

**ERZURUM TEKNİK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**2023-2024 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI**

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**DERSİ BECERİ ÖĞRENİM REHBERİ**



**DERSTEN SORUMLU ÖĞRETİM ELEMANLARI**

Prof. Dr. Ayşe GÜROL

**ERZURUM**  
**2024**

## İÇİNDEKİLER

<b>YAŞ DÖNEMLERİNE GÖRE İLETİŞİMİN BAŞLATILMASI.....</b>	<b>3</b>
<b>Vaka: Bebeklik Dönemi (0-1 Yaş).....</b>	<b>4</b>
<b>Vaka: Oyun Çocukluğu Dönemi (1-3 Yaş) .....</b>	<b>5</b>
<b>Vaka: Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş).....</b>	<b>6</b>
<b>Vaka: Okul Çocukluğu Dönemi (6-12 Yaş) .....</b>	<b>7</b>
<b>Vaka: Adölesan Dönemi (13-18 Yaş).....</b>	<b>8</b>
<b>ÇOCUKLARDA FİZİK MUAYENE .....</b>	<b>9</b>
<b>ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİP (AÇT) PROTOKOLÜ .....</b>	<b>17</b>
<b>İNTRAVENÖZ SIVI İNFÜZYON (SIVI İZLEM) TAKİP PROTOKOLÜ .....</b>	<b>21</b>
<b>ORAL İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ .....</b>	<b>24</b>
<b>İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA PROTOKOLÜ .....</b>	<b>26</b>
<b>PERİFERİK VENÖZ KATETER YOLU İLE İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ ....</b>	<b>28</b>
<b>SANTRAL VENÖZ KATETER YOLU İLE İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ.....</b>	<b>30</b>

## YAŞ DÖNEMLERİNE GÖRE İLETİŞİMİN BAŞLATILMASI

### Temel İlkeler

- ✓ Çocuğun tanısı ve genel durumu ile ilgili bilgi sahibi olunmalıdır (Hasta dosyası, ekip üyeleri, ebeveyn, refakatçi vb. kaynaklar)
- ✓ Ailenin ve çocuğun bilgilendirilme düzeyi ekip üyelerinden öğrenilmelidir.
- ✓ Çocuğun yaşı ve yaş dönemi özellikleri değerlendirilebilmelidir.
- ✓ Çocuğun yaş dönemi özelliklerine göre hastaneye yatmaya tepkileri değerlendirilebilmelidir.
- ✓ İletişimde güvenli bir ortam yaratılmalıdır.
- ✓ Çocuğun hastanede geçirdiği süre bilinmelidir.
- ✓ Çocukla yavaş ve yumuşak ses tonunda sakin konuşulmalıdır.
- ✓ Çocuğa asla yalan söylenmemelidir.
- ✓ İlk görüşme aile ile yapılmalıdır.
- ✓ Aile ile görüşürken çocuğun çevre ile ilgilenmesine fırsat verilmelidir.
- ✓ Çocuğa ismi ile hitap edilmelidir.
- ✓ Çocuğun göz seviyesine inilmelidir.

### **Vaka: Bebeklik Dönemi (0-1 Yaş)**

8 aylık Bebek Kaya'nın Bronşit tanısı ile Genel Çocuk Kliniğine yeni yatışı yapılmıştır. Daha önce hastanede yatma deneyimi olmayan Bebek Kaya'nın ilk kez vital bulguları alınacaktır. Bebeğin yaş dönemine özgü iletişimi başlatınız.

<b>0-1 Yaş Dönemine Özel İletişim İşlem Basamakları</b>	<b>Uygulama</b>
İşlem öncesi ilk olarak çocuğun annesi ile iletişim kurulur ve anne bilgilendirilir.	
0-1 yaş dönem özelliklerine göre bebeğin hastaneye yatmaya tepkileri değerlendirilir ve anne bu konuda bilgilendirilir. <ul style="list-style-type: none"><li>• Yabancı anksiyetesi</li><li>• Stres</li><li>• Korku</li><li>• Protesto</li></ul>	
Bebeğin henüz gelişen temel güven duygusunun desteklenmesinin önemi anneye anlatılır.	
Bebeğe rahat ve nazik bir şekilde yaklaşılır ve sakin bir ses tonu ile konuşulur.	
Bebeğe yapılacak işlemle ilgili anneye bilgi verilir.	
İşlem sırasında mümkünse annenin bebeğin yanında olması sağlanır.	
İşlem sonrası bebeğin kucağa alınarak sakinleşmesi sağlanır.	

### Vaka: Oyun Çocukluğu Dönemi (1-3 Yaş)

2,5 yaşındaki Özge evlerindeki koltuktan 1 gün önce halının üzerine kafa üzeri düşmüştür. Fıskırır tarzda kusma sonrası acil servise başvuran Özge'nin bilinci açıktır. Özge'nin ileri tetkik amacıyla Genel Çocuk Servisi'ne yatışı yapılmıştır. Özge'ye IV katater takılması öncesi yaş dönemine özgü uygun iletişimi başlatınız.

1-3 Yaş Dönemine Özel İletişim İşlem Basamakları	Uygulama
İşlem öncesi ilk olarak çocuğun annesi ile iletişim kurulur ve anne bilgilendirilir.	
1-3 yaş dönem özelliklerine göre çocuğun hastaneye yatmaya tepkileri değerlendirilir ve anne bu konuda bilgilendirilir. <ul style="list-style-type: none"><li>• Anksiyete</li><li>• Stres</li><li>• Korku</li><li>• Öfke ve engellenme</li><li>• Ağlama ve tedaviyi reddetme</li><li>• Protesto</li><li>• Regresyon</li></ul>	
1-3 yaş döneminde ebeveynlerden ayrılma korkusunun anksiyeteye neden olması nedeniyle annenin mümkünse işlem sırasında çocuğunun yanında olması sağlanır.	
Zaman kavramı henüz gelişmediği için işlemden 10-15 dk önce çocuk işleme hazırlanır.	
Çocuğun işleme hazırlanmasında terapötik oyun tercih edilebilir.	
İşlem sırasında oyuncak vb. ile çocuğun dikkati başa yöne çekilmeye çalışılır.	
İşlem sonrası çocuğun öfke ve engellenme duygularını oyun aracılığı ile ifade etmesi desteklenir.	

### Vaka: Okul Öncesi Dönem (3-6 Yaş)

5 yaşında apendektomi operasyonu geçirecek olan Serdar operasyon ile ilgili pek çok soru sormaktadır. Serdar ile uygun iletişimi yaş dönemine özgü nasıl sağlıyoruz, açıklayınız.

3-6 Yaş Dönemine Özel İletişim İşlem Basamakları	Uygulama
İşlem öncesi ilk olarak çocuğun annesi ile iletişim kurulur ve anne bilgilendirilir.	
3-6 yaş dönem özelliklerine göre çocuğun hastaneye yatmaya tepkileri değerlendirilir ve anne bu konuda bilgilendirilir. <ul style="list-style-type: none"><li>• Anksiyete</li><li>• Stres</li><li>• Korku</li><li>• Cezalandırılma</li><li>• Öfke ve engellenme</li><li>• Ağlama ve tedaviyi reddetme</li><li>• Protesto</li><li>• Parmak emme</li><li>• Enürezis</li></ul>	
3-6 yaş döneminde ebeveynlerden ayrılma korkusunun anksiyeteye neden olması ve vücudunun zarar göreceği endişesi nedeniyle annenin mümkünse işlem sırasında çocuğunun yanında olması sağlanır.	
İşlemden 15-20 dk önce çocuk işleme hazırlanır.	
İşlemin çocuk tarafından cezalandırılma olarak algılanmaması için yardım edici ve iyileştirici amacı anlatılır.	
Yanında sevdiği oyuncacı varsa önce çocuğun oyuncacı ile konuşmak tercih edilebilir.	
Çocuğun işleme hazırlanmasında terapötik oyun tercih edilebilir.	
Çocuğun işleme hazırlanmasında "kesme, kanama vb." kelimelerin kullanılmamasına özen gösterilir.	
İşlem sonrası çocuğun öfke ve engellenme duygularını resim çizme, öykü anlatma ya da oyun aracılığı ile ifade etmesi desteklenir.	

### Vaka: Okul Çocukluğu Dönemi (6-12 Yaş)

1 hafta önce astım tanısı alan ve kendisine hiçbir açıklama yapılmayan 10 yaşındaki Sude yapılması gerekli olan tetkik ve tedaviyi reddetmektedir. Sude'yi ikna etmek için yaş dönemine özgü nasıl bir iletişim sağlanmalı, açıklayınız.

6-12 Yaş Dönemine Özel İletişim İşlem Basamakları	Uygulama
İşlemler öncesi ilk olarak çocuğun annesi ile iletişim kurulur ve anne bilgilendirilir.	
6-12 yaş dönemi özelliklerine göre çocuğun hastaneye yatmaya tepkileri değerlendirilir ve anne bu konuda bilgilendirilir. <ul style="list-style-type: none"><li>• Anksiyete</li><li>• Stres</li><li>• Çaresizlik</li><li>• Kaygı</li><li>• Uykusuzluk</li><li>• Huzursuzluk</li><li>• Hareketsizlik</li><li>• Savunmasızlık</li><li>• Bilinmeyenden korkma</li><li>• Ölüm korkusu</li></ul>	
Annenin mümkünse işlemler sırasında çocuğunun yanında olması sağlanır.	
İşlemlerden önce çocuğa işlem anlatılır ve yanlış anlamaları varsa düzeltilir.	
Çocuğa mümkün olduğunca olayı kontrol etme şansı verilir ve işlemlere katılması desteklenir.	
İşlemler sonrası çocuğun ödüllendirilmesi önemlidir.	
İşlemler sonrası çocuğun duygu ve düşüncelerini açıklaması (öykü, resim çizme vb. ile), soru sorması desteklenir.	
Bu yaş dönemindeki çocuğun arkadaşları ile iletişim kurmasının (ziyaret, telefon vb.) önemi aileye anlatılır.	
Bu yaş dönemindeki çocuklarda gizlilik ve mahremiyete çok daha fazla özen gösterilir.	

## Vaka: Adölesan Dönemi (13-18 Yaş)

9 yıldır Diyabet hastalığına sahip olan ve diyabetik ketoasidoz ile dün gece yatışı yapılan 17 yaşındaki Çağla ailesi de dahil kimseyle iletişim kurmamaktadır. Çağla ile yaş dönemine özgü uygun iletişimi nasıl sağlarsınız, açıklayınız.

13-18 Yaş Dönemine Özel İletişim İşlem Basamakları	Uygulama
İşlemler öncesi ilk olarak çocuğun annesi ile iletişim kurulur ve anne bilgilendirilir.	
13-18 yaş dönemi özelliklerine göre çocuğun hastaneye yatmaya tepkileri değerlendirilir ve anne bu konuda bilgilendirilir. <ul style="list-style-type: none"><li>• Anksiyete</li><li>• Stres</li><li>• İçer dönüklük</li><li>• Hayal kırıklığı</li><li>• Kızgınlık</li><li>• Öfke</li><li>• Çaresizlik</li><li>• Güvensizlik</li><li>• Yetersizlik</li><li>• Saldırganlık</li><li>• Depresyon</li><li>• Ölüm korkusu</li></ul>	
İşlemlerden önce çocuğa işlem anlatılır ve yanlış anlamaları varsa düzeltilir.	
Adölesanın işlemlere katılması ve olayları anlaması için soru sorması desteklenir.	
Yanlış anlamalarını düzeltmek ve korkularını azaltmak için aynı yaş grubu ile iletişim kurması desteklenir.	
Adölesana mümkün olduğunca olayı kontrol etme şansı verilir ve işlemlere katılması desteklenir.	
Adölesanın kendi bakımı ile ilgili kararlara katılması desteklenir.	
İşlemler sonrası çocuğun duygu ve düşüncelerini açıklaması ve soru sorması desteklenir.	
Adölesanın arkadaşları ile iletişim kurmasının (ziyaret, telefon vb.) önemi aileye anlatılır.	
Adölesanlarda gizlilik ve mahremiyete çok daha fazla özen gösterilir.	



# ÇOCUKLARDA FİZİK MUAYENE

**Amaç:** Çocuğun fizik muayenesini yapabilme

## ➤ Temel İlkeler

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

## ➤ Tanılama

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

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


### ➤ Uygulama

#### • Malzemeler

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

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

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

✓ 1 aydan büyük bebeklerin başını tutabilme durumu değerlendirilir.	
✓ Boyunda lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
<b>GÖZ</b>	
✓ Her iki göz çapaklanma, hassasiyet, kaşıntı, akıntı ve kızarıklık açısından değerlendirilir. <b>Not:</b> Skleranın normal rengi beyazdır, bazı hastalıklarda sarı ya da mavi renk gözlenir.	
✓ Çocuğun pupil refleksleri değerlendirilir.	
✓ Ptozis (göz kapağı düşüklüğü) değerlendirilir.	
✓ Nistagmus, strabismus varlığı değerlendirilir.	
<b>KULAK-BURUN-AĞIZ</b>	
✓ Kulak kepçesinin anatomik yeri ve duruşu incelenir.	
✓ Kulak kepçesinin üst bitiş çizgisi ile gözün bitiş çizgisinin aynı hizada olup olmadığı değerlendirilir.	
 <p style="text-align: center;">Normal ear      Abnormal angled ear      Low seated ear</p>	
<b>Not:</b> Kulağın gözün dış kantusundan çizilen hayali çizgiden daha aşağı yerleşmiş olması kromozomal hastalıkları düşündürür.	
✓ Kulakta ağrı, akıntı, deri bütünlüğünde bozulma olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ İşitme fonksiyonu değerlendirmede, bebeklerde görmediği bir alanda ses çıkartılarak başını o tarafa döndürüp döndürmediğine bakılır.	
✓ Burun yapısında anatomik bozukluk olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Solunum sırasında burun ve burun kanatlarının solunuma katılım durumu değerlendirilir.	
✓ Burunda akıntı, kızarıklık, kaşıntı gibi belirtiler olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Ağız içi mukoz membran bütünlüğünde bozulma, koku ve kuruluk, dudaklar; uçuk ve çatlak açısından değerlendirilir.	
✓ Dil büyüklük ve renk açısından değerlendirilir.	
✓ Dil bağı olup olmadığı kontrol edilir.	
✓ Dişlerin yapısı, yaşa uygun sayısı, dizilişi ve hijyen durumu değerlendirilir.	
<b>KARIN</b>	
<b>İnspeksiyon</b>	
✓ Karın deri dokusu, rengi ve bütünlüğüne bakılır.	
✓ Deride herhangi bir skar, lezyon veya döküntü olup olmadığı gözlenir.	
✓ Karındaki venler gözlenir, karın; göbek fitiği, omfalosel, gastroşizis ve enfeksiyon bulguları açısından değerlendirilir.	
<b>Oskültasyon</b>	
✓ Karın 4 eşit kadrana bölünerek her kadrandan barsak sesleri steteskopla dinlenir. <b>Not:</b> Bağırsak seslerinin varlığı peristaltizmin olduğunu ve içeriğin bağırsak boyunca hareket ettiğini gösterir.	

<b><i>Palpasyon</i></b>	
✓ Çocuk sırt üstü yatar pozisyonda dizler karına çekilir. Karın hassasiyet gerginlik, ağrı açısından palpasyonla değerlendirilir.	
✓ Palpasyon sırasında cilt ile ilgili lezyonlar ve lezyonların hareketli, yumuşak, sert veya küçülebilir olup olmadıkları palpe edilir. <b>Not:</b> Palpasyon ile hassas bölgeler, kitleler, organ büyümeleri, asit gibi durumlar belirlenebilir.	
✓ Tanı doğrultusunda gerekiyorsa, göbek hattı çevresinden mezura geçirilip karnın ön tarafında birleştirilerek karın çevresi ölçülür.	
✓ Karın lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir. <b>Not:</b> Palpasyona yüzeysel palpasyon ile başlanıp çocuğun yüzünde ağrı belirtilerinin olup olmadığı gözlenir. Hassas noktalar tespit edilirse o nokta muayenede en sona bırakılır.	
<b>GÖĞÜS</b>	
<b><i>İnspeksiyon</i></b>	
✓ Göğüs kuş tipi (sternumun dışa doğru çıkmasıdır) göğüs açısından değerlendirilir.	
✓ Göğüs kunduracı tipi (sternumun içe doğru çökmesidir) göğüs açısından değerlendirilir.	
✓ Nefes alıp verme sırasında interkostal/subkostal/substernal/suprasternal çekilme varlığı değerlendirilir.	
✓ Meme dokusunun büyüklüğünün yaşa uygun olup olmadığı değerlendirilir.	
✓ Göğüs uçlarının simetrik olup olmadığı değerlendirilir.	
<b><i>Palpasyon</i></b>	
✓ Göğüs lenf bezlerinin büyüklüğü, hareketliliği ve sertliği değerlendirilir.	
✓ Göğüs duvarının genişleyebilme kapasitesi ve asimetrik hareketleri palpe edilir. <b>Not:</b> Hastalıklarda göğüs duvarının hem hareket amplitütleri hem de simetrisi bozulabilir ve palpasyon sırasında bu patolojik durumlar saptanabilir.	
✓ Meme ucunda akıntı olup olmadığı kontrol edilir.	
<b><i>Oskültasyon</i></b>	
✓ Solunum sisteminin oskültasyonu, trakeobronşiyal ağaç boyunca var olan türbülant hava hareketlerinin oluşturduğu sesler göğüs duvarından steteskop ile dinlenir.	
✓ İki tarafı karşılaştırmak için göğüs boyunca bir yandan diğer yana doğru dinlenir.	
<b>GENİTAL BÖLGE</b>	
<b><i>Kız çocuklarda;</i></b>	
✓ Genital organların yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
✓ Ödem, kızarıklık, pişik, kanama, kaşıntı ve akıntı açısından değerlendirilir.	
✓ Yaşa uygun puberte belirtileri (menstruasyon, meme dokusunun büyümesi, kıllanma) değerlendirilir.	
<b><i>Erkek çocuklarda;</i></b>	
✓ Penisin yaşa uygun anatomik değerlendirmesi yapılır.	
✓ Penis boyu ve üretral açıklığın yeri değerlendirilir.	
✓ Sünnet derisi geri çekilerek yapışıklık ve darlık açısından değerlendirilir.	
✓ Testisler büyüklük, renk ve skrotumda olup olmaması açısından değerlendirilir.	
✓ Kasık bölgesi inguinal herni açısından değerlendirilir.	

<b>ANAL BÖLGE</b>					
✓ Anal sfinkter fissür açısından değerlendirilir.					
✓ Anal bölge kanama pişik, kaşıntı ve hijyen açısından değerlendirilir.					
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulgular değerlendirilir.					
<b>SIRT VE KALÇA</b>					
✓ Kamburluk (kifoz), lokal kemik hastalığına bağlı kamburluk (gibozite), omurga sütununun yanlara doğru kavislemesi (skolyoz) ve kamburluk ile skolyozun bir arada olması (kifoskolyoz) gibi sırt deformiteleri değerlendirilir.					
✓ Skapulaların duruş şekli, omuzlar arasında yükseklik farkı değerlendirilir.					
✓ Konjenital kalça displazisi olup olmadığını değerlendirmek için;					
○ Çocuk supine ya da prone pozisyonunda yatırılarak pililerin simetrisi değerlendirilir.					
○ Supine pozisyonunda bacaklar 90° fleksiyona alınır ve diz seviyeleri arasındaki fark değerlendirilir.					
○ Bacaklarda abdüksiyon kısıtlılığı değerlendirilir.					
○ Bacak uzunluğu değerlendirilir.					
<b>EKSTREMİTELER VE EKLEMLER</b>					
✓ Ekstremitelerde eller ve kollar simetri, uzunluk, şekil ve duruş açısından değerlendirilir.					
✓ Ayak ve bacaklar simetri, uzunluk, şekil ve duruş açısından değerlendirilir.					
✓ Tırnaklar; şekil, renk, boy ve kuruluk açısından değerlendirilir.					
✓ Tüm eklemler hareket, sertlik, kızarıklık, ısı farklılığı açısından değerlendirilir.					
<b>NÖROLOJİK FONKSİYONLAR</b>					
✓ Çocuğun bilinç durumu değerlendirilir.					
✓ Kas tonüsü ve kas atrofisi değerlendirilir.					
✓ Çocuk hipotoni açısından değerlendirilir.					
✓ Çocuğun tanısına yönelik belirti ve bulguları değerlendirilir.					
✓ Çocuklarda dil gelişimi açısından bulunduğu yaşa göre değerlendirmesi yapılır.					
✓ Çocuğun glaskow koma skalası değerlendirilir.					
<b>GLASKOW KOMA SKALASI</b>					
Glaskow koma skalasında 3-8 puan şiddetli travmayı, 9-12 puan orta şiddetli travmayı, 13-15 puan hafif travmayı gösterir.					
<b>Sözel Yanıt</b>		<b>Göz Açma</b>		<b>Motor Cevap</b>	
Yanıt yok	1	Yanıt yok	1	Yanıt yok	1
Ağrılı uyarana inilti ile yanıt	2	Ağrılı uyarana	2	Anormal ekstansiyon	2
Ağrılı uyarana ağlayarak yanıt	3	Sözlü uyarana	3	Anormal fleksiyon	3
Konfüzyon (huzursuz, ağlama)	4	Spontan	4	Ağrılı uyarana verilen bölgeyi geri çekme	4
Oryante (a-gu sesleri, mırıldanma)	5			Dokunulan bölgeyi geri çekme	5
				Emirleri yerine getirme	6
<b>TOPLAM</b>		<b>15 puan</b>			

<b>İşlem Sonrası</b>	
✓ Çocuğun kıyafetleri giydirilerek uygun pozisyon verilir.	
✓ Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
✓ Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
✓ Elde edilen veriler ebeveyn ile paylaşılır.	
✓ Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	



## ALDIĞI ÇIKARDIĞI SIVI TAKİP (AÇT) PROTOKOLÜ

### AMAÇ

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

### Tanımlama

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

### TEMEL İLKELER

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

- Çıkarılan sıvıların toplandığı kabın üzerine çocuğun adı soyadı, yatak numarası ve biriktirilen sıvının cinsi yazılarak kayıt işlemi tamamlanıncaya kadar ağzı kapalı olarak saklanmalıdır.
- Aldığı çıkardığı takibi 24 saatlik yapılacak ise sabah 08.00'de hastanın ilk idrarı AÇT hesabına katılmamalıdır. Ertesi sabah son idrarı ölçü kabına yaptırılarak 08.00'e kadar olan tüm idrar miktarı toplanmalıdır.
- Hastanın ölçekli idrar torbası varsa içindeki idrar miktarı kayıt edildikten sonra boşaltılmalıdır.
- Hastanın deri turgoru, ateş, kusma ve ishal varlığı kayıt edilerek değerlendirilmelidir.
- Drenlerden ve tüplerden gelen sıvı miktarları kayıt edilmelidir.
- Pansuman bölgesi, sızıntı ve kanama miktarı açısından ped sayısına göre değerlendirilmelidir.
- Hekimin farklı bir istemi yoksa ya da birimin farklı bir uygulaması yoksa saatlik AÇT kaydı yapılır.

## **UYGULAMA**

### **MALZEMELER**

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

### **İŞLEM ÖNCESİ**

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

<b>İŞLEM BASAMAKLARI</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.	
2. Hastanın kimlik doğrulaması yapılır.	
3. Hastanın vücut ağırlığı tartılır.	
4. İntravenöz yoldan verilen toplam sıvı miktarı (kan ve kan ürünleri, ilaç infüzyonları dahil) saatlik olarak kaydedilir.	
5. Oral yoldan alınan tüm sıvı/mama miktarı kaydedilir.	
6. Oral yolla verilen sıvılar (su, süt, çorba, meyve suyu, yoğurt, muallebi vb.) ölçülür. Standart ölçüm miktarı: Bir su bardağı=200 ml, bir çay bardağı=100 ml, bir bardak yoğurt=200 ml, bir kase 150 ml, bir kaşık=15 ml.	
7. Hastanın çıkardığı tüm sıvılar ölçülür ve kaydedilir.	
8. İdrar miktarı ölçülür.	
9. Kusma, diyare miktarı ölçülür.	
10. Göğüs tüpü drenaj şişesi, hemovak, gastrik drenaj, ileostomi/ kolostomi drenaj torbaların içindeki vücut sıvıları ölçülür.	
11. Her 8 saatte bir ara toplam alınır ve balans hesaplanır, 24 saat sonunda hastanın aldığı ve çıkardığı genel toplam sıvı miktarı ve balans hesaplanır.	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alınan sıvı - çıkarılan sıvı= Balans</li> <li>• Aldığı çıkardığından fazla ise balans +</li> <li>• Aldığı çıkardığından fazla ise balans -</li> </ul>	
<b>Not:</b> Beklenen idrar miktarı; <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Yenidoğan ve Bebeklerde &gt;2-3 ml/kg/sa</li> <li>✓ Okul Öncesi ve Okul Çağı Çocukları &gt;1-2 ml/kg/sa</li> <li>✓ Adölesanlar &gt;0.5-1 ml/kg/sa'dır.</li> </ul>	
<b>İŞLEM SONRASI</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hastaya uygun pozisyon verilir.</li> <li>• Atıklar hastane atık toplanma ve uzaklaştırılma protokollerine göre atılır.</li> <li>• Eller yıkanır.</li> <li>• Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.</li> <li>• Elde edilen veriler ekip üyeleri ile paylaşılır.</li> <li>• Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.</li> </ul>	

### Aldığı Çıkardığı Takibi (AÇT) Formu

08:00-16:00		16:00-24:00		24:00-08:00	
Aldığı (PO/IV)	Çıkardığı (İdrar, gaita, kusma vb.)	Aldığı (PO/IV)	Çıkardığı (İdrar, gaita, kusma vb.)	Aldığı (PO/IV)	Çıkardığı (İdrar, gaita, kusma vb.)
1 çay bardağı süt 1 su bardağı su 2 kaşık yoğurt 300 ml IV sıvı	1 pet şişe idrar 1 normal gaita	1 kase çorba 1 kase komposto Yarım su bardağı su 300 ml IV sıvı	1,5 pet şişe idrar	1 su bardağı su 300 ml IV sıvı	1 pet şişe idrar
630 ml	500 ml	800 ml	650 ml	500 ml	500 ml
<b>Balans: +130</b>		<b>Balans: +150</b>		<b>Balans: 0</b>	
<b>24 Saatlik Toplam Balans: + 280</b>					

## İNTRAVENÖZ SIVI İNFÜZYON (SIVI İZLEM) TAKİP PROTOKOLÜ

### AMAÇ

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

### HAZIRLIK

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

İŞLEM BASAMAKLARI	UYGULAMA
1. Dr. orderında yazan çocuğa verilmesi gereken sıvı miktarı aşağıdaki formüllerden yararlanarak kontrol edilir.	
2. Çocuğun günlük (24 saatlik) olan sıvı gereksinim miktarını belirlemek için kullanılan vücut yüzey alanı (VYA) hesaplama formülü $VYA (m^2) = \frac{(4 \times kg) + 7}{kg + 90}$ 'dır.	
3. Çocuğa verilecek sıvı miktarının belirlenmesinde kullanılan formüller verilmektedir.  İdame Sıvı = 1500-2000 ml/m <sup>2</sup>  Hafif dehidratasyon = 2000-2500 ml/m <sup>2</sup>  Orta dehidratasyon = 2500-3000 ml/m <sup>2</sup>  Ağır dehidratasyon = 3000-3500 ml/m <sup>2</sup>  Koma-şok = $\geq 3500$ ml/m <sup>2</sup>	
4. Serum torbası ya da şişesi son kullanma tarihi, sızıntı, kirlenme ve renk değişikliği yönünden kontrol edilir.	
5. Şişe/torbanın üzerine çocuğun tanımlayıcı bilgilerini, infüzyon türünü, akış oranını, hazırlanma tarihini ve saatini belirten bir etiket yapıştırılır.	

6. Serumun içine koyulan ilaç ya da mineralin ismi, tarihi ve saati bir etikete yazılarak serum torbasının üzerine yapıştırılır.	
7. Solüsyon damla ayar seti dosi flow ile gönderiliyorsa, giden sıvı miktarının order ile uyumlu olup olmadığı kontrol edilir.	
8. İnfüzyon pompası kullanılıyorsa üreticinin solüsyon gönderme talimatına göre uygulama yapılır.	
9. IV giriş yapılarak, infüzyon bölgesi sızıntı, şişme, ağrı ve kızarıklık yönünden değerlendirilir.	
10. Tarih, saat, sıvının cinsi, saatlik giden miktarı, şişe seviyesi, hastaya giden miktar hemşire gözlem formundaki sıvı izlem bölümüne kaydedilir.	
11. Akış hızı her saatte kontrol edilir.	
12. İnfüzyon planlanandan daha hızlı gidiyorsa planlanan sürede tamamlamak için akış hızı azaltılır.	
13. İnfüzyon hızı planlanandan yavaş ise akış hızı artırılır.	
<ul style="list-style-type: none"><li>• İnfüzyon hızı tamamen durmuşsa kanül tıkanıklık açısından kontrol edilir.</li></ul>	
<ul style="list-style-type: none"><li>• İnfüzyon seti kıvrılma ve engellenmeler açısından gözlenir.</li></ul>	
14. İnfüzyon bölgesi infiltrasyon ve kanama açısından takip edilir.	
15. Uygunsa aşağıdaki durumlarda hemşire ile işbirliği yapması için çocuk ve aileye eğitim verilir; <ul style="list-style-type: none"><li>• Akış hızının aniden değişmesi</li><li>• Sıvı kabının tamamen boşalması</li><li>• Sette kan olması</li></ul>	
16. Damar yolunda herhangi bir rahatsızlık olması	

## SIVI İZLEM FORMU

TARİH	SAAT	SIVININ CİNSİ	ŞİŞE SEVİYESİ	SAATLİK GİDEN MİKTARI	HASTAYA GİDEN MİKTAR	AÇIKLAMALAR
05.03.2019	08.00	1/3 izomix	500 cc	50 cc	-	
	09.00	1/3 izomix	450 cc	50 cc	50 cc	
	10.00	1/3 izomix	400 cc	50 cc	100 cc	
	11.00	1/3 izomix	350 cc	50 cc	150 cc	Hasta USG'ye gitti
	12.00	1/3 izomix	350 cc	-	150 cc	Hasta USG'den geldi.
	13.00	1/3 izomix	287,5 cc	62,5 cc	212,5 cc	Order değişikliği
	14.00	1/3 izomix	225 cc	62,5 cc	275 cc	
	15.00	1/3 izomix	162,5cc	62,5 cc	337,5 cc	
	16.00	1/3 izomix	100 cc	62,5 cc	400cc	

## ORAL İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ

### AMAÇ

İlaçların oral yol ile uygulanmasıdır.

### TEMEL İLKELER

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

### TANILAMA

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

### UYGULAMA

#### Malzemeler

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



<b>İŞLEM ÖNCESİ</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim istemi kontrol edilir.	
3. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
4. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir.	
7. Hastaya yarı oturur / oturur pozisyon verilir.	
<b>İŞLEM SIRASINDA</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Tablet, draje, kapsül formundaki ilaçlar dilin 2/3'lük arka kısmına konularak bir miktar su ile içirilir.	
2. Tablet/Draje/Kapsül yutamayan çocuklar için ilaç enjektöre sulandırılarak hazırlanır. Hastaya verilmesi gereken doz enjektörde bırakılarak enjektörün ucu diş eti ile yanak arasına yerleştirilir, yavaşça verilir.	
3. Verilmesi gereken ilaç damla ise ilaç kaşığa damlatılır, 1-2 ml sulandırılır, çocuğa kaşıkla içirilir.	
4. Çocuk ilacı kötü tadından dolayı içmek istemiyorsa ilaç-besin etkileşimi dikkate alınarak uygun yiyecekler/içecekler ile karıştırılabilir.	
5. Hastanın ağız / burun çevresi gerekiyor ise kağıt havlu ile temizlenir.	
<b>İŞLEM SONRASI</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

# İNTRAMÜSKÜLER (İM) ENJEKSİYON UYGULAMA PROTOKOLÜ

## AMAÇ

Kas dokusu içine ilaç uygulamak

## TEMEL İLKELER

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

## TANILAMA

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

## UYGULAMA

### Malzemeler

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

<b>İŞLEM ÖNCESİ</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim istemi kontrol edilir.	
3. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
4. Çocuk ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
5. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
7. Seçilen bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.	
<b>İŞLEM SIRASINDA</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastanın kimliği kontrol edilir.	
2. Eldiven giyilir.	
3. Enjeksiyon bölgesi seçilir ve bölgeye göre hastaya uygun pozisyon verilir.	
4. Enjeksiyon uygulanacak bölge aseptik teknikle temizlenir, kuruması beklenir.	
5. İğne kılıfı iğnenin sterilliği bozulmadan çıkarılır.	
6. Çocuğa derin nefes alıp vermesi söylenir.	
7. Enjektör 90° lik açı yapacak şekilde, tek bir hareketle ve hızlı bir biçimde doku içine batırılır.	
8. İğne batırıldıktan sonra piston aktif olmayan el ile hafifçe geri çekilir. Kan gelmiyor ise ilaç yavaşça enjekte edilir (1 ml/10 sn). Enjektör içine kan gelmişse ilaç yeniden hazırlanır.	
9. İlaç verildikten sonra 10 sn beklenir, iğne tek hareketle ve hızlı bir şekilde çıkarılır ve enjeksiyon bölgesine kuru pamuk tamponla hafif basınç (2-5 dk) uygulanır.	
<b>İŞLEM SONRASI</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

## PERİFERİK VENÖZ KATETER YOLU İLE İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ

### AMAÇ

Hekim tedavi istek formuna uygun olarak damar içine uygulamak.

### TEMEL İLKELER

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

### TANILAMA

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

### UYGULAMA

#### Malzemeler

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

<b>İŞLEM ÖNCESİ</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim isteği kontrol edilir.	
3. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
4. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
6. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilecek şekilde yerleştirilir.	
<b>İŞLEM SIRASINDA</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Eldiven giyilir.	
2. Periferik venöz katater yok ya da çalışmıyor ise; Periferik venöz katater uygulama protokolüne uygun olarak damar yolu açıklığı sağlanır, hazırlanan ilaç uygulanır.	
Uygulama sonrasında intravenöz katater serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanarak ven valfi/stopper ile kapatılır.	
3. Periferik venöz katater var ise; Açılış tarihinin üzerinden 72 saat geçmişse periferik venöz katater değiştirilmelidir.	
Stopper/ven valfi takılı ise açılır, serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanarak hazırlanan ilaç uygulanır. Uygulama sonrasında intravenöz katater serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanır, ven valfi/stopper takılır.	
Serum gidiyor ise, durdurulur, katater serum setinden ayrılır, setin ucunun etrafla kontaminasyonu engellenir. Serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanır, ayrılan serum seti takılarak perfüzyona devam edilir.	
<b>İŞLEM SONRASI</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	

## **SANTRAL VENÖZ KATETER YOLU İLE İLAÇ UYGULAMA PROTOKOLÜ**

### **AMAÇ**

Hekim tedavi istek formuna uygun olarak damar içi ilaç uygulamak.

### **TEMEL İLKELER**

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

### **TANILAMA**

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

### **UYGULAMA**

#### **Malzemeler**

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

<b>İŞLEM ÖNCESİ</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastanın kimlik bilgileri kontrol edilir.	
2. Hekim isteği kontrol edilir.	
3. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir.	
4. Gerekli malzemeler hazırlanır.	
5. Uygulanacak ilaç ampül/flakon formunda ilaç hazırlama protokolü doğrultusunda hazırlanır.	
6. Eller el yıkama talimatına göre yıkanır.	
7. Malzemeler için uygun ve temiz bir alan seçilir, kolay ulaşılabilir şekilde yerleştirilir.	
8. Hastaya uygun pozisyona verilir.	
<b>İŞLEM SIRASINDA</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Steril eldiven giyilir.	
2. Santral venöz kataterde boş lümen var ise;	
Katater lümeni antiseptik solüsyonlu steril gazlı ped ile tutturulur, serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanarak hazırlanan ilaç uygulanır.	
Enjektör değişimleri sırasında lümen mutlaka klempenmelidir.	
Uygulama sonrasında lümen (2-4 ml) serum fizyolojik ile yıkanır. (Bu işlemde lümen boyuna göre serum fizyolojik miktarı değişebilir)	
3. Tedavi yapılacak lümeden serum gidiyor ise;	
Katater lümeni antiseptik solüsyonlu steril gazlı bez ped ile tutturulur, lümen klempenir, serum setinden ayrılır, setin ucunun etrafı kontaminasyonu engellenir.	
Enjektör ve set değişimleri sırasında lümen mutlaka klempenmelidir.	
Lümen serum fizyolojik (2-4 ml) ile yıkanarak hazırlanan ilaç uygulanır.	
Uygulama sonrasında lümen serum fizyolojik ile yıkanır, ayrılan serum seti takılarak perfüzyona devam edilir.	
<b>İŞLEM SONRASI</b>	<b>UYGULAMA</b>
1. Hastaya uygun pozisyon verilir.	
2. Atıklar hastane atıklarının toplanması ve uzaklaştırılması protokolüne göre uygun olarak atılır.	
3. Eller el yıkama talimatı doğrultusunda yıkanır.	
4. Tüm bulgu ve gözlemler hemşire gözlem formuna kaydedilir.	
5. Malzemeler bir sonraki kullanıma hazır hale getirilir.	