesi
8	Aynı işlemin diğer tarafta yinelenmesi

MEME FİZİK MUAYENE REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi
2	Hastanın muayene masasına belden üstü çıplak ve ayakları aşağıya sarkacak şekilde oturtulması
3	Hastaya kolları yanlardayken, başın üstündeyken, beldeyken ve her iki kolu yere paralel olarak öne uzatılmışken inspeksiyon yapılır. Derinin görünümü, rengi, kalınlığı, portakal kabuğu görünümü Memelerin büyüklük ve simetrisi Meme başının özellikleri
4	Hastanın sırt üstü yatmasının istenmesi
5	Eğer yakınma tek taraflı ise fizik muayeneye sağlam olan taraftan başlanması
6	Muayene olan tarafta omuzun altına bir yastık konup hastanın o taraftaki elini başının altına koymasının istenmesi
7	Meme dokusu, meme başından başlanarak ışınsal tarzda veya meme başına paralel sirküler şekilde 2., 3., 4. parmakların pulpası ile hafifçe bastırarak, dairesel hareketlerle palpe edilir.
8	Aynı işlemin diğer taraf için yapılması

Tarih ve saat
Kimlik bilgileri (İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, adres)
Kimden alındığı?, hikayenin kimden alındığı

Ana yakınma: Karın ağrısı, kusma, ishal, kabızlık, sarılık, makattan kan gelmesi, yutma güçlüğü….
Şimdiki hastalığının öyküsü
1.Belirtilerin karakterleri

Karın ağrısı:
- **Yeri:** Karın kadranlarına göre lokalizasyonu (Epigastrium, sağ üst kadran, sağ alt kadran …)
- **Yayılımı:** Sırta, toraksa, kasığa…
- **Özelliği** Künt, keskin, yakıcı, kemirici, bıçak batar gibi, kolik, yüzeyel veya derin
- **Şiddeti:** Hafif, orta, şiddetli, kıvrandırır, günlük aktiviteleri engelleyici özellikte veya acile başvurmasını gerektirir
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü (gün, hafta, ay, yıl)
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş, artan – azalan karakterde
- **Sıklığı ve izlediği yol:** Sürekli, ilerleyici, tekrarlayıcı veya aralıklı
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Yemeklerle ilişkisi(gıda çeşidi), defekasyon, idrar yapma, inspirasyon, vücut pozisyonu, gıda ve alkol alımı, stres, günün değişik saatleri, travma ile ilişkisi, açlık, tokluk, ilaçlar (aspirin, NSAİİ, kemoterapötikler)
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar (antiasitler, spazmolitikler, proton pompa inhibitörleri, H2 reseptör blokörleri), yemek yeme, kusma
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Kusma, ishal, kabızlık, gaz, geğirme, sarılık, gaita renginde açılma veya katran gibi gaita, gaita rengi, kokusu, kıvamında değişiklikler, idrar renk, miktar, akış kuvveti vb. bozukluklar

Kusma:
- **Özelliği:** Spontan-provokatif, safralı, gıdalar sindirilmiş mi, fekaloid(intestinal içerik vasfında ve gaita kokusunda), kahve telvesi şeklinde, kırmızı kan içeriyor mu?
- **Şiddeti:** Günde kaç kez, aldıklarının ne kadarını çıkarıyor?
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü (gün, hafta, ay, yıl)
- **Sıklığı ve izlediği yol:** Sürekli, ilerleyici, tekrarlayıcı veya aralıklı
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Yiyecekler, ilaçlar; aspirin, NSAİİ, kortikosteroidler, kemoterapötik ilaçlar, alkol, açlık, tokluk….
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar; antiasitler, proton pompa inhibitörleri, H2 reseptör blokörleri, antiemetikler, pozisyon değişikliği…..
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Ağızdan kan gelmesi, gaz gaita çıkışının olmayışı, karında distansiyon, kabızlık, ishal, ateş, karın ağrısı, adet gecikmesi

İshal:
- **Özelliği:** Sulu, pirinç suyu şeklinde bol, patlayıcı; rengi; kan, mukus, sindirilmemiş besin, yağ içermesi; kokusu;
- **Şiddeti:** Günde kaç kez, miktarı ne kadar (kolonik tipte miktar az, ince barsak tipinde fazla)
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü (gün, hafta, ay, yıl)
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Sıklığı, izlediği yol:** Hergün, haftada birkaç gün, patern değişiklikleri

- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Besinler, stres ile ilişkisi, seyahat öyküsü, ilaçlar (laksatif, purgatifler, antibiyotikler, kemoterapötikler)
- **Hafifleten faktörler:** Antiasitler, spazmolitikler
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Titreme, ateş, susuzluk hissi, kilo kaybı, karın ağrısı ve kramp, fekal inkontinans, kusma

Kabızlık:
- **Özelliği:** Çok sert, keçi pisliği şeklinde, ince-kalem gibi
- **Şiddeti:** Haftalık defekasyon sayısı
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, son gaita çıkarma zamanı
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, ilerleyici, ishal ve kabızlık episodlarının varlığı,
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Diyet; diyetteki son değişiklikler, posalı yiyeceklerin alınmaması, ilaçlar, ameliyat….
- **Azaltan faktörler:** Posalı yiyecekler, lavman
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Karın ağrısı, kusma, tenesmus, gaz-gaita çıkışının olmaması, rektumda ağrı, gaitada kan

Sarılık:
- **Yeri:** Tüm vücutta, skleralarda
- **Özelliği:** Solukluk şeklinde, saman sarısı, portakal rengi
- **Sıklığı, izlediği yol:** Ani veya yavaş ilerleyici, açılıp kapanıyor
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Malign hastalıklar, koledokolithiazis, enfeksiyöz nedenler, İlaçlar, besinler…..
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Abdominal ağrı, titreme, ateş, idrar renginde koyulaşma, akolik gaita, kaşıntı

Makattan kan gelmesi:
- **Yeri:** Makatın içinden, dışından
- **Özelliği:** Taze kan, vişne çürüğü renginde, katran renginde, gaita ile beraber, gaitadan sonra
- **Şiddeti:** Hafif, orta, şiddetli, külotuna bulaşacak kadar, miktarı (yarım fincan vb..)
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş ilerleyici
- **Sıklığı, izlediği yol:** Günde kaç kez olduğu, bir kez olup geçti mi, defekasyonla ilgisi, azalıp artıyor mu?
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Yiyecekler, ilaçlar; antikoagülanlar, kabızlık…….
- **Azaltan faktörler:** Laksatifler, diyet….
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** İshal, kabızlık, makatta ağrı, kaşıntı, ele gelen kitle, tenesmus, karın ağrısı

Yutma güçlüğü:

- **Özelliği:** Sıvı veya katı gıda alımında zorlanma
- **Şiddeti:** Hafif, orta, şiddetli, hiç yutamama
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş ilerleyici
- **Sıklığı, izlediği yol:** Değişmiyor, ilerleyici, tekrarlayıcı
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Aşırı sıcak soğuk yemek, katı gıdalar
- **Azaltan faktörler:** Sıvı gıdalar, yemek yememe
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Yutarken ağrı, regürgitasyon

2. Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar
3. Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum
    - Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
    - Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?
4. Önemli pozitif ve negatif saptamalar

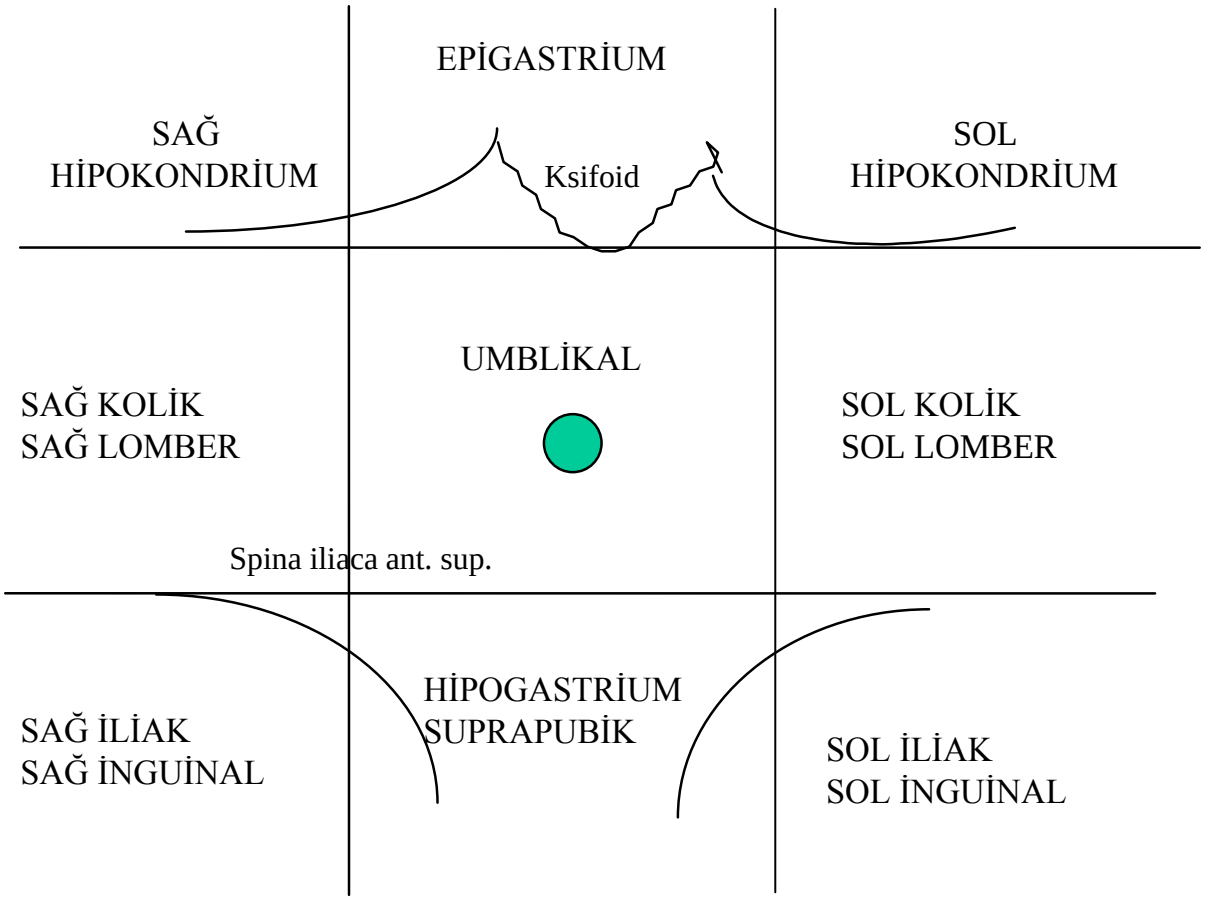
Geçmiş tıbbi öykü
Şimdiki sağlık durumu
Aile öyküsü
Kişisel ve sosyal öykü
Sistemlerin gözden geçirilmesi

GENEL BİLGİLER

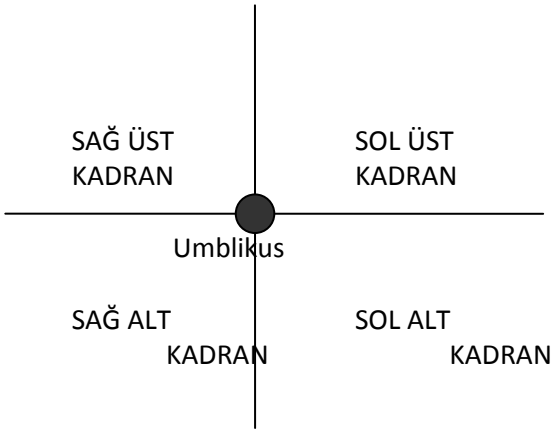
KARIN MUAYENESİ

Hastanın karnı bazı özel amaçlı muayeneler dışında, hasta **sırtüstü** yatarken muayene edilir. Hastaya sakin ve gevşek olarak yatması söylenir. Rutin olarak hastalara dizleri büktürülmez, ancak karın kasları çok gelişmiş hastalarda bacaklar dizden bükülebilir. Muayene sırasında pubis, cinsel organlar ve inguinal bölge de mutlaka incelenmelidir.

Muayenede karın 9 veya 4 bölüme ayrılarak incelenir. Midklaviküler hattan geçen 2 vertikal (dikey), her iki kosta yayından ve spina iliaka anterior süperiordan geçen 2 horizontal (yatay) çizgi ile karın 9 bölüme ayrılır (Şekil 1). Yine umblikusdan geçen horizontal ve vertikal 2 çizgi ile karın 4 kadrana ayrılarak da incelenebilir (Şekil 2).



Şekil 1. Karnı 9 kadrana ayırma ve adlandırma.



Şekil 2. Karnı 4 bölüme ayırma ve adlandırma

Bütün diğer sistem muayenelerinde olduğu gibi karın muayenesinde de dört muayene yöntemi sırasıyla uygulanır.

- **İnspeksiyon**
  1. Karın duvarının solunuma katılıp katılmadığına,
  2. Karın derisine,
  3. Karın şekline, asimetri varlığı, distansiyon…
  4. Karın duvarında ödem veya tümör olup olmadığına,
  5. Karın duvarında genişlemiş ven olup olmadığına,
  6. Karında pulsasyon varlığına,
  7. Karında peristaltik dalga olup olmadığına,
  8. Umblikusun yerine,
  9. Karın duvarında fıtık olup olmadığına bakılır.

- **Oskültasyon**

Diğer sistemlerden farklı olarak GİS hastalıklarında palpasyondan önce oskültasyon yapılır. Bunun nedeni palpasyon ile barsak seslerinin artışının provake edilmemesi isteğidir. Rutin olarak karnın her dört kadranı steteskop ile birer dakika dinlenir. **Normalde dakikada 4-6 kere barsak sesleri duyulur.** Mekanik ileusların başlangıcında ve akut gastroenterit hallerinde aktivite artar. Paralitik ileus tablosunda ise barsak sesleri azalır. Renal arter traselerinde **sistolik üfürüm** duyulması özellikle tek taraflı ise hipertansiyonlu bir olguda renal arter stenozu yönünden önem taşır.

- **Palpasyon**

Palpasyon yapan el **soğuk** ve **ıslak** olmamalıdır. Palpasyonda el ve ön kol aynı düzlemde olmalıdır, yani bilek bükülmemelidir. Karında palpasyon önce **yüzeyel** sonra **derin** olarak **tek el** ile yapılır. Yüzeyel palpasyonda bir elin ayası karın üzerinde okşar gibi gezdirilir. Hastanın ağrılı bölgesi en sona bırakılır. Sol inguinal bölgeden (ağrı olmadığı durumda genellikle bu bölgeden başlanır) başlayarak kosta yayına doğru yükselmek iyi bir yoldur. Bu palpasyonda karın kaslarının tonusu hakkında fikir sahibi olunur, yarım veya bir cm.den daha derin bastırılmamalıdır. Derin palpasyonda ise el ve parmaklar mümkün olduğu kadar derine bastırılır, aynı zamanda derindeki oluşumlar üzerine sağa sola, yukarı aşağıya birkaç cm oynatarak incelenen kısmın fiziki nitelikleri hakkında fikir sahibi olmaya çalışılır. Karın duvarı çok sertse veya şişmanlarda çok derindeki oluşumlar için iki el üst üste konularak destekli palpasyon uygulanabilir. Burada alttaki el pasif olarak dururken üstteki elin parmakları ile bastırılarak palpasyon sağlanır. Derin palpasyondaki amaç; karındaki bazı organlarda ağrı olup

olmadığını anlamak ve karında bir kitlenin varlığını araştırmaktır. Kitle saptanırsa şu özellikleri dikkatle araştırılmalıdır:
a. Lokalizasyonu, b. Boyutları, c. Derinliği, d. Şekli (yuvarlak, oval, karaciğer, dalak gibi), e. Kıvamı (sert, yumuşak, elastik gibi), f. Yüzeyinin durumu (düz, pürtüklü), g. Ağrılı olup olmadığı, h. Hareketli olup olmadığı (mobil, fikse), i. Pulsatil olup olmadığı, j. Solunum ile hareketi.

Bir kitlenin karın duvarına mı yoksa karın içi patolojiye mi bağlı olduğunu anlamak için **Carnett manevrası** uygulanır. Bunun için sırt üstü yatan hastadan her iki alt ekstremitesini dizlerini bükmeden yukarı kaldırması istenir böylece karın kasları kasılmaktadır. Bu manevra ile intraperitoneal kitle kaybolur, karın duvarında olan ise kaybolmaz.

Karaciğer ve dalak palpasyonu inguinal bölgelerden başlayarak kosta yayına doğru ilerlenerek yapılır. El derin palpasyon konumunda, parmak uçları hastanın sol omzuna bakar şekilde, yavaşça ilerletilir. **Derin inspiryum sırasında** organların ele çarpması hissedilmeye çalışılır. Kosta yayını geçen dalak normalin 2-3 misli büyümüş demektir. Palpe edilen kitlenin dalak olduğu **çentiğinin** saptanması ile anlaşılır. Karaciğerin büyük olduğunu söylemek için **üst sınırının saptanması** gerekir. Normalde üst sınır midklaviküler hatta 2. interkostal aralık (Ludwig açısı) bulunarak aşağı doğru inildiğinde **5. interkostal aralıktadır**. Üst sınır daha aşağılarda saptandığında karaciğer kot kavsini bir kaç cm. geçiyor olsa bile normal büyüklükte olabilir. Bu nedenle karaciğerin **total vertikal uzunluğu (TVU)** ölçülür. TVU karaciğerin perküsyon ile saptanan üst ve alt sınırı arasındaki mesafedir. Normal TVU: 6-12 cm. arasındadır.

KARINDA AĞRILI NOKTALAR

Murphy noktası: Sağ kosta yayını, sağ midklaviküler çizginin kestiği yerdir. Akut ve subakut kolesistitte bu bölge hassastır. Bu notaya parmak ucu ile basılırken hastaya nefes alması söylenir eğer hasta nefes alırken ağrı hissediyor ve nefesini tutuyorsa **murphy manevrası** pozitif denir.

Mc Burney noktası: Umblikus ile sağ spina iliaca ant. sup. birleştiren çizginin 1/3 dış noktasıdır. Akut apandisitte hassas olur.

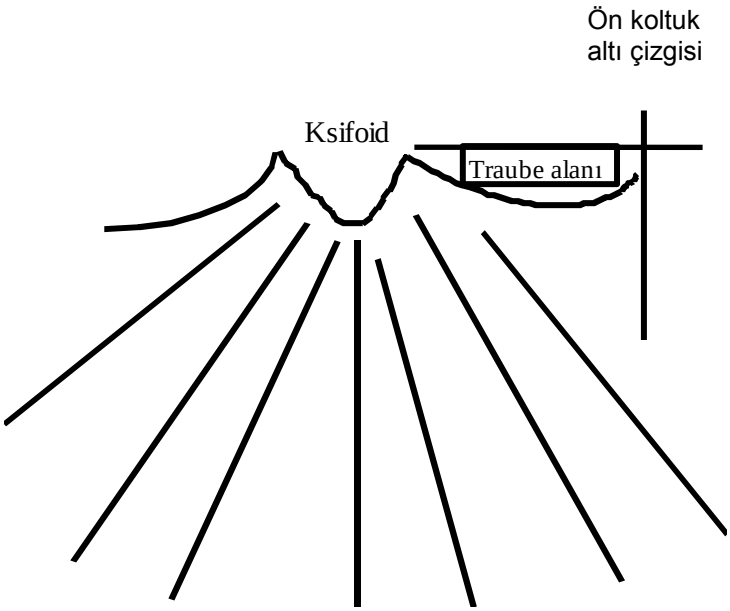
Richter Monroe noktası: Mc Burney noktasının sol inguinal bölgesindeki simetrisine verilen isimdir. Bu bölge karın ponksiyonu için en uygun yerdir.

Rebound belirtisi: Akut karnı olan hastada elimizi karnın herhangi bir yerine bastırdığımızda hastanın önceden mevcut olan yerdeki ağrısı artıyorsa, biraz daha bastırdığımızda daha da artıyorsa, en sonunda elimizi birden kaldırdığımız zaman en şiddetli halini alıyorsa bu hastada rebound belirtisi pozitif denir. Bu bulgu çok değerli olup peritoniti gösterir.

Defans belirtisi: Akut karnı olan hastada derin palpasyon sırasında kas rijiditesinin saptanmasıdır. Peritonit varlığında tespit edilir.

- **Perküsyon**

Ksifoidden başlayarak **ışınsal tarzda** tüm karnın perküsyonu yapılır (Şekil 3). Normalde karın perküsyonunda duyulan ses **timpan sestir**.



Şekil 3. Karın muayenesinde ışınsal perküsyonun yapılışı ve traube alanı.

Traube alanı: Ksifoidden sola çekilen horizontal çizgi, sol kosta kenarı ve ön aksiller çizgi arasında kalan alandır (Şekil 3). Normalde mide fundus havası nedeniyle timpan ses duyulur. Traube alanında mat ses alınması özellikle splenomegalide saptanır nadiren karaciğer ve böbrek gibi komşu organlardaki büyümeyi de gösterebilir.

Kontrol listesi

1. Hastaya yapılacak muayene anlatılır.
2. Hastanın sırt üstü yatması istenir ve sağına geçilir.
3. Karın 9 veya 4 bölgeye ayrılarak enspeksiyon uygulanır.
4. Birer dakika süreyle 4 kadrana oskültasyon uygulanır.
5. Karına, sol alt kadrandan başlayarak sırasıyla sol üst kadran, sağ üst kadran ve sağ alt kadran olmak üzere önce yüzeyel sonra derin palpasyon uygulanır.
6. İnguinal bölgelerden başlayarak karaciğer ve dalak büyüklüğü araştırılır.
7. Karaciğerin total vertikal uzunluğu ölçülür.
8. Traube alanının açık olup olmadığı araştırılır.
9. Ksifoidden başlayarak karında ışınsal tarzda perküsyon uygulanır.

KARIN FİZİK MUAYENESİ REHBERİ	
Amaç: Karın fizik muayenesi konusunda beceri kazanılması	
NO	**BASAMAKLAR**
1	Hastaya yapılacak muayenenin anlatılması
2	Hastanın sırt üstü yatmasının istenmesi, karnının açılması ve hastanın sağına geçilmesi
3	Hastanın karnının 9 veya 4 bölgeye ayrılarak **inspekte** edilmesi
4	Dört bölgenin birer dakika **oskülte** edilmesi
5	Ksifoidden başlanarak tüm karnın ışınsal şekilde **perküsyonunun** yapılması
6	Karaciğerin perküsyonu: Göğüs ön kısımda sağ midklavikuler hatta, karaciğerin üst ucundaki matiteyi belirleyene kadar, yukarıdan aşağı doğru perküsyon yapılması Aynı hatta, karaciğerin alt ucundaki matiteyi belirleyene kadar abdomenin yukarı doğru perküte edilmesi Bu iki sınır arasında karaciğerin büyüklüğünün ölçülmesi. Bu büyüklük normal erişkinde 6-12 cm arası olmalıdır.
7	Dalağın perküsyonu: Sol anterior axiller hatta en alt interkostal aralığın perküte edilmesi. Normalde bu alanda timpanik ses duyulur (traube alanı). Hastanın derin nefes alması ve aynı alanın tekrar perküte edilmesi. Bu alandaki matite splenik büyümenin belirtisidir.
8	Sol alt kadrandan başlamak üzere sırasıyla sol üst kadran, sağ üst kadran ve sağ alt kadranın önce yüzeyel, sonra derin olarak **palpasyonun** yapılması
9	Karaciğerin palpasyonu Karında sağ inguinal bölgeden başlayarak yukarıya sağ kosta kenarına kadar palpe edilmesi Bu sırada hastadan derin bir nefes almasının istenmesi Karaciğerin kenarının parmakların ucuna değdiğinin hissedilmesi ya da hasta soluk verirken elin altından kaydığının hissedilmesi. Normal karaciğer hassas değildir.
10	Dalağın palpasyonu: Karında sol inguinal bölgeden başlayarak yukarıya sol kosta kenarına kadar palpe edilmesi Hastadan derin nefes almasının istenmesi Dalağın kenarının parmakların ucuna değdiğinin hissedilmesi ya da hasta soluk verirken elin altından kaydığının hissedilmesi. Sağ elle kosta kenarından aşağı doğru bastırılması
11	Herni muayenesi yapılması (Valsalva manevrası-derin ıkınma ile herni kesesinin belirlenmesi, fasya defektinin boyutunun belirlenmesi)
12	Kostavertebral açı hassasiyeti var mı? Kostavertebral açı hassasiyeti her iki lumbar bölgeye elle hafifçe vurularak bakılır Üreter trasesi boyunca hassasiyet ağrı var mı?
13	Rektal tuşe yapılması Rektal tuşede prostatın büyüklüğü, prostat kıvamının sertlik veya endurasyon içermesi, nodül olup olmadığı Rektal tuşede ağrı ve ısı artışı, hassasiyet var mı?
14	Hastaya giyinmesinin söylenmesi

LENFATİK SİSTEM MUAYENESİ REHBERİ

Anabilim Dalı **Tarih:**

Tarih ve Saat

Kimlik bilgileri (İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, sosyal güvence, adres)

Kimden alındığı?

Ana yakınma: Büyümüş lenf nodları, ekstremitede şişlik

Şimdiki hastalığının öyküsü:

1. Belirtilerin karakterleri

Büyümüş lenf nodları:

- **Yeri:** Baş-boyun, supraklaviküler, aksilla, epitorklear bölge, inguinal, diğer
- **Özelliği:** Sayısı, hassasiyeti, kıvamı, büyüklüğü, hareketli olup olmadığı
- **Zamanı: Ne** zaman başladığı, ne kadar sürdüğü (gün-hafta-ay-yıl)
- **Başlangıcı:** Ani- yavaş
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Enfeksiyon, cerrahi, travma
- **Hafifleten faktörler:** ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Ağrı, ateş, kızarıklık, ısı artışı, kaşıntı

Ekstremitede şişlik:

- **Yeri:** Tek taraflı, çift taraflı
- **Özelliği:** Solukluk, kızarıklık, damar boyunca kızarıklık
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü (gün-hafta-ay-yıl)
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Kalp veya böbrek hastalığı, cerrahi, enfeksiyon, travma, venöz yetmezlik
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar, elevasyon, destekleyici çoraplar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Sıcaklık, kızarıklık, solukluk, ülserasyon

2. Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar
3. Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum
    - Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
    - Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?
4. Önemli pozitif ve negatif saptamalar

Geçmiş tıbbi öykü

1.Tekrarlayan enfeksiyonlar, kronik hastalıklar

2.Operasyonlar (bölgesel lenf nodlarına travma)

Şimdiki sağlık durumu

Aile öyküsü

Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü (anemi, immün yetmezlik, kanser, tüberküloz)

Kişisel ve sosyal öykü

Sistemlerin gözden geçirilmesi

LENFATİK SİSTEM BAŞ BOYUN FİZİK MUAYENE REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi ve dik olarak muayene koltuğuna oturtulması
2	Her iki taraf boyun üçgenlerinin ve orta hat yapılarının inspeksiyonu
3	Muayene eden kişinin ellerinin ıslak veya soğuk olmadığının kontrolü
4	Her iki el ile oksipital nodların palpasyonu
5	Her iki el ile mastoid çıkıntılar üzerinde postaurikular nodların palpasyonu
6	Her iki el ile preaurikular nodların palpasyonu
7	Parotis bölgesi ve retrofaringeal nodların palpasyonu: tragus önü, lobulus aurikula altı ve angulus mandibula gerisi bölgelerinin parmakların uç kısımları ile hafifçe bastırılarak ovulması
8	Mandibula altında submaksiller ve submental nodların palpasyonu
9	Hastanın baş ve boynunun sağa eğilmesi
10	Sternokleidomastoid kas üzerinde yüzeyel servikal nodların palpasyonu: baş parmak ile SCM kasın arka kenarı, 2, 3 ve 4. parmakların uç kısımları ile ön kenarının hafifçe bastırılarak ovulması
11	Servikal nodların derin palpasyonu: SCM kasın baş ve 2, 3 ve 4. parmaklarla kavranarak derin palpasyon
12	Aynı işlemlerin diğer taraf için tekrarlanması
13	Klavikula üzerinde 2, 3 ve 4. parmakların uç kısımları ile supraklavikular nodların palpasyonu

LENFATİK SİSTEM AKSİLLAR FİZİK MUAYENE REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi
2	Göğsün tam olarak çıplak bırakılması
3	Hastanın muayene masasına ayakları aşağıya sarkacak şekilde oturtulması
4	Sağ kol yukarı kaldırılarak aksilla derisi gözlenmesi
5	Eldiven giyilmesi
6	Aynı kolun aşağı doğru indirilip gevşek bir şekilde durmasının sağlanması
7	Sol elin parmaklarının birleştirilmesi
8	Parmaklar hastanın klavikula orta noktasını işaret eder yönde, hastanın sağ aksillasına bastırılarak ulaşabilecek en yüksek noktaya ulaşılması
9	Parmaklar göğüs duvarına bastırılıp aşağı ve yukarı kaydırılarak şişlik olup olmadığı kontrol edilmesi
10	Aynı işlemin karşı diğer tarafta yinelenmesi
11	Hastanın sağ ön kolunun hafifçe pronasyonda desteklenmesi
12	Diğer elin 2., 3. ve 4.parmaklarının uç kısımları ile humerus medial kondili arka ve üst tarafındaki çukurun palpasyonu
13	Aynı işlemin karşı diğer tarafta yinelenmesi

LENFATİK SİSTEM İNGUİNAL FİZİK MUAYENE REHBERİ	

NO	BASAMAKLAR
1	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi ve belden aşağı kısmının tamamen soyunmasının sağlanması
2	Hastanın muayene masasına yatırılması
3	Muayene yapılacak ele eldiven giyilmesi
4	İnguinal bölgenin 2., 3, ve 4.parmakların uç kısımları ile dairesel hareketler yaparak hafifçe bastırarak ovulması
5	İnguinal bölgenin 2., 3. ve 4.parmakların uç kısımları ile dairesel hareketler yaparak derin palpasyonu
6	Aynı işlemlerin diğer taraf için tekrarlanması
7	Her iki el 2., 3. ve 4.parmakların uç kısımları ile popliteal fossanın palpasyonu
8	Aynı işlemin diğer tarafta yinelenmesi

Kimlik bilgileri: İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, el dominansı
Ana yakınma:
Başağrısı, güşsüzlük, nöbet

Şimdiki hastalığın öyküsü:
1.Belirtilerin karakterleri:

BAŞAĞRISI:

Yeri: Tek yanlı (her zaman aynı taraf mı, taraf değiştiriyor mu?), tüm başı kaplayan, lokalize
Özelliği: Zonklayıcı, sıkıştırıcı, basınç hissi, batıcı, künt, gerilme, yırtılma, yanma
Şiddeti: Hafif, orta, çok şiddetli
Zamanı: Ne zaman başladığı (kaç yaşında başladığı), süresi (gün içinde belirli bir süre boyunca, tüm gün, günler boyu
Başlangıcı: Sabahları, akşam saatlerinde, günün her saatinde, geceleri; ani, yavaş
Akut-kronik: Semptomların süresi (Aniden, birden bire şiddetli mi başladı? Hafif başlayıp giderek mi şiddetlendi?)
Sıklığı, izlediği yol: Aralıklı, sürekli, giderek artan
Ortaya çıkaran, arttıran faktörler: Stres, açlık, uykusuzluk, egzersiz, bazı besinler (peynir, çikolata, alkol gibi) menstürasyon
Hafifleten faktörler: Dinlenme, uyku, ilaçlar
Birlikte olan diğer belirtiler: İştahsızlık, bulantı, kusma, ısık ve sesten rahatsız olma vb

GÜÇSÜZLÜK:
Yeri: Tek ekstremitede, her iki alt ekstremitede, dört ekstremitede, sağ veya sol beden yarısında, ekstremitelerin proksimalı veya distalinde
Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi (gün içinde belirli bir süre boyunca, tüm gün, günler boyu)
Başlangıcı: Sabahları, akşam saatlerinde, günün her saatinde, geceleri, gün içinde dalgalanma gösteriyor mu?
Akut-kronik: Aniden mi olmuş yoksa yavaş yavaş artarak mı ilerlemiş?
Sıklığı, yayılımı: Aralıklı, sürekli, giderek artan
Ortaya çıkaran, arttıran faktörler: Kas aktivitesi, enfeksiyon gibi
Hafifleten faktörler: Dinlenme, uyku, ilaçlar
Birlikte olan diğer belirtiler: Seyirme, kasılma, istemsiz atmalar, inkontinans

NÖBET:

Özelliği: Jeneralize, parsiyel, bilinç etkileniyor mu?
Zamanı: Ne zaman başladığı, süresi, sıklığı (frekansı)
Başlangıcı: Sabahları, akşam saatlarında, günün herhangi bir saatinde, uykuda; ani
Akut-kronik:
Sıklığı, izlediği yol: Aralıklı, status
Ortaya çıkaran, arttıran faktörler: Stres, yorgunluk, uykusuzluk, düzensiz ilaç kullanımı
Hafifleten faktörler: Dinlenme, uyku, ilaçlar
Birlikte olan diğer belirtiler: Nöbetin geleceğini hissediyor mu? (aura var mı?) Tam bilinç kaybı var mı? Dalmaları var mı, garip hareketler ve mimikler var mı? Kol ve bacaklarda kasılma ve sıçramalar eşlik ediyor mu? Ağızdan köpük geliyor mu? İdrar-gaita inkontinansı var mı? Anlamsız-yineleyici hareketler eşlik ediyor mu? Yere düşüyor mu? Nöbet sonrası (postiktal dönem): Şaşkınlık; Anlamsız konuşmalar; Uyku; Başağrısı

Geçmiş tıbbi öykü

1.Çocukluk hastalıkları (Febril nöbet)
Doğum öncesi: (anneye ait) Önceki gebelikler; Enfeksiyon; İlaç kullanımı; Kontrasepsiyon; Radyasyon; Gebelikte çocuğun hareketleri
İlk gelişim: Emme; Baş tutma; Desteksiz oturma; Emekleme; Yürüme; Konuşma; Sfinkter kontrolü; Okul başarısı
2.Aşılama
3.Erişkin hastalıkları/hastaneye yatma: Havale; Epilepsi; Enfeksiyonlar
Şimdiki sağlık durumu
Aile öyküsü:
Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü (eğer gerekirse soyağacı üzerinde gösterin): Kalıtsal Hastalıklar; Nöropsikiyatrik bozukluklar; Diyabet; Hipertansiyon; Malignite; Enfeksiyon
Kişisel ve sosyal öykü
Sistemlerin gözden geçirilmesi

SİNİR SİSTEMİ SEMİYOLOJİSİ

FELÇLER

Vücudun bir bölümünde kas kuvvetinin azalması veya tam kaybı sinir sistemi hastalıklarında en sık görülen belirtidir. Nörolojide bunlardan birincisine **parez**i; ikincisine, yani felç durumuna ise **paralizi ve pleji** denir. Sinir hastalıkları kliniklerinde en sık kullanılan deyimlerin hemipleji, hemiparezi paraparezi gibi kas gücünün azaldığını veya kasların hiç kasılmadığını ifade eden terimlerdir.

Hemipleji bir vücut yarısında tam kuvvet kaybıdır. Kuvvetsizlik tek bir kol veya bacakta ise buna **monoparezi** denir. Üç ekstremitedeki kuvvetsizlik **triparezi,** her iki kol ve bacaktaki kas zaafı **kuadriparezi** ya da **tetraparezi** diye adlandırılır. İki bacağın beraberce tutulduğu tablo ise paraparezi terimiyle ifade edilir.

Benzer terminoloji kranyal ve periferik sinirler için de geçerlidir: Yüz felci, okulomotor sinir felci, nervus radialis felci gibi

KAS TONUSU BOZUKLUKLARI

Tonus, klinik açıdan, istirahat halindeki kasta pasif hareket sırasında hissedilen gerginlik olarak tanımlanabilir ve segmanter bir mekanizmayla sağlanır. Reflekslerde olduğu gibi beyin sapı, serebellum ve serebral hemisferdeki üst nöral yapıların tonus ayarlanmasında rolü vardır. Kas tonusunun azalmasına **hipotoni**, artmasına **hipertoni** adı verilir.

İSTEMSİZ HAREKETLER

Tremor: Agonist ve antagonist kasların (zıt yönde iş yaptıran kas grupları) eş zamanlı veya ardısıra kasılması sonucu ortaya çıkan ritmik hareketlerdir.

İstirahat tremoru; genellikle üst ekstremite distallerinde istirahat sırasında görülen kaba bir tremordur (para sayma hareketi şeklinde tanımlanabilir), Parkinson gibi ekstrapiramidal hastalıklarda görülür.

İntansiyonel tremor; İstirahat sırasında olmayan ancak ekstremite hareketi ile ortaya çıkan ve hedefe yaklaştıkça belirginleşen tremordur, serebellar bozukluklarda görülür.

Koreik hareketler: Düzensiz, ritmik olmayan, değişik büyüklükte silkinme şeklinde görülen istemsiz hareketlerdir. Ekstremite, vücut, yüz, ağız dil gibi farklı kas gruplarını tutabilir, Huntington koresi ve Sydenham koresi sık karşılaşılan birer örneğidir.

Atetoz: Koreik hareketlere göre daha yavaş ve devamlılık gösteren bükülen kıvrılan yavaş bir dans figürünü andıran hareketlerdir.

Distonik hareketler: Atetoza göre daha uzun süren, kaslarda tonus artışı ve ağrı ile giden istemsiz hareketlerdir. Genellikle ektremite proksimallerinde görülür.

Miyoklonus: Kısa süreli, ani sıçramalı, farklı vücut bölgelerinde görülebilen istemsiz hareketlerdir. Sıklıkla kortikal lezyonlara eşlik etmesine karşın fizyolojik olarak (uykuda, hıçkırık gibi) da ortaya çıkabilir.

DUYU BOZUKLUKLARI

- **Yüzeysel duyular (Eksteroseptiv duyular)**: Dokunma, ağrı ve ısı (sıcak, soğuk) duyuları.
- **Derin duyular (Proprioseptiv duyular)**: Pozisyon, pasif hareket, vibrasyon ve derin ağrı duyaları.
- **Kortikal duyular**: Bunlar yukarıdaki duyuların parietal kortekste entegre edilen kombine şekilleridir: Stereognozi, grafestezi, taktil lokalizasyon, iki nokta ayırımı gibi

Klinikte görülen başlıca duyu bozukluğu tiplerini gözden geçirmeden önce bazı terimleri tanımlamak uygun olacaktır:

Parestezi: İğnelenme, karıncalanma, yanma, keçelenme gibi sübjektif duyulardır.

Hipoestezi, anestezi: Dokunma duyusunun azalması veya kaybını ifade eder.

Hipoaljezi, analjezi: Ağrı duyusunun azalması veya kaybı anlamına gelir.

Termoanestezi: Soğuk ve sıcak gibi termal duyuların alınamayışı demektir.

Hiperestezi: Taktil uyaranlara karşı aşırı duyarlık.

Allodini: Ağrılı olmayan (dokunma gibi) bir uyaranın ağrı duyusunu ortaya çıkarmasıdır.

Hiperpati: Bir çeşit hiperaljezidir. Talamus sendromunda görülür. Hasta vücut yarısında ağrı eşiği yükselmiştir. Fakat uyaran eşiği aştığı zaman aşırı, nahoş ve dayanılması güç bir ağrı uyandırır.

Fantom ağrısı (Phantom limb pain): Kol veya bacak ampütasyonlarından sonra ampüte ekstremitenin yerinde hissedilen çok rahatsız edici ağrılı duyu.

Kozalji: Sempatik tellerden zengin periferik sinirlerin (örneğin n. medianus) kısmi lezyonlarında görülen sürekli ve dayanılması güç yanıcı ağrı.

KRANYAL SİNİRLER

Kraniyal sinir tutulumlarında lezyonun lokalizasyonuna göre çok çeşitli patolojiler ortaya çıkabilir bazıları şöyledir.

I. kranyal sinir lezyonunda: Koku alamama (Anosmi)

II. kranyal sinir lezyonlarında:

Hemianopsi: Bir görme alanının nazal veya temporal yarısını görememe.

Kuadrantanopsi: Görme alanının dörtte birini görememe. Görme defekti üstte ise üst, altta ise alt kuadrantanopsi denir.

Homonim hemianopsi: Bir gözün temporal, öbür gözün nazal yarıyı görememesi.

III. IV. ve VI. kranyal sinir lezyonlarında

Pitozis Üst göz kapağının düşüklüğüdür
Nistagmus, gözkürelerinin istemsiz bir hareketidir. Bu hareket, büyük çoğunlukla gözler bir yöne doğru bakarken ortaya çıkar. Gözler nötral pozisyondayken nistagmus görülmesi nadirdir

VII kranyal sinir lezyonlarında

Fasyal sinir felci, santral ve periferik olmak üzere iki tiptir.Santral tipte olanda yüzün sadece alt bölümünde zaaf görülürken (ağız karşı/sağlam tarafa kayar), periferik yüz felcinde ise yüzün alt ve üst yarısındaki bütün kaslar tutulu r(aynı taraf yüz yarısında paralizi vardır .kaş kaldırılamaz, göz kapatılamaz, ağız karşı tarafa kayar).

REFLEKS BOZUKLUKLARI

Sinir sisteminde motor ve duyusal aktivitenin birbirini tamamlamasından oluşan temel ünite refleks arkıdır.

Bir refleks kavsi beş parçadan oluşur: 1- Dış veya iç ortamdaki fiziksel değişimi alan duyu organı, 2- Uyarıyı refleks merkezine taşıyan aferent (getirici) nöron, 3- Santral integrasyonu sağlayan m.spinalis veya beyin sapındaki merkez, 4- Refleks cevabı çevreye taşıyan eferent (götürücü) nöron, 5- Cevabı sağlayan efektör organ.

Refleksleri temelde yüzeyel ve derin tendon refleksleri(DTR) şeklinde sınıflamak mümkündür.3. grup refleks ise patolojik reflekslerdir. Bu refleksler normalde negatiftir. Aşil klonusu ve Babinski buna örnektir. Refleks yanıtı aboli, hipoaktif, normoaktif, canlı ve hiperaktif olmak üzere derecelendirilir.

Reflekslerin azalması ve Kaybolması

A Tendon Refleksleri

Bir tendon refleksi azaldığı veya kaybolduğu zaman akla ilk gelecek şeyin refleks kavsinin bir noktasındaki bozukluktur. Bu durum alt motor nöron lezyonlarında görülür.

2- Tendon Reflekslerinde Artma

Piramidal yol hastalığını gösteren bu bulgu refleks değişiminin dağılımı ve düzeyine göre kortiko-spinal yoldaki lezyonun yeri ve seviyesi hakkında da bilgi verir.

DURUŞ VE YÜRÜYÜŞ BOZUKLUKLARI

Hemiplejik yürüyüşü: Buna oraklıyarak yürüme de denir. Bu hastalarda üst ekstremitelerde adduktor ve fleksor tonus artışı nedeniyle omuz adduksiyon ve fleksiyon; dirsek, bilek ve parmaklar fleksiyon postüründedir. Bacakta ise ekstensor ve adduktor postür hakimdir. Bu nedenle adım atarken ayak bileği ve dizini kıvıramadığından, hasta, bacağına kalçadan dışa ve öne doğru geniş bir kavis çizdirerek adım atabilir

Spastik yürüyüş: Spastik paraparezide görülür. Piramidal yolların iki taraflı hastalanması söz konusudur. Bacaklarda ekstansor ve adduktor kasların tonusu artmıştır. Yürürken bacaklar kıvrılmaz, hasta tabanların ön kısmını yere sürter.

Stepaj yürüyüşü: Hasta, ayağını dorsifleksiyona getiremediğinden, adımını atarken bacağını lüzumundan fazla yukarı kaldırarak ayak burnunun yere sürtmesini önlemeğe çalışır. Adımını öne attığı zaman önce ayakucu yere değer. At yürüyüşüne benzetilen bu yürüyüşe stepaj adı da verilir.

Parkinson Hastalığı: Kas tonusu değişiklikleri, otomatik hareketler ve postüral ayarlamaların bozulması nedeniyle duruş ve yürüyüş bozulur. Hasta baş ve gövdesi öne eğik olarak yavaş ve ufak adımlarla "blok halinde" yürür. Kolların asosye hareketi kaybolmuştur. Hasta yürürken kollar sallanmaz, gövdeye yapışık kalır . Parkinson Hastalığının başlangıç döneminde ve tablo tek yanlı iken yürüyüş sırasında o taraftaki kolun karşıdakine göre daha az sallanması tanı bakımından önem taşır.

Tandem walk:. Hasta, ayakta dururken ayaklarını birbirinden açarak dayanma yüzeyini genişletir. Ayaklar bitiştirilince dengesini sağlamakta güçlük çeker, hatta düşebilir. Gözlerin açık veya kapalı oluşu durumu değiştirmez. Yürüyüş dengesizdir. Sağa-sola yalpalama ve sendelemeler görülür, sarhoş yürüyüşüne benzer. Düz bir çizgi üzerinde yürüme güçtür. Topuğunu öbür ayağın burnuna değdirerek yürüyemez Serebellum veya santral sinir sistemindeki bağlantılarının hastalıklarında ortaya çıkar.

AFAZİ, APRAKSİ, AGNOZİ

Fonasyon: Ses çıkarmadır, larinkse ait bir fonksiyondur, işlev bozukluğunda disfoni görülür. **Artikulasyon:** Seslerin hece ve kelimelere dönüştürülmesidir. Larinks, farinks, damak, dil, çene ve dudakların koordineli hareketi ile oluşan medullar sinirlerin inerve ettiği kas ve organların fonksiyonudur. Bozukluğunda **dizartri** görülür.

AFAZİ

Afazi, dil fonksiyonunun, konuşmanın öğrenilmesinden sonra ortaya çıkan ve psikiyatrik bir sorundan ya da kas düzeyindeki bir engellemeden ileri gelmeyen bozulmasıdır.

Bu bakımdan, afazide, ya anlamayı, ya ifade etmeyi, ya da her ikisini birden içeren bir dil kapasitesi bozulması söz konusudur.

Motor afazi (Broca afazisi): Hasta söylenenleri iyi anlar ancak konuşması akıcı değildir, tutuk, yavaş ve anlaşılmayan kelimelerle konuşur. Tekrarlama ve isimlendirme de bozuktur. (Broca merkezi -44. alan) motor kortekse yakın olduğu için sıklıkla sağ hemiparezi eşlik eder.

Hissi Afazi (Wernicke afazisi): Anlaması ileri derecede bozuktur, akıcı bir biçimde konuşur ancak içeriği fakirdir ve anlamsız konuşur. Tekrarlama ve isimlendirme de bozuktur. Hastalığının farkında değildir. (Lezyon Wernicke alanındadır Brodman 22. alan)

Global afazi: Her iki alanı birlikte tutan geniş lezyonlarda görülür

AGNOZİ

Kişinin duyusal bir bozukluk olmadan, o duyu aracılığıyla öğrendiği birşeyi tanıyamamasına verilen addır.

Ototopagnozi: Hasta vücudunun bir yarısını veya bir parçasını tanımaz, kendisinin olduğunu algılamaz. Hatta başkasına ait olduğunu ileri sürebilir.

Anozognozi: Hasta nörolojik defektinin farkında değildir. Örneğin, hemiplejisi olduğunu kabul etmez. Anozognozinin ileri derecede olduğu olgularda kol ve bacağındaki felç somut olarak ortaya konsa bile inkar etmeğe devam eder.

APRAKSİ

Bilinci yerinde, anlaması normal bir kişinin motor, duyusal ve koordinasyon kusuru olmaksızın bildiği amaçlı bir hareketi yapamamasına apraksi denir

Ideomotor apraksi: Asker selamı vermesi veya burnunu silmesi istendiğinde hasta bu hareketleri yapamaz. Oysa aynı hareketleri otomatik olarak yapabilir.
İdeasyonal apraksi: Hastadan paketinden bir sigara çıkanp çaktığı bir kibritle yakması istendiğinde bu hareketleri parça parça doğru olarak yerine getirebilir, fakat sıralarında yanlışlıklar yapar.

Konstrüksiyonel apraksi: Hasta bir çiçek resmi çizemez, basit bir Türkiye haritası yapıp bellibaşlı şehirleri yaklaşık olarak yerlerine yerleştiremez, tahta oyuncak bloklarını yanyana getirip istenen şekli yapamaz.

Giyinme apraksisi: Hasta ceketini veya pantalonunu giymeyi başaramaz, elinde beceriksizce evirir çevirir.

KOMA

Bilinçlilik (consciousness) kişinin uyanık, kendisi ve çevresinden haberdar olduğu durum anlamına gelir.

Somnolans (letarji): Hasta uykuya eğilimlidir. Sesli uyaranlarla uyanıp sorulanlara doğru cevaplar verir. Fakat kendi haline bırakılınca yeniden uyuklamaya başlar.

Stupor: Sesli uyaranlara cevap alınamaz. İlişki kurabilmek için kuvvetli uyaran uygulamak gerekir. Tekrarlanan uyaranlarla hasta gözlerini açar. Bu sırada sözlü emirleri yerine getiremez veya emri yavaş ve yetersiz şekilde uygular.

Koma: Hasta dış uyaranlarla uyandırılamaz. Hafif ve orta dereceli komada hasta ağrılı uyaranı lokalize edip eliyle uzaklaştırmak ister. Yahut, yüz buruşturma gibi genel bir cevap verir. Derin komada ise her türlü uyarıya refleks düzeyde bir cevap bile alınamaz. Sadece vejetatif fonksiyonları korunmuştur.

KAS GÜCÜ MUAYENESİ REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1.	Hastaya muayene konusunda bilgi verilmesi ve muayene masasına yatmasının istenmesi
2.	Hastaya "hekimin uygulayacağı kas gücüne karşı gücünü göstermesinin gerektiği"nin söylenmesi
3.	**Omuz abduksiyonu-adduksiyonu:** Hastanın kolunu omuz ekleminden yukarı ve aşağı doğru hareket ettirecek şekilde hekime karşı güç uygulaması
4.	**Kol fleksiyonu-ekstansiyonu:** Hastanın dirseğini hekimin oluşturduğu gücü karşı gelecek şekilde kendine doğru (fleksiyon) kapamaya çalışması. Bunun hemen karşı dirsek fleksiyonu ile karşılaştırılması ve derecelendirilmesi. Aynı işlemin bu kez dirsek ekstansiyonu (dirseği açma) için tekrarlanması
5.	**El sıkma:** Hekimin hastanın elinin içine kendi elinin 4 parmağını dikey olarak yerleştirmesi ve hastadan bütün gücüyle hekimin elini sıkmasını istemesi, diğer elde de aynı testin uygulanması, kas gücü şiddetine dikkat edilmesi
6.	Kalça fleksiyonu **(hastanın uyluğunu karna doğru çekmesi), ekstansiyonu (hastanın uyluğunu aşağı doğru bastırması) sırasında uyluk kaslarının gücünün değerlendirilmesi**
7.	**Dizin fleksiyonu** (bükülmesi) ve **ekstansiyonu** (açılması) sırasında bacak kaslarının gücünün değerlendirilmesi
8.	**Hasta yatırılması.** Ayak bileğinin dorsal fleksiyonu **(yukarı doğru),** plantar fleksiyonu **(aşağıya doğru) kas gücünün sırasıyla değerlendirilmesi**
9.	**Mingazzini testi:** Hastadan yatarken uyluklarını 90 derecelik bir açıyla karna çekmesi (fleksiyonu) ve dizlerini de 90 derece açıyla bükülü tutması istenir ve bu şekilde 2 dakika kalması istenir. Bu sırada eğer bacak daha erken düşerse hangi bacağın kaç saniyede düştüğünün not edilmesi
10.	**10.Hastanın yürütülmesi.** Yürürken bir bacağın üzerinde daha az mı duruyor, asimetri var mı kontrol edilmesi

Hastanın oluşturduğu kas gücü "5" üzerinden derecelendirilir:
5/5: Tam kas gücü
4/5: Yerçekimini rahat yenebilen, ama tam olmayan kas gücü
3/5: Yerçekemini yenebilen ama hekime karşı güç oluşturmayan kas gücü
2/5: Yerçekimini yenemeyen ama eklemi oynatabilen kas gücü
1/5: Eklemi oynatamayan ama kas kasılmasının gözlenebildiği kas gücü

KRANİYAL SİNİR MUAYENESİ REHBERİ	
NO	**BASAMAKLAR**
1	**Muayeneye Hazırlık**
	Kendini hastaya tanıtıp, muayene isteğini belirtti
	Hasta yatakta uzanır vaziyette hastanın sağına geçti (hasta yatağın kenarına oturur durumda da olabilir)
2	**I. Nervus olfactorius muayene becerisi**
	1. Hastanın burun deliklerinden birini parmağı ile kapattı
	2. Açık olanın önüne yaklaştırılan kokulu pamuk veya maddeyi (kahve, nane, limon gibi) bir iki kez koklaması istedi ve ne olduklarını sordu.
	3. Aynı uygulama diğer burun deliği için de tekrarladı.
3	**II. Nervus opticus muayene becerisi**
	Görme keskinliği: 1. Aydınlık bir odada hastanın sol eliyle sol gözünü kapatmasını istedi ve okuma kartı ile okuyabildiği en küçük harfi not etti.
	2. Diğer göz için aynı testi uyguladı.
	3. Kart yoksa veya okuyamıyorsa 5 m mesafeden yavaşça parmak saydırmaya başladı. Kaç metreden saydığını not etti.
	Görme alanı: 1. Hastanın karşısında 60 cm uzağına geçti.
	2. Hastanın sol eliyle sol gözünü kapatmasını istedi ve işaret parmağı ile nasalden, temporalden, superior ve inferiordan orta hatta doğru yaklaştırarak hastadan fark ettiği zaman haber vermesini istedi.
	3. Diğer göz için aynı testi uyguladı.
	4. Her iki göz için görme alanını not etti.
	Göz dibi muayenesi: 1. Loş ışıkta hastadan ileride sabit bir noktaya bakmasını istedi.
	2. Oftalmoskop ile 15 derece lateralden sağ göz dibini sağ gözüyle, sol göz dibini sol gözüyle oftalmoskopu kullanarak inceledi.

4	**III. Nervus oculomotorius** **IV. Nervus trochlearis** **VI. Nervus abducens muayene becerisi**
	1. Hastanın karşısına geçti. Ptozis, gözde kayma ve pupillerin eşit olup olmadığını kontrol etti.
	Işık refleksi: 1. Işık kaynağını bir göze tutarak aynı ve karşı taraf pupillada myosis olup olmadığını not etti.
	2. Diğer göz için de aynı testi tekrarladı.
	Göz hareketleri: 1. Hastanın gözleriyle sağa, sola, yukarı, aşağı ve oblik yönlerde işaret parmağını takip etmesini istedi.
	2. Göz hareketlerinin konjuge olup olmadığını değerlendirdi.
5	**V. Nervus trigeminus (n. ophtalmicus, n. maxillaris, n. mandibularis) muayene becerisi**
	Duyu muayenesi: 1. Alın, üst çene ve alt çeneye pamukla dokunarak hissedip hissetmediğini sordu.
	2. Yüzün her iki tarafına eş zamanlı yapıp hastadan karşılaştırmasını istedi.
	3. Kornea refleksi: Baş nötral pozisyonda sol gözü sağa baktırarak lateralden bir pamukla korneaya dokundu. Göz kapaklarının refleks olarak kapanıp kapanmadığını not etti.
	4. Sonra diğer göz için aynı testi uyguladı.
	Motor muayene: 1. Hastadan çenesini kasılı tutmasını isteyerek her iki masseter kasını palpe etti ve tonusunu karşılaştırdı.
6	**VII. Nervus facialis muayene becerisi**
	1. Hastadan gözlerini kapatmasını isteyerek her iki palpebranın kapanmasını not etti.
	2. Hastadan gülümsemesini isteyerek her iki ağız kenarındaki çekilmeyi (nasolabial oluk) not etti.
	VIII. Nervus vestibulocohlearis muayene becerisi
	1. İşitme: Hastanın kulaklarını teker teker kapayarak diğer kulağa fısıldadı ve duyup duymadığını söylemesini istedi.
	2. Rinne testi: Titreşim halindeki bir diyapazonu hastanın mastoid kemiği üzerine koydu. Titreşimler algılanmaz hale geldiğinde diyapazon dış kulak yolu önüne getirdi ve titreşimi algıladığı zamanı not etti.

	3. Weber testi: Diapazonu alnın ortasına yerleştirdi ve hastaya, titreşimi, hangi kulakta duyduğu sordu.
	IX. Nervus glossophayrngeus **X. Nervus vagus muayene becerisi**
	1. Hastadan yüksek sesle "Aaa" demesini isteyerek ışık kaynağı yardımıyla palatal arkların eşit kalkıp kalkmadığını not etti.
	2. GAG refleksi: Abeslang yardımıyla farinks arka duvarına dokunarak öğürmenin tetiklenip tetiklenmediğini not etti.
	XI. Nervus accessorius muayene becerisi
	Musculus sternocleidomastoideus: 1. Hastanın başını bir yana döndürmesinin isteyerek karşı kası palpe etti.
	2. Aynı testi diğer kas için de uyguladı
	Musculus trapezius: 1. Hastadan her iki omzunu yukarı doğru kaldırmasını ve kendisine karşı koymasını istedi.
	2. Her iki kas gücünü karşılaştırmalı olarak not etti.
	XII. Nervus hypoglossus muayene becerisi
	1. Hastanın ağzını açmasını istedi. İnspeksiyon ile dilde atrofi olup olmadığını değerlendirdi.
	2. Hastadan dilinin dışarı çıkarması ve sağa sola hareket ettirmesi istedi.
	3. Dilin dışarıda bir yöne sapıp sapmadığını not etti.

Tarih ve Saat
Kimlik bilgileri (İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres)
Kimden alındığı?
Hedef: Kas ve iskelet sisteminin değerlendirilmesi

GENEL BİLGİLER
I. BİLİNMESİ GEREKEN KONULAR:
1-Kas iskelet sistemi anatomi ve fizyolojisi
2-Normal muayene yöntem ve teknikleri; inspeksiyon, palpasyon
3-Eklem hareketleri; supinasyon, pronasyon - fleksiyon, ekstansiyon - dorsifleksiyon, plantar fleksiyon - inversiyon, eversiyon - radial deviasyon, ulnar deviasyon - abduksiyon, adduksiyon – iç ve dış rotasyon

II. TOPOGRAFİK ANATOMİ: El – El Bileği, Omuz (Glenohumeral eklem, Sternoklavikuler, akromioklavikuler eklem, biseps), Ayak bileği (Aşil tendonu, tibiotalar eklem), Diz (Patella, Patellar tendon, Kuadriceps kası, Suprapatellar poş), Kalça eklemi, Spina iliaka anterior superior, Spinöz çıkıntılar.

III. FİZİK MUAYENE

Ekstremitelerin motor/duysal muayenesi konusunda daha fazla bilgi için nörolojik muayene çalışma kılavuzuna bakınız.

Genel yaklaşım

- Bu muayene için hasta gerektiği gibi soyunmuş olmalıdır.
- Muayenenin bazı bölümleri klinik duruma uygun olmayabilir (örneğin kırık bir ekstremitede eklem hareket açıklığına bakılması).
- Kas-iskelet sistemi muayenesi tümüyle anatomiyle ilgilidir. Öykü alırken ve hastayı muayene ederken anatomik yapıyı düşünün.
- Kas-iskelet sistemi hastalıklarının kardinal belirtileri ağrı, kızarıklık (eritem), şişlik, ısı artışı, deformite ve fonksiyon kaybıdır.
    - Tüm bölgelerde muayeneye daima inspeksiyon, palpasyon ve eklem hareket açıklığı ile başlayın. Özel bir kas iskelet sistemi patolojisinden şüphelenildiğinde özel testlere başvurulur. Tam bir değerlendirme etkilenen bölgenin nörolojik muayenesini de kapsar.

İnspeksiyon

1. Skarlar, döküntüler, kızarıklık, asimetri, deformite, şişlik veya atrofi arayın.
2. Daima diğer tarafla karşılaştırın.

Palpasyon

1. Her eklem ve kas grubunu sırayla muayene edin.
2. Duyarlı alan varsa belirleyin.
3. Şişlik, ısı artışı varsa belirleyin.
4. Daima diğer tarafla karşılaştırın.

Eklem hareket açıklığı (EHA)

Aktif EHA ile başlayın (eklemler hasta tarafından hareket ettirilir). Aktif EHA anormalse pasif EHA'na bakın (eklemler muayene eden kişi tarafından hareket ettirilir).

Aktif

1. Hastaya her eklemini tam EHA boyunca hareket ettirmesini söyleyin.
2. Kısıtlılık varsa derecesi ve tipine (ağrı, güçsüzlük, vs.) dikkat edin.
3. EHA artışı veya instabiliteye dikkat edin.
4. Daima diğer tarafla karşılaştırın.
5. Anormallik varsa pasif EHA'na geçin.

Pasif

1. Hastaya gevşemesini ve muayene ettiğiniz ekstremiteyi desteklemenize izin vermesini söyleyin. Her eklemi tam EHA boyunca nazikçe hareket ettirin.
2. Kısıtlılık varsa derecesi ve tipine (ağrı veya mekanik) dikkat edin.
3. Artmış EHA varsa instabilite için özel testleri yapın.
4. Daima diğer tarafla karşılaştırın.

Örnek Eklem Muayeneleri

El bileği ve El

1. İnspeksiyon: El bileği ve eli palmar ve dorsal yüzden gözlemleyerek kızarıklık, şişlik, nodül, deformite, atrofi olup olmadığını kontrol edin. Elini yumruk yapıp yapamadığını değerlendirin.

2. Palpasyon: Önce parmaklarınızın dorsal yüzünü kullanarak eklemlerde ısı artışı olup olmadığını tespit edin. Daha sonra, bir elinizle hastanın el bileğini sabitleyip diğer elinizin baş ve işaret parmakları ile proksimal interfalangeal eklem, distal interfalangeal eklemleri teker teker palpe edin. Metakarpofalangeal eklemlerde duyarlılığı araştırmak için tek elinizle hastanın elini iki yandan sıkın. Daha sonra her bir metakarpofalangeal eklemi, her iki elinizin başparmakları el sırtında ve işaret parmakları el ayasında olacak şekilde baş ve işaret parmaklarınızın arasına alarak palpe edin. Eklemleri palpe ederken hassasiyet ve şişliği kontrol edin.

3. Eklem hareket açıklığı: El bileğinde fleksiyon, ekstansiyon, ulnar ve radial deviasyon, ve tüm parmaklarda fleksiyon, ekstansiyon, abdüksiyon ve addüksiyon yapıp yapamadığını değerlendirin. Başparmakta oppozisyonu, önkolda supinasyon ve pronasyonunu değerlendirin.

Omuz

1. İnspeksiyon: Omuzu önden ve arkadan gözlemleyerek şişlik, deformite ve kas atrofisi varlığını araştırın.
2. Palpasyon: Glenohumeral eklem, Sternoklavikuler, akromioklavikuler eklem, biseps kasını palpe edin.
3. Eklem hareket açıklığı: Kolunu öne doğru kaldırmasını(fleksiyon); arkaya doğru götürmesini (Ekstansiyon), iç ve dış rotasyonu, abdüksiyon ve addüksiyonu kontrole edin.

Diz

1. İnspeksiyon: Dizde deformite, şişlik ve kuadriseps atrofisi olup olmadığına dikkat edin.
2. Palpasyon: Suprapatellar poş ve patellanın kenarlarını şişlik, duyarlılık ve ısı artışı yönünden palpe edin.
3. Eklem hareket açıklığı: Hastadan dizine fleksiyon ve ekstansiyon yaptırmasını isteyin.
4. Patellayı femura doğru bastırarak hareket ettirin, duyarlılığı kontrol edin. Eklemin stabilitesini varus, valgus, ön çekmece ve arka çekmece testleri ile kontrol edin.

Kalça

1. İnspeksiyon: Deformite ve duruş bozukluklarını kontrol edin.
2. Her iki alt ekstremitenin uzunluğunu “Anterior superior iliak spina – Medial malleol arası” ölçerek karşılaştırın.
3. Eklem hareket açıklığı: Sırtüstü yatarken elleriyle dizlerinden tutarak bacaklarını göğsüne doğru çekmesini (fleksiyon), kalça ve dizi 90 fleksiyona getirerek iç ve dış rotasyonu kontrol edin. Bir elinizi karşı taraf anterior superior iliak spina üzerine bastırarak pelvisi stabilize edin; diğer elinizle ayak bileğinden tutarak bacağı yana doğru açarak (abduksiyon), bacağı mediale, karşı ekstremiteye doğru hareket ettirerek (adduksiyon) haraketlerini kontrol edin. Hastadan yüzüstü yatmasını ve uyluğunu yukarı doğru kaldırmasını (ekstansiyon) isteyin.

Lomber Omurga

1. İnspeksiyon: Hastayı ayakta dururken arkadan ve yandan gözlemleyin. Omurga eğriliklerine, omuz ve kalça asimetrisine dikkat edin.
2. Palpasyon: Hasta ayakta dururken veya otururken her bir vertebranın spinöz çıkıntısını başparmağınızla palpe edin. Paravertebral kasları duyarlılık ve spazm açısından palpe edin.
3. Bel eklem hareket açıklığı: hastadan dizlerini fleksiyona getirmeden öne doğru eğilerek ayak parmaklarına değmesini (fleksiyon) isteyin. Pelvisi ellerinizle stabilize ederken yanlara doğru eğilmesini (lateral fleksiyon), arkaya doğru eğilmesini (ekstansiyon), gövdesini sağa ve sola döndürmesini (rotasyon) isteyin.

Eklem ve Omurga Muayene Becerisi

	EL - EL BİLEĞİ MUAYENE BECERİSİ
NO	BASAMAKLAR
1.	Ellerini yıkadı.
2.	Hastayı muayene hakkında bilgilendirdi ve rahat olmasını söyledi.
3.	Hastanın muayene masasına oturmasını istedi.
4.	Hastanın karşısına geçti.
5.	El bileği ve eli palmar ve dorsal yüzden gözlemleyerek şişlik, kızarıklık, nodül, deformite, atrofi olup olmadığını kontrol etti.
6.	Elini yumruk yapıp yapamadığını kontrol etti.
7.	Parmaklarının dorsal yüzünü kullanarak tüm eklemlerde ısı artışı olup olmadığını kontrol etti.
8.	4. Bir eliyle hastanın el bileğini sabitleyip, diğer elinin baş ve işaret parmaklarını kullanarak proksimal interfalangeal eklemleri, distal interfalangeal eklemleri teker teker palpe etti.
9.	Daha sonra hastanın her bir metakarpofalangeal eklemini her iki elinin başparmak ve işaret parmaklarını kullanarak teker teker palpe etti.
10.	El bileğinde fleksiyon, ekstansiyon, ulnar ve radial deviasyon ve parmaklarda fleksiyon, ekstansiyon, abdüksiyon ve addüksiyon yapıp yapamadığını değerlendirdi.
11.	Başparmakta oppozisyonu değerlendirdi.
12.	Önkolda supinasyon ve pronasyonunu değerlendirdi.
13.	Eklemlerin inspeksiyon ve palpasyon muayene bulgularını ve eklem hareket açıklıklarını kaydetti.
14.	Ellerini yıkadı.

	OMUZ EKLEMİ MUAYENE BECERİSİ
NO	**BASAMAKLAR**
1.	Ellerini yıkadı.
2.	Hastayı muayene hakkında bilgilendirdi ve rahat olmasını söyledi.
3.	Hastanın muayene masasına oturmasını istedi.
4.	Hastanın karşısına geçti.
5.	Hastanın omuzları görülecek şekilde soyunmasını istedi.
6.	Omuzu önden ve arkadan gözlemleyerek şişlik, deformite ve kas atrofisi varlığını araştırdı.
7.	Glenohumeral eklem, sternoklavikuler, akromioklavikuler eklem, biceps kaslarını palpe etti.
8.	Kolunu öne doğru kaldırmasını(fleksiyon); arkaya doğru götüresini (Ekstansiyon), iç ve dış rotasyonu, abdüksiyon ve addüksiyonu kontrole etti.
9.	Omuzu önden ve arkadan gözlemleyerek şişlik, deformite ve kas atrofisi varlığını araştırdı.
10	Glenohumeral eklem, Sternoklavikuler, akromioklavikuler eklem, biceps kasını palpe etti.
11	Eklemleri palpe ederken muayene bulgularını not etti.

NO	DİZ EKLEMİ MUAYENE BECERİSİ
1.	Ellerini yıkadı.
2.	Hastayı muayene hakkında bilgilendirdi ve rahat olmasını söyledi.
3.	Hastanın muayene masasına sırtüstü yatmasını istedi.
4.	Her iki diz ve uyluk görülecek şekilde soyunmasını istedi.
5.	Hastanın sağına geçti.
6.	Dizde deformite, şişlik, renk değişikliği ve kuadriseps atrofisi olup olmadığına dikkat etti.
7.	Suprapatellar poş ve patellanın kenarlarını şişlik, duyarlılık ve ısı artışı yönünden palpe etti.
8.	Hastadan dizine fleksiyon ve ekstansiyon yaptırmasını istedi.
9.	Patellayı femura doğru bastırarak hareket ettirdi, duyarlılığı kontrol etti.
10	Eklemin stabilitesini varus, valgus, ön çekmece ve arka çekmece testleri ile kontrol etti.
11	Eklemleri palpe ederken muayene bulgularını not etti.

	KALÇA EKLEMİ MUAYENE BECERİSİ
NO	**BASAMAKLAR**
1.	Ellerini yıkadı.
2.	Hastayı muayene hakkında bilgilendirdi ve rahat olmasını söyledi.
3.	Hastanın yürüyüşünü ve alt ekstremitede görülen deformiteleri değerlendirdi.
4.	Hastanın muayene masasına sırtüstü yatmasını istedi.
5.	Hastanın sağına geçti.
6.	Her iki alt ekstremitenin uzunluğunu ölçtü. (Anterior superior iliak spina – Medial malleol arası)
7.	Hastadan elleriyle sağ bacağını sağ dizinden tutarak göğsüne doğru çekmesini isteyerek

	fleksiyon açısını değerlendirdi.
8.	Hastanın kalça ve dizi 90° fleksiyonda iken bir eliyle hastanın sağ uyluğunu sabitleyip diğer eliyle hastanın sağ ayak bileğinden tutarak sağ kalça iç ve dış rotasyonu kontrol etti.
9.	Bir eli ile hastanın sol anterior superior iliak spina üzerine bastırarak pelvisi sabitledi. Diğer eli ile sağ ayak bileğinden tutarak bacağı laterale doğru açarak (abduksiyon), bacağı mediale, karşı bacağa doğru hareket ettirerek (adduksiyon) haraketlerini kontrol etti.
10.	6, 7 ve 8. basamakları diğer tarafta tekrarladı.
11.	Hastanın muayene masasına yüzüstü yatmasını istedi.
12.	Bir eliyle hastanın sakrumu üzerinden bastırırken hastadan sağ uyluğunu yukarı doğru kaldırması isteyerek kalça ekstansiyonunu değerlendirdi.
13.	11. basamağı diğer tarafta tekrarladı.
14.	Eklem hareket açıklığı ölçümlerini kaydetti.
15.	Hastaya ölçümleri ile ilgili bilgi verdi.
16.	Ellerini yıkadı.

	LOMBER OMURGA MUAYENE BECERİSİ
NO	**BASAMAKLAR**
1.	Ellerini yıkadı.
2.	Hastayı muayene hakkında bilgilendirdi ve rahat olmasını söyledi.
3.	Hastadan ayağa kalkmasını istedi.
4.	Hastanın yanından bakarak servikal, torasik ve lomber fizyolojik eğriliklerini inceledi.
5.	Hastanın arkasından omurganın şekil bozukluklarını ve eğriliklerini, omuz ve kalçalarda asimetri olup olmadığını inceledi.
6.	Her bir vertebranın spinöz çıkıntısını ve paravertebral kaslarını başparmağı ile palpe etti.
7.	Hastadan dizlerini fleksiyona getirmeden öne doğru eğilerek ayak parmaklarına değmeye çalışmasını isteyerek lomber fleksiyonu değerlendirdi.
8.	Hastanın pelvisini her iki eli ile sabitledi ve sağ yana, daha sonra sol yana doğru eğilmesini isteyerek lomber lateral fleksiyonları değerlendirdi.
9.	Hastanın pelvisini her iki eli ile sabitledi ve sağ ve sol lomber lateral rotasyonları değerlendirdi.
10.	Hastanın pelvisini her iki eli ile sabitledi ve lomber ekstansiyonu değerlendirdi.
11.	Eklem hareket açıklığı ölçümlerini kaydetti.
12.	Hastaya ölçümleri ile ilgili bilgi verdi.
13.	Ellerini yıkadı.

ÜRİNER SİSTEM MUAYENESİ REHBERİ

Tarih ve saat
Kimlik bilgileri: İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres
Kimden alındığı?
Ana yakınma: Dizüri, hematüri, sık idrara gitme, idrar kaçırma, noktüri, ağrı
Şimdiki hastalığının öyküsü:
1.Belirtilerin karakterleri
Dizüri:

- **Yeri:** Üretra ağzında, suprapubik
- **Özelliği:** Ağrı veya yanma, idrar rengi, bulanık- berraklığı, kokusu
- **Şiddeti:** Hafif, orta, şiddetli
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, idrar yapma sırasında, sonunda
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Koitus, kabızlık, idrarını uzun süre tutma, az sıvı alma
- **Hafifleten faktörler:** Sıvı alımında artış, sıcak uygulama
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Sık idrara gitme, ateş, bel ağrısı, hematüri, noktüri, vajinal akıntı

Hematüri:

- **Özelliği:** İdrarın başında, sonunda, veya tüm idrar boyunca, pıhtılı, açık kırmızı, et suyu rengi
- **Şiddeti:** hafif, şiddetli, orta
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı ve ne zamandır sürmekte olduğu
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Akut kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, şiddetli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Egzersiz, taş düşürme, ilaç kullanma
- **Hafifleten faktörler:** İstirahat, sıvı alımı
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Dizüri, bel ağrısı, ateş

Sık idrara gitme:

- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, gündüz-gece farkı
- **Başlangıcı:** Ani- yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Günde kaç kez, aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Çok sıvı alımı
- **Hafifleten faktörler:** İstirahat, koitus rejimi
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Dizüri, ani idrara gitme gereksinimi, hematüri, idrar kaçırma, noktüri, çok su içme, çok yeme

İdrar kaçırma:

- **Şiddeti:** Miktarı
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi, gece veya gündüz oluşu
- **Başlangıcı:** ani, yavaş
- **Akut kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Günde kaç kez, aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkartan, arttıran faktörler:** Ağır kaldırma, gülme, hapşırma ile birlikte, nörolojik hastalıklar, diüretik kullanımı
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Dizüri, pollaküri, noktüri, ani idrara gitme isteği, gayta kaçırma, zor idrar yapma

Noktüri:

- **Zamanı:** Başlangıcı, süresi
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici, gecede kaç kez olduğu
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Sıvı alımı, kalp yetmezliği, ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Dizüri, sık idrara gitme, çok su içme, çok yeme, bacaklarda ödem, zor idrar yapma, erkeklerde idrarı uzağa atamama

Ağrı:

- **Yeri:** Lomber, suprapubik, inguinal
- **Yayılımı:** Testis, inguinal bölge, labiumlar
- **Karakteri:** Künt, bıçak batar tarzda, kolik
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyen
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Hareket, alınan sıvı miktarı
- **Hafifleten faktörler:** Sıcak uygulama, pozisyon
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Bulantı, kusma, dizüri, hematüri, ateş

2.Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar

3.Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum

- Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

4.Önemli pozitif ve negatif saptamalar

Geçmiş tıbbi öykü

Taş düşürme, pyelonefrit

Şimdiki sağlık durumu

Aile öyküsü

Kişisel ve sosyal öykü

Sistemlerin gözden geçirilmesi

ÜRİNER SİSTEM FİZİK MUAYENESİ ÖLÇME BECERİSİ

	Amaç: Üriner sistem muayenesi konusunda beceri kazanılması
	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak muayene konusunda bilgi verilmesi
2.	Hastanın sırt üstü yatmasının istenmesi, karnının açılması ve sağına geçilmesi
3.	Hastanın karnının 9 veya 4 bölgeye ayrılarak inspekte edilmesi
4.	Sağ böbreğin palpasyonu: Hasta yatarken, sol elin hastanın beline, 12. kostanın hemen altına ve ona paralel olarak, parmak uçları kostovertebral açıya ancak yetişecek şekilde koyulması
5.	Sağ elin sağ üst kadranda rektus kasının lateraline paralel olarak koyulması
6.	Sol elle böbreğin yukarı kaldırılmaya çalışılması
7.	Hastanın derin bir nefes alması ve nefesinin en üst noktasında sağ elle de bastırarak böbreğin her iki elle kavranmaya çalışılması
8.	Böbreğin kıvamı, şekli, boyutları, hassasiyeti vb. değerlendirilmesi. (Genellikle normal böbrek palpe edilemez)
9.	Sol böbreğin palpasyonu: Hastanın sol tarafına çevrilmesi, sağ eli alttan destek, sol eli üstten palpasyon için kullanmak üzere sağ böbrek muayenesinde belirtilen adımların izlenmesi
10.	Üreter traseleri boyunca palpasyonda hassasiyet olup olmadığının araştırılması
11.	Abdominal aortanın ve renal arterlerin oskültasyonu, üfürüm olup olmadığının araştırılması
12.	Mesane palpasyonu ve perküsyonu. (Matite elde edilmesi, Glob vezikale araştırılması)
13.	Kostavertebral açı hassasiyeti bakılması (Bunun için: Kostalomber açıya elin ulnar kenarı ile vurulur)

REKTAL TUŞE YAPMA BECERİSİ

	BASAMAKLAR
1.	Hastaya yapılacak muayene konusunda bilgi verilmesi
2.	Hasta ayakta ve dizlerinin üstüne doğru öne eğilmiş halde, sims (yan yatar ve dizlerini karnına çeker) pozisyonunda
3.	Her iki ele eldiven giyilmesi.
4.	Her iki kalça iki yana ayrılarak anal bölde incelenmesi. (Hemoroid, fistül açısından değerlendirilir)
5.	Vazelinlenmiş işaret parmağı rektal bölgeye itilirken birkaç saniye anal sfinkter gevşemesi için anal sfinkter üzerinde tutularak beklenir ardından ilerletilir.
6.	Anal sfinkter tonusunun değerlendirilmesi.
7.	İşaret parmağı pulpası rektum içinde anterior yüzeyde prostat üzerinde gezdirilerek prostatın büyüklüğü ve kıvamının değerlendirilmesi. (nodül, endurasyon, asimetri, sertlik olup olmadığının değerlendirilmesi.)
8.	Parmak prostattan daha ileriye uzatılarak seminal veziküllerin ele gelip gelmediğine bakılması
9.	Prostat masajı: gerekli olgularda prostatın lateral ve posterior kısmından orta hatta doğru sağılması ile sekresyonun prostatik üretraya akmasının sağlanması.
10.	Tüm rektal bölgenin çepeçevre muayene edilerek ele gelen rektal kitle olup olmadığına bakılması, rektumdaki gaitanın içeriğinin değerlendirilmesi.
11.	Hastaya giyinmesinin söylenmesi

ERKEK GENİTAL SİSTEM MUAYENESİ REHBERİ

Anabilim Dalı **Tarih:**
Tarih ve saat
Kimlik bilgileri: İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres

Ana yakınma: Peniste sertleşme bozukluğu, ejakülasyon bozukluğu, peniste akıntı veya lezyon infertilite, inguinal bölgede şişlik, skrotumda şişlik, testiste ele kelen kitle
Şimdiki hastalığının öyküsü
1. Belirtilerin karakterleri
Peniste sertleşme bozukluğu:

- **Özelliği:** Hiç olmaması, ağrılı-uzamış olması, ağrısız uzamış, ereksiyon sırasında peniste eğrilik olup olmaması
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi, sabah ereksiyonları var/yok
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Koitus, mastürbasyon, erotik materyal ile olan ilişkisi, tüm cinsel eşlerde veya yalnız birinde, ilaçlar (diüretikler, sedatif, antihipertansif, trankilizan, östrojen, androjen sentezini inhibe eden ilaçlar), alkol kullanımı, yorgunluk, stres, kronik hastalığı (Diabetes mellitus, hipertansiyon ve aterosklerotik kalp hastalığı)
- **Hafifleten faktörler:** İlaç kullanımı
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Erken boşalma, depresyon, anksiyete

Ejakülasyon bozukluğu:

- **Özelliği:** Ağrılı veya ağrısız, ejekülat rengi, kokusu, kıvamı, miktarı
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı ve ne zamandır sürmekte olduğu
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, şiddetli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Psikolojik durumlar, ilaçlar
- **Hafifleten faktörler:** Kondom kullanımı, ilaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Üriner yakınmalar (dizüri vb.), ereksiyon bozukluğu

Peniste akıntı veya lezyon:

- **Özelliği:** Lezyon; şişlik, ülsere, kızarıklık, tek veya birden fazla,

Akıntı; rengi kokusu, kıvamı, miktarı

- **Zamanı:** Ne zaman başladığı (şüpheli cinsel ilişki) ve ne zamandır sürmekte olduğu
- **Başlangıcı:** Ani, yavaş
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, şiddetli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Cinsel ilişki, ilaç kullanımı
- **Hafifleten faktörler:** Lezyon: kondom kullanımı
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Dizüri, bel ağrısı, ateş, testiste şişlik, ağrı

İnfertilite:

- **Özelliği:** Primer veya sekonder oluşu
- **Zamanı:** Çocuk sahibi olmak için ne kadar zamandır çaba gösteriyor
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Ereksiyon, ejakülasyon olup olmaması, inmemiş testis, varikosel (skrotal şişlik), eşine ilişkin inferiliteye yönelik sorunlar

İnguinal bölgede şişlik:

- **Özelliği:** Redükte edilip edilmemesi, büyüklüğü, hareketli olup olmaması, azalıp artması, kızarıklık-ağrı ile birlikte, sert-yumuşak olması
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi
- **Başlangıcı:** Ani- yavaş
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler**: Ikınma, ayakta uzun süre durma, ağır kaldırma
- **Hafifleten faktörler:** İstirahat, korse kullanımı
- **İlişkili diğer belirtiler:** Ağrı, bulantı kusma

Skrotumda şişlik

- **Özelliği:** Ağrılı olup olmaması, büyüme küçülme, sert-yumuşak, kitlenin hareketli olup olmaması
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, süresi
- **Başlangıcı:** Ani- yavaş
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Ikınma, ağır kaldırma, üriner enfeksiyonlar
- **Hafifleten faktörler:** İstirahat, ilaç kullanımı
- **İlişkili diğer belirtiler:** Dizüri, üretral akıntı, ağrı

2.Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar

3.Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum

- Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

4.Önemli pozitif ve negatif saptamalar

Geçmiş tıbbi öykü

Erişkin hastalıkları/hastaneye yatma (taş düşürme, pyelonefrit)

Aile Öyküsü

Kişisel ve sosyal öykü

Sistemlerin gözden geçirilmesi

GENEL BİLGİLER

GENEL YAKLAŞIM

Muayenenin her basamağı hastaya anlatılmalı ve hasta rahatlatılmalıdır. Muayene sırasında nadiren ereksiyon oluşabilir. Bu durumun normal olduğu hastaya anlatılır ve muayeneye devam edilir. Eğer hasta muayeneyi bitirmenizi isterse, isteği kabul edilir.

İyi bir genital muayene hasta ayakta ya da supin pozisyonda yapılabilir. Hastanın göğüs ve karın bölgesi örtülmelidir.

CİNSEL GELİŞİMİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Penis ve testislerin büyüklüğü ve biçimi, skrotum derisinin rengi ve yumuşaklığı, pubik kıllanmanın dağılımı, cinsel değerlendirme için kullanılır. Testislerin büyüklüğü palpe edilerek değerlendirilir.

PENİS İnspeksiyon:

- Deri: Penis etrafındaki deride soyulma veya inflamasyon belirtisi olup olmadığına dikkat edilir.
- Prepisyum (Sünnet derisi): Eğer varsa, geriye doğru çekilir ya da hastadan geriye çekmesi istenir.

- Glans: Herhangi bir ülser, skar, nodül ya da inflamasyon belirtisi olup olmadığına dikkat edilir. Smegma olarak isimlendirilen ve peynir kıvamında beyazımsı materyal normal olarak sünnet derisinin altında izlenebilir.
- Üretral meatusun yerleşimine dikkat edilir. Glansın iki parmağın arasında hafifçe sıkıldıktan sonra üretral meatus açılmalı ve akıntı olup olmadığına bakılmalıdır. Normalde akıntı yoktur. Eğer hasta akıntı olduğunu söylüyor ve görünmüyorsa, penis tabanından ucuna doğru sıvazlanır. Bu manevrayla bir miktar akıntı dışarı çıkabilir. Bir lam ve kültür materyali hazır bulundurulur.

Palpasyon: Penis palpe edilerek herhangi bir duyarlılık ya da bir fibrotik plak olup olmadığı kontrol edilir.

SKROTUM ve TESTİSLER

İnspeksiyon Deri: Arka yüzeyi görebilmek için skrotum yukarı doğru kaldırılır.

Skrotal konturlar: Herhangi bir şişlik ya da kitle olup olmadığı kontrol edilir.

Palpasyon Her iki testis ve epididimler işaret ve başparmak arasına alınarak palpe edilir. Büyüklük, biçim, yoğunluk ve duyarlılık açısından değerlendirilir. Normalde, testisler üzerine baskı yapmak derin viseral ağrıya neden olur.

Her iki spermatik kord ve vas deferens iki parmakla, epididimisten süperfisyel inguinal kanala kadar palpe edilir. Herhangi bir nodül ya da kabarıklık olup olmadığına dikkat edilir.

Skrotumdaki herhangi bir şişlik, transilluminasyon ile değerlendirilmelidir. Muayene odasının ışıklarını kapattıktan sonra, güçlü bir ışık kaynağı skrotumun arkasından kitleye doğru tutulur ve ışık geçirgenliği kontrol edilir. Hidrosel gibi seröz sıvı içeren şişlikler ışık geçirgendir.

ERKEK GENİTAL SİSTEM MUAYENE BECERİSİ

	BASAMAKLAR
1.	Ellerini yıkadı.
2.	Hastayı muayene hakkında bilgilendirdi ve rahat olmasını söyledi.
3.	Hastanın genital bölgesi açık kalacak şekilde soyunmasının ve göğüs ve karın bölgesinin örtülmesinin sağlanması.
4.	Her iki ele eldiven giyilmesi.
5.	**İnspeksiyon yapılması, bunun için;**
6.	Pubik kıllanmanın gözlenmesi (dağılımı, miktarı)
7.	Penis etrafındaki ve tabanındaki derinin gözlenmesi (soyulma, inflamasyon, şişlik vb.)
8.	Her iki skrotumun gözlenmesi(ödem, hiperemi vb.)
9.	Eğer peniste sünnet derisi varsa geriye çekilmesi.
10.	Glans penisin gözlenmesi ve üretral meatusun yerinin belirlenmesi.
11.	Glansın baş ve işaret parmakları arasında hafifçe sıkılması ve akıntı olup olmadığına bakılması.
12.	Sünnet derisi geri çekildiyse tekrar yerine itilmesi.
13.	**Palpasyon yapılması, bunun için;**
14.	Penis gövdesinin baş ve işaret parmakları arasında penis kökünden uca doğru palpe edilmesi.
15.	Sıra ile her iki skrotum bir elin baş, işaret ve orta parmak arasında sıkılarak; testis, epididimin ve vaz deferensin palpe edilmesi.
16.	Hastanın giyinmesinin sağlanması.

Tarih ve saat
Kimlik bilgileri: İsim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence, adres
Kimden alındığı?
Ana yakınma: Anormal kanama, ağrı, vaginal akıntı, idrar kaçırma
Şimdiki hastalığının öyküsü
1. Belirtilerin karakterleri

Anormal kanama:
- **Özelliği:** Kırmızı kan, pıhtılı
- **Şiddeti:** 24 saatte kullanılan tampon/ped sayısı
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğü, adetler ile ilişkisi (iki menstrüel kanama arasındaki zamanın kısalması (21 günün altında olması) ya da uzaması (35 günden daha uzun olması), amenore, adetlerin uzaması (7 günden fazla) adetlerin kısalması (2 günden az), adetler arası kanama, menapoz ile ilişkisi
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Başlangıçtan sonra nasıl seyrettiği, ilerleyici, aralıklı
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** cinsel ilişki, stres
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Ağrı, kramp, batında distansiyon, pelvik dolgunluk, dışkılama alışkanlığında değişiklik, kilo kaybı veya artışı

Ağrı:
- **Yeri:** Karında, kasıkta, tek veya çift taraflı
- **Yayılımı:** Bacağa, bele doğru
- **Özelliği:** Bıçak batar tarzda, künt, keskin
- **Şiddeti:** Hafif, orta, şiddetli
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, başlayınca ne kadar sürdüğü, adet zamanı ile ilişkisi
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Cinsel ilişki, merdiven çıkma, dışkılama, gaz çıkarma
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar, istirahat
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Vajinal akıntı ya da kanama, gastrointestinal semptomlar, batında distansiyon ya da duyarlılık, pelvik dolgunluk, adet düzensizliği, adet miktarında azalma veya çoğalma

Vajinal akıntı:
- **Özelliği:** Rengi, kokusu, kıvamı, özelliklerinde değişiklikler
- **Şiddeti:** Miktarı
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, başlayınca ne kadar sürdüğü, adet zamanı ile ilişkisi, menapoz ile ilişkisi
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Pamuklu veya hava geçiren iç çamaşırı, dar kot veya pantolon, vajinal duş
- **Hafifleten faktörler:**

- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Kaşıntı, duyarlılık, enflamasyon oluşmuş ya da kanamalı dış dokular, disparoni, disüri ya da idrarda yanma, batında ağrı ya da kramp, pelvik dolgunluk, cinsel eşinde akıntı ya da diğer semptomların varlığı

İdrar kaçırma:

- **Özelliği:** Ikınma veya öksürme ile, ani ve sızlama ile birlikte, taşma şeklinde,
- **Şiddeti:** Miktarı
- **Zamanı:** Ne zaman başladığı, başlayınca ne kadar sürdüğü, üreme çağında veya post menapozal
- **Başlangıcı:** Ani-yavaş
- **Akut-kronik:**
- **Sıklığı, izlediği yol:** Aralıklı, sürekli, ilerleyici
- **Ortaya çıkaran, arttıran faktörler:** Üşütme, ayakta durma, gülme, ıkınma
- **Hafifleten faktörler:** İlaçlar, sık idrar yapma
- **Birlikte olan diğer belirtiler:** Kabızlık veya gayta kaçırma

2.Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar

3.Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum

- Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
- Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?

4.Önemli pozitif ve negatif saptamalar

<u>Geçmiş tıbbi öykü</u>

Obstetrik/jinekolojik öykü:

Menstürel Öykü:

- Menarş yaşı
- Son adet tarihi (son siklusun birinci günü)
- Siklusun düzeni ve kaç gün sürdüğü
- Kanamanın karakteri: miktarı (24 saatte kullanılan tampon veya pet sayısı) süresi, pıhtılı olup olmadığı
- Dismenore: özellikleri, süresi, sıklığı (her siklusta olup olmadığı)
- Adetler arası kanama veya lekelenme: miktarı, süresi, sıklığı, siklusun fazı ile ilişkisi
- Adetler arası ağrı: şiddeti, süresi, başlangıcı, ovulasyon ile olan ilişkisi
- Premenstrüel semptomlar: baş ağrısı, kilo alma, ödem, memelerde hassasiyet, irritabilite veya ruhsal durum değişiklikleri, sıklığı (her adette oluşuyor mu?), günlük yaşamsal aktivitelerle etkileşimi

Obstetrik Öykü:

- Gravida (G): (gebelik sayısı)
- Parite (P): (doğum sayısı): term-preterm
- Düşük sayısı(A): spontan veya indüklenmiş
- Canlı çocuk sayısı
- Gebelik, doğum, düşük, fötal veya neonatal komplikasyonlar

Menapozal Öykü:

- Menapoz yaşı
- İlişkili semptomlar: menstrüel değişiklikler, ruhsal durum değişiklileri, gerginlik, sıcak basmaları
- Post-menapozal kanama
- Premenapozal doğum kontrol yöntemleri
- İlaçlar: HRT ve yan etkileri: göğüste hassasiyet, vajinal kanama vb.

Jinekolojik Öykü:

- Jinekolojik geçirilmiş prosedürler: tüp ligasyonu, histerektomi, ooferektomi, laparaskopi, kriocerrahi, konizasyon

- Cinsel yolla bulaşan hastalıklar
- PID
- Vajinal enfeksiyonlar,
- Diabetes Mellitus
- Üreme sistemi organlarının kanserleri

Kontaseptif öykü:

- Son kullandığı yöntem, ne kadardır kullandığı, doğru kullanıp kullanmadığı, etkinliği, yan etkileri, yöntemden hoşnut olup olmadığı
- Önceki yöntemler: her birinin kullanım süresi, yan etkileri, bırakma nedenleri

Vajinal duş:

- Sıklığı: en son duştan beri geçen zaman, kaç yıldan beri duş kullandığı
- Duş yöntemi
- Solüsyon kullanıp kullanmadığı

Duş yapma nedeni2.Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar

Şimdiki sağlık durumu

Sağlık taraması (önceki muayeneler, kolesterol, vb.) Son pelvik fizik muayenenin tarihi, son pap smear alınma tarihi ve sonucu

Aile öyküsü

Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü (eğer gerekirse soyağacı üzerinde gösterin)

- Üreme sistemi organlarının kanserleri
- Gebelik sırasında DES e maruz kalmış olması
- Çoğul gebelikler
- Konjenital anomaliler

Kişisel ve sosyal öykü

Sistemlerin gözden geçirilmesi

RİSK FAKTÖRLERİ

SERVİKAL KANSER

- 40-50 yaş arası
- Servikal displazi, kondüloma aküminatum, herpes simpleks enfeksiyonu öyküsü
- İlk cinsel ilişkinin erken yaşta olması
- Hastanın veya partnerinin multipl cinsel partneri olması
- Sigara kullanımı
- Çok sayıda gebelik

OVER KANSERİ

- 40-60 yaş arası
- Öyküde aşağıdakilerin olması:
    - over disfonksiyonu, anovulasyon ve spontan abortuslar
    - endometrium ve meme kanseri
- Pelvik organlara radyasyon uygulanması
- Endometriosis
- Aile öyküsünde over ve meme kanseri olması
- İnfertilite veya nulliparite
- Talk veya asbeste maruz kalma

ENDOMETRİUM KANSERİ

- Post menapoz
- Erken menarş
- Geç menapoz
- İnfertilite veya düşük parite

- Obesite
- Öyküde hipertansiyon, diyabet, endomeriyal hiperplazi, karaciğer hastalığı olması,
- Karşılanmamış estrojen replasman tedavisi
- Yüksek sosyo-ekonomik durum
- Aile öyküsünde endometrial, meme ve kolon kanseri olması

GENEL BİLGİLER

I. BİLİNMESİ GEREKEN KONULAR:1- Kadın genital sistem anatomi ve fizyolojisi
2- Normal muayene yöntem ve teknikleri inspeksiyon, palpasyon

II. TOPOGRAFİK ANATOMİ: Mons pubis; Labium majüs ve minus; İntroitus; Vajina; Serviks; Uterus; Adneksler; Perine; Rektum

III. FİZİK MUAYENE

GENEL YAKLAŞIM

- Hastaya uygun giysi verilmeli ve örtü kullanılmalıdır.
- Hastanın mesanesi boş olmalıdır.
- Steril olmayan eldiven kullanılır. Eğer rektal ya da rektovajinal muayene yapmayı tasarlıyorsanız, kullanacağınız elinize çift-eldiven giyilir.
- Kirli alet ve malzemeleri düzgün biçimde ortamdan uzaklaştırılmalıdır.
- Hekimin cinsiyeti ne olursa olsun, muayene sırasında yanında bir bayan yardımcı olmalıdır.
- Hastaya, uygulayacağınız her şeyi önceden anlatılmalıdır.
- Hastaya uygun pozisyon verme:

Hastanın muayene masasında sırtüstü, başı 30-45 derece yüksekte olacak biçimde yatmasısağlanır.

Hastanın bacaklarını jinekolojik muayene masasına yerleştirmesine yardımcı olunur. Masa hastanın rahat etmesini sağlayacak biçimde ayarlanır.

Hastanın kalçalarını masanın ucuna kadar kaydırması sağlanır.

Hastanın dizlerini rahatlatması sağlanır.

DIŞ FİZİK MUAYENE

- **Adolesan hastanın seksüel gelişiminin değerlendirilmesi.** Pubik kıllanmanın özelliği ve dağılımına dikkat edilmesi ve Tanner evrelerine göre sınıflandırılması.
- **Eksternal genital organları inspekte edilmesi.** Mons pubis, labia ve perineumun inspekte edilmesi. Labiumların aralanıp labia minora, klitoris, üretral meatus ve vaginal girişin incelenmesi. Herhangi bir inflamasyon, ülserasyon, akıntı, şişlik ya da nodül olup olmadığının kontrol edilmesi. Eğer herhangi bir lezyon varsa palpe edilmesi.

Labial şişlik öyküsü ya da görünümü varsa, Bartholin bezlerinin kontrol edilmesi. İşaret parmağının vajinanın alt ucundan içeri yerleştirip başparmağın labium majusun alt bölümünün dışına yerleştirilmesi. Parmakların çevrilerek, her iki tarafta da şişlik ya da duyarlılık olup olmadığının kontrol edimesi. Bezlerden akıntı olup olmadığına bakılması. Eğer akıntı varsa, kültür alınması.

Üretrit ya da paraüretral bezlerin inflamasyonundan kuşkulanılırsa, işaret parmağının vajinaya yerleştirilip üretranın yavaşça dışarı doğru sıvazlanması. Üretral meatustan akıntı olup olmadığına dikkat edilmesi, akıntı varsa kültür alınması.

İÇ FİZİK MUAYENE

- **Serviksin lokalize edilmesi.** İşaret parmağının vajinaya yerleştirilmesi ve serviksin katı, yuvarlak yüzeyinin ayırt edilmesi. Serviksi manuel olarak lokalize etmek, spekuluma doğru açı vermeye yardım edecektir. Ayrıca bu teknik vajinal girişin büyüklüğünü değerlendirme ve uygun spekulum seçmeyi sağlayacaktır. Parmağı kayganlaştırmak için su veya başka bir kayganlaştırıcı kullanılmamalıdır.

- **Vajinal duvarların kontrol edilmesi.** Baş ve işaret parmaklarla labiumları aralanarak hastadan ıkınması istenir. Vajinal duvarlarda herhangi bir şişlik ya da kabarıklık olup olmadığına dikkat edilir.
- **Spekulumun yerleştirilmesi.** Uygun büyüklük ve biçimde bir spekulum seçilmesi. Ilık su veya diğer kayganlaştırıcılar sitolojik çalışmalar ve bakteri ya da virüs kültürlerini etkileyebileceği için kesinlikle kullanmamalıdır. Vajinal giriş alt kısmından işaret ve orta parmaklarla aşağı doğru bastırılarak genişletilebilir. Böylece spekulumun girişi kolaylaşacak ve hasta rahatlayacaktır. Diğer elle kapalı spekulum aşağıya doğru eğik açıyla hafifçe vajinaya yerleştirilir. Spekulum vajinaya girdikten sonra, parmaklar girişten çekilir. Daha kolay hareket edebilmek için spekulum sağ elle tutulabilir. Spekulum yatay eksende döndürülür ve tamamı vajinaya yerleştirilir.
- **Serviksin inspekte edilmesi.** Spekulumun açılıp serviksin yakalanarak görünür duruma getirilmesi için ayarlanması. Eğer serviksi bulmakta güçlük çekilirse, spekulumun hafifçe geri çekilip başka bir açıdan tekrar denenmesi.

  Serviks ve serviks girişinin renk, pozisyon, yüzey özellikleri, ülserasyon, nodül, kitle, kanama ve akıntı yönünden incelenmesi.

  Spekulumun vidasının sıkılarak sabitlenmesi.
- **Vajinanın inspekte edilmesi.** Spekulumun yavaşça geri çekilerek aynı anda vajinanın incelenmesi. Spekulumun vidasının gevşetilmesi ve başparmakla spekulumun açık kalmasının sağlanması. Mukozayı sıkıştırmamaya dikkat ederek spekulumun kapatılması. Geri çekerken vajinanın rengine, akıntı, inflamasyon, ülser ya da kitle olup olmadığına dikkat edilmesi.
- **Bimanuel muayene yapılması.** Eldivenli elin işaret ve başparmağına kayganlaştırıcı sürülüp vajinaya yerleştirilmesi. Başparmak abdüksiyonda, yüzük ve serçe parmakları fleksiyonda olmalıdır. Üretral bölge ve mesane ön yüzünü kapsayacak biçimde vajinal duvarda herhangi bir nodül ya da duyarlılık olup olmadığına dikkat edilir.
- **Serviksin palpe edilmesi.** Serviksin pozisyonu, biçimi, kıvamı, düzenliliği, hereketliliği ve duyarlılığına dikkat edilmesi. Normalde serviks hareket ettirildiğinde ağrı duyulmaz.
- **Uterusun palpe edilmesi.** Diğer el karın duvarı orta hattına, umblikus ile symphysis pubis arasına konup, pelvisteki elle uterus ve serviks yukarı doğru kaldırılırken, karın üzerindeki el içe ve aşağıya doğru bastırılıp uterusun ellerin arasında kavranmaya çalışılması.

Pelvisteki el yavaşça anterior fornikse kaydırılıp uterusun gövdesinin palpe edilmesi. Bu pozisyonda pelvisteki parmaklar uterusun ön yüzünü, karın üzerindeki el ise arka yüzünü hissedebilir.

Eğer bu manevralarla uterus hissedilemezse, uterus ters yerleşmiş olabilir (retroversiyon). Pelvisteki parmaklar posterior fornikse kaydırılıp uterusun arkasının parmak uçlarıyla hissedilmesi. Obez ya da gevşememiş bir karın duvarı, anterior yerleşimli olsa dahi uterusun hissedilmesine engel olabilir.
- **Overlerin palpe edilmesi.** Karın üzerindeki elin sağ-alt kadrana, pelvisteki elin sağ lateral fornikse yerleştirilmesi. Karın üzerindeki elin içe ve aşağı doğru bastırılıp adneksial yapıların pelvisteki ele doğru itilmeye çalışılması. Sağ overin ya da yakınındaki adneksial yapıların hissedilmeye çalışılması. Elleri hafifçe hareket ettirerek, olasıysa adneksial yapıların parmakların arasında kaydırılıp büyüklük, biçim, kıvam, hareketlilik ve duyarlılık açısından değerlendirilmesi. Bu işlemlerin sol taraf için de uygulanması

Normalde overler bir miktar duyarlıdırlar. Karın duvarı rahatladığında ve zayıf kadınlarda genellikle palpe edilebilirler; diğer durumlarda overleri hissetmek olanaksızdır.
- **Rektovajinal muayene yapılması.** Parmakların vajinadan çekip gerekliyse, eldivene tekrar kayganlaştırıcı sürülmesi. Yavaşça işaret parmağın vajinaya, orta parmağın rektuma dokundurulması. Bu sırada anal sfinkteri gevşetmek için, hastaya ıkınmasının söylenmesi. Hastaya, bu muayenenin barsaklarını uyarabileceğinin anlatılması. Sadece rektumdaki parmakla ulaşılabilecek olan serviksin arkasındaki bölgeye özelllikle dikkat edilerek bimanuel muayenenin manevralarının tekrarlanması. Rektovajinal palpasyon özellikle retrovert uterusu değerlendirmek için önemlidir.

  Muayeneden sonra eksternal genital organlar ve anüsün silinmesi.

SPEKULUM FİZİK MUAYENE BECERİSİ

NO	BASAMAKLAR
1	Hastadan mesanesini boşaltması isteyiniz (*).
2	Hastaya muayene konusunda bilgi veriniz (*).
3	Hastanın uygun biçimde soyunmasını sağlayınız ve üstünü örtmesini isteyiniz.
4	Hastayı litotomi pozisyonunda yatırınız
5	Her iki ele eldiven giyiniz.
	Pubik kıllanma ve dış genital organları inspekte ediniz.
6	Uygun spekulumu seçiniz.
7	Sol elle labiumlar açınız, spekulum yan tutularak introitus vajinadan hafifçe içeri itiniz.
8	Spekulum normal pozisyonuna, spekulum sapı 90 derece açı ile aşağı doğru döndürülerek içeri ve hafifçe aşağı doğru itiniz ve spekulumu açınız.
9	İtme işlemini spekulumun ön kenarı ön fornikse, arka kenarı arka fornikse gelene kadar devam ettiriniz.
10	Serviksi gözlemleyiniz.
11	Spekulum yavaşça yerine çekilirken vajina duvarları kontrol ediniz.
12	Spekulum kapatılarak yavaşça çıkartınız.

(*) Muayene maket üzerinde yapılıyorsa bu basamaklar atlanır.

Tarih ve Saat

Kimlik Bilgileri (isim, yaş, cinsiyet, medeni durum, meslek, sosyal güvence), Kimden alındığı?

Ana yakınma

Kanama, ağrı, su gelmesi, akıntı, bulantı, kusma, bebek hareketleri, GİS yakınmaları, üriner sistem yakınmaları, solunum ve kalp damar sistemlerine yönelik yakınmalar

Şimdiki hastalığının öyküsü

2. Belirtilerin Karakterleri

Kanama:

Özelliği: pıhtılı, sulu, abondan veya sızıntı şeklinde, rengi,
Şiddeti: 24 saatte kullanılan tampon/ped,
Zamanı: ne zaman başladığı, son adet ve gebelik haftası ile olan ilişkisi, süresi
Başlangıcı: Ani-yavaş:
Akut-kronik:
Sıklığı, izlediği yol: aralıklı, sürekli, ilerleyici
Ortaya çıkaran, arttıran etkenler: koitus, hareket
Hafifleten etkenler: istirahat, koitus rejimi
Birlikte olan diğer belirtiler: abdominal veya pelvik ağrı, görme bozukluğu, nöbetler, sağ üst kadran ağrısı, karında sertleşme ve kasılma, ödem, suyunun gelmesi

Ağrı:

Yeri: pelvik, abdominal, sağüst kadran, bel
Yayılımı:
Özelliği: künt, sıkıştırıcı, kramp tarzında
Şiddeti: hafif, şiddetli
Zamanı: ne zaman başladığı ve ne zamandır sürmekte olduğu, SAT ve gebelik haftası ile ilişkisi
Başlangıcı: ani, yavaş,
Akut- kronik:
Sıklığı, izlediği yol: periyodik veya devamlı, aynı şiddette veya ilerleyici
Ortaya çıkaran, arttıran etkenler: koitus, hareket
Hafifleten etkenler: istirahat, koitus rejimi
Birlikte olan diğer belirtiler: kanama, görme bozukluğu, nöbetler, sağ üst kadran ağrısı, karında sertleşme ve kasılma, ödem, suyunun gelmesi

Su gelmesi:

Özelliği: saydam, kanlı, mekonyumlu,
Şiddeti: sızıntı, abondan
Zamanı: Ne zaman başladığı, SAT ve gebelik haftası ile ilişkisi, süresi
Başlangıcı: Ani- yavaş
Sıklığı, izlediği yol: aralıklı, sürekli, ilerleyici
Ortaya çıkaran, arttıran etkenler: koitus, hareket
Hafifleten etkenler: istirahat, koitus rejimi
Birlikte olan diğer belirtiler: ağrı, ateş, kanama, karında kasılma, abdominal hassasiyet, taşikardi

Akıntı:

Özelliği: saydam, rengi, kokusu, kıvamı

Şiddeti: miktarı,
Zamanı: başlangıcı, SAT ve gebelik haftası ile ilişkisi, süresi
Sıklığı, izlediği yol: aralıklı, sürekli, ilerleyici
İlişkili olan diğer belirtiler: disüri, kaşıntı, yanma, disparoni

Bulantı, kusma:

Özelliği: kanlı, safralı kusma,
Zamanı: başlangıcı, SAT ve gebelik haftası ile ilişkisi, süresi
Sıklığı, izlediği yol: aralıklı, sürekli, ilerleyici, günde kaç kez olduğu, sabahları
Ortaya çıkaran, arttıran etkenler: yemek kokuları, değişik kokular, stress, ekşili, sıvı, yağlı besinler
Hafifleten etkenler: istirahat, sakin ortam, kokulardan uzaklaşma, beslenme rejimi,
Birlikte olan diğer belirtiler: öğürme, baş dönmesi, halsizlik, hematemez, karının gebelik ayına göre aşırı büyük olması, ağızda aseton kokusu

Bebek hareketleri

Yeri: umblikusun sağında, solunda vb.
Özelliği: seyirme tarzında, tekmeleme
Şiddeti: hafif, şiddetli, hiç hissedilmemesi
Zamanı: ne zaman başladığı ve SAT ve gebelik haftası ile ilişkisi
Sıklığı:
Ortaya çıkaran, arttıran etkenler: yemek yeme,
Hafifleten etkenler: istirahat, açlık, uyku
Birlikte olan diğer belirtiler: kanama, sağ üst kadran ağrısı, karında sertleşme ve kasılma, suyunun gelmesi

Diğer semptomlar:

GİS yakınmaları (midede ekşime yanma, kabızlık, ishal, diş eti kanamaları, diş çürümeleri), üriner sistem yakınmaları: disüri yan ağrısı, kardiyak ve solunum sistemi yakınmaları: çarpıntı, nefes darlığı,

3. Ana yakınmayı etkileyebilecek aktif dahili, cerrahi veya psikiyatrik sorunlar
3. Belirti(ler) ile ilgili geçmiş durum
    - Daha önceki tedavi? yanıt? Geçmiş kayıtların verileri?
    - Hasta belirtiler ile ilgili neler yapmış?
4. Önemli pozitif ve negatif saptamalar
5. Belirtiler başladığında hastanın psikososyal durumu
6. Hastanın hastalığı nasıl kavradığı, özellikle nedenleri/etkilenmeleri/korkuları
7. Hastalığın ve/veya tedavinin hastanın yaşamına, işine, ilişkilerine etkisi
8. Hastanın beklentileri
9. Hastanın doktora başvurma nedeni
10. Hastanın yaşamını kaybetmesi durumunda yapılacak müdahaleler konusundaki tercihleri (eğer gerekli bir durum söz konusu ise sorulur)

Geçmiş Tıbbi Öykü

1. Çocukluk hastalıkları
2. Aşılama
3. Erişkin hastalıkları/hastaneye yatma
4. Operasyonlar
5. Yaralanmalar/kazalar
6. Obstetrik/jinekolojik öykü: kan uyuşmazlığı, akrabalık var mı, gebelik yaşı,
   Son gebeliği; SAT, TDT, Adet düzeni, yaşı, gebelik planlı mı yoksa plansız olarak mı gerçekleşmiş?, Kullanılan kontrasepsiyona ait bir komplikasyon gelişmiş mi?, Kontrasepsiyonu gebelikten ne kadar önce bırakmış?, Önceki gebeliklerinin özellikleri: EDT, Ektopik gebelik, hipertansiyon, tromboz, Diğer gebeliklerin sonlanması: (NSpD, ED, Sezaryan, Düşük ve Kürtaj vb), İnfertilite
7. Transfüzyonlar

Şimdiki sağlık durumu

1. İlaçlar
2. Allerji ve ilaç reaksiyonları
3. Sağlık taraması (önceki muayeneler, kolesterol, son gebelik kontrolü vb.)
4. Diyet, uyku, egzersiz
5. Sigara, alkol, uyuşturucu
6. Kozmetikler: sprey, pudra, parfüm, antiseptik sabun vb.
7. Güvenlik tedbirleri: (emniyet kemeri, kask, yangın söndürücü, vb.)

Aile Öyküsü

1. Anne-baba, kardeşler ve çocukların sağlık durumları
2. Aile üyelerinde belirgin bir hastalığın öyküsü (eğer gerekirse soyağacı üzerinde gösterin)
3. Ölümler: tarihler ve ölüm yaşları

Kişisel ve Sosyal Öykü

Eğitim ve iş durumu (iş yaşamı, iş tatmini)

Medeni hali

Yaşam koşulları, aile yapısı

Destek/ikincil kazanımlar: yardımına güvenebileceğiniz insanlar var mı? Aileniz ve arkadaşlarınız hastalığa nasıl bir tepki verecekler?

Cinsel geçmiş/aktivite

Yaşama ilişkin önemli olaylar: ölümler, boşanma, parasal sıkıntılar

Sağlığa ilişkin inançlar, eğilimler

Sistemlerin gözden geçirilmesi

Genel: Genel sağlık durumu (örn: kendinizi sağlıklı hissediyor musunuz ya da pek çok hastalığınız olduğunu mu düşünüyorsunuz?) Alışılmış kilosu (gebelikten önceki kilosu), iştah, son kilo değişiklikleri, güçsüzlük, halsizlik, ateş.

Deri: Raş: yumru, kaşıntı, renk değişikliği, tırnak ve saçlarda değişiklikler

Baş: Baş ağrıları

Gözler: Görme, kontakt lens veya gözlükler, son göz muayenesi, ağrı, kızarıklık, fazla gözyaşı, çift görme, geçici görme kaybı veya görme bozukluğu.

Kulaklar: Duyma değişiklikleri, baş dönüyormoş hissi, kulak ağrısı, enfeksiyon, akıntı, çınlama.

Burun ve Sinüsler: Sık soğuk algınlığı, nasal dolgunluk, saman nezlesi, burun kanamaları

Ağız ve Boğaz: Dişler ve dişetinin durumu, dişeti kanamaları, son diş muayenesi, ağrılı dil, sık boğaz ağrısı, ses boğukluğu, nefes kokusu, ses değişiklikleri, tad kaybı veya garip tad duyma.

Boyun: Boyunda yumru, "bezlerin şişmesi", boyunda ağrı veya sertlik.

Meme: Yumru, ağrı, meme başı akıntısı,

Solunum: Öksürük, balgam(renk, miktar), öksürük ile kan gelmesi, wheezing, astma, broşit, amfizem, pnomoni, plörezi.

Kalp: Nefes darlığı: dinlenirken, egzersizle veya yatınca veya bir süre uyuduktan sonra uyandıran tarzda. Göğüs ağrısı, hızlı veya atlayan kalp vuruları, şişlik.

Sindirim: Yutma güçlüğü, göğüste yanma, bulantı, kusma, kan kusma, hazımsızlık, barsak alışkanlıklarında değişiklik, rektal kanama veya siyah katran gibi gayta, kabızlık, ishal, karın ağrısı, yemeklere toleranssızlık, aşırı geğirme veya gaz, hemoroid, karaciğer ve safra kesesi problemleri, hepatit, sarılık.

İdrar: Sık idrar yapma, idrarın miktarında artış, normal uyku saatlerinde idrar gereksinimi, ani idrar yapma hissi, idrarı başlatmakta zorluk, idrar kaçırma, idrarda kan, taş öyküsü.

Üreme:

Kadın: Öyküde

Kas-İskelet: Eklem ağrıları ve sertliği, artrit, gut, sırt ağrısı, kas ağrısı veya krampları.

Periferik Vasküler: Yürüyünce bacak krampları, varis, tromboflebit.

Nörolojik: Bayılma (senkop), nöbetler, felç, lokal güçsüzlük, uyuşukluk, çınlama, titreme, bellek.

Psikiyatrik: Sinirlilik, gerginlik, ruh hali, depresyon.
Endokrin: Tiroid problemi, sıcak veya soğuğa dayanamamak, aşırı terleme, diabet, aşırı susama, yeme ve idrara çıkma.
Hematolojik: Anemi, kolayca çürüme veya kanama
Düşünceler

SİSTEMLERE YÖNELİK GEBELİK FİZİK MUAYENESİ
GEBELİK ANAHATLARI

I. Bilinmesi gereken konular: 1- Kadın genital sistem anatomi ve gebelik fizyolojisi
2- Normal muayene yöntem ve teknikleri: inspeksiyon, palpasyon, oskültasyon
II. Topografik anatomi: Karın kadranları, labium majüs ve minus, introitus, vajina, serviks, uterus, perine
III. FİZİK MUAYENE
GENEL YAKLAŞIM

- Hastaya mümkünse önden açılan bir muayene gömleği giydiriniz.
- Hastanın boy, kilo ve tansiyonunu ölçünüz.
- Hastanın mesanesinin boş olmasını sağlayınız.
- Eğer hasta ilk trimesterde ise jinekolojik muayene kontrol listesine uygun olarak muayene ediniz.
- Eğer hasta 2 veya 3. trimesterde ise aşağıda belirtildiği gibi bakınıza devam ediniz.
- Hastayı sırtını 45 derece eğimli olacak şekilde yatırınız ve dizlerini fleksiyona getiriniz
- Yüzde kloazmanın olup olmadığına bakınız.
- Saçlarda kuruluk, yağlılık, saç kaybı var mı not ediniz.
- Gözlerde konjoktivanın soluk olup olmadığına bakınız.
- Burunda mukoz membran ve septumlarda konjesyon olup olmadığına bakınız.
- Ağızda diş eti ve dişlere bakınız.
- Tiroidi inspekte ve palpe ediniz. Simetrik bir büyüme olabilir.
- Apikal atımı palpe ediniz, normalden hafifçe yükselmiş olabilir. Oskültasyon yapınız, yumuşak bir sistolik üfürüm olabilir.
- Meme başlarının olup olmadığını, simetri ve renklerini inspekte ediniz. Montgomeri bezleri kabarık olabilir ve areola rengi koyulaşmıştır. Kitle olup olmadığı palpe edilmelidir, hassas ve nodüler olması beklenebilir. Meme başlarını sıkarak kolostrumun gelip gelmediğine bakınız.
- Abdomende stria, linea nigra, skar, konturu inspekte ediniz.
- Periferik ödem olup olmadığına bakınız.

BATIN MUAYENESİ

- Fundus yüksekliğini saptayınız. Bunun için: 20-24. Gebelik haftasından sonra umblikus ile fundus arası mesafe santimetre cinsinden ölçülür ve her bir cm. 1 hafta olarak eklenir.
- Palpasyon ile fötal hareketler ve uterus kontraktilitesi olup olmadığına bakınız.
- Hekim yüzü hastaya dönük olarak, her iki elinin palmar kenarları ile fundus yüksekliğini hissetmek üzere palpe eder. Bu sırada fötüsün fundustaki kısmı anlaşılmaya çalışılır. (baş, makat.) (LEOPOLD MANEVRASI I)
- Daha sonra sağ el gebenin abdomeninin sol tarafında sabit tutularak sol elle abdomenin sağ tarafındaki fötüs kısımları palpe edilir. (vertebral kolon, ayak, kol vb.) Daha sonra aynı işlem sol el gebenin abdomeninin sağ tarafında sabit tutularak sağ elle gebenin sol tarafında yinelenir. (LEOPOLD II) (leopoldün I ve II. Manevraları ile fötüsün situsu ve pozisyonu anlaşılır.)
- Daha sonra sol elin başparmağı ile işaret parmağı arasındaki bölge ile fundusa bastırılarak, sağ el aynı pozisyonda iken simfizis pubis üzerinden bastırılarak gelen fötüs kısmının ne olduğunu anlamaya çalışır. (LEOPOLD III)

- Hekim yüzünü hastanın ayakları yönüne çevirir ve her iki elinin işaret orta ve yüzük parmakları ile simfizis pubisin üzerinden aşağı doğru bastırarak gelen kısmın pelvik girimi geçip geçmediğini anlar. (LEOPOLD IV)
- Fötoskop doktorun kulağı ile annenin abdomeninde umblikus ile krista iliaka superior arasındaki çizginin 1/3 üst kısmına dik olarak yerleştirilir. Adapte olunduktan sonra bir dakika fetal kalp sesleri sayılır. Eğer bu noktada fötal kalp sesleri alınamıyorsa diğer kadranlar aynı şekilde araştırılır. Bu sırada senkron olarak annenin radial nabzınada bakılır. Bu işlem 18. Gebelik haftasından sonra uygulanır.
- Hastanın kalkmasına yardım edilerek giyinmesi söylenir.

GEBE MUAYENE BECERİSİ

NO	BASAMAKLAR
1	Gebeyle tanışınız ve yapılacak işlemler hakkında bilgi veriniz (*)
2	Gebenin yan tarafında ve yüzüne doğru dönük pozisyonda durunuz
3	Birinci Leopold manevrası için; her iki elin ulnar kenarlarının fundus üzerinden derine doğru bastırınız. Parmaklarınızın iç yüzünü fundus kavsine tatbik ediniz.
4	Her iki elin parmak uçlarınız birbirine temas ederken, fundusun üst kısmı ve fundusdaki fetüs bölümü hakkında bilgi edininiz
5	İkinci Leopold manevrası için; her iki elin iç yüzlerinin karnın sağ ve sol yanlarına tatbik ediniz. Bir elle palpe ederken, diğer elin iç yüzüyle uterusun tesbit ediniz.
	Palpe eden elin parmakları ve el ayası ile derine doğru bastırarak ve yoklayarak, elin altında hissedilen çocuk kısmının tahmin etmeye çalışınız.
6	Diğer elle aynı hareketler tekrar edilerek, fetusun sırtı ve küçük kısımlarının hangi tarafta olduğunu anlamaya çalışınız. (Sırt tarafı muntazam ve düz olarak palpe edilir).
7	Üçüncü Leopold manevrası için; pubis üzerinde, önde gelen kısım bir elle kavrayınız. Sağa sola hareket ettiriniz.
8	Yuvarlak, sert ve ballotman hissi veriyorsa baş gelişi olarak değerlendiriniz. Daha geniş ve yumuşaksa makat olarak değerlendiriniz.
9	Dördüncü Leopold manevrası için; muayene edilen kişinin ayakucuna doğru dönünüz. Her iki eli açarak, parmakları birbirine ve pelvis girimine yönelmiş şekilde, karnın alt sağ ve sol yanlarına tatbik ediniz.
10	Ellerin ulnar kenarlarının inguinal kıvrımlara paralel durmasına dikkat ediniz.
11	Parmakları zorlamadan, hafif basınçlı hareketlerle, derine, pelvis girimine doğru bastırınız (Kas kasılması önlenir)
	İki elin parmak uçları önde gelen kısmı hissedince, fikse olup olmadığı ve pelvise ne kadar girdiğini araştırınız.
12	Fötoskobun kulağınız ile annenin abdomeninde umblikus ile krista iliaka superior arasındaki çizginin 1/3 üst kısmına dik olarak yerleştiriniz.
13	Adapte olana kadar bekleyiniz.
14	Bir dakika fetal kalp seslerini sayınız.
15	Eğer bu noktada fötal kalp seslerini alamıyorsanız diğer kadranları aynı şekilde araştırınız.
16	Bu sırada eşzamanlı olarak annenin radial nabzına da bakınız (*).
17	Hastanın kalkmasına yardım ederek giyinmesini söyleyiniz (*).

(*) Maket üzerinde bu basamaklar atlanır.

SERVİKAL AÇIKLIK VE SİLİNME FİZİK MUAYENE REHBERİ

NO	BASAMAKLAR
1.	Kendini tanıtma ve yapılacak muayene hakkında bilgi verilmesi. (*)
2.	Muayene edilecek kişinin litotomi pozisyonunda yatırılması, üzerine muayene örtüsünün örtülmesi.(*).
3.	Aktif olarak kullanılan ele steril eldiven giyilmesi.
4.	Dış genital organların, yukarıdan aşağıya doğru antiseptik solusyonla ıslatılmış pamuk veya gaz tamponla silinmesi.
5.	İşaret parmağı ve orta parmağın (2. ve 3. parmaklar) yavaşça introitus vagina'dan içeri itilmesi, kolluma ulaşılması.
6.	Kollumun yumuşaklığı ve pozisyonunun kontrol edilmesi (öne, arkaya bakması veya ortada olması gibi).
7.	Parmaklar kollum ortasındaki açıklıktan içeri itilip kollumun yaklaşık kaç cm açıldığının saptanması.
8.	Kollum 2. ve 3. parmaklar arasına alınarak efasman-silinme derecesinin saptanması.
9.	Parmaklar kollum açıklığında dikkatli bir şekilde ilerletilerek, önde gelen kısmın fetusun hangi bölümü olduğu ve zarların mevcut olup olmadığının saptanması.
10.	Muayene tamamlandıktan sonra, muayene olan kişiye bilgi vererek kalkmasına yardım edilmesi.

(*) Maket üzerinde bu basamaklar atlanır.

ERİŞKİNDE PSİKİYATRİK ANAMNEZ VE MUAYENE REHBERİ

Psikiyatrik bir hastanın genel değerlendirilmesinin tam olarak yapılması ve uygun tanı konması açısından bazı genel kavramların anlamını bilmek gereklidir.

Hastalık: Belirlenebilen bir etiyolojiye sahip olan, birlikte görülen belirti ve bulgular kümesidir. Örneğin; Diyabet, koroner arter hastalığı vs.

Sendrom: Etiyolojisi tam olarak aydınlatılmamış hastalıklar için kullanılan genel bir durumdur. Psikiyatride tanımlanan bir çok patolojik durum sendrom tanımına uymaktadır.

Ruhsal bozukluk: Klinik olarak önemli bir sorun oluşturan, birçok hastayı etkileyen, ortak bir etiyolojik kaynak, ortak tedavi yöntemlerinin etkili olduğu sendromlardır.

Psikoz: Gerçekliği değerlendirme yeteneğinin bozulmuş olması, hezeyan ya da halüsinasyon yaşantıları, dezorganize ya da bizar davranışlar gösterme ile karakterize durumların bütününe verilen addır. İç görü genellikle yoktur. Örneğin; şizofreni, şizoaffektif bozukluk.

ANAMNEZ ALMA:

Ruhsal bozukluk belirtileri öyküsü alınırken sağlıklı bir değerlendirme yapılabilmesi için şimdiki başvurma belirtilerini ne zaman ve nasıl başladığını inceleyerek öyküye başlamak daha iyi değerlendirme yapılmasını sağlar. Başlatıcı etkenler, zorlayıcı yaşam olayları araştırılır. Belirtilerin seyri ve şiddeti, kişinin işlevselliğine etkisi araştırılır. Şimdiki öyküden sonra geçmişte belirtilerin ilk ne zaman ve nasıl başladığı araştırılır. Kronik olgularda öykü ilk başlangıcından itibaren kronolojik olarak verilebilir. Belirtiler seyri sürekli mi aralıklı mı? Arada tam iyileşme dönemleri var mı, her bir dönemin başlatıcı etkenleri var mı? Yaşadığı belirtileri kendisi nasıl açıklıyor? Nedenlerini nelere bağlıyor?

Öykü alırken öncelikle açık uçlu sorular sorarak hastanın sorunlarını anlatması beklenir, görüşmeyi yürütürken anlatmasına yardımcı olmak için o sırada neler yaşadınız, nasıl hissetiniz gibi yardımcı olacak sorular sorulabilir. Öyküyü hasta anlattıktan gerek görülürse kapalı uçlu sorular sorarak depresyon psikotik bozukluklar gibi belli başlı ruhsal bozuklukların taraması yapılabilir.

Anamnez ve ruhsal muayene sonrasında başka bir görüşmede özgeçmiş, kişilik ve sosyal gelişim, aile ve meslek yaşamı, evlilik öyküsü incelenebilir.

RUHSAL MUAYENE

Hastanın ayrıntılı bir öyküsü ve özgeçmiş-soygeçmiş bilgileri alındıktan sonra değerlendirmenin ruhsal durum muayenesi aşamasına geçilir. Ruhsal durum muayenesinde hekim, aşağıda listelenmiş olan alanlarda hastasında gördüğü belirti ve bulguları değerlendirir.

Genel Görünüm:

Burada hastanın dış görünümü, kendine bakımı, sosyoekonomik düzeyine göre kıyafetlerinin uygun olup olmadığı, yaşına uygun görünümün olup olmadığı değerlendirilir. Kendine bakımı azalmış bir hasta öncelikle psikozu veya depresyonu düşündürmelidir. Aşırı makyaj yapmış, yaşına uygunsuz derecede abartılı kıyafetler giymiş olan bir hastanın manik atakta olma ihtimali yüksektir. Eğer varsa dış görünümdeki belirgin özellikler de not edilir.

Görüşmeye ve görüşmeciye karşı tutumu:

Hastanın görüşme boyunca ağırlıklı olarak gözlenen genel tutum belirtilir (örneğin; gergin, sorunlarını kendiliğinden anlatmaya eğilimli, dikkatini görüşmeye yeterince verebiliyor, isteksiz vb). Hasta görüşmeciye karşı aşırı ilgili, umursamaz, övücü, aşağılayıcı, savunucu, güvensiz, olabilir.

BİLİŞSEL ve DUYUSAL ALAN

Bilinç:

Hastanın genel uyanıklık düzeyi ile dikkati toplama ve görüşmeyi sürdürebilme yetisidir. Bilinç düzeyindeki bozulmalar bilinç sislenmesi, stupor, prekoma ve koma olarak kaydedilir.

Bilinç sislenmesi: Uyuşukluk ve uyaranlara yetersiz yanıt ile belirli bir durumu tanımlar.
Stupor: Hastanın hareketsiz olduğu, konuşmadığı ve uyaranlara yanıtın yetersiz olduğu durumları tanımlar.
Prekoma: Komadan önceki aşama olup, hastanın ağrılı uyaranlara yanıtı vardır.
Koma: Bilinç bozukluğunun en ağır biçimidir. Hastalar ruhsal ve motor aktivite yönünden solunum dışında gözlenebilir bir yanıt vermezler. Koma sağlam kalan refleksler ve EEG bulgularına göre derecelendirilir.

Yönelim:

Bir kişinin çevresinin kendisi ile uzaysal ve zamansal ilişkisini ve sosyal çevreyle ilişkisini değerlendirme yetisidir. Yer, zaman ve kişi yönelimi değerlendirilmelidir. Zaman yönelimi hastaya gün, ay, yıl sorularak muayene edilir. Yer yönelimi ise bulunulan yer, il, ilçe, semt, bina vb. sorularak muayene edilir. Kişi yönelimi, hastalara kim oldukları, çevrede bulunan diğer insanların kimler oldukları sorularak değerlendirilir.

Bellek:

Geçmiş yaşantıları kaydedebilme, saklayabilme ve anımsayabilme yetisini ifade eder. Anlık bellek yakın olaylarla, çok yakın bellek 5-15 dakika öncesiyle, yakın bellek son 48 saatle, uzak bellek ise geçmiş yaşantılarla ilgilidir.

Bellek muayenesinde hastaya birbiriyle ilişkisi olmayan üç obje ismi sorulur. Hastadan bunları tekrar etmesi istenir, bu anlık belleği gösterir. Bunları aklında tutması söylenerek 5-10 dakika başka konulardan bahsedildikten sonra, hastaya obje isimleri tekrar sorulur, bu, çok yakın belleği gösterir. Yakın bellek değerlendirmesi için, hastadan geçen birkaç gün içindeki olayları anımsaması istenir. Sabah kahvaltıda neler yediği, gazetedeki önemli haber başlığını, gündemdeki önemli olayları sorulabilir. Uzak belleği değerlendirmek için ise, hastaya nerede doğduğu, kaç kardeş olduğu, askerliğini hangi yılda yaptığı veya evlilik tarihi gibi geçmiş yaşamındaki önemli olaylar sorulur.

Retrograd amnezi: Geriye dönük amnezidir. Yani, kişi belirli bir olay öncesindeki olayları anımsamaz. Örneğin; akut kafa travmalarında travma öncesindeki olayları (genellikle ilk birkaç dakika) içeren bir retrograd amnezi vardır.

Anterograd amnezi: Kalıcı anıların oluşturulamaması şeklinde ileriye yönelik bir amnezi vardır. Yani kişi, belirli bir olaydan sonra edindiği yeni bilgileri kaydedemez.

Konfobulasyon: Hasta, bellek boşluğunu doldurmak için olmamış olayları anlatır. Yaygın organik bozukluklarda izlenen bir durumdur.

Deja vu: Hasta, daha önceden yaşamadığı bir olayı, sanki yaşamış gibi hisseder.

Jamais vu: Hastanın gerçekte daha önceden yaşadığı bir olayı sanki yaşamamış gibi hissetmesidir.

Geçici bilinç kararması (black out): Yoğun alkol alımından dolayı oluşan geçici bellek bozukluğudur

Dikkat ve konsantrasyon:

Dikkat, kişinin kendi içinden ve çevresinden gelen uyaranlara seçici olarak odaklanabilme yetisini ifade eder. Konsantrasyon ise, bu odaklanmayı sürdürebilme yetisidir. Dikkat ve konsantrasyon muayenesi için hastadan 100'den geriye 3'er 3'er sayması, "kitap, dünya" gibi basit kelimelerin harflerini geriden sayması istenebilir. Spontan dikkati değerlendirmek için, görüşmenin bir yerinde hastadan gözlerini kapaması ve odada bulunan eşyaları sayması istenebilir. İstemli dikkatte hastaya masanın üzerinde olan nesnelere 30 saniye dikkatlice bakması, daha sonra gözlerini kapayarak bu nesneleri sayması istenebilir. Spontan ve istemli dikkat, hem manide, hem de paranoid bozukluklarda artmış olabilir.

Distraktibilite: Dikkatin dış uyaranlarca kolayca dağılmasıdır. Manide sık rastlanır.

Zeka ve genel bilgi düzeyi:

Zeka kabaca değerlendirilir. Genel bilgi düzeyi için beş büyük şehrin adı, cumhurbaşkanı veya başbakanların adları, ülkenin yaklaşık nüfusu, şehrin belediye başkanı, o sıradaki ülkenin önemli olayları konuşularak değerlendirilir.

Hesaplama:

Yüzden geriye yedişer yedişer sayma ve buna benzer sorular sorularak hesaplanır. "2 TL'ye ne kadar ekmek alırsın, ne kadar para üstü alırsın?" gibi sorularla da aynı muayene yapılabilir.

Yargılama:

Bulunduğu durumu doğru olarak değerlendirebiliyor ve doğru kararlar alıyorsa, yargılama doğaldır. "Sinemada oturuyorken bir yerden duman gelirse ne yaparsın?" gibi doğru yanıtı belli olan sorular sorulabilir.

Gerçeği değerlendirme:

Kişinin dış dünyada olan olaylarla zihninde olan olayları ayırabilme yetisini belirtir.

Soyut düşünme:

Bu yeti hastada atasözünü açıklamasını isteyerek, veya bazı kelimeler-nesneler arasındaki benzerlikler/farklılıklar sorularak değerlendirilebilir.

İçgörü:

Hastalık içgörüsü; hastanın bir hastalığı olduğunun farkında olmasıdır. Tam içgörüde hasta, o anki belirti ve bulgularının bir hastalıktan kaynaklandığının farkındadır. Kısmi içgörüde hasta olduğunun farkındadır fakat bunu bir takım dış nedenlere bağlamaktadır. İçgörü, genellikle gerçeği değerlendirmenin bozuk olduğu psikotik bozukluklarda yoktur.

ALGI

Beş duyuyla (işitme, görme, tat, dokunma ve koku) ilgili olan algı bozuklukları kaydedilir. Algı bozukluklarının niteliği, hangi durumlarda ortaya çıktığı belirtilmelidir. İlaçlar, uyku yoksunluğu, uyaran eksikliği gibi durumlar algı bozukluğunu arttırabilir. Algı bozuklukları şunlardır:

Yanılsama (illüzyon): Var olan bir dış uyaranın kişinin kendi iç dünyasına göre yanlış yorumlanmasıdır. Örneğin; kapıda asılı havlunun kefene sarılmış bir ölüye benzetilmesi gibi.

Varsanı (halüsinasyon): Gerçekte olmayan bir dış uyaranın algılanması, ya da algılandığı inancı olarak tanımlanabilir. Örneğin; çevrede hiç kimsenin olmadığı bir ortamda sesler duymak gibi. Varsanılar işitsel, görsel, tat, koku ve takdil (dokunma) varsanıları şeklinde olabilir. Şizofrenide en sık işitsel varsanı görülür. Deliryum gibi organik ruhsal bozukluklarda görsel varsanılar daha sıktır, takdil varsanılar da görülebilir. Tat ve koku varsanıları daha çok epilepsiyi (temporal lob) düşündürmelidir.

Hipnagojik varsanı: Uykuya dalarken oluşan varsanıdır.

Hipnopompik varsanı: Uykudan uyanırken oluşan varsanıdır.

Depersonalizasyon: Kişinin bedeninin bir bölümünü veya tamamını yabancılaşmış, kendisine ait değilmiş gibi duyumsamasıdır. Kendisini uzaktan seyrediyormuş gibi hissedebilir. Aynada yüzünü kendisinin değilmiş gibi yaşantılayabilir. Yorgunluk sırasında normal kişilerde de görülebilir.

Derealizasyon: Dış dünyadaki nesnelerin gerçek değil, değişmiş gibi algılanmasıdır. Yani; depresonalizasyonda kişi kendini yabancılaşmış hissederken, derealizasyonda dış nesneleri yabancılaşmış gibi hisseder.

DÜŞÜNCE

Düşünce süreci:

Birincil düşünce süreci: Mantık dışı, kavramlar arasında bir neden-sonuç ilişkisi kurulamayan, dereistik, somut bir düşünce tarzıdır. Çocukluk çağının ilk dönemlerinde, rüyalarda ve psikozda bu tarz düşünce görülür.

İkincil düşünce süreci: Normal insanda görülen, formal düşünce tarzıdır.

Dereizm: Gerçekle ilişkisi olmayan, mantık ya da deneyimlere uymayan düşüncedir.

Büyüsel düşünce: Düşünceye bir güç atfedilir; salt düşüncenin bazı olaylara neden olabileceği ya da bazı olayları önleyebileceğine inanılır. Erken çocukluk dönemindeki düşünce tarzıdır.

Otistik düşünce: İçsel, kendine özgü bir dünya ile meşgul olma; bir ölçüde dereizm ile eşdeğer olarak kullanılan bir terimdir.

Düşünce yapısı:

Çağrışımlarda çözülme: Düşüncelerin birbiri ile bağlantısız bir akış göstermesi. Burada düşünce akımında belirsizlik, bir konuya odaklanamama, amaçsızlık, mantık dışılık, karmaşıklık ve bizarlık vardır. Bu durum ciddi bir düzeydeyse konuşma enkoheran hale gelebilir.

Fikir uçuşması: Bu durumda düşünceler art arda sıralanır, düşüncenin genel bir yönü yoktur, düşünceler arasındaki bağlantılar rastlantısal olup, genellikle anlaşılır niteliktedir. Bu özelliği ile çağrışımlardaki çözülmeden ayrılır. Daha çok manide görülür.

Enkoherans: Düşüncede mantık ve gramer bağlantısı olmamasından kaynaklanan, anlaşılmayacak düzeyde bozulmuş, karmakarışık konuşma. Şizofreninin önemli bir belirtisidir.

Perseverasyon: Yeni bir uyaranla karşılaşılmasına rağmen, eski uyarana cevap vermeye devam etme. Hasta yeni bir konuya geçemez ve aynı şeylerden bahsetmeyi sürdürür.

Kelime salatası (Logore): Miktarı artmış, tutarlı ve mantıklı konuşma. Daha çok manik hastalarda görülür.

Çevresellik: Ayrıntılar, açıklamalarla dolu, ama sonuçta başlangıç noktasında amaçlanan noktaya ulaşılan, dolaylı konuşma şekli.

Teğetsellik: Amaca yönelik çağrışımlar oluşturulamadığı için, asla başlangıçta amaçlanan noktaya ulaşmayan konuşma şekli.

Ekolali: Karşı tarafından söylediği sözleri aynen tekrarlamak.

Neolojizm: Hasta tarafından oluşturulan yeni kelimeler (örneğin; “mayıstos”).

Klang çağrışımı: Ses benzerliği olan kafiyeli kelimelerin, anlam benzerliği olmadan art arda gelmesi.

Basınçlı konuşma: Miktarı ve hızı artmış, kesilmesi güç konuşma tarzı. Sıklıkla manide görülür.

Blok: Düşüncenin akımında ani bir duraklamadır. Hasta konuşmayı birden kesebilir. Daha sonradan sorulduğunda, o anda “beyninin boşaldığını” hissettiğini söyleyebilir. Tekrar konuşmaya başladığında sıklıkla başka bir konudan konuşmaya başlar. Şizofreni için oldukça tipik bir bulgudur.

Düşünce içeriği:

Sanrı (hezeyan): Hastanın kültürel, sosyal yapısı ve eğitimi ile bağdaşmayan, uygun dış uyaran olmadan ortaya çıkan, görünen gerçekliğe uymayan, sarsılmaz yanlış inançlardır. Önemli bir özelliği gerçekdışı bir biçimde gelişmesi ve normal düşünce süreci ile böyle bir sonuca ulaşılamıyor olmasıdır.

Bizar sanrı: Gerçek olma ihtimali hiç olmayan sanrılardır. Örneğin; “Marslılar beni takip ediyor” diyen bir kişinin bu sanrısı bizardır.

Bizar olmayan sanrı: Gerçek olma ihtimali olan sanrılardır. Örneğin; “MIT beni takip ediyor” diyen bir hastanın sanrısı.

Duygudurumla uyumlu sanrı: İçeriği duygudurumla uyum gösteren sanrılar (örneğin; depresyondaki bir hastanın ülkedeki ekonomik kötüleşmeden kendisini suçlu görmesi gibi).

Duygudurumla uyumsuz hezeyanlar: İçeriği hastanın duygudurumu ile uyum göstermeyen sanrılardır (örneğin; depresyondaki bir hastanın düşüncelerinin kontrol edildiği ya da yayıldığına dair sanrıları).

Sistematik sanrı: Kendisinden önceki sanrıya bağlı olarak gelişmiş sanrıların bir araya gelmesiyle oluşan karmaşık sanrı sistemi. Şizofrenideki sanrılar daha az sistemli iken, sanrısal bozuklukta görülen sanrılar daha sistematiktir.

Obsesyon: Kişinin saçma olduğunu bildiği halde zihninden atamadığı, ısrarlı bir şekilde zihnin meşgul eden düşünceler.

Aşırı yüklendirilmiş düşünce: Sanrısal ve obsesyonel nitelik taşımayan, fakat hastanın yaşamını önemli ölçüde etkileyen, hastanın ancak geçmiş bilindiğinde anlaşılabilen, zihni oldukça meşgul eden mantıksız ve hatalı düşüncelerdir. Sanrıya göre daha az bir inançla bağlanılmıştır, fakat obsesyonun aksine kişi çoğunlukla bu düşüncenin saçma olduğunun farkında değildir.

Persekütif sanrı: Birilerinin kendisine zarar vereceği, aldatılacağı, kötülük göreceği gibi genel olarak kuşku nitelikli sanrılara verilen genel addır.

Referans (alınma) sanrıları: Çevredeki olaylardan, nesnelerden ve kişilerden kendine yönelik özel bir anlam çıkarma (örneğin; televizyondaki haberlerde kendisinden bahsedildiğini düşünme).

Edilgenlik (kontrol edilme) sanrıları: Kişinin isteklerinin, duygu, düşünce ve davranışlarının bazı dış güçler tarafından kontrol edildiğine inanması (örneğin; düşünce sokulması, çalınması veya yayılması gibi). Şizofrenide Schneiderian sanrılar olarak da bilinir.

Büyüklük (grandiyöz) sanrıları: Kişinin kendi gücü ve önemini aşırı derecede abartılı olarak düşünmesi (örneğin; manik bir hastanın kendisini dünyaya yeni bir dini yayacak bir peygamber gibi görmesi).

Kıskançlık (sadakatsizlik) sanrıları: Eşinin ya da partnerinin kendisini aldattığı sanrısı.

Erotomani: Genellikle ünlü veya önemli bir kişi olmak üzere, bir kişinin kendisine aşık olduğu şeklindeki sanrı.

Nihilistik sanrılar: Kendisinin, başkalarının, dünyanın var olmadığı, sona erdiği şeklindeki sanrılar.

Bedensel (somatik) sanrılar: Bedensel işlevlerle ilgili sanrılar (örneğin; beyninin çürüdüğünü, safrasının akciğerlere boşaldığını, kanının damarlarında akmadan durduğunu düşünme).

KONUŞMA

Burada hastanın konuşmasının hızı, ses tonu ve sorulan sorulara yeterli cevap verip veremediği kaydedilir.

DUYGUSAL ALAN

Duygulanım (affekt):

Hastanın yüz ifadesine ve davranışlarına yansıyan, dışardan izlenen duygusal dışa vurumudur. Daha kısa süreli bir emosyonel durumu anlatır.

Uygun duygulanım: Hastanın kendi tarif ettiği duygulara uygun olan duygulanımdır (örneğin; depresif bir hastanın elemli duygulanımı).

Uygunsuz duygulanım: İfade edilen duygu ile dışa yansıyan duygulanımın zıt olması (örneğin; kendini çok iyi hissettiğini söyleyen bir hastanın bunu söylerken ağlaması)

Künt duygulanım: Dışa vuran duygu yoğunluğunun belirgin azalması.

Kısıtlı duygulanım: Künt duygulanım kadar olmasa da, dışa vuran duygunun belirgin bir biçimde azalmış olması.

Oynak (labil) duygulanım: Dış uyarandan bağımsız olarak, dışa vuran duyguda ani ve hızlı değişim olması (örneğin; kahkahalarla gülmekte olan bir hastanın aniden hüngür hüngür ağlaması).

Duygudurum (mood):

Daha çok hastanın kendisini nasıl hissettiğini anlatır. Daha uzun süreli bir emosyonel durumudur. Anksiyeteli, öforik, gergin, irritabl, öfkeli, sakin, bunlardan bazılarıdır.

Disforik duygudurum: Hoş olmayan, sıkıntılı bir duygudurum halidir.

Depresif duygudurum: Yoğun karamsarlık, mutsuzluk duygularının eşlik ettiği çökkün duygudurumdur.

Ötimik duygudurum: Çökkün ya da yükselmiş duygudurumun bulunmadığını ifade eden, normal sınırlardaki duygudurum.

İrritabl duygudurum: Kolaylıkla "parlayan", öfkelenen duygudurumdur.

Öforik duygudurum: kendini çok güçlü, enerjik ve çok iyi hissetme hali.

Yükselmiş duygudurum (elasyon): Neşe ve kendine güvende artış, olağanın üstünde bir neşe halidir.

Vecd (ekstazi): Yoğun bir kendinden geçme halidir.

DAVRANIŞLAR:

Bu bölümde, hem niceliksel hem de niteliksel olarak dışarıya yansıyan davranış özellikleri kaydedilir.

Agresyon: Sözel ya da fiziksel amaca yönelik olan öfke, şiddet, hostilite içeren eylemlerdir.

Ajitasyon: davranışsal huzursuzlukla birlikte olan ağır anksiyete tablosudur. Hastanın davranışları amaca yönelik değildir. Huzursuz bir şekilde gezinme, ayağını sallama, ellerine ovuşturma gibi davranışları içerir. Bu tablo deliryum ve demansta konfüzyona eşlik edebilir. Ağır anksiyete tablolarında izlenebilir.

Eksitasyon (Alevlenme): şizofreni ve manik olgularda izlenen kendiliğinden ortaya çıkan ya da küçük olaylarla tetiklenebilen, kasıtlı olarak planlanmamış öfke dışavurumu, saldırganlık ve şiddet içeren davranışlar.

Self mutilasyon: Kişinin kendisine zarar verici davranışlar yapmasıdır (örneğin; kesici bir aletle vücuduna yaralar açması, kendi üzerinde sigara söndürmesi gibi).

Öz kıyım: Kişinin kendisini öldürmeye yönelik girişimleridir.

Parasuisit: Kişinin bilinçli olarak kendini öldürmeyecek şekilde toksik madde alması ya da yaralamasıdır.

Tik: Küçük bir kas grubunda ani olarak oluşan, spazmodik, istem dışı hareketlerdir.

Stereotipi: Yineleyici, amaca yönelik olmayan ve uniform bir şekilde yapılan hareketlerdir.

Mannerizm: Amaca yönelik, tekrarlayıcı, saçma davranışlardır.

Psikomotor retardasyon: Davranış genel bir yavaşlama izlenmesidir.

Katatoni: Psikomotor alanda ileri derecede yavaşlamayı veya tamamen durmasını tarif eder. Şizofrenide görülebilir.

Bal mumu esnekliği (katalepsi): Hastanın dışardan verilen postürü uzun süre koruması anlamındadır. Katatonik şizofrenide görülür.

Katapleksi: Ani, bilateral alt ekstremitelerde kas tonusü kaybıdır. Narkolepside görülür.

Ekopraksi: Hastanın, kendisinden istenmediği halde gördüğü hareketleri aynen taklit etmesidir.

Kompulsiyonlar: İçten gelen dürtülere göre hareket etme durumu olup engellendiği zaman anksiyeteye neden olur. Obsesyonlara yanıt olarak gelişen, gelecekte kötü şeyler olmasını engelleyeceği umularak yapılan, hastanın belli sıra kurallarla yaptığı davranışlardır.

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI DEĞERLENDİRME REHBERİ

Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları, çocuk ve ergenlerin zihinsel, duygusal yetilerinde, davranışlarında, çevreye uyumunda görülen bozuklukları biyopsikososyal bir yaklaşım içerisinde incelenmesi, tanımlanması, sınıflandırılması, tedavisi ve korunması ile ilgilenen bir bilim alanıdır.
Hekim, başvuru ile ilgili şu sorularda netleşmelidir:

- Başvurunun yapılma nedeni nedir?
- Sorun kimdedir? (Çocuk, ergen, aile, okul, öğretmen, sosyal çevre gibi)
- Ailenin aradığı yardımın niteliği nedir? (Çocuktaki hastalığın tedavisi, ilişki sorunlarının düzenlenmesi, çocuğun korunması, aile birliğine yönelik düzenlemeler, rehabilitasyon gibi)

ANAMNEZ ALMA

Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında anamnez; anne-baba, diğer bakım verenler, öğretmenler ve çocuğun gelişimsel düzeyine uygun olarak kendisinden alınır.

- **Çocuğun kimlik bilgileri (Adı-soyadı, yaşı, cinsiyeti, doğum teri, yaşadığı yer)**
- **Anne-babanın şikayetçi olduğu sorun, süresi ve onlara göre nedenleri, belirtilerin başlangıç yaşı ve seyri, sorunları artıran ve azaltan nedenlerin tespit edilmesi.**
- **Çocuğun ayrıntılı gelişimsel öyküsü**

Gebelik döneminin özellikleri
Doğum öyküsü
Motor gelişim (Başını tutma, destekli ve desteksiz oturma, emekleme, yürüme, kaba ve ince motor gelişim)
Konuşma ve dil gelişimi (Heceleme, kelimeler, cümle kurma)
Tuvalet eğitimi
Beslenme süreci ve geçişleri (Anne sütü alma, ek gıdaya başlama, katı gıdalara geçiş, beslenme düzeni)
Uyku düzeni (Gündüz ve gece uykusu, uyku saatleri ve süresi, uykuya dalma alışkanlıkları)
Sünnet, hastalık, travma, ameliyat öyküsü
Aileye ilişkin bilgiler (Ailenin yapısı ve düzeni, anne-babanın tutumları, evlilik öyküleri, kardeşler, çekirdek aile ve geniş aile bireylerinin fiziksel ve ruhsal hastalıkları)
Bakım verenlere ilişkin bilgi edinme
Okul öyküsü ve Sosyal öykü (Okula başlama yaşı, okuma-yazmayı öğrenme yaşı, okul başarısı, öğretmen ve arkadaşlarla ilişkiler)
Cinsel gelişim (İkincil seks karakterleri, ergenliği girme yaşı, karşı cinsle ilişkileri, cinsel tutum ve davranışlar)

RUHSAL İNCELEME

- **Fiziksel görünüm** (Fiziksel görünümün yaş ve sosyoekonomik düzeye uygunluğu, dismorfik özellikler, tikler, stereotipiler, yürüyüş ve postur bozuklukları, fiziksel travma belirtileri, yüz ifadesi)
- **Anne-baba-çocuk iletişimi**
- **Yönelim (Zaman, kişi, yer)**

- **Motor davranış ve etkinlik düzeyi**
- **Düşünce ve algı**
- **Konuşma ve dil**
- **Bilişsel gelişim ve zeka**
- **Dikkat**
- **Bellek**
- **Duygu durumu ve mizaç**