

BİRİNCİ VE İKİNCİ DEĞERLENDİRME

Öğr. Gör. Nurhan BİNGÖL

BİRİNCİ DEĞERLENDİRME

Kendi güvenliğimiz ve ortamın güvenliğinden emin olduktan sonra; birinci değerlendirmede, hasta veya yaralıda acil yardım gerektirecek hayati tehlike oluşturan durumlar kontrol edilir. En hızlı ve doğru şekilde hasta veya yaralının öyküsü, bulgu ve belirtileri alınarak değerlendirilip ilk yardım ve acil bakım uygulanır.

Bulgu, belirtiler ve öykü almak için sorular kısa sürede ve sakin bir şekilde hasta veya yaralıya, yakınlarına ya da çevredeki kişilere sorularak sağlıklı ve net bilgiler alınır.

Alınan bilgiler vaka kayıt formuna yazılır.

BİRİNCİ DEĞERLENDİRME

➤ Bulgu

Hasta veya yaralının yaşamsal fonksiyonlarına, gözle bakarak (**inspeksiyon**) elle hissederek (**palpasyon**) ve dinleyerek (**oskültasyon**) gerektiğinde araç gereç kullanarak elde edilen verilerdir.

Hasta veya yaralıdaki bakılması gereken yaşamsal bulgular şunlardır:

- ☐ Bilinç durumu
- ☐ Solunum
- ☐ Nabız
- ☐ Kan basıncı
- ☐ Deri rengi

BİRİNCİ DEĞERLENDİRME

➤ Belirti

Hasta veya yaralı tarafından söylenen şikâyetlere denir. Örnek: Ağrısının, mide bulantısının olduğunu söylemesi gibi.

➤ Tanı (Teşhis)

Hasta veya yaralının öykü, bulgu ve belirtileri değerlendirilerek bir kanıya varılmasıdır. Hasta veya yaralıya tanı (teşhis) konularak ilk yardım ve acil bakım uygulanır.

Hasta veya Yaralı Değerlendirmenin Amacı

- ☐ Kendi güvenliğimizden; hasta veya yaralının güvenliğinden ve çevrenin güvenliğinden emin olmak.
- ☐ Hasta veya yaralının, yaşamsal fonksiyonlarını belirleyip, değerlendirmek.
- ☐ Hasta veya yaralının belirti ve bulgularını ayırt etmek.
- ☐ Hastalık veya yaralanmanın ciddiyetini belirlemek.

Hasta veya Yaralı Değerlendirmenin Amacı

- ❑ Yapılacak müdahalede öncelikleri belirlemek.
- ❑ Hasta veya yaralıya yapılacak olan tıbbi müdahale sırasını belirlemek.
- ❑ Hasta veya yaralıya, en hızlı ve doğru şekilde güvenli müdahalede bulunmak
- ❑ Hasta veya yaralıyı, en hızlı ve doğru şekilde uygun sağlık kuruluşuna transportunu sağlamak.

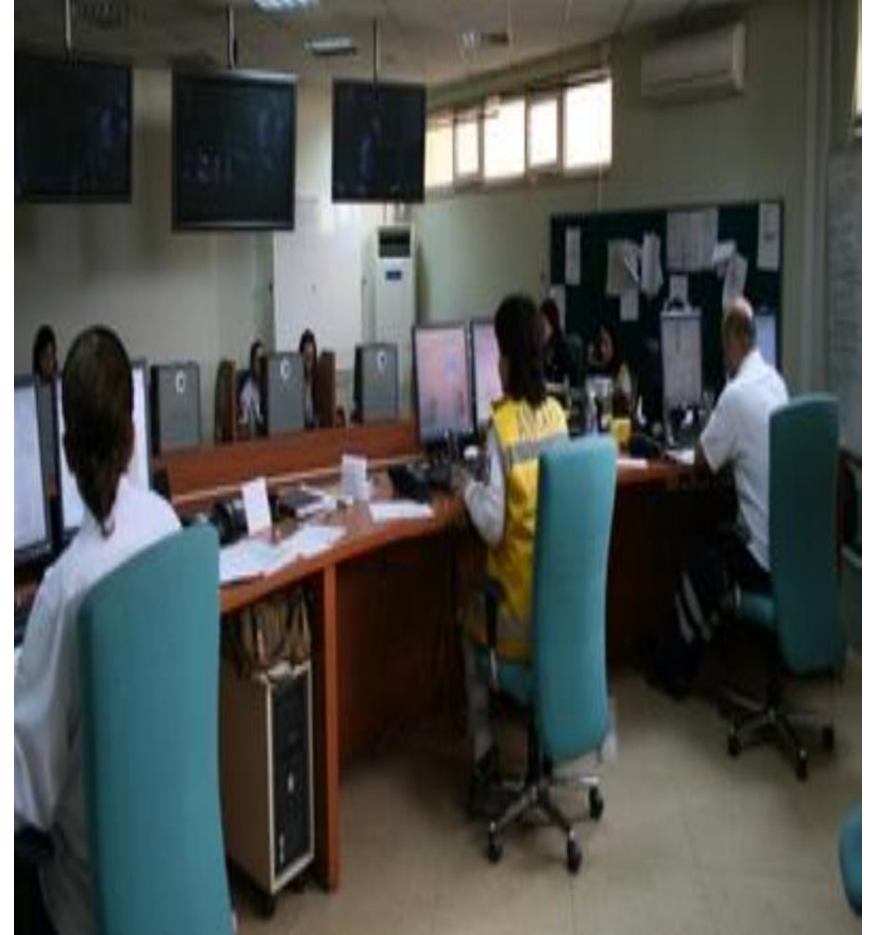
Birinci Değerlendirmenin Aşamaları

İlk değerlendirme, komuta kontrol merkezine gelen çağrılarının alınıp değerlendirilmesi ile başlar. Alınan çağrılar, değerlendirilip not alındıktan sonra, olay yerine en uygun ve en yakın acil yardım istasyonundaki ekibe bildirilir. Komuta kontrol merkezi tarafından olay ya da hasta veya yaralı hakkındaki tüm bilgiler görevlendirilen ekibe iletilir. Gerekli olduğunda, komuta kontrol merkezi, diğer birimler (polis, itfaiye, sivil savunma) ile iletişim kurarak olay yerine yönlendirip koordinasyonu sağlar. Olay yerinde işbirliği içinde çalışılması sağlanır.

Birinci Değerlendirmenin Aşamaları

Çağrıyı alan acil yardım istasyonu ekibi, olay ile ilgili bilgileri not alarak olay yerine ulaşana kadar tüm araç gereç ve kendi hazırlığını yapar.

Örnek: Kendi ve hasta veya yaralının güvenliği için eldivenlerini takması v.b.



Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesindeki aşamalar;

➤ **D-Danger (Tehlike):** evre güvenliğinin sağlanması, Olay yerinde öncelikle kendi güvenliğimizden daha sonra hasta veya yaralının ve çevredeki insanların güvenliğinden emin olmak için tehlike oluşturan durumlar gözden geçirilmelidir. Can güvenliğimizi tehdit eden bir durum var ise kesinlikle olay yerine girilmemelidir. Can güvenliği tehlikeye atılmamalıdır. Çevredeki meraklı kişilerin tehlikeli ortamdaki uzak tutulması sağlanmalıdır. Güvenli vrenin oluştuğundan emin olduktan sonra hasta veya yaralının değerlendirmesine geçilir.

Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesindeki aşamalar;

➤ D-Danger (Tehlike):

Kendi güvenliğimiz ve hasta veya yaralının can güvenliğini tehdit eden durum var ise hasta veya yaralı en yakın ve güvenli bir yere dikkatlice taşınır.

Çevre güvenlik önlemleri alınırken adli bir durum mevcut ise hasta veya yaralıya müdahale ederken olay yerindeki delillerin korunmasına dikkat edilir.

Toplanan tüm bilgiler ve uygulamalar vaka kayıt formuna kayıt edilir.

Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesindeki aşamalar;

- **R-Response (Cevap):** Bilinç durumunun değerlendirilmesi, Beynin normal faaliyetindeki bir aksama nedeni ile uyku halinden başlayarak, hiçbir uyarıya cevap verememe haline kadar giden, bilincin kısmen ya da tamamen kapanmasına **bilinç kaybı** denir.

Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesindeki aşamalar;

➤ **A-Airway (Havayolu):** Hava yolu açıklığının değerlendirilmesi, Bilinci kapalı olan hasta veya yaralının, dili geri kaçarak solunum yolunu tıkayabilir.

Ayrıca solunum yolundaki yabancı cisim de hava yolunu tıkayabilir. Tüm bu durumlar göz önünde bulundurularak hava yolu açıklığının değerlendirilmesi yapılır.

Solunumun sağlanması için hava yolunun açık olması gerekir. Bu nedenle, çeşitli yöntemlerle hava yolu açılır ve gerekirse temizlenir.

Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesindeki aşamalar;

- **B-Breathing (Solunum):** Solunumun değerlendirilmesi, Hasta veya yaralının hava yolunun açıklığı sağlandıktan sonra solunum seslerini dinleyip solunum hareketlerini izleyerek ve solunumunu hissetmeye çalışarak solunumun olup olmadığı değerlendirilir (Bak-dinle- hisset yöntemi).

Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesindeki aşamalar;

➤ **C-Circulation (Dolaşım):** Kan dolaşımının değerlendirilmesi.

Hasta veya yaralının, yaşamsal fonksiyonlarından olan, nabız kontrolü yapılır.

İnspeksiyon ile dolaşımın yeterliği açısından deri rengi gözlenir.

Hasta veya yaralının ilk değerlendirmesi sonucunda;

☐ Bilinci kapalı; fakat solunum ve nabzı var ise ikinci değerlendirmeye geçilir.

☐ Bilinci yok; solunumu var ise koma pozisyonuna getirilir.

☐ Bilinci ve solunumu yok ise derhal Temel Yaşam Desteğine (dış kalp masajı ve suni solunum) başlanır.

Bilinç Durumunun Değerlendirilmesi

Her türlü hasta veya yaralıya, bilinç durumu değerlendirmesi yapılmalıdır. Bilinç durumu değerlendirmesi yapılarak beyin fonksiyonları kontrol edilmiş olunur. Normalde, bir kişi, kendine yöneltlen sorulara cevap verir yani **oryante**dir. Hasta veya yaralı sorulan sorulara cevap verebiliyorsa yani, kim olduğunu; nerede olduğunu ve zamanı biliyorsa bilincinin yerinde olduğu kabul edilir. Böylelikle bilincin anlama ve algılaması değerlendirilir.



Bilinç Durumunun Değerlendirilmesi

Bilincin değerlendirilmesinde hasta veya yaralıya sözlü uyarana ile birlikte hafifçe omuz bölümüne ellerimizle dokunarak “iyi misiniz?” diye sorulur. Sözlü olarak uyarana cevap alınabiliyor ise bilincin tam açık olduğuna karar verilir. Sözlü uyarana cevap alınmaz ise ağrılı uyarana verilir. Ağrılı uyarılara cevap alınabiliyor ise bilincin kısmen açık olduğuna karar verilir. Eğer hiçbir uyarana cevap alamıyorsa bilinci kapalı olabilir.

Bebeklerde (0–12 ay) bilinç kontrolü ise ayak tabanına elimizle vurarak yapılır.

Bilinç Durumunun Değerlendirilmesi

Hasta veya yaralının bilinci açık veya kapalı olsa da kimlik bilgileri alınarak vaka kayıt formuna yazılır.

Bilinci açık olan hasta veya yaralıya, olayın ne olduğu ve nasıl olduğu hakkında sorular sorularak olay anlamaya çalışılır. Bilinç durumunda herhangi bir değişikliğin gelişip gelişmediği yani, bilinçte bulanıklığın olması veya bilincin açılıp tekrar kapanması gibi durumları da kontrol edilip değerlendirilerek meydana gelen değişiklikler ve zamanı, vaka kayıt formuna yazılır.

Bilinç tamamen kapalı ise hemen hava yolu, solunum ve dolaşımın değerlendirilmesine geçilir.

AVPU Skalası

“AVPU” skalası hasta veya yaralının bilinç düzeyini değerlendirmemizi kolaylaştırır.

❖ A (Alert)

Hasta veya yaralı uyanık ve bilinci yerindedir. Kim olduğunu, nerede olduğunu ve zamanı (takvim) biliyorsa oryante olduğu söylenir. AVPU skalasının en üst basamağı olan A basamağındadır.

AVPU Skalası

❖ V (Vokal/Verbal)

Hasta veya yaralı, sesli uyarılara cevap verir. Gözlerini kendiliğinden açmaz, kim olduğunu, nerede olduğunu ve zamanı bilemeyebilir; fakat onunla konuştuğunuzda mantıklıdır. AVPU skalasının V basamağındadır.

Örnek: Hasta veya yaralıya kolunu kaldırmasını söylediğimizde verilen komuta uyararak kolunu kaldırır.

AVPU Skalası

❖ P (Pain)

Hasta veya yaralı sözlü uyarılara tepki vermiyor; ancak ağrılı uyarana tepki veriyorsa AVPU skalasının P basamağındadır. Yetişkinlerde ağrılı uyarın vermek için hasta veya yaralının, omuz bölgesinden hafifçe sarsmak veya clavícula üzerine hafifçe bastırmak gerekir. Bebeklerde ise ayak tabanına hafifçe vurmak ya da el orta parmağını hafifçe geriye ittirmek gerekir. Hasta veya yaralılarda çok ağrılı uyarın asla uygulanmamalıdır.

AVPU Skalası

❖ U (Unresponsive)

Hasta veya yaralı, sözlü ve ağırlı uyarıların hiçbirine cevap veremez. AVPU skalasının en alt basamağı olan U basamağındadır.

Hasta veya yaralının yaşamsal fonksiyonları kontrol altına alındıktan sonra değerlendirmeye devam edilir. Bazen, hasta veya yaralı çok ağır durumda ise veya yaralanması çok ciddi ise acil olarak resüsitasyona (canlandırma) ve transporta gerek duyulur. Bu durumda, ikinci değerlendirme gereksizdir.

İSTASYON		SAATLER		HASTA BİLGİLERİ				SOSYAL GUVENCE					
Prot. No		Çağrı Saati		Adı Soyadı :		<input type="checkbox"/> E	<input type="checkbox"/> Memur (.....)	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur Çalışan					
		Olay Yeri Varış				<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> Emekli Sandığı	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur Emekli					
Tarih		Hastaya Varış		Adres :		Yaş	<input type="checkbox"/> SSK Çalışan	<input type="checkbox"/> Bağ-Kur Tarım					
Kodu		O.Y.den Ayrılış					<input type="checkbox"/> SSK Çalışan Aile Yak.	<input type="checkbox"/> Yeşil Kart					
Adı		Hastaneye Varış					<input type="checkbox"/> SSK Emekli	<input type="checkbox"/> Özel Sigorta					
Plaka		İstasyona Dönüş					<input type="checkbox"/> SSK Emekli Aile Yak.	<input type="checkbox"/> Güvencesiz					
HASTANIN SOSYAL GÜVENLİK BİLGİLERİ						T.C. Kimlik No							
Sigortalının Adı Soyadı		Baba Adı		Kerne No		Vize Tarihi							
		Doğum Tar.		Sos.Güv.No		Karnenin Alındığı İl							
Yakınlığı		Doğum Yeri		Tahsis No									
ÇAĞRI TİPİ		ÇAĞRI NEDENİ				OLAY YERİ							
<input type="checkbox"/> Telsiz	<input type="checkbox"/> Medikal	<input type="checkbox"/> Yangın	<input type="checkbox"/> Elektrik Çar.	<input type="checkbox"/> Düşme	<input type="checkbox"/> LPG	<input type="checkbox"/> Ev	<input type="checkbox"/> Araçta	<input type="checkbox"/> Otel	<input type="checkbox"/> Sağlık Kurumu	<input type="checkbox"/> Cami vb.			
<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Trafik Kaz.	<input type="checkbox"/> İrtihar	<input type="checkbox"/> Ateşi Silah	<input type="checkbox"/> Alkol-laç	<input type="checkbox"/> Tedbir	<input type="checkbox"/> Yaya	<input type="checkbox"/> Büro	<input type="checkbox"/> Lokanta	<input type="checkbox"/> Resmî Daire	<input type="checkbox"/> Spor Salonu			
<input type="checkbox"/> Diğer	<input type="checkbox"/> İş Kazası	<input type="checkbox"/> Boğulma	<input type="checkbox"/> Kimyasal	<input type="checkbox"/> Künt Trav.	<input type="checkbox"/> Protokol	<input type="checkbox"/> Suda	<input type="checkbox"/> Fabrika	<input type="checkbox"/> Banka	<input type="checkbox"/> Eğitim Kurumu	<input type="checkbox"/> Stadyum			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
İLK MUAYENE BULGULARI						GLASGOW KOMA SKALASI			DURUMU				
Pupiller	Deri	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Motor	Verbal	Göz Açma	<input type="checkbox"/> Kırmızı Kod				
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal		/ mmHg	/dk	/dk	(6) Emre İtaat	(5) Oriente	(4) Spontan	<input type="checkbox"/> Sarı Kod				
<input type="checkbox"/> Miyotik	<input type="checkbox"/> Soluk		/ mmHg	/dk	/dk	(5) Ağrıyı Lokalize Et.	(4) Konfüze	(3) Sesle	<input type="checkbox"/> Yeşil Kod				
<input type="checkbox"/> Midriatik	<input type="checkbox"/> Siyanotik	Kurtarma Yapıldı mı? <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> H		<input type="checkbox"/> Düzenli	<input type="checkbox"/> Düzenli	(4) Ağrıdan Kaçınma	(3) Uygunsuz Sözler	(2) Ağrıyla	<input type="checkbox"/> Siyah Kod				
<input type="checkbox"/> Anizokorik	<input type="checkbox"/> Hiperemik	Yapıldı İse Kim Yaptı ?		<input type="checkbox"/> Aritmik	<input type="checkbox"/> Düzensiz	(3) Fleksör Yanıt	(2) Anlamsız Bağırma	(1) Yanıt Yok	<input type="checkbox"/> Sosyal End.				
<input type="checkbox"/> Reak. Yok	<input type="checkbox"/> İterik	<input type="checkbox"/> 110 <input type="checkbox"/> 155 <input type="checkbox"/> _____		<input type="checkbox"/> Filiform	<input type="checkbox"/> Dispne	(2) Extensör Yanıt	(1) Yanıt Yok						
<input type="checkbox"/> Fiks Dilate	<input type="checkbox"/> Terli	<input type="checkbox"/> 112 <input type="checkbox"/> Vatandaş		<input type="checkbox"/> Alınmıyor	<input type="checkbox"/> Yok	(1) Yanıt Yok	G.K.S. Puanı :						
ÖN TANİ :				KODU		AÇIKLAMALAR :							

HAVA YOLU AÇIKLIĞI VE SOLUNUMU DEĞERLENDİRME

Hava yolu açıklığını kontrol etmeden önce kendi güvenliğimizden, hasta veya yaralının güvenliğinden ve çevrenin güvenliğinden emin olunmalıdır. Daha sonra hasta veya yaralının, birinci öğrenme faaliyetinde belirtildiği şekilde bilinç kontrolü yapılarak yaşamsal fonksiyonları sırası ile değerlendirilir.

HAVA YOLU AÇIKLIĞI VE SOLUNUMU DEĞERLENDİRME

- Çevre güvenliği sağlanır,
 - Bilinç kontrolü yapılır,
 - İlk yardımın ABC' si değerlendirilir.
- ☐ A Airway (hava yolu)
 - ☐ B Breathing (solunum)
 - ☐ C Circulation (dolaşım)

Hava Yolu Açıklığının Sağlanması

Bilinci kapalı olan hasta veya yaralının, hava yolu tıkanıklığının nedeni genellikle kas tonüsündeki yetersizlik ve yer çekiminin etkisi ile dilin geriye kaçmasıdır. Ayrıca ağız içindeki takma diş, kan pıhtısı ve kusmuk gibi yabancı maddeler hava yolunu tıkayabilir.

Hasta veya yaralının hava yolu açıklığını kontrol etmek amacı ile ağız içine bakılır. Sıkan giysileri var ise gevşetilir. Örnek: Kravat, kemer, gömlek yakası.

Hasta veya yaralının hava yolu açıklığını sağlamak amacı ile aşağıda verilen uygulamalar, sırası ile yapılır.

Ağız İçi Temizliği

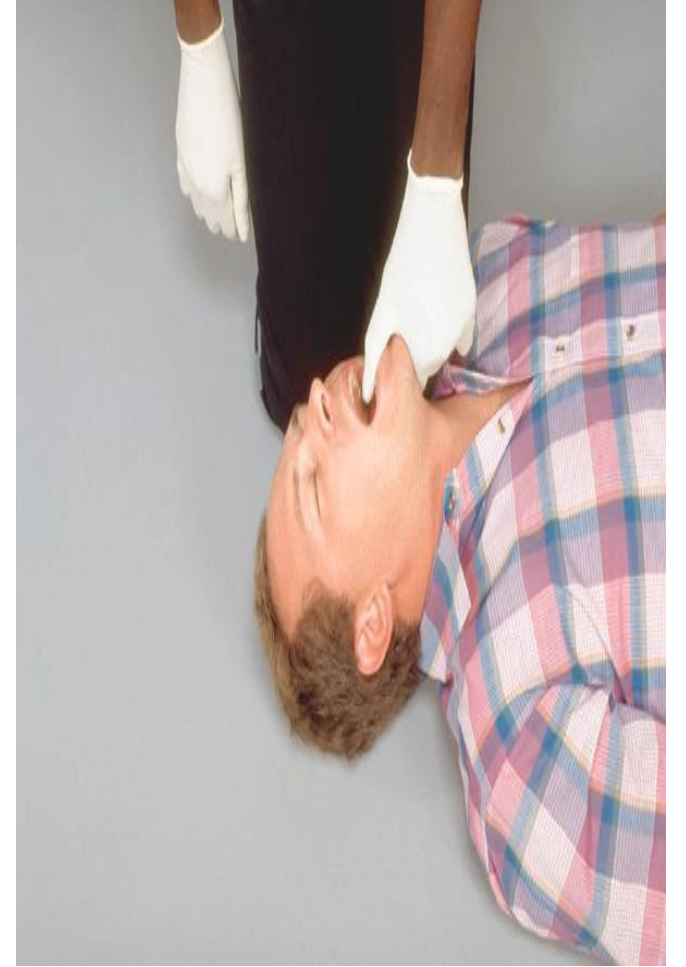
Hava yolu açıklığının sağlanması için öncelikle ağız içi temizliğinin yapılması gerekir.

❑ Hasta veya yaralının baş, boyun ve gövde eksenini korunarak sert bir zemine sırt üstü yatırılır.

❑ Ağız içi, ilk önce göz ile bakılarak kontrol edilir.

❑ Ağız içinde görünen bir cisim varsa ve alınabilecek durumda ise alınır. Fakat ağız içine kesinlikle kör dalış yapılmaz.

❑ Varsa kan, kusmuk gibi yabancı maddeler bir bez aracılığı ile dışarı çıkarılır.



Baş-Çene Pozisyonu (Head Tilt-Chin Lift)

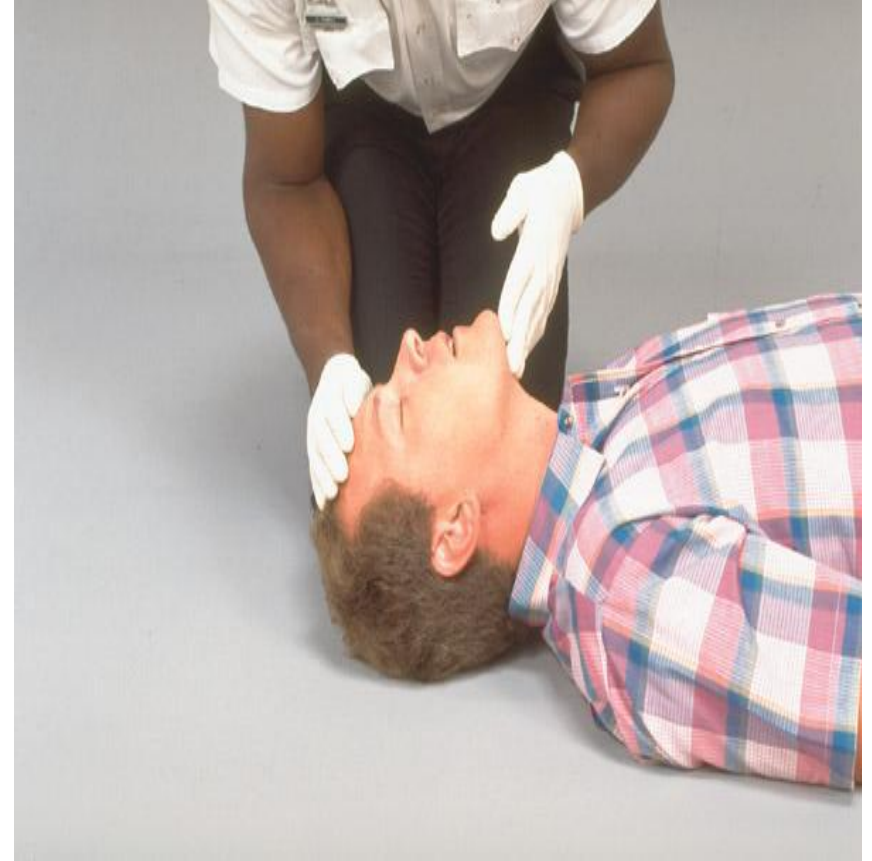
Hava yolu açıklığının sağlanması için yetişkinlerde baş çene pozisyonu verilmesi:

- Hasta veya yaralının alınına bir elin parmakları yerleştirilir.
- Diğer elin 2–3 parmağı çene kısmının alt bölümüne yerleştirilir.



Baş-Çene Pozisyonu (Head Tilt-Chin Lift)

- Baş yavaşça geriye doğru itilir.
- Çene kemiği, yere 90 derece dik hale gelene kadar, baş geriye doğru itilmeye devam edilir.
- Hasta veya yaralıya, baş çene pozisyonu verilerek hava yolu açılmış olur.



Hava yolu açıklığının sağlanması için çocuklarda baş çene pozisyonu verilmesi:

- ❑ Hasta veya yaralının altına bir elin parmakları yerleştirilir.
- ❑ Diğer elin 2–3 parmağı çene kısmının alt bölümüne yerleştirilir.
- ❑ Baş nazikçe geriye doğru itilir.
- ❑ Parmak uçları ile çocuğun çenesi kaldırılır.(Hava yolu tıkanabileceği için çene altındaki yumuşak dokuya bastırmayınız).
- ❑ Çocuğa baş çene pozisyonu verilerek hava yolu açılmış olur.



Çene İtme Pozisyonu (Jaw-Thrust)

Jaw-Thrust çeneyi öne getirmek ve yumuşak damak ve epiglotun oluşturduğu tıkanıklığı gidermek için kullanılan alternatif bir manevradır. Hasta veya yaralının, boyun bölgesinde travma oluşmuş veya travma şüphesi var ise hava yolu açıklığının sağlanması için çene itme pozisyonu uygulanır. Aşağıda uygulama basamakları bulunan çene itme pozisyonu çocuklarda da aynı şekilde uygulanır.



Çene İtme Pozisyonu (Jaw-Thrust)

- ❑ Hasta veya yaralının baş kısmına diz çökülür.
- ❑ Dirseklerimiz, hasta veya yaralının, baş kısmının bulunduğu yer seviyesine getirilir.
- ❑ Her iki elin 3 ve 4. parmakları hastanın başının iki yanında angulus mandibulaya yerleştirilir.
- ❑ Başparmaklar üst çeneye yerleştirilir.
- ❑ Mandibula öne doğru çekilirken başparmaklar ileri doğru itilerek ağız açılır.
- ❑ Ağız açılırken baş ve boynun sabit pozisyonda kalması sağlanır.

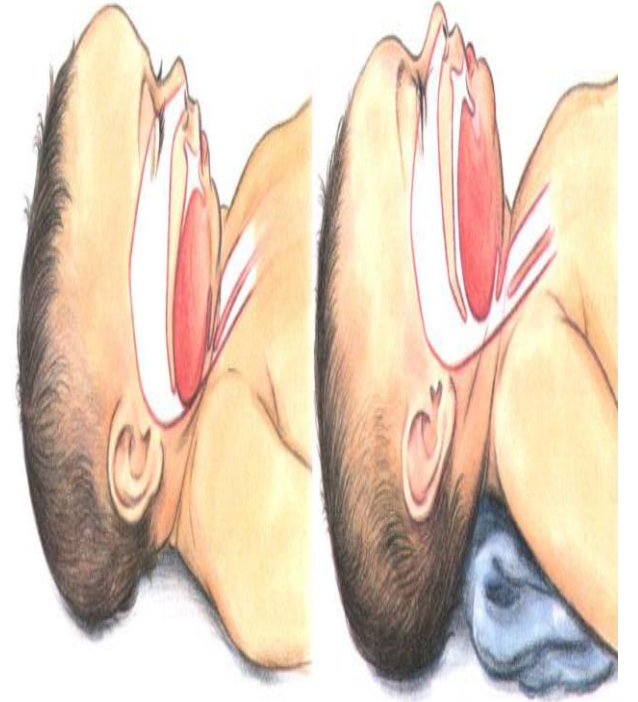
Bu manevranın uygulanması sırasında, boyun hareket ettirilmeden hava yolu açıklığı sağlanmış olur.

Bebeklerde Hava Yolu Açıklığının Sağlanması

Bebeklerde havayolu açıklığının sağlanması aşağıdaki tekniklerle gerçekleştirilir.

Bebeklerde Ağız İçi Temizliği

- ☐ Bebeğin baş, boyun ve gövde eksenini korunarak sert bir zemine sırt üstü yatırılır.
- ☐ Ağız içi, ilk önce göz ile bakılarak kontrol edilir.
- ☐ Yabancı cisim görülebiliyorsa tek seferde, iki parmak kullanılarak cımbız yöntemi ile ağız içinden çıkarılır. Bebeklerde, kör dalış uygulanmaz.
- ☐ Varsa kan, kusmuk gibi yabancı maddeler bir bez aracılığı ile çıkarılır.



Bebeklerde Hava Yolu Açıklığını Sağlayan Pozisyonun Verilmesi

Bebeklerde anatomik yapı gereği oksipital kemik çok belirgindir. Bebek sırt üstü pozisyonda iken baş fleksiyonda kalır. Bu durum bebeklerde hava yolu tıkanıklığına neden olur. Ayrıca ağız içindeki kan pıhtısı ve kusmuk gibi yabancı maddelerin varlığı hava yolunu tıkayabilir. Bebeğin hava yolu açıklığını kontrol etmek amacı ile ağız içine bakılır.

Bebeklerde Hava Yolu Açıklığını Sağlayan Pozisyonun Verilmesi

Bebeklerde, hava yolu açıklığını sağlamak için omuz ile boynun altına yerleşecek şekilde katlanmış bir havlu veya bez konulur. Omuzların yükseltilmesi ile baş ve boyun aynı ekseninde tutulur. Böylelikle hava yolu açıklığı sağlanır.

Bebeklerde, hava yolu açıklığını sağlayan pozisyon verilirken dikkatli olunmalıdır.

Yetişkinlerde olduğu gibi uygulama yapılmamalıdır. Çünkü bebeklerin boyun bölümleri kısa olduğundan baş hiperekstansiyona getirildiğinde yeniden hava yolunun tıkanmasına neden olabilir.

Solunumun Değerlendirilmesi

Solunum, normalde kolaylıkla ağrısız ve sessiz şekilde kendiliğinden olur. Yetişkin bir kişinin solunum sayısı ise dakikada 12–20 arasındadır.

Solunum;

- ❑ **Bradipne:** Solunum hızının dakikada 10'un altında olması durumudur.
- ❑ **Takipne:** Solunum hızının dakikada 24'ün üstünde olması durumudur.
- ❑ **Hiperapne:** Solunum derinliğinin artması durumudur.
- ❑ **Hipopne:** Solunum derinliğinin azalması durumudur.
- ❑ **Apne:** Solunumun geçici veya kalıcı olarak durmasıdır.
- ❑ **Anoksi:** Oksijen yokluğudur.
- ❑ **Anoksemi:** Arteriyal kandaki oksijen miktarının azalmasıdır.

Solunumun özelliklerinin değişmesinde;

- ❑ **Hiperventilasyon:** Solunum hızı ve derinliğinin, birlikte artması durumudur.
- ❑ **Hipoventilasyon:** Solunum hızı ve derinliğinin, birlikte azalması durumudur.
- ❑ **Dispne:** Ağrılı ve güç solunum durumudur.

Hasta veya yaralının solunum değerlendirmesi yapılırken;

- ❑ Solunumun sıklığına,
- ❑ Solunumun yüzeysel ve derinliğine,
- ❑ Solunumun aralığına bakılır.

Bazen hasta veya yaralıdaki nefes kokusu da bulguda yardımcı olur. Örnek: Hasta veya yaralının nefesinde aseton kokusunun hissedilmesi ketoasidoz komasını (Şeker koması) düşündürür.

Hasta veya yaralının solunum değerlendirmesi yapılırken;

Solunum yolunun değerlendirilmesi, en fazla 10 saniye içinde yapılmalı ve hızlı bir şekilde hava yolu açılmalıdır. Çünkü anoksemi arttıkça ilk 2 dakika içinde senkop (bayılma) ve bilinç kaybı, 3–5 dakika içinde dolaşım yetmezliği, 6–10 dakika içinde beyinde geri dönüşümü olmayan hasar gelişebilir.

Hava yolu açıklığı sağlandıktan sonra, hasta veya yaralının solunumuna bakarak; dinleyerek ve hissederek solunumun olup olmadığı, 5–10 saniye içinde kontrol edilir.

Bak–Dinle–Hisset Yöntemi

- ❑ Hasta veya yaralının, baş kısmının yan tarafına diz çökülür.
- ❑ Hasta veya yaralının durumuna uygun olan yöntem ile hava yolu açıklığı sağlanır.
- ❑ Başımız hasta veya yaralının yüzüne yaklaştırılır.
- ❑ Yüzümüz hasta veya yaralının göğüs kısmına bakacak şekilde çevrilir.
- ❑ Yanağımız hasta veya yaralının ağız ve burun kısmına yaklaştırılır.



Bak–Dinle–Hisset Yöntemi

🔍 **Bak:** Hasta veya yaralının, göğüs hareketleri, göz ile takip edilir.

🔍 **Dinle:** Hasta veya yaralının, solunum sesleri dinlenir.

🔍 **Hisset:** Hasta veya yaralının, nefesi yanağımızda hissedilir

Bu yöntem ile hasta veya yaralının solunum değerlendirmesi yapılır. Solunum değerlendirmesi işlemi, en fazla 10 saniye içinde yapılmalıdır.

Hasta veya yaralıda solunum var ise 1. değerlendirmenin diğer basamağına geçilir.

Hasta veya yaralıda solunum yok ise yetişkinlerde 30 kalp masajı ile başlanır, çocuklarda ve bebeklerde ise 2 kurtarıcı soluk verilerek dış kalp masajına başlanır.

(ERC2010 klavuzu)



DOLAŐIMI DEĞERLENDİRME

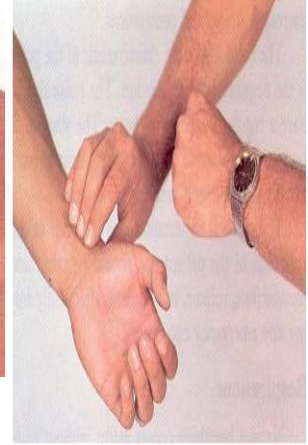
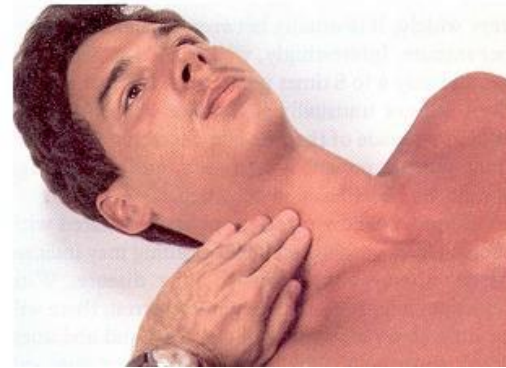
Dolaşım sistemini kalp, arterler, venler, kapiller damarlar ve kan sıvısı oluşturur. Kalp atışının uçtaki atardamarlardan (periferik arterlerden) hissedilmesine nabız denilir. Dolaşım sisteminin kontrolü ise nabız alınarak değerlendirilir. Dolaşım değerlendirmesinde nabız 5–10 saniye içinde hissedilmelidir. Dolaşım değerlendirmesinde, öncelikle nabzın olup olmadığının kontrolü yapılır. Nabız vücut yüzeylerine yakın olan arterlerden alınır.

Normalde nabız değerleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir

Yaş	Nabız Hızı/ Dakika	Ortalama
Yenidoğan	120- 160	140
Bebek	100- 140	120
Çocuk	80- 120	100
Yetişkin	60- 100	80

Vücuttaki nabız alınan noktalar:

- ❑ Kulağın önünde temporal arter,
- ❑ Boyun önünde karotis arter,
- ❑ El bileğinin iç kısmında radial arter,
- ❑ Kolun iç yüzünde brakial arter,
- ❑ Kasıkta femoral arter,
- ❑ Dizin iç yan kısmında popliteal arter,
- ❑ Ayağın sırtında dorsalis pedis arter,
- ❑ Tibialis posterior arter.



Yetişkin ve ocuklarda Dolaşımın Değerlendirilmesi

Yetişkin ve çocuklarda, karotis arterden dolaşım kontrolü yapılır. Nabız alınırken derinliği ve hızı da değerlendirilir.

Karotis arterden nabız kontrolü, tek taraftan yapılmalıdır. Karotis arterden nabız kontrolü, aynı anda çift taraflı yapılacak olursa var olan dolaşımın bozulmasına ve bradikardiye neden olabilir. Boyun bölgesindeki, yaralanmalar; yanıklar gibi durumlarda dolaşım kontrolü femoral arterden yapılmalıdır.

Yetişkin ve ocuklarda Dolaşımın Değerlendirilmesi

Nabız kontrolü sırasında, nabız var ise nabız değerlendirmesinin yanında, hasta veya yaralının;

- ☐ Deri rengi,
- ☐ Vücut ısısı,
- ☐ Derideki nemliliği de değerlendirilir.

Nabız alınamıyor ise dolaşım yok demektir ve dış kalp masajına başlanmalıdır.

Bebeklerde Dolaşım Değerlendirmesi

Bebeklerde, dolaşım değerlendirmesi yapılırken nabız, brakial veya femoral arterden alınmalıdır. Nabız değerlendirmesi 5–10 saniye içerisinde yapılmalıdır.

Bebeklerde, karotis arterden nabız alınmaz. Karotis arterden nabız kontrolü yapılırsa dolaşımının bozulmasına neden olabilir.



İKİNCİ DEĞERLENDİRME

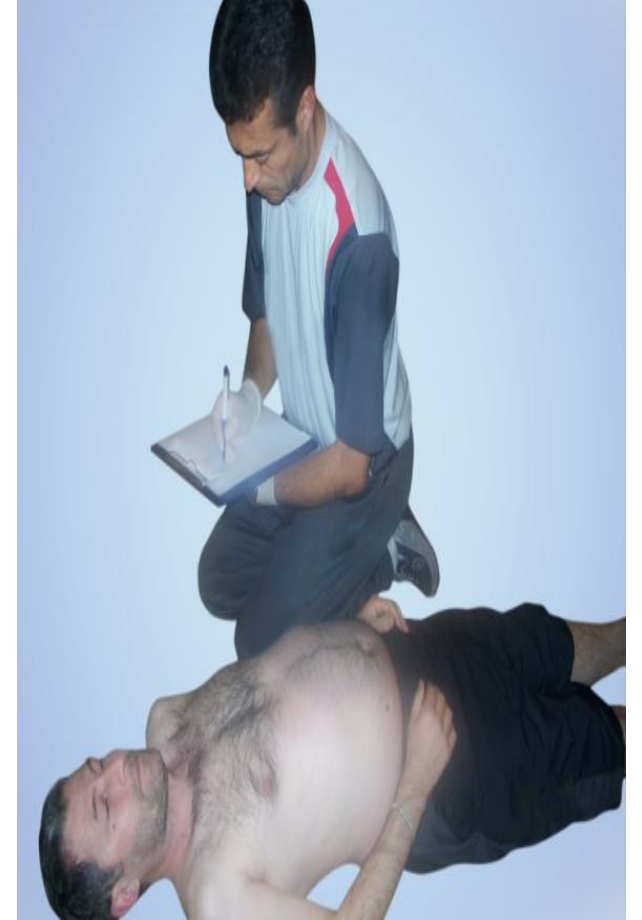
HASTA VEYA YARALININ ÖYKÜSÜNÜ ALMA

Birinci değerlendirmenin ardından hasta veya yaralının baştan aşağı yaralanmalarını, deformitelerini, (şekil bozukluğu) ağrılı ve hassasiyet noktalarını belirleyerek muayene etmeye **ikinci değerlendirme** denilir.

İkinci değerlendirmenin amacı:

Hasta veya yaralının birinci değerlendirmesinde yaşamsal tehlikesi bulunmayıp fakat m¼dahale edilmediği takdirde yaşam tehlikesi

oluşturabilecek tıbbi problemlerin belirlenmesidir.



İkinci Değerlendirmenin Aşamaları

Hasta veya yaralının ikinci değerlendirmesinde aşağıdaki uygulamalar yapılır.

- Hasta veya yaralı öyküsü alma
- ☐ Hasta veya yaralı ile görüşerek bilgi edinme
- ☐ Çevredekiler ile görüşerek bilgi edinme
- Vital bulguları alma
- ☐ Solunum
- ☐ Nabız
- ☐ Kan basıncı
- ☐ Vücut ısısı

İkinci Değerlendirmenin Aşamaları

- Baştan aşağı muayene
 - ☐ Baş, boyun ve yüz muayenesi
 - ☐ Göğüs muayenesi ve batin muayenesi
 - ☐ Alt, üst ekstremiteler ve kapiller doluluk muayenesi

Hasta veya Yaralı Öyküsü Alma

Hasta veya yaralı öyküsü alınırken bilinci açık ise kendisinden, değil ise yakınları veya çevredeki kişilerden konuşmaya dayalı olarak bilgiler toplanarak öykü alınır.

Hasta veya Yaralı Öyküsü Alma

Hasta veya Yaralı ile Görüşerek Bilgi Edinme

Hasta veya yaralının bilinci yerinde ise aşağıdaki şekilde uygulamalar yapılarak bilgiler elde edilir.

Hasta veya Yaralıya Yakın Oturulması

Hasta veya yaralının sizi net bir şekilde görebileceği ve duyabileceği mesafede durulmalıdır.

Kendinizin Hasta veya Yaralıya Tanıtılması

Adınız, ünvanınız ve hangi kurum görevlisi olduğunuz hasta veya yaralıya açıklanmalıdır. Hasta veya yaralıya güven verilerek endişeleri giderilmelidir.

Hasta veya Yaralı Öyküsü Alma

Hasta veya Yaralının Adının Öğrenilmesi

Hasta veya yaralının ismini öğrendikten sonra adıyla hitap edilerek kibar ve nazik davranılmalıdır; ayrıca vaka kayıt formunun doldurulmasında da isim gereklidir.

Hasta veya Yaralının Yaşının Öğrenilmesi

Yaşın öğrenilmesi hasta veya yaralıya kullanılacak olan tıbbi malzeme ve ilaçların seçiminde size kolaylık sağlayacaktır.

Olayın Nasıl Geliştiğinin Öğrenilmesi

Hasta veya yaralıya, temel şikâyetinin ne olduğu sorulur. Ayrıca; mide bulantısı, baş ağrısı gibi belirtiler hakkında bilgiler elde edilir. Birden fazla belirtiden söz ediyor ise en çok neden rahatsız olduğu sorularak öğrenilir.

Hasta veya yaralı bir kaza geçirmiş ise açık uçlu sorular sorularak olayın detayları hakkında geniş bilgiler elde edilir. Daha sonra özel sorulara geçilerek olay netleştirilmeye çalışılır.

Hasta veya Yaralının Kişisel Özgeçmişinin Alınması

Hasta veya yaralının kişisel özgeçmişine ait bilgiler edinilmesi tanı ve tıbbi müdahalede çok yardımcı olabilir. Ayrıca, hasta veya yaralının bilincinin kapanması durumunda da tıbbi müdahalede bulunan sağlık personeline yol gösterici olabilir.

SAMPLE

S-Signs and symptoms (Bulgular ve belirtiler): Hasta veya yaralının belirti ve bulgularının alınması gerekir.

A-Allergics (Alerjiler): Herhangi bir ilaca veya maddeye alerjisinin olup olmadığının öğrenilmesi önemlidir.

M-Medications (İlaç): Kullanmakta olduğu ilaçların öğrenilmesi gerekir.

P-Past history (Tıbbi geçmiş): Daha önce geçirmiş olduğu rahatsızlıkları, görmekte olduğu tedavi olup olmadığının sorulması gerekir.

SAMPLE

L-Last meal (Son yediği yemek): Hasta veya yaralıya, en son ne yediği ve saat kaçta yediği veya içtiği gibi soruların sorulup bilgi elde edilmesi gerekir. Çünkü hasta veya yaralıya cerrahi bir müdahale yapılması gerektiğinde, son yemek saatinin bilinmesi önemlidir.

E-Events leading to incident (Olaya götüren sonuçlar): Olayın, nasıl oluştuğu ve geliştiği hakkında bilgiler elde edilmesi gereklidir.

En fazla karşılaşılan şikâyetlerden birisi de ağrıdır. Hasta veya yaralıdaki ağrının niteliği ve şiddetini öğrenmek için aşağıda yer alan sorular sorulabilir.

PQRST

P-Provoked (Provoke eden nedenler): Ağrıya neyin neden olduğu, neyin hafiflettiği ve kötüleştirdiği sorulmalıdır.

Q-Quality (Kalitesi): Ağrının batıcı, künt, keskin ya da yaygın olup olmadığı sorularak ağrının niteliği öğrenilir.

R-Region (Bölgesi): Ağrının bir bölgeden diğer bir bölgeye geçişi olup olmadığı sorulur. Örnek: Göğüs bölgesindeki bir ağrının sol omuza doğru yayılarak devam etmesi gibi.

PQRST

S-Severity (Şiddeti): Ağrının az, orta veya çok şiddetli olup olmadığı sorularak öğrenilir. Örnek: Hasta veya yaralının ağrısı 5 rakamı ile değerlendirilecek olursa, ağrının numarası kaç olduğu sorularak şiddeti tespit edilebilir.

T-Time (Zaman): Hasta veya yaralıya ağrının hafifleme, şiddetlenme zamanları ve daha önce böyle ağrıların olup olmadığı sorulur.

Örnek: Ağrının batıcı şekilde beş dakika devam edip sonra durması ve ardından tekrar başlaması gibi. Elde edilen tüm bu bilgiler vaka kayıt formuna tam ve eksiksiz olarak süresinde yazılmalıdır.

Çevredekiler ile Görüşerek Bilgi Edinme

Çevredeki kişiler ile görüşme yaparken hasta veya yaralı ile akrabalık derecesi ve kim olduğu mutlaka öğrenilmelidir. Olayı görenleri belirleyerek aşağıdaki bilgiler elde edilmelidir.

❑ Hasta veya yaralının adının öğrenilmesi.

Örnek: Hasta veya yaralı çocuk ise ebeveynlerinden bilgi alınması.

❑ Olayın ne olduğunun öğrenilmesi.

Örnek: Düşerek kafasını yere çarptığının öğrenilmesi gibi.

Çevredekiler ile Görüşerek Bilgi Edinme

☐ Olay gelişmeden önce herhangi bir şikâyetinin olup olmadığının öğrenilmesi.

Örnek: Düşmeden önce yüzünü veya başını tutması ya da başının döndüğünü söylemesi gibi.

☐ Hasta veya yaralının olaydan önce rahatsızlığının olup olmadığı.

Örnek: Önceden epilepsi (sara) hastası olması gibi.

☐ Hasta veya yaralının herhangi bir ilaç kullanıp kullanmadığı öğrenilmeli.

Örnek: Epilepsi ilacı kullanması gibi.

Glaskow Koma Skalası

Cevap	İnfant	Çocuk ve yetişkin	Puan
Göz açma E:EYES	Spontan	Spontan	4
	Sesli uyarana	Sesli uyarana	3
	Ağrılı uyarana	Ağrılı uyarana	2
	Yok	Yok	1
Sözel cevap V:VERBAL	Anlamsız sözler	Oryante ve yeterli	5
	İrritabl, ağlıyor	Uygunsuz konuşma	4
	Ağrı ile ağlama	Yetersiz kelimeler	3
	Ağrı ile inleme	Anlamsız sözler	2
	Yok	Yok	1
Motor cevap M:MOTOR	Normal spontan hareket	İstekleri yapma	6
	Dokunma ile çekme	Dokunma ile çekme	5
	Ağrı ile çekme	Ağrı ile çekme	4
	Dekortike postür	Dekortike postür	3
	Deserebre postür	Deserebre postür	2
	Yok	Yok	1
Total Skor			3-15

Glasgow koma skalası (GKS) ve skor

Total skor /E+M+V	Derecelendirme
3-8	Anlamlı nörolojik hasar
9-12	Orta derecede nörolojik hasar
13-14	Hafif nörolojik hasar

HASTA VEYA YARALININ BAŞ, YÜZ VE BOYUN MUAYENESİ

Hasta veya yaralının, baştan aşağı muayenesine başlamadan önce belirli hususlara dikkat etmek gereklidir.

Baştan AŞağı Muayenede Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar
Kişisel koruyucu önlemleri alma

Hasta veya yaralıya baştan aşağı muayeneye başlamadan önce eldiven giymeli ve gerekiyorsa diğer koruyucu önlemler alınmalıdır. Örnek: Koruyucu gözlük, maske gibi.

Araç gereç bulundurma

Muayene işlemine başlamadan, tıbbi araç ve gereçler yanınızda hazır bulundurmalıdır.

Örnek: Stetoskop, tansiyon aleti, ışıklı kalem, vaka kayıt formu gibi.

HASTA VEYA YARALININ BAŞ, YÜZ VE BOYUN MUAYENESİ

Bilgi verme

Hasta veya yaralıya ne tür uygulamalar yapılacağı hakkında açık ve net olarak bilgi verilmelidir.

İzin alma

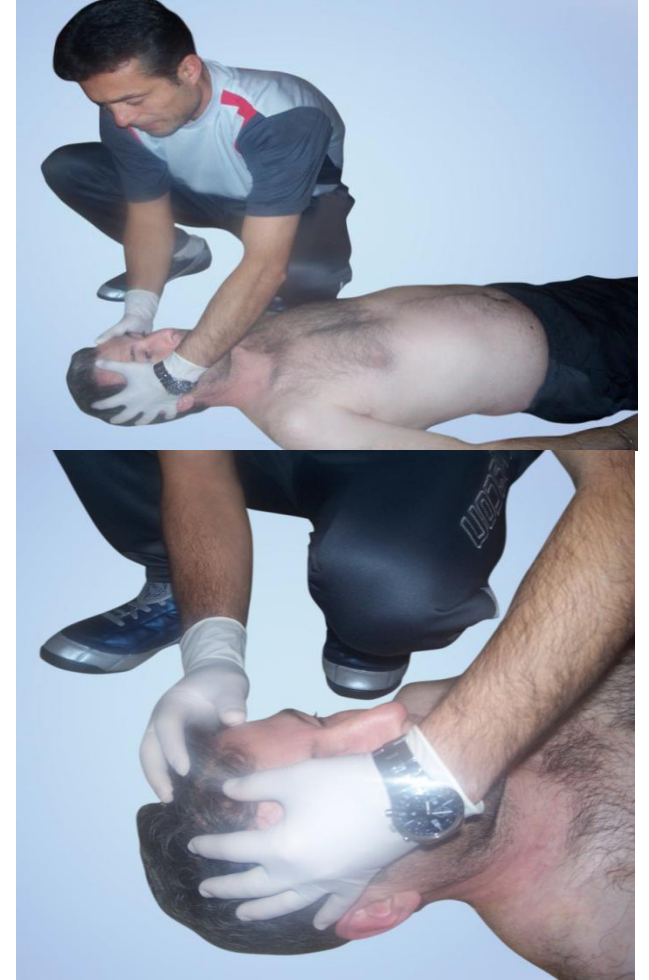
Hasta veya yaralının bilinci açık ise kendisinden; bilinci kapalı ise yakınlarından izin almak gereklidir. Hasta veya yaralı çocuk ise ebeveynlerinden izin alınmalıdır.

Travmalı kabul etme

Travmalı ya da travma şüphesi olan her hasta veya yaralının boyun vertebralarında deforme oluőtuđu kabul edilerek muayenesi yapılmalıdır.

Baş Muayenesi

Hasta veya yaralının baş kısmına diz çökmelidir. Travmalı ise ya da travma şüphesi var ise başı hareket ettirilmeden muayenesi yapılmalıdır. Baş muayenesinde, eller nazik şekilde saçlı derinin içinde gezdirilmelidir. Muayenede baş, gözle de kontrol edilmelidir. Başta yara ve çökme olan noktalar fazla bastırılmamalıdır. Baş muayenesi esnasında toz, yabancı cisim gibi maddelerle yaralar kirletilmemelidir.



Baş muayenesinde bakılacak olan bulgular

- ☐ Kanama
- ☐ Ağrı
- ☐ Hassasiyet
- ☐ Kesik, sıyrık
- ☐ Çökme
- ☐ Hematom (Kan toplanması ile oluşan şişlik)
- ☐ Deformasyon olup olmadığı

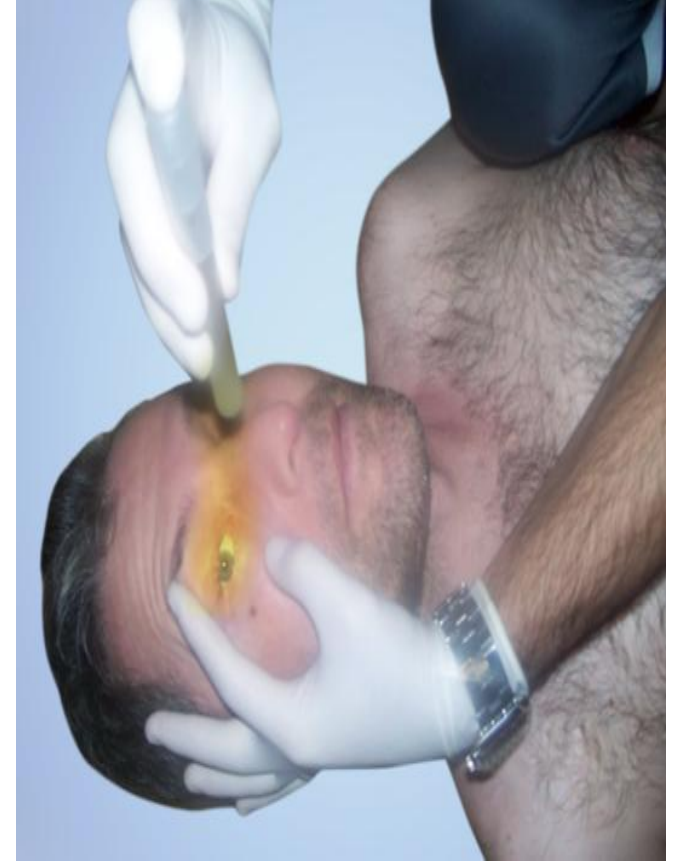
Yüz Muayenesi

Yüz muayenesinde eller; alın, yanak ve çene kemikleri üzerinde gezdirilerek kontrolleri yapılmalıdır. Kontrollerde kesik, sıyrık, ağrı, kanama, çökme, hematoma ve deformasyon yönünden bulgular değerlendirilmelidir. Bu arada cildin nemi, ısı ve rengi de kontrol edilmelidir.



Göz, Burun, Ağız ve Kulak Kontrolleri

Hasta veya yaralının bilinci yerinde ise gözlerini açması söylenmelidir. Bilinç kapalı ise göz kapakları yukarıya kaldırarak açılmalıdır. Gözün içinde yabancı bir cisim, kesik ve kanama olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ayrıca alt göz kapağı aşağıya doğru çekilerek de kontroller yapılmalıdır. Örnek: Kanaması olan hasta veya yaralıda göz alt kapağının soluk renkte olması.



Göz, Burun, Ağız ve Kulak Kontrolleri

Göze ışıklı kalem ile bakarak pupillalar arasında farklılık olup olmadığına bakılmalıdır. Pupillaların farklı olması, kafada bir travma oluştuğunu belirtebilir.

Burunda herhangi bir şekil bozukluğu olup olmadığı ya da kan ve sıvı (beyin omurilik sıvısı) gibi akıntıların gelip gelmediği kontrol edilmelidir.

Göz, Burun, Ağız ve Kulak Kontrolleri

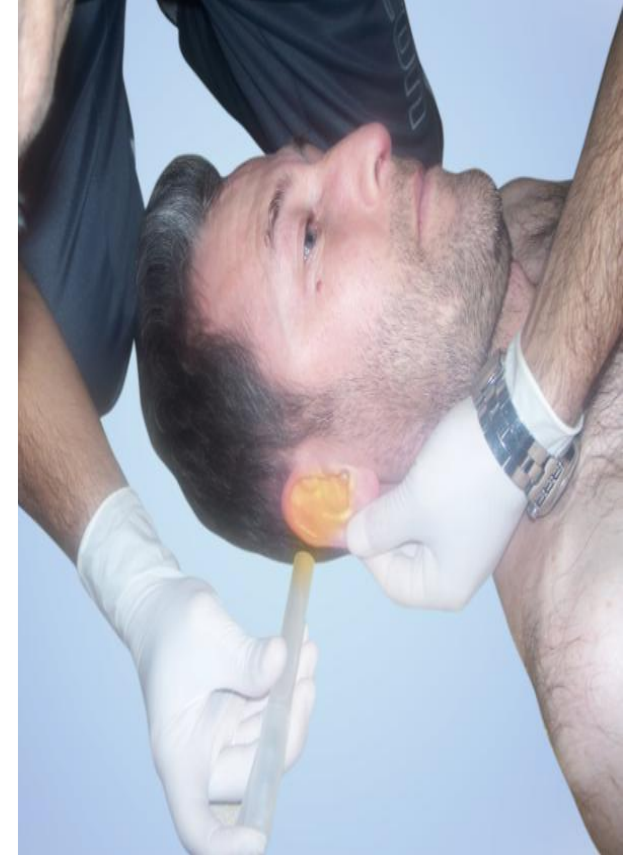
- Ağız içi kontrolünde baş oynatılmamalıdır. Ağız içine ışıklı kalem ile bakarak kesik ve deformite oluşup oluşmadığına bakılmalıdır. Kan, kusmuk, takma diş, kırık diş gibi yabancı cisim varlığı kontrolleri yapılmalıdır. Bu kontroller sırasında nefeste farklı bir koku olup olmadığına da bakılmalıdır.



Göz, Burun, Ağız ve Kulak Kontrolleri

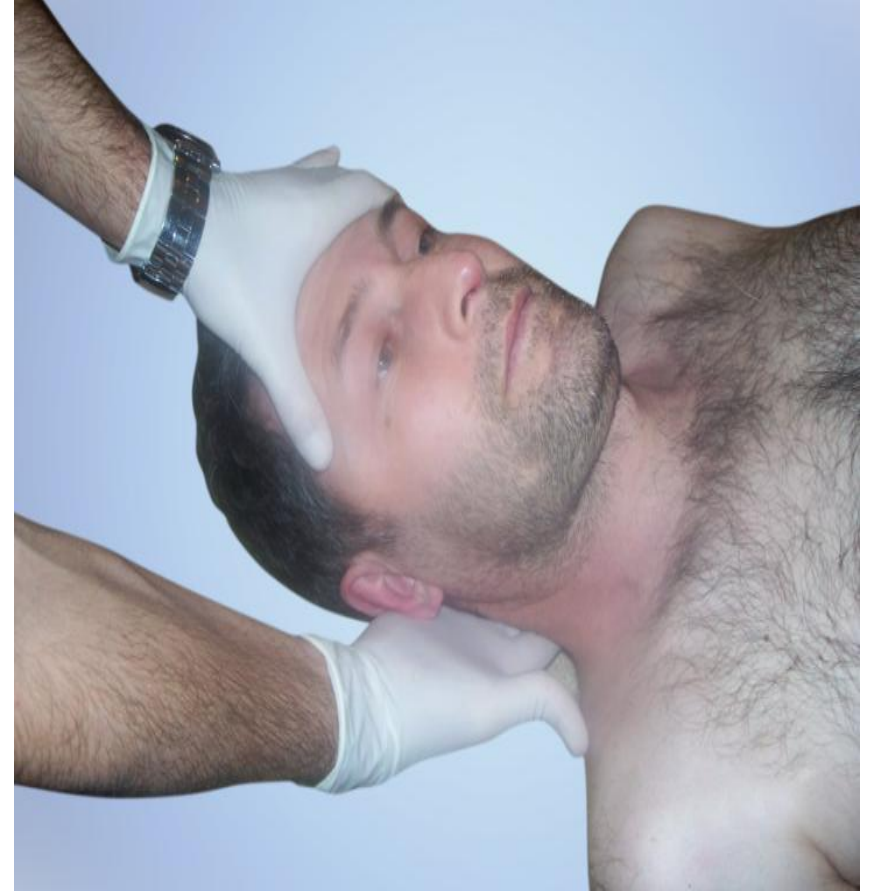
Kulağı öne doğru çekerek arka bölümünün (mastoid prosese) kontrolleri yapılmalıdır.

Ezik, şişlik, morluk ve sıyrıklar olup olmadığına bakılmalıdır. Ayrıca ışıklı kalem ile kulak içine bakılarak kan ve sıvı gibi akıntıların gelip gelmediği de kontrol edilmelidir. Bu kontroller sırasında hasta veya yaralının başını hareket ettirmemeye dikkat edilmelidir.



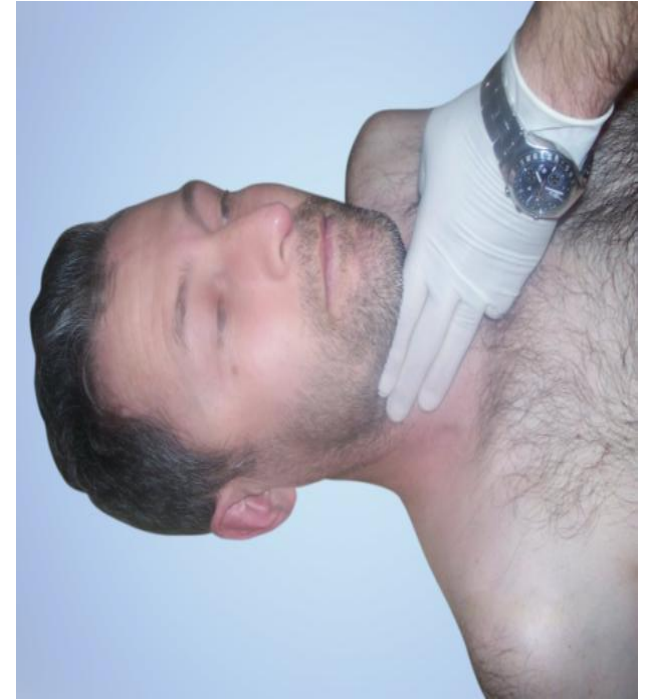
Boyun Muayenesi

Hasta veya yaralının travma şüphesi olduğu düşünülerek kontrol sırasında mümkün olduğunca az hareket ettirilmelidir. Boyun bölgesindeki en ufak bir ağrı boyun vertebralarındaki yaralanmayı düşündürmelidir.



Boyun Muayenesi

Boyun elle palpe edilerek venler, trekea şekil bozukluğu ve kanama yönünden bakılmalıdır. Hasta veya yaralının bilinci kapalı ise bir el, hasta veya yaralının alnına koyularak baş sabit tutulmalıdır. Diğer el ile boyun vertebraları nazikçe ve dikkatli bir şekilde kontrol edilmelidir. Kesik, deformasyon, şişlik ve kanama olup olmadığına bakılmalıdır. Bu arada hasta veya yaralının nabızı da alınmalıdır. Nabzın sayısı, ritmi ve şiddeti belirlenmelidir.



GÖĞÜS VE BATIN MUAYENESİ

Hasta veya yaralı ilk önce göğüs hareketleri yönünden gözlemlenmelidir. Bilinç kapalı veya travma şüphesi var ise kıyafetleri çıkartılmalıdır.

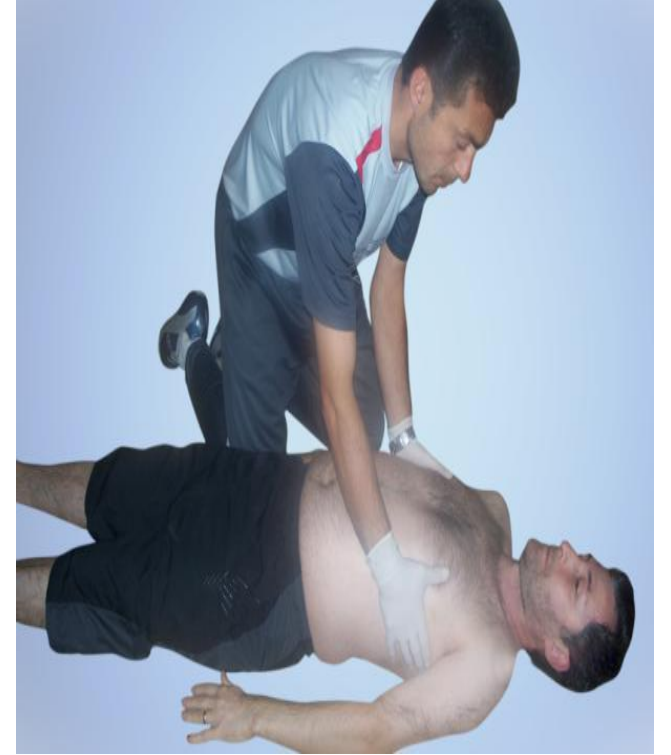


Göğüs Muayenesi

Hasta veya yaralının soluk alıp verme sırasındaki göğüs hareketleri takip edilmelidir.

Göğse herhangi bir yabancı cisim batıp batmadığına bakılmalıdır. Eğer yabancı cisim batmış ise sırt kontrolünde cismin ucu kontrol edilmelidir.

Köprücük kemiğinden başlayarak nazik bir şekilde tüm kaburga kemikleri ve sternum elle muayene edilmelidir. Ağrı, hassasiyet ve kırık olup olmadığına bakılmalıdır.

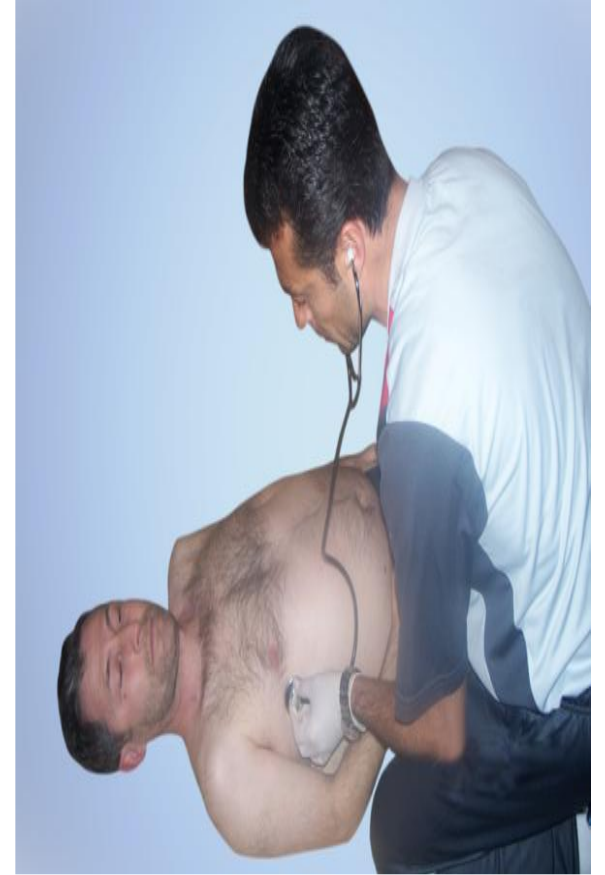


Göğüs Muayenesi

Göğüs; deformasyon, hematoma ve yaralanma yönünden değerlendirilmelidir.

Torasik vertebra, elle palpe edilerek deformite ağrı ve hassasiyet olup olmadığı bakılmalıdır.

Hasta veya yaralıda medulla spinalis yaralanması veya şüphesi var ise sırt incelemesinin yapılması için baş, boyun, gövde bütünlüğü bozulmamalıdır. Kanama, yaralanma ve yabancı cisim batması varlığı gözlemlenmelidir.



Göğüste yaralanma oluşmuş ise:

- ❑ Yaralı bölgeden hava girip çıkmasına,
- ❑ Göğüs duvarında çöküntüye,
- ❑ Derin soluk alma veya palpasyonla ağrı, olup olmadığına
- ❑ Solunum ile göğüs duvarında, sağ ve sol kısmın ayrı hareket edip etmediğine bakılmalıdır.

Göğüs Seslerinin Stetoskop ile Dinlenmesi

Göğüsteki hava giriş ve çıkışlarını değerlendirebilmek için stetoskop kullanılmalıdır.

Stetoskop ile göğsün üst ve alt bölümleri dinlenmelidir. Sırtın dinlenilmesinde ise sıklıkla hasta veya yaralı oturtulmalıdır ya da ayakta olmalıdır. Ancak hasta veya yaralının oturtulması ya da ayağa kaldırılmasında bir sakınca oluşmaması gerekmektedir.

Bu dinleme işlemi, göğsün her iki bölümünde de yapılarak sesler karşılaştırılmalıdır.

Örnek: Sürtünme, hırıltı sesleri gibi.

Tüm bu göğüs muayenesi sırasında hasta veya yaralının solunum sayısı, ritmi ve derinliği de bakılıp değerlendirilmelidir.

Batın Muayenesi

Hasta veya yaralının batın bölgesinde bir yaralanma ya da yabancı bir cisim batması oluşup oluşmadığı gözlemlenmelidir.

Hasta veya yaralının batın muayenesinde, bir elimizi diğer elimiz destekleyecek şekilde pozisyon verilmelidir. Batında hassasiyet olup olmadığına bakılmalıdır.

Tüm batın bölgesi bu şekilde palpe edilmelidir. Palpasyon sırasında bastırılan noktada ağrı olup olmadığı sorulmalıdır.

Batın muayenesinin ardından eller yanlardan kaydırılarak lomber vertebra elle palpe edilerek ağrı hassasiyet ve deformite yönünden incelenmelidir.



Batın muayenesinde bakılacak bulgular:

- ❑ Yabancı cisim batması
- ❑ Açık yara
- ❑ Sertlik
- ❑ Gerginlik
- ❑ Hematom
- ❑ Ağrı
- ❑ Duyarlılık
- ❑ Hassasiyet
- ❑ Deformasyon

ÜST, ALT EKSTREMİTE VE KAPİLLER GERİ DOLUM MUAYENESİ

Ekstremitelerin kontrolleri gözlem ve palpasyon ile yapılmalıdır.



ÜST, ALT EKSTREMİTE VE KAPİLLER GERİ DOLUM MUAYENESİ

- Pelvis üzerine iki yandan eller ile bastırarak hassasiyet, kırık ve deformasyon varlığı bakılmalıdır.
- Crista iliacalear üzerine elimiz ile hafif şekilde bastırarak deformasyon veya hassasiyet oluşup oluşmadığı kontrol edilmelidir.



Üst Ekstremitte Muayenesi

Hasta veya yaralının üst ekstremitte muayenesinde, klavikula kemiklerinden, el parmak uçlarına kadar olan bölüm, sırası ile incelenmelidir.

Klavikula kemiği ve kol palpe edilerek kırık, kanama, şişlik deformite ve yaralanma olup olmadığı incelenmelidir. Bu kontroller sırasında hasta veya yaralıya, palpe ettiğimiz noktalarda, ağrısının olup olmadığı sorulmalıdır. Ekstremiteler, elle nazikçe sıkıştırılarak hassasiyet noktalarındaki gizli kırıklar ortaya çıkarılmalıdır.



Üst Ekstremitate Muayenesi

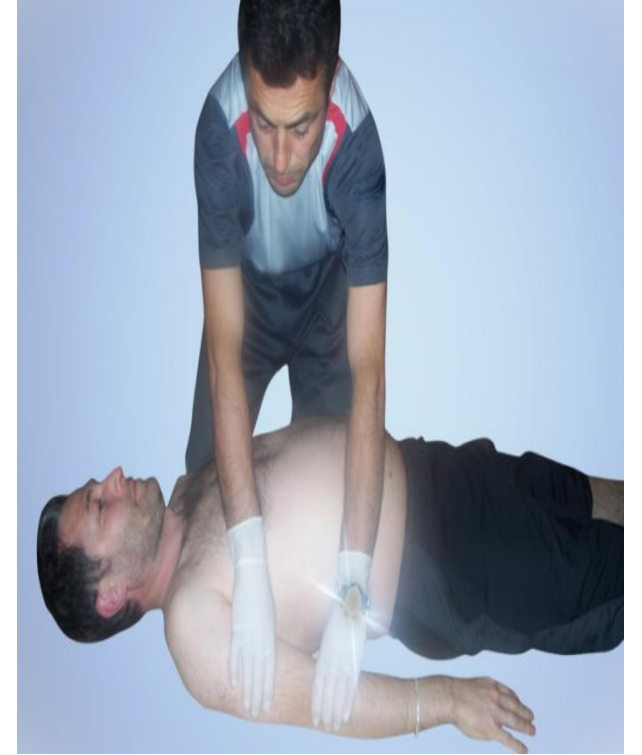
Hasta veya yaralının üzerinde işaret bileziği veya kolyesi olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bu işaret kolye ve bileziği hasta veya yaralının alerjisi, hastalıkları hakkında bilgi vermesi bakımından önemlidir. Örnek: Şeker hastalığı, kan hastalığı varlığı.

Nabız kontrolü yetişkinlerde radial arterden; bebeklerde ise brakial arterden yapılmalıdır.



Üst Ekstremitte Muayenesi

Kolda yaralanma ve kırık yok ise parmaklar tutularak dokunduğunuz parmağın hangisi olduğu sorulmalıdır. Hasta veya yaralının parmaklarını oynatması, elini yumruk yapıp açması ve elini sallaması söylenmeli ve ellerimizi tutması istenerek his kaybı ve güçsüzlük olup olmadığı kontrol edilmelidir. Bilinç kapalı ise hasta veya yaralının ön kol bölümü elle sıkıştırılarak ağrılı uyarana cevabı ölçülmelidir. Çünkü hasta veya yaralı refleks olarak kolunu çeker.



Üst Ekstremitte Muayenesi

Bu işlemler, diğer kola da uygulanarak karşılaştırılması yapılmalıdır.

Hasta veya yaralının kan basıncı ölçülmelidir.

Tansiyon aletinin manşonunun bağlanacağı kolda, yaralanmanın olmamasına dikkat edilmelidir.



Alt Ekstremitte Muayenesi

Hasta veya yaralının alt ekstremitte muayenesinde, femurdan ayağa kadar olan bölüm sırası ile incelenmelidir.

İlk olarak ayakların duruş şeklinde anormal bir durum (iç kısma ya da dış kısma dönük) olup olmadığı gözlemlenmelidir. Eğer ayakların duruş şeklinde bir bozukluk var ise düzeltilmeye çalışılmamalıdır. Gerekirse hasta veya yaralının kıyafetleri çıkartılarak bulgular değerlendirilmelidir.



Alt Ekstremitte Muayenesi

Alt ekstremitte muayenesinde, femur ve bacak yukarıdan aşağıya doğru palpe edilerek deformite, kırık ve kanama gibi bulguları araştırılmalıdır. Bu esnada hasta veya yaralıya ağrısının olup olmadığı da sorulmalıdır. Femur, bacak ve ayakta yabancı cisim batması veya yaralanma olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Alt Ekstremitte Muayenesi

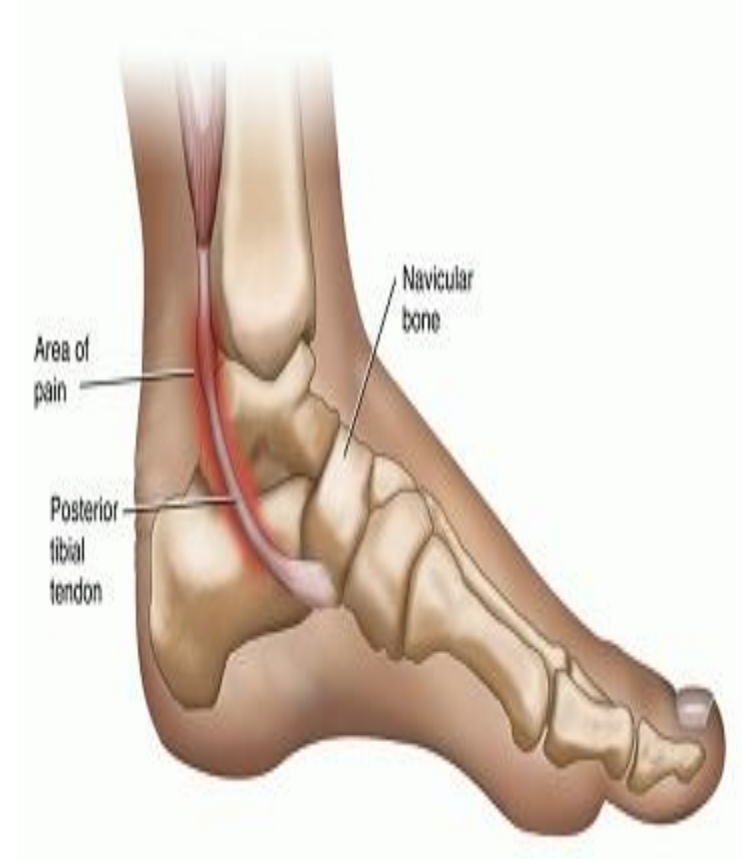
- Bacanın ön kısmına başparmak ile bastırılarak pretibial ödem (tibianın ön kısmında şişme) olup olmadığına bakılmalıdır. Bacakta fazla ödem var ise bastırduğumuz parmağın çukur şekilde izi kalır.
- Ayağın üst bölümünde bulunan dorsalis pedis üzerine üç parmağımız yerleştirilerek nabız bakılmalıdır.



Alt Ekstremitte Muayenesi

- Ayağın iç yan kısmında bulunan posterior tibialis üzerine üç parmağımız yerleştirilerek nabız bakılmalıdır.
- Hasta veya yaralının bilinci açık ise ayağını elimize doğru bastırması istenmelidir.

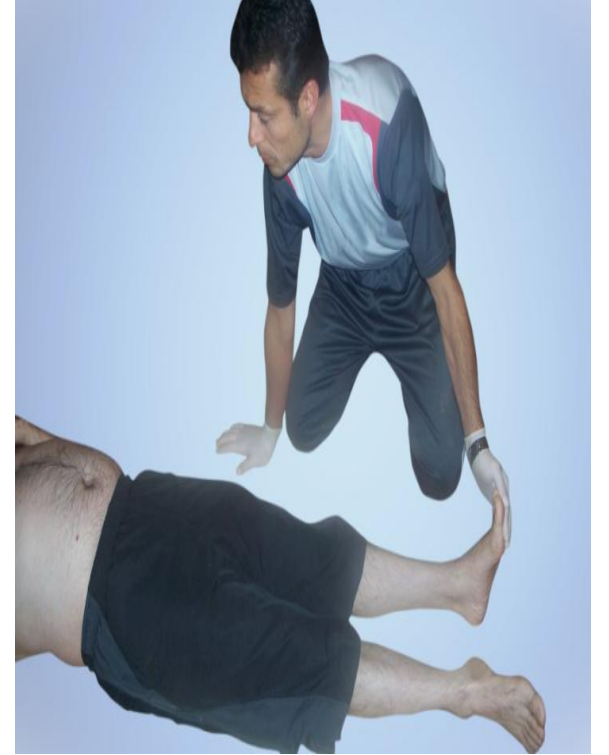
Böylelikle kuvvet ve his kaybının olup olmadığına bakılmalıdır. Aynı zamanda ayak deri rengi de gözlemlenmelidir.



Alt Ekstremitte Muayenesi

Eğer hasta veya yaralının bilinci kapalı ise ayak bilek kısmından kavranarak yara olmayan bir kısım parmaklarımız ile sıkıştırılmalıdır. Bilinç kapalı olsa bile his kaybı yok ise refleks olarak ayağını çeker. Böylelikle his kaybının olup olmadığı tespit edilir.

Yapılan işlemlerin tümü diğer bacağı da uygulanmalıdır. İki bacakta da elde ettiğimiz bulgular, hareket, his kaybı ve renk değişikliği gibi durumlar karşılaştırılmalıdır.



Alt Ekstremitte Muayenesinde Bakılacak Olan Bulgular

Alt ekstremitte muayenesinde aşağıda yer alan bulgulara bakılmalıdır.

- ☐ Kesik
- ☐ Ezik
- ☐ Ödem
- ☐ Ağrı
- ☐ Hassasiyet
- ☐ Deformite
- ☐ Kanama
- ☐ Kırık
- ☐ Renk değişikliği
- ☐ Hareket ve duyu gücü kaybı

Kapiller Geri Dolum Muayenesi

Hasta veya yaralının kapiller geri dolum muayenesi dolaşımın değerlendirilmesi amacı ile yapılmalıdır.

Elimiz ile hasta veya yaralının el tırnağının üzerine bastırarak renk kaybı oluşturulmalıdır. Yani bastırılan noktada kan azaldıkça renk beyazlamalıdır. Rengin geri dönüşümü **iki saniye** içerisinde olmalıdır. Bu süre iki saniyeyi geçerse kapiller geri dolumun geciktiği anlaşılır.



Kapiller Geri Dolu Muayenesi

Aynı işlem ayak başparmağı için yapılmalıdır. Ayrıca kapiller geri dolu muayenesi avuç içini sıkıştırıp bırakarak da yapılabilir.

Yapılan bu işlemler, diğer el ve ayak parmaklarındaki tırnaklar üzerine de uygulanabilir.

Hasta veya yaralıya yapılan tüm tıbbi müdahale ve elde edilen bulgular, vaka kayıt formuna süresinde yazılmalıdır.

