



ESKİŞEHİR OSMANGAZI ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ

İNTÖRNLÜK PROGRAMI
MESLEKİ UYGULAMA
DOĞUM –TRAVAY İZLEM DEFTERİ





Öğrencinin Adı-Soyadı :

Öğrenci No :

Öğrenci İmza :

Danışmanın Adı-Soyadı :

Danışmanın İmzası :

EBELİK BÖLÜMÜ İNTÖRNLÜK PROGRAMI BAŞARI KRİTERLERİ

Kriterler	Teslim Edilmesi Gereken Form Sayısı	1. kontrol (güz dönemi sonu)	2. kontrol (bahar dönemi sonu)
Normal vajinal doğum	40		
Travay İzlemi	100		



İÇİNDEKİLER

A. KLİNİK ÇALIŞMA İLKELERİ

B.KLİNİKTE KULLANILACAK FORMLAR

1. Travay Takip Formu
2. Partograf
3. Normal Doğum Kayıt Formu

C.UYGULAMA REHBERLERİ

1. Partograf Kullanım Klavuzu
2. Abdominal Muayene (Leopold Manevraları) Yapma
3. Vajinal Tuşe Yapma
4. Elektronik Fetal Monitörizasyonu (EFM) Uygulama
5. Perine Bakımı Uygulama
6. Plasenta Çıkartma
7. Vajinal Doğumssonrası Fundus Masajı Uygulama
8. Yenidoğanın İlk Değerlendirilmesi Ve Doğumhanedeki Bakımı
9. İndüksiyon Uygulama
10. Epizyotomi Açma Ve Onarma
11. Epizyotomi Ve Kanama Kontrolü
12. Amniyotomi Uygulama
13. Engorjmanı Olan Lohusaya Bakım Verme
14. Emzirmeyi Başlatma Eğitimi
15. Emzirme Tekniği Eğitimi
16. Süt Retansiyonu Olan Lohusaya Bakım Verme
17. Lohusaya Taburculuk Eğitimi Verme
18. Jinekoloji Operasyonları Öncesi Bakım
19. Mesane Kateteri Uygulama
20. Jinekoloji Operasyonları Sonrası Bakım
21. Foley Kateter Çıkarma
22. Kalıcı Mesane Kateter Bakımı Uygulama
23. Jinekolojik Operasyonlarda Taburculuk Eğitimi
24. Kegel Egzersizlerini (Pelvik Taban Kas Egzersizleri) Öğretme
25. Antenatal Değerlendirme Becerisi
26. Prenatal Tanı Uygulamaları
27. Fenilketonüri İçin Kapiller Kan Alma
28. Biyofiziksel Profil Skorlaması



A. KLİNİK ÇALIŞMA İLKELERİ

- I. Uygulamada fakülte tarafından belirlenen renk ve düzende üniforma giyilmesi ve kimlik kartı takılması zorunludur.
- II. Uygulama Eskişehir Şehir Hastanesi Kadın Doğum Klinikleri'nde 08:00-16:00, 16:00-08:00 saatleri arasında yürütülecektir.
- III. Uygulamalara **en fazla 15 dakika geç gelinebilir**. Saat 09:00'a kadar geç gelen öğrenciler staja alınır ancak geç kaldıkları süre kadar telafi staj yapmak zorundadırlar. Saat 09:00'dan sonra gelen öğrenciler uygulamaya alınabilecek **ancak devamsız sayılacaklardır**.
- IV. Öğrencilerden;
 - Klinik çalışmalarda mesleki etik ilkelere bağlı kalmaları,
 - Kliniğe ilk geldiklerinde servisin fizik ortamını, yapılan uygulamaları ve ortamı tanımaya çalışmaları,
 - En az bir hastanın bakımının sorumluluğunu almaları,
 - Düzenli veri toplamaları, hastalara yönelik formları doldurarak ebelik bakım planı yapmaları;
 - **İntörnlük 1 ve 2 programı boyunca her öğrenci tablo-1'de belirtilen kriterleri sağlamak zorundadır.**

Tablo:1 İntörnlük Programı Tamamlama Kriterleri

Kriterler	Teslim Edilmesi Gereken Form Sayısı
Normal vajinal doğum* &	40
Travay İzlemi**&	100
Emzirme Eğitimi**	50
Lohusa İzlemi**	100
Yenidoğan İzlemi**	20
Normal gebe izlemi**	100
Riskli gebe izlemi**	40

*Doğumhanede çalışırken bu defterde yer alan doğum takip formu, normal doğum kayıt formu, travay izlem formu ve partograf mutlaka kullanılacaktır.

& Normal doğum kayıt formu düzenleyebilmek için gebenin travay izleminin yapılması şart değildir. Ancak travay izlemi yapılan gebenin doğumuna katılım olmuşsa ayrıca normal doğum kayıt formu düzenlenebilir.

- **Öğrenciler intörnlük programı başarı kriterlerine ait dosyayı her dönemin son staj gününden sonra dersin sorumlu öğretim elemanlarına teslim etmek zorundadırlar.**
- Bireylerin bakım gereksinimlerini belirleyerek, bakım girişimlerini düzenli olarak uygulamaları,
- Sorumluluğu altındaki hastalar ile ilgili değişme ve gelişmelerden öğretim elemanı, klinik ebe/hemşire ve/veya doktorlarını haberdar etmeleri,
- Uygulamalarda ekip işbirliği içinde çalışmaları, sabah ve akşam hastalarının teslimlerine ve vizitelerine katılmaları,
- Birey ve aileyi mümkün olduğunca bakıma katabilmeleri,
- Hastanın taburculuk sonrası bakımı ve durumuna uyumu için yapılabilecek girişimleri planlamaları ve hastaları taburculuğa hazırlamaları **beklenmektedir.**

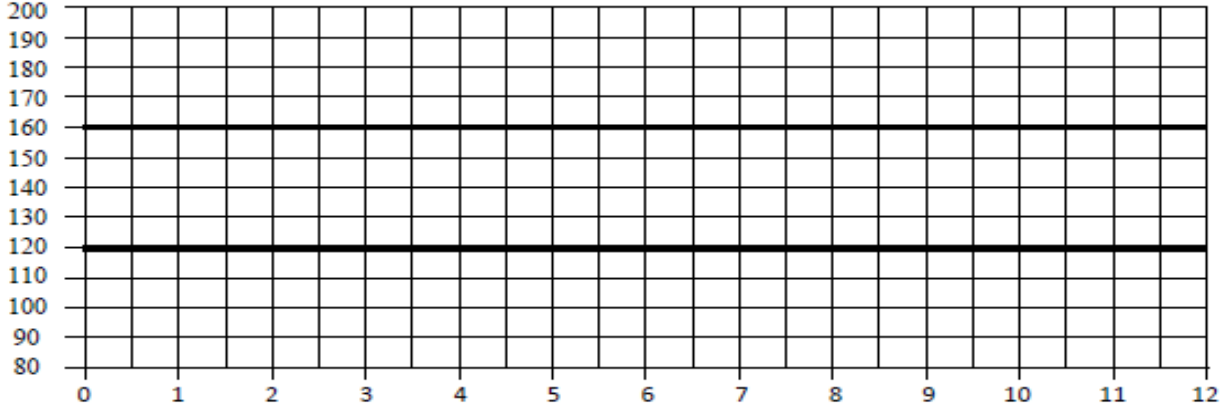


PARTOGRAF FORMU

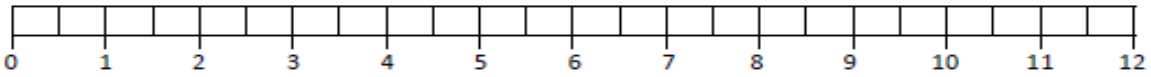
PARTOGRAF

Hasta Adı Soyadı:	Gravida:	Parite:	Protokol No:
Yatış Tarihi:	Başvuru Saati:	Membran Ruptürü:saat	

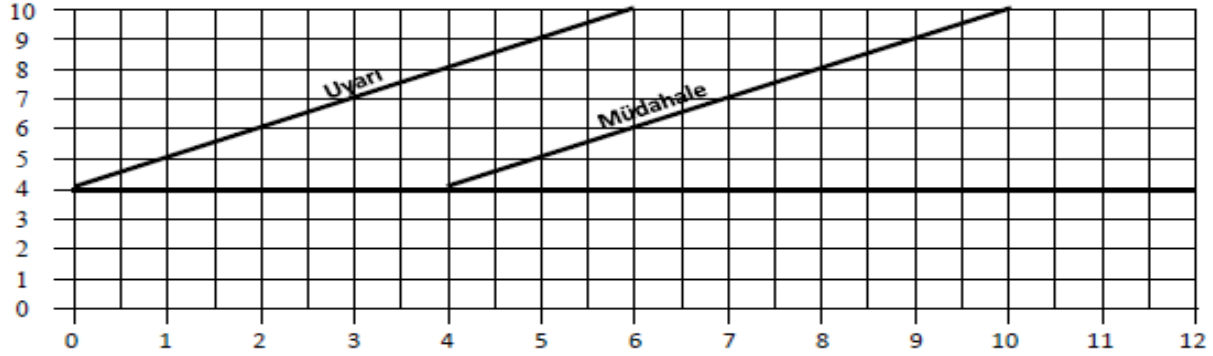
Fetal Kalp Atım Hızı



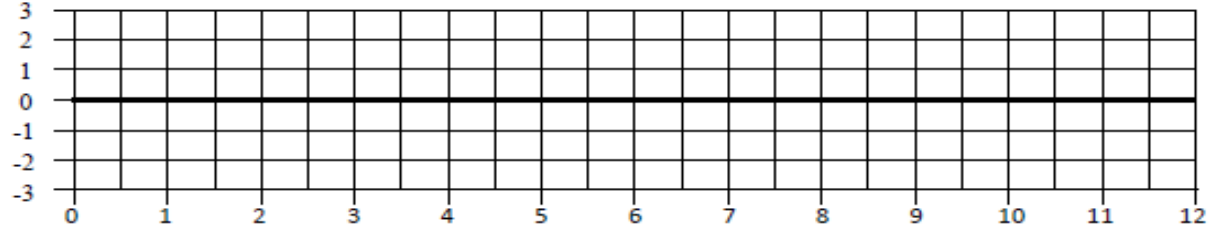
Amniyon Sıvısı



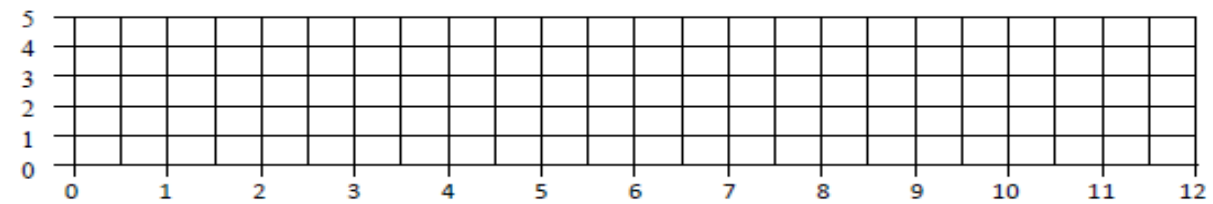
Serviks Açıklığı



Baş Seviyesi



Kontraksiyon Süresi



İzlem Yapanın Adı Soyadı:
İzlemi Devir Alanın Adı Soyadı:

Başlama Saati:
Başlama Saati:



NORMAL DOĞUM KAYIT FORMU-1

ANNENİN;	G:	P:	A:	L:
Protokol No:	VİTAL BULGULAR			HASTANEYE GELİŞ
Adı-Soyadı:Adresi:	Tansiyon			Tarihi:
Telefon:	Nabız			Saati:
Adresi:	Solunum			
	Vücut Isısı			
	Fetal Kalp Sesleri			
DOĞUM ÖNCESİ DEĞERLENDİRME				
Pelvisin Durumu	Uygun	Dar	Şüpheli	
Dış Genital Organlar	Normal	Varis	Ödem	
Konrtaksiyonların Başlama Saati				
Bebeğin Gelen Kısmı				
Amniyon Kesesi (Poş)	Var	Spontan Açıldı	Amniyotomi	
DİLATASYON				
EFESMAN				
İNDÜKSİYON				
Diğer uygulamalar				

EKSPULSİYON EVRESİ				
Doğum Tarihi		Yenidoğanın		
Doğum Saati		Cinsiyeti	Kız	Erkek
Başlama		Kilosu		
Bitiş		Boy		
Doğum Şekli		Baş Çevresi		
NVD				
C/S		APGAR Puanı	1. Dak.	5.Dak.
Fundal Basınç		Kalp hızı		
Vakum		Solunum		
Epizyotomi		Kas tonüsü		
Perineal Yırtık		Onarıldı	Refleks	
Servikal Yırtık		Onarıldı	Deri rengi	



NORMAL DOĞUM KAYIT FORMU-2

PLASENTAL/HALAS EVRESİ						
Plasentanın Ayrılma Süresi						
10 Dak.altı	11-20 Dak	21-30 Dak	30 Dak üzeri			
Plasentanın Ayrılma Belirtilerinin Kontrolü						
Plasentanın Doğurtulmasına Yardım						
Plasentanın Zar ve Kotiledon Kontrolü						
KANAMA KONTROL EVRESİ						
Saat	Tansiyon	Nabız	Vücut Isısı	Ped Kontrolü	Vulva Kontrolü	Uterus Kontrolü

Doğum Tarih Ve Saati:	
Öğrencinin Doğuma Yardımı ;	
Başın Doğurtulması	
Gövdenin Doğurtulması	
Plesanta Çıkarma	
Epizyotomi Tamiri	
Yenidoğan Bakımı	

ÖĞRENCİ EBE *
(ADI-SOYADI/ İMZA)

ONAYLAYAN HEKİM*
(ADI-SOYADI/ İMZA)

ONAYLAYAN EBE*
(ADI-SOYADI/ İMZA)

ONAYLAYAN ÖĞRETİM ELEMANI*
(ADI-SOYADI/ İMZA)

***ÖĞRENCİ HARİCİ EN AZ BİR ONAY İMZASI GEREKMEKTEDİR.**

C. ESOĞÜ ESKİŞEHİR SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ EBELİK BÖLÜMÜ BECERİLERİ UYGULAMA REHBERLERİ

PARTOGRAF KULLANMA KILAVUZU

Gebenin Kişisel Bilgileri

Gebenin adı-soyadı, gebelik sayısı, doğum sayısı, protokol numarası, başvuru tarihi ve zamanı, başvurmadan önce açıldıysa amniyotik zarların açılma (membran rüptürü) zamanı ve öğrenilebiliyorsa rengi gibi gebeliğe ilişkin bilgiler tablonun üstüne kaydedilir.

1-Fetüsün Sağlık Durumunun Değerlendirilmesi

Fetal Kalp Atım Hızı

- Partografin en üst bölümüne işaretlenir.
- Sol yan kısımda yukarıya, 80'den 200 sayısına doğru olan kareler fetal kalp atım hızını; alttaki 0'dan 12'ye kadar sayılara ait her bir kare de 30 dakikalık süreyi gösterir.
- Yarım saatte bir kaydedilir.
- Kontraksiyon sırasında fetal kalp atım hızı biraz yavaşlayabilir. Bu nedenle kalp sesleri kontraksiyonlar bittikten hemen sonra, kadın lateral pozisyonda iken bir dakika süre ile dinlenip sayılır ve işaretlenir. 120-160 arası değerler normaldir.
- Dakikada 120'den az, 160'tan fazla vurum saptanmış ve üç gözlem boyunca bu normalden sapma durumu söz konusu ise duruma uygun önlemlerin alınması gereklidir.

Amniyon Sıvısı ve Zarının Durumu

- Her vajinal muayeneden sonra zarların durumu, amniyon kesesinin açılmış olup olmadığı ve eğer açılmışsa, vajinaya akan sıvının rengi gözlenmeli ve partografin fetal kalp atışı kayıtlarının altındaki bölümüne kaydedilmelidir.
- Eğer zarlar sağlam, sağlam olduğunu gösteren "S" harfi,
- Eğer zarlar açılmışsa ve amniyon sıvısı berrak akıyorsa, temiz olduğunu gösteren "B" harfi,
- Eğer zarlar açılmışsa ve sıvı mekonyum lekeli ise, mekonyum olduğunu gösteren "M" harfi,
- Eğer zarlar açılmışsa ve sıvı yoksa, sıvının olmadığını gösteren "Y" harfi kaydedilmelidir.

Eğer koyu mekonyum sıvısı veya sıvı akışının olmadığı gözlenmişse, fetal kalp atışı daha sık kaydedilmelidir; çünkü bu fetal distres işareti olabilir.

2-Doğum Eylemindeki İlerlemenin Değerlendirilmesi

Servikal Açılma

Doğum eyleminde, eylem aktif faza girdikten sonra yani serviksin en az 4 cm açıldığını saptadıktan sonra, partograf kaydı başlatılabilir.

- Partograf servikal açıklığın gösterildiği sol yan kısımda yukarıya, 0'dan 10 rakamına doğru her bir kare 1 cm'lik servikal dilatasyonu; alttaki 0'dan 12'ye kadar sayılara ait her bir kare de 30 dakikalık süreyi gösterir.
- Hastanın kabulünde ilk vajinal muayene ile saptanan açıklık "X" işareti ile grafiğin bu bölümüne saat belirtilerek işaretlenir.

- İlk muayenede saptanan servikal açıklığı grafiğe aktardıktan sonra, servikal açıklık ve bunların saptandığı muayenelerin zamanları grafik üzerine kaydedilmelidir.
- Soldaki 4 sayısından başlayarak yukarı eğilimli olarak çizilen çizgi "Uyarı Çizgisi" dir. Uyarı çizgisinin dört saat sağında bulunan çizgi ise "Aktivite (Müdahale) Çizgisi" dir. Servikal açıklık işaretinin uyarı çizgisine ulaşması, doğum eyleminin ilerlemesi hakkında uyarıcı bir durumun olduğunu; aktivite çizgisine ulaşması da, doğum eyleminde yavaş ilerlemenin nedeni ve uygulanacak uygun müdahale konusunda bir karar verilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. **Bu durumda gebe, acil obstetrik durumlara müdahale edilebilecek bir merkeze sevk edilmelidir.**

Fetüs Başının Yerleşmesi

Doğum eylemi ilerledikçe, fetal başın aşağı inişi servikal açılmaya eşlik eder. Fetal başın seviyesi ülkemizde yaygın olarak vajinal muayene sonucuna göre değerlendirilmektedir. Fetal başın gelişi "O" sembolü kullanılarak grafiğe aktarılır.

Vajinal muayene ile fetal başın değerlendirilmesi: Doğum kanalında fetal prezente kısmın seviyesi pelvik girim ve çıkım arasında orta yolda yer alan spina ischiadicalarla ilişkiye göre tanımlanır. İschial spinalara olan uzaklığına göre partograf -3/+3 arasında değer verilir.

- Fetal prezente kısmın en alt kısmı spina ischiadicalar hizasındaysa 0 seviyesindedir.
- Fetal prezente kısım girişten spina ischiadicalara doğru ilerlerken -3,-2,-1,0 seviyeleri olarak tanımlanır.
- Spina ischiadicaların altında prezente olan fetal kısım +1,+2,+3 seviyelerini doğumu gerçekleştirmek için geçer. +3 seviyesi introitusta görülebilen fetal başa tekabül eder.
- Eğer fetal başın önde gelen kısmı 0 seviyesi veya aşağısında ise sıklıkla başın angajmanı olmuştur. Yani fetal başın biparietal çapı pelvik girimi geçmiştir.
- Eğer kafa kemikleri birbiri üzerine binmiş ya da aşırı bir doğum tümseği oluşmuş ise, veya her ikisi birlikte ise baş 0 seviyesinde olmasına rağmen angajman olmamış olabilir.



Resim 1. Başın İnişinin Vajinal Muayene İle Değerlendirilmesi




Başın seviyesi ülkemizde yaygın olarak vajinal muayene sonucuna göre değerlendirilmektedir.

Uterus Kontraksiyonları

Doğum ilerledikçe, uterus kontraksiyonları daha sık görülmeye, daha şiddetli olmaya ve daha uzun sürmeye başlar. Doğumun aktif aşamasında kasılmalar 10 dakika temelinde her yarım saatte bir sıklık ve süre bakımından gözlenmeli ve partografa kaydedilmelidir. **Sıklık**, kadının 10 dakikalık süre içinde hissettiği kasılma sayısı ile değerlendirilir.

Süre, kasılmanın ilk hissedildiği zamandan bitiş zamanına kadar geçen zaman aralığının saniye cinsinden ifade edilmesi ile değerlendirilir.

- Kasılmalar, partograf üzerinde 10 dakika başına kasılma şeklinde grafiğe kaydedilir.
- Partografda uterus kontraksiyonlarının gösterildiği sol yan kısımda yukarıya, 0'dan 5 rakamına doğru olan her bir kare bir kasılmayı; alttaki 0'dan 12'ye kadar sayılara ait her bir kare de 30 dakikalık bir dönemi temsil eder.
- 20 saniyeden daha az süren bir kasılma, bir karenin noktalarla taranması ile kaydedilir.
- 20 ile 40 saniye arasında süren bir kasılma, bir karenin köşegen çizgilerle taranması kaydedilir.
- 40 saniyeden daha fazla süren bir kasılma bir karenin blok halinde taranması ile kaydedilir.

Kontraksiyonun Süresi	Kontraksiyonun İşaretlenme Şekli
• 20 saniyeden az	
• 20-40 saniye	
• 40 saniyeden fazla	

Tablo 1. Kontraksiyonların Süresine Göre Değerlendirilmesi

İzlemi Yapan İle İlgili Bilgiler

Partografin en alt kısmında yer alır. "İzlemi yapanın adı soyadı" doğum eylemini takip eden doktor, ebe/hemşirenin adı soyadı ve izleme başlama saati yazılır. İzlemi gerçekleştiren personelin değişimi durumunda, "İzlemi devir alanın adı soyadı" kısmına devir alan kişinin adı soyadı ve devir alanın izleme başladığı saat yazılmalıdır.

ABDOMİNAL MUAYENE (LEOPOLD MANEVRALARI) YAPMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Gebeye yapılacak işlem hakkında bilgi verme
2. Gebenin mahremiyetini sağlama
3. Mesanenin boş olmasını sağlama
4. Gebeyi sırtüstü yatırarak bacaklarını hafif bükmesine ve karın bölgesini açmasına yardım etme

I. MANEVRA

1. Ayakta yüz gebeye dönük olacak şekilde durma
2. Parmakları abdomenin üst kısımlarına parmak uçları birbirine yakın gelecek şekilde yerleştirme
3. Parmak uçlarını ile fetüsü palpe etme
4. Fundusla simfisis pubis arasını ölçme
5. Gebelik ayını tayin etme

II. MANEVRA

1. Ayakta yüz geriye dönük olacak şekilde durma
2. Elleri abdomenin iki yanına yerleştirme
3. Avuç içi ile fetüsün sırtını ve ekstremitelerini belirleme
4. Sırtın belirlendiği yerden ÇKS'yi dinleme

III. MANEVRA

1. Ayakta yüz gebeye dönük olacak şekilde durma
2. Bir elin baş parmağını diğer parmalardan mümkün olduğu kadar açarak simfiz pubis üzerine yerleştirme
3. Pelvise giren kısmını belirleme

IV. MANEVRA

1. Ayakta yüz gebenin ayaklarına dönük olacak şekilde durma
2. İki eli abdomenin alt kısımlarından kasıklara ve pelvis içine doğru yavaşça yerleştirme
3. Gelen kısmın pelvise yerleşip yerleşmediğini değerlendirme;
 - Gelen kısım kolaylıkla palpe ediliyorsa henüz pelvise yerleşmemiştir.
 - Gelen kısım kolaylıkla palpe edilemiyorsa pelvise yerleşmiştir.
4. Abdominal muayene sonuçlarını kaydetme

VAJİNAL TUŞE YAPMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Gebeye yapılan işlemler hakkında bilgi verme, mahremiyeti sağlama, rahatlatma
2. Mesanesinin boş olmasını sağlama
3. Gebe kadını muayene masasına alma ve litotomi pozisyonu verme
4. Elleri yıkama, steril eldiven giyme ve işlemem geçmeden önce gebenin ağrısının geçmesini bekleme
5. Dış genital organları gözleme
6. Vulvayı antiseptik bir solüsyonla önden arkaya doğru silme
7. Bir el ile labiaları açma
8. Diğer elin işaret ve orta parmağını hiçbir yere değirmeden nazikçe vajinaya yerleştirme
9. Parmaklar servikse ulaşıncaya, avuç içi yukarıya bakacak şekilde parmakları yatay konuma getirme
10. Servikal açıklığı hissedecek şekilde parmakları aralama
11. Serviksin dilatasyonunu ve efesmanını değerlendirme
12. Önde gelen fetus kısmını belirleme
13. Önde gelen fetus kısmının pelvise yerleşip yerleşmediğini değerlendirme
14. Amnios zarının varlığını belirleme, sıvı geliyorsa özelliğini değerlendirme
15. Doğum açısından kemik pelvis ve yumuşak dokuları değerlendirme
16. Parmakları vajinadan nazik bir şekilde çekme
17. Eldiveni çıkarma ve elleri yıkama, gebeye temiz bir ped verme
18. Muayene sonucu hakkında gebeyi bilgilendirme
19. Muayene sonuçlarını kaydetme

ELEKTRONİK FETAL MONİTÖRİZASYONU (EFM) UYGULAMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Gebeye yapılacak işlem hakkında bilgi verme
2. Gebenin mahremiyetini sağlama
3. Mesanenin boş olmasını sağlama
4. Gebenin aç olmadığından emin olma
5. Gebe ile birlikte uygun bir pozisyona karar verme (supine dışında, sol yan, oturur, yarı oturur pozisyonlar olabilir)
6. Karın alt kısmını ve bacakların üstünü bir kompres ile örtme
7. Leopold manevralarını uygulayarak fetüsün sırtının olduğu bölgeyi belirleme
8. İşlem öncesi gereğinin hayati belirtilerini alma
9. EFM ekipmanını kontrol ederek hazırlığını yapma
10. Fetal kalp seslerinin takibi için kullanılacak olan ultrason probuna jel sürme
11. Ultrason probunu uygun yere yerleştirme ve kemeri ile bağlama
12. Kemerleri gebeyi rahatsız etmediğinden emin olma
13. Gerekirse uterus kontraksiyonlarını takibi için toko probunu fundustan 2-3 parmak aşağıya yerleştirme ve kemerle destekleme
14. Monitör cihazını çalıştırma ve traseyi 20 dakika (riskli durumlarda süre uzayabilir) yazdırma
15. İşlem sırasında gebenin yanında kalma ve supin hipotansif sendrom, solunum sıkıntısı, bel ağrısı vb. Bir durum olup olmadığını gözlemlenme
16. Böyle bir durum yaşandığında işleme ara verme, gebeyi rahatlatma ve arkasından uygun bir pozisyonda işleme devam etme
17. Trase kağıdındaki temel verileri gözlemlenme
18. Fetal kalp atım hızının ortalamasına (bazal hız) bakma ve kalp atım hızının uterus kontraksiyonları ile ya da fetal hareketler ile ilişkisini değerlendirme
19. Acil müdahale gerektiren önemli bir bulgu fark edildiğinde hemen sorumlu hekim ya da ebeye rapor etme
20. İşlem sırasında gebenin öksürmesi ya da kusması, vajinal muayene, amniyotomi, pozisyon değişikliği, ilaç uygulaması ya da bunların dışında herhangi bir girişim yapıldıysa saati de belirterek kaydetme
21. İşlem bittikten sonra trase kağıdının üzerine gebenin adı soyadı, protokol numarası, işlemi yapan kişinin adı, tarih ve saat bilgilerini yazma
22. Gebenin kalkmasına yardımcı olma ve tekrar hipotansif sendrom, solunum sıkıntısı, bel ağrısı vb. Bir durum olup olmadığını gözlemlenme
23. Gebeye, işlem ve değerlendirme sonuçları hakkında kısa bilgi verme
24. Sorumlu ebe, hemşire ve hekime trase kağıdını gösterme ve sonrasında trase kağıtlarını gebenin dosyasına yerleştirme

PERİNE BAKIMI UYGULAMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Loğusaya işlem hakkında bilgi verme
2. Kullanılacak malzemeleri hazırlama; büyük bir tepside
 - 1 şişe distile su
 - 1 adet ara muşambası
 - 1 adet çöp torbası
 - 6-8 adet pamuk tampon ya da gaz bezi
 - 1 adet temiz ped
 - 1 çift temiz eldiven
 - 1 adet sürgü
3. İşleme başlamadan önce elleri yıkama
4. Lohusanın odasına geldikten sonra malzemeleri uygun bir yere yerleştirme, hasta odası kalabalıkta boşaltma, varsa paravanı çekme
5. İşlem süresince lohusanın mahremiyetine saygı gösterme
6. Eldivenleri giyme
7. Lohusaya dorsal rekümbent pozisyonu verme
8. Muşambayı lohusanın altına yerleştirme ve üzerine sürgüyü koyma
9. Lohusanın pedini önden arkaya doğru çekerek alma ve pedin üzerindeki loşanın rengini, kokusunu ve miktarını kontrol etme
10. Uterus involusyonunu kontrol etme: bir elin avuç içini lohusanın karnı üzerinden uterusun fundusun umblikale göre hangi seviyede olduğuna bakma (U-1,U+1 vb)
11. Perine bölgesini epizyotomi yarası, enfeksiyon, ödem, hematom ve hemoroit yönünden gözleme
12. Hazırlanan solüsyonu lohusanın perinesi üzerinden dökme
13. Perine temizliği için solüsyonla ıslatılmış pamuk veya gaz bezi ile önce uzak taraftan başlayarak labia majörleri yukarıdan aşağıya doğru tek bir silme hareketi ile temizleme, ardından labia majörleri aralayarak labia minörleri, vestibülü ve en son anal bölgeyi yukarıdan aşağıya doğru silerek temizleme
14. Eğer bacaklar ve pubis bölgesi kirliyse, kasıklardan bacaklara, pubisten karın bölgesine doğru (içten dışa) temizleme
15. Perineyi pamuk veya gaz bezi ile önden arkaya doğru kurulama
16. Pedin vulvaya gelecek kısmını kontamine etmemek için araka tarafından tutma ve önden arkaya doğru yerleştirme
17. Sürgüyü ve muşambayı lohusanın altından alma ve rahatlatma
18. Eldivenleri çıkarma
19. Lohusaya kendi kendine perine bakımı nasıl yapacağını öğretme
20. Malzemeleri toplama ve temizleyerek kaldırma
21. Yapılan uygulamayı hemşirelik notuna kaydetme

PLASENTA ÇIKARTMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Plasentanın ayrılma belirtilerini izleme
 - Ani vajinal kanama
 - Umblikal kordon boyunda uzama
 - Fundusun umblikus hizasına yükselmesi
 - Simfizpubisten bastırınca kordonun içeri kaçmaması
 - Uterusun küre şeklini alması
2. Anneye yapılacak işlem ile ilgili açıklama yapma ve ağrılı olmayacağını belirtme
3. Elleri yıkama ve steril eldiven giyme
4. Antiseptik solüsyonla perine bölgesini silme
5. Mesane dolu ise boşaltma
6. Uterusun kontraksiyonlarını bekleme
7. Sol elle uterus alt segmentini umblikusa doğru itme
8. Sağ el ile işaret parmağına kordonu dolayarak hafifçe yukarı ve aşağı doğru çekme
9. Plasentanın üçte biri çıktıktan sonra kordonu bırakmadan her iki elle plasentayı avuç içine alma
10. Plasentanın zarlarını kotiledonları saracak şekilde toparlama
11. Plasentayı saat yönünde çevirirken aynı zamanda hafifçe kendi ağırlığıyla bırakma
12. Kordonundan aşağı doğru sarkıtılarak zarlarının tam olup olmadığını kontrol etme
13. Avuç içinde kotiledonların tam olup olmadığını kontrol etme
14. Eldivenleri çıkarma ve elleri yıkama
15. Annenin tansiyonu ölçme
16. Kanamayı durdurucu metiler (1 ampul) + sympitan (1 ampul) IM olarak uygulama.
**TA \geq 140/90 mm Hg ise metiler yapılmaz.
17. İşlemi kaydetme

VAJİNAL DOĞUMSSONRASI FUNDUS MASAJI UYGULAMA

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Ellerinizi yıkayın.
2. Yüzünüzü anneye dönün.
3. Anneye açıklama yapın.
4. Mahremiyete saygı göstererek anneye dorsal rekumbent pozisyonu verin ve abdomenini açın.
5. Parmaklarınızı umblikusun etrafına her iki yana, uçları birbirine yakın gelecek şekilde koyun.
6. Parmak uçları ile fundusu palpe edin, yüksekliği ve yerleşimini belirleyin.
7. Sol el ile simfiz pubis üzerinden yavaşça aşağıya doğru bastırıp sağ el ile fundusu avuç içine alın.
8. Fundusa yavaşça dairesel hareketlerle masaj yapın.
9. Anneye muayenenin sonucu hakkında bilgi verin.
10. İşlemi anneye öğretin.
11. Ellerinizi yıkayın.



YENİDOĞANIN İLK DEĞERLENDİRİLMESİ VE DOĞUMHANEDKİ BAKIMI

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Ortamın loş olmasını sağlama ve yenidoğanın dış dünyaya yumuşak geçişini destekleme
2. Ortam ısısının yenidoğanın üşümesini engelleyecek kadar sıcak olmasına dikkat etme
3. Yenidoğan ünitesinde bulunan ısıtıcının çalışıp çalışmadığını kontrol edilir
4. Doğumdan sonra yenidoğanı annenin göğsüne yatırma ve eğer gerekiyorsa yenidoğanın solunum yollarını açık tutmak için ağzını bir gaz bezi ile temizleme
5. Anne ve bebek bağlanmasını desteklemek için doğum sonrası 5-10 dakika annesinin yanında kalmasını sağlama
6. Yenidoğanın 1. ve 5. dakika Apgar skorunu değerlendirme ve kaydetme
7. Yenidoğanın nazikçe annesinin memesine ulaşmasına destek olma
8. Yenidoğanın memeyi kavramasına ve ilk emme sürecine yardımcı olma
9. Göbek kordonunda atım durduktan sonra, kordonu klampleyip , kesme ve kanama kontrolünü yapma
10. Göbek kordonunda bulunan damaraların kontrolünü yapma (iki arter,bir ven)
11. Bakım ve muayene işlemleri sırasında yenidoğanın vücut ısısını korumak için yenidoğanı kuru bir kompresle taşıyarak ısıtıcıların altına bırakma
12. Göbek kordonunu batikon solüsyonu ile temizleme ve kurumasını sağlama
13. Yenidoğanın genel görünümünü (yüz, saç,cilt,genitaller,anüs vb) değerlendirme
14. Yenidoğanın reflekslerini kontrol etme (moro,yakalama,emme,adım atma,vb)
15. Yenidoğana kimlik tespiti için cinsiyetine uygun bileklik takma ve ayak izini alma,
16. Yenidoğanda anomali kontrolünü yapma (yarık damak, meningosel,hidrocefali,ekstremitelerde anomali...vb)
17. Yenidoğanda nazal açıklığı (obstrüksiyon-atrezi) değerlendirmek için nazogastrik sonda ile her iki burun deliğini kontrol etme. Daha sonra aynı sonda ile rektal atrezi kontrolünü yapma
18. Yenidoğanın boyunu, kilosunu ve baş çevresi ölçümlerini yapma ve kaydetme
19. Doğumdan sonra yenidoğana kanamayı önlemek amacı ile K vitamini enjeksiyonu yapma ve kaydetme
20. Hepatit B aşısını uygulama ve kaydetme
21. Yenidoğana annesi ile birlikte giydirilmesine yardımcı olma
22. Ebeveynlerin ailelerine yeni katılan bebekleri ile birlikte kalmasına ve bu yeni sürece uyum sağlamalarına yardımcı olarak anne-bebek ve aile arasında oluşacak bağlanma sürecini destekleme

İNDÜKSİYON UYGULAMA

İŞLEM BASAMAKLARI
İndüksiyon başlamadan önce;
1. Gebeye yapılacak işlem açıklanır, anksiyetesi giderilir.
2. İşlem öncesinde silinme ve dilatasyonu değerlendirme ya da silinme ve dilatasyon yeni değerlendirildiğiye hasta gözlem formuna bakılır.
3. Hastanın yaşam bulguları değerlendirilir. <ul style="list-style-type: none">• Hipotansiyon, taşikardi varsa verilmez.
4. Hastanın idrar çıkışı değerlendirilir.
5. Leopold ve vajinal muayene ile fetal prezentasyon değerlendirilir.
6. Elektro fetal monitör ile 15-20 dakika fetal kalp izlenir ve sonuçları değerlendirilir. <ul style="list-style-type: none">• Deselerasyon, minimal variabilite, nonreaktif NST varsa başlanmaz.
7. Gebelinin bishop skoru değerlendirilir. <ul style="list-style-type: none">• Multiparlarda 5 ve üzeri, Nulliplarlarda 9 üzerine ise başlanır.
8. Doktor izlemine göre/protokole uygun indüksiyon mayisi hazırlanır.
9. İndüksiyon mayisinin üzerine ilacın ismi, miktarı ve uygulanmaya başlandığı saat kaydedilir.
10. Pump setine yerleştirilir.
11. Hastaya aseptik tekniklere dikkat edilerek uygulanır.
İndüksiyon başladıktan sonra;
12. 5 dakika aralıklarla kontraksiyon izlemi yapılır. <ul style="list-style-type: none">• 2-3 dakikada bir gelen 45-60 saniye süren kontraksiyonların oluşturulması hedeflenir.
13. 15 dakika aralıklarla fetal kalp izlemi yapılır (taşikardi, bradikardi, geç deselerasyon)
14. Saatlik yaşam bulguları izlemi yapılır.
15. Saatlik AÇT takibi yapılır.
16. Pulmoner ödem riski için 4 saat aralıklarla akciğer sesleri dinlenir.
17. Servikal dilatasyon izlemi yapılır.
18. Doktor istemine uygun olarak dakika damla sayısı artırılabilir. Her doz artırımı öncesinde fetusun değerlendirilmesi için EFM izlemi, annenin izlemi için ANTA, AÇT ve akciğer sesleri dinlenir.
19. Olası komplikasyonlar yönünden hasta izlenir: <ul style="list-style-type: none">• Hipertonik kontraksiyonlar• Fetal hipoksi• Uterus rüptürü• Ablasyo plasenta• Sıvı intoksikasyonu
20. Komplikasyon gelişti ise; <ul style="list-style-type: none">• İndüksiyon durdurulur.• Doktora haber verilir.• Gebeye sol lateral pozisyon verilir.• Dakikada 8-10 litreden gidecek şekilde oksijen başlanır.• Hastaya kontraksiyonları ile baş etmesi için nonfarmakolojik ve farmakolojik yöntemler uygulanır.
21. Yapılan uygulama izlem kağıdına kaydedilir.

EPİZYOTOMİ AÇMA VE ONARMA

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Gebeye yapılacak işlem açıklanır.
2. İşlem süresince kadın ile iletişim sürdürülür.
3. Eller yıkanır.

EPİZYOTOMİ AÇMA

4. Perinenin durumuna ve ikinci evrenin ilerlemesine göre epizyotomi açıp açmayacağınıza karar verilir.
5. Steril eldiven giyilir.
6. Epizyotomi tipine karar verilir (median, mediolateral)
7. Baş ilerledikçe, intraitusun gerilerek incilmesi sırasında perine hazırlanır.
8. Başın inmesi ve perineyi girmesi beklenir.
9. Perine cildi ve kaslarına, introitus ve epizyotomi yapılacak yere komşu olan vajina dokusuna lokal anestetik uygulanır.
10. Lokal anestezi etkisinin başlaması için 5 dakika beklenir.
11. Sol elin işaret ve orta parmağı fetusun başı ile vulva arasına yerleştirilir.
12. Epizyotomi makası kontrollü bir biçimde sağ ele yerleştirilir.
13. Kontraksiyonun tam ortasında, perine tek hamlede 3-4 santimetre kesilir.
14. Kesininin büyümemesi için bebeğin omzunun orta hatta doğru rotasyon yapması beklenir.
15. Bebek doğduktan sonra kesinin büyüklüğü kontrol edilir.

EPİZYOTOMİ ONARIMI

16. Steril eldiven değiştirilir.
17. Gerekliyse epizyotomi alanına (perine cildi kenarlarına, vajinanın 1/3'lük alt kısmına, epizyotomi hattının her iki yanına) tekrar lokal anestetik uygulanır.
18. Lokal anesteziğin etkisinin başlaması için 5 dakika beklenir.
19. Vajinaya bir adet steril tampon yerleştirilir.
20. Epizyotominin vajinadaki ucu belirlenir.
21. Epizyotominin vajinadaki ucunun 1 cm yukarısına sütur konulur.
22. Hymen kenarlarına kadar vajina mukozası continue sütun ile onarılır.
23. Labia majörlerin alt ucu bir araya gelinceye kadar sütura devam edilir.
24. Bulbokavernoz kasların kesik uçları bir araya getirilir.
25. Levator ani ve diğer perine kasları iç süturla birleştirilir.
26. Yüzeysel perine kasları tek tek atılan süturla onarılır.
27. Vajinal tampon çıkarılır.
28. Onarılan alan hematoma ve kanama yönünden kontrol edilir.
29. Rektal muayene ile onarılan alan kontrol edilir.
30. Perine bölgesi temizlenir.
31. Anne rahatlatılır.
32. Anneye epizyotomi bakımı konusunda bilgi verilir ve soruları yanıtlanır.
33. Malzemeler toplanır.
34. Eller yıkanır.
35. İşlem kaydedilir.

EPİZYOTOMİ VE KANAMA KONTROLÜ

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Ellerinizi yıkayın.
2. Eldiven giyin.
3. Yüzünüz anneye dönün.
4. Anneye açıklama yapın
5. Mahremiyetine saygı göstererek kadına dorsal rekumbent pozisyonu verin.
6. Peddeki kanamayı nicelik ve nitelik yönünden değerlendirin.
7. Fundus üzerinden hafifçe bastırın, vajinal introitustan gelen kanama miktarını ve niteliğini kontrol edin.
8. Epizyotomi bölgesinde hematoma, süturlarda açılma, sızıntı şeklinde kanama, aşırı hassasiyet, ısı artışı, hijyen v.b. gözleyin.
9. İşlem süresince anne ile iletişimi sürdürün.
10. Bulgunuzu kaydedin.

AMNİYOTOMİ UYGULAMA

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Gebeye yapılacak işlem açıklanır.
2. İşlem süresince kadın ile iletişim sürdürülür.
3. Eller yıkanır ve steril eldiven giyilir.
4. Vajinal muayene ile servikal açıklık ve başın fiksasyonu değerlendirilir.
 - a. Servikal açıklık 5-6 cm ve
 - b. Baş yerleşmiş ise amniyotomi yapılır.
5. Kontraksiyon sırasında sağ elin işaret ve orta parmağı servikse transvers konumda yerleştirilir.
6. Sol el ile amniyotop ilerletilir ve kontrolü bir şekilde membranlar açılır.
7. Amniyon sıvısının akışı kesilene kadar el çekilmez.
8. Amniyotomiden sonra mutlaka fetal kalp sesleri dinlenir.
9. Anne rahatlatılır, malzemeler toplanır.
10. Eller yıkanır ve işlem kaydedilir.

ENGORJMANI OLAN LOHUSAYA BAKIM VERME

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Lohusanın mahremiyetini sağlama
2. Engorjmanı tanılama (Memelerin sıcaklığı, ağrı, hassasiyet ve ödem açısından gözleme)
3. Engorjman hakkında bilgi verme
4. Ödemi ve ağrıyı azaltmak için memeye soğuk uygulama yapma (15°C buz torbası ile 15-20 dakika)
5. Etkili emzirmenin engorjman olumu üzerindeki etkilerini anneye açıklama
6. Başarılı emzirme hakkında bilgi verme
7. Lohusayı emzirme esnasında gözleme, yanlış bilgilerini yargılayıcı olmadan düzeltme
8. Emzirme sonrası bebeğin boşaltmadığı memenin elle ya da pompa ile nasıl boşaltılabileceğini anneye göstererek öğretme

***Engorjman;** Doğum sonu 2. ve 3. günlerde meme dokusunda artan konjesyona ve alveollerde daha fazla miktarda süt yapımına bağlı olarak süt, kan ve lenf sıvısı dolmasına, memede dolgunluk oluşmasına denir.

EMZİRMEYİ BAŞLATMA EĞİTİMİ

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Doğumdan hemen sonra, eğer bebek ve anne sağlıklı ise annenin ve bebeğin ilk 15-20 dakikayı birlikte geçirmelerini ve bu arada ilk 30 dakika içinde de emzirmeye başlanmasını destekleme (Bebekler, doğumdan sonraki 10 dakika içinde adrenalin hormonunun da etkisiyle oldukça uyanık ve çevreyle ilgilidirler. Bu nedenle ilk 30 dakika içinde ilk emzirmenin gerçekleşmesi oldukça önemlidir.)
2. Anneye işlem hakkında bilgi verme
3. Bebek doğar doğmaz annenin göğüs ya da karın bölgesine yatırma.
(Genellikle göbek kordonu buna izin verecek uzunlukta, hatta daha uzundur.)
4. Annenin göğsüne yatırdığı bebeğiyle ten tene temasını sağlama ve bebeğini kucaklamasına destek olma
(bebeğin tutma, kavrama, emme refleksi doğumu izleyen ilk 20-30 dakika içerisinde doruk noktasına ulaşır. Bebek, ağzına bir şeyler almak için bastırılması imkansız bir istek duyar. Bebeği doğar doğmaz annesinin göğsüne yatırmak, her şeyin tanıdık ve güvenli olduğuna dair bebeğin güvenini tazelemesine yardımcı olur)
5. Doğumdan hemen sonra anne üşür ve örtünmeye ihtiyaç duyabilir. Bebek annenin kucağında annenin üzerine bir battaniye örterek hem annenin hem de bebeğin vücut ısısını ve mahremiyetini koruma
6. Bebeğin nazikçe annenin memesine ulaşmasına destek olma
(Annenin bir elini nazikçe bebeğin kafasının arkasına yerleştirmesini ve bebeğini meme ucuna yönlendirmesini sağlama)
7. Annenin göbeği ile bebeğin göbeğinin üst üste gelmesine ve meme ucunun bebeğin ağzıyla eşit seviyede olmasına dikkat etme
(bebek annesinin göğsünün üstünde birkaç küçük kafa sallama hareketi ile memeye ulaşacaktır. Böylece meme ucunu bulmak için bebeğin tüm yapması gereken, dudaklarını aralamak olacaktır.)
8. Bebeğin ağzını genişçe açması ve memeyi tutması için yardımcı olma
9. Annenin, bebeği göbeğinin üzerindeyken ve yüzü göğsüne dayalıyken meme ucuyla bebeğin yanağını hafif gıdıklamasına ve bebeğin memesini hafifçe kavramasına yardımcı olma
10. Emmenin başlaması için eğer gerekirse, meme ucu sıkılarak bebeğin gelen sütün kokusunu ve tadını almasına yardımcı olma
11. Bebeğin dudaklarını areola çevresindeki kilitlemesine dikkat etme
(böylelikle bebek emdiği zaman meme ucu, neredeyse bebeğin gırtlığının arkasına kadar ulaşabilecektir)
12. Bebeği tutarken ve emzirme sürecinde, annenin dirseğinin ve omuzlarının rahatlatılması için kollarının altına yastık yerleştirerek destekleme
13. Emzirme sırasında anne ve bebek bağlanmasını desteklemek için anneyi, bebeğine gülümsemesi, ona dokunması, sevgisini ifade etmesi ve ona güvende olduğunu hissettirmesi için teşvik etme
14. Anneye sık aralıklarla bebeğini emzirmesi hem kendi hem de bebeğinin sağlığı için son derece gerekli ve önemli olduğunu söyleme
15. Emzirme sonrası bebeğin ilk değerlendirmesini yapma ve bebeği servise gönderilmek üzere hazırlama

EMZİRME TEKNİĞİ EĞİTİMİ

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Anneye İşlem hakkında bilgi verme
2. Bebeğinin altının kuru, burun deliklerinin açık, oda ısısının normal (20-24°C) ve giysilerinin uygun olmasını sağlama
3. Annenin ellerini su ve sabun ile yıkadığından emin olma
4. Anneye rahat edebileceği bir pozisyon verme
5. İşlem süresince annenin mahremiyetine özen gösterme
6. Her iki memeyi; şişlik, kızarıklık, sertlik, ağrı-hassasiyet ve meme uçlarını çatlak ve anomali (içe dönük ve yassı meme ucu) açısından değerlendirme
7. Meme ucu kirliyse emzirme öncesinde anneye meme başını kaynamış ılık su ile ıslatılmış temiz bir tülbentle mamilladan başlayarak areolaya doğru dairesel hareketlerle silmesini söyleme
8. Meme ucu temizse anne sütü ile ıslatma
9. Annenin bir kolunu kıvrımını söyleme, gerekiyorsa kolunun altını yastıkla destekleme
10. Bebeğin başını dirseğin iç kısmına yerleştirme
11. Annenin bebekle yüz yüze olmasını sağlama
12. Eliyle baş parmağı yukarıda, dört parmağı aşağıda olacak şekilde (meme ucuna ve areolaya dokunmadan) memeyi tutmasını söyleme
13. Anneye, bebeğe gülümseyerek ve memeyi sabit tutarak, meme ucu ile bebeğin dudağına veya çenesine dokunmasını söyleme
14. Bebek ağzını açtığı zaman meme ucu ve areolanın tamamının bebeğin ağzı ve dudakları arasında olmasına sağlama (Bebeğin çenesi ile anne memesi arasında boşluk kalmadığını kontrol etme)
15. Memenin, bebeğin burun deliklerini kapamamasına dikkat etme
16. Emzirme işlemine 15-20 dakika devam edilmesini sağlama
17. Emzirme işlemi bitiminde areolaya hafifçe bastırarak meme ucunu kendiliğinden bırakmasını sağlama
18. Bir sonraki emzirmede diğer memeden emzirmesi gerektiğini hatırlatma
19. Emzirme işlemi bittikten sonra bebeğin gazının çıkarılmasını sağlama (Bu işlem için bebeğin kucağına alıp, yüzü omuza gelecek şekilde tutarak, sırtına hafif masaj yapın)
20. Anneye bebeği yan ya da sırt üstü yatırmasını söyleme.

SÜT RETANSİYONU OLAN LOHUSAYA BAKIM VERME

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Lohusanın mahremiyetini sağlama.
2. Süt retansiyonunu tanılama (Memelerde ağrı, ateş, gerginlik ve renk değişimi açısından gözleme)
3. Süt retansiyonu hakkında bilgi verme.
4. Emzirme öncesi memeden sütün akmasını sağlamak için sıcak uygulama (36.6-40.5°C/15-20 dakika) yapma.
5. Lohusanın emzirme öncesi rahatlamasını ve gevşemesini sağlama.
6. Emzirme öncesi süt inme refleksini uyaran uygulamalar (omuz ve sırtta veya memelere hafif masaj, meme ucuna uyarı) yapılmasını sağlama.
7. Lohusayı emzirme esnasında gözleme, yanlış bilgilerini yargılayıcı olmadan düzeltme.
8. Bebek emebiliyorsa, sık emzirmenin gerekliliğini açıklama.
9. Başarılı emzirme hakkında bilgi verme.
10. Bebek memeyi boşaltamıyorsa, elle ya da pompa ile süt sağmayı göstererek öğretme.
11. Memeleri mastit gelişme olasılığı açısından gözleme.

LOHUSAYA TABURCULUK EĞİTİMİ VERME

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Lohusanın odasında eğitim için uygun bir ortam oluşturma
2. Lohusaya doğum sonrası dönemde vücutta oluşan aşağıdaki değişiklikler hakkında bilgi verme
 - Rahimdeki değişiklikler
 - Doğum sonrası kanama ve akıntılar
 - Doğum sonrası karın ağrıları
3. Lohusaya doğum sonrası dönemde kendi bakımı ile ilgili aşağıdaki konularda bilgi verme
 - Doğum sonrası kişisel hijyen
 - Tuvalet temizliği
 - Dikişlerinin bakımı (epizyotomi, sezaryan dikişleri)
 - Banyo
 - Memelerin temizliği
 - Doğum sonrası beslenme
 - Doğum sonrası boşaltım
 - Doğum sonrası uyku ve dinlenme
 - Doğum sonrası ilaç kullanımı
 - Doğum sonrası cinsel yaşam
 - Doğum sonrası gebelikten korunma
 - Doğum sonrası egzersizler
 - Doğum sonrası anneli hüznü
 - Annenin sağlık kuruluşuna başvurması gereken durumlar ve tehlike belirtileri
4. Lohusaya emzirme sorunları hakkında danışmanlık verme
5. Lohusaya bebek bakımı ile ilgili aşağıdaki konularda eğitim verme
 - Beslenme
 - Boşaltım
 - Alt temizliği
 - Banyo
 - Göbek bakımı
 - Giyim
 - Uyku
 - Aşılar
 - Bebeğin sağlık kuruluşuna başvurması gereken durumlar ve tehlike belirtileri
6. Lohusanın soruları varsa cevaplama
7. Doğum sonrası kendi ve bebeğinin kontrolleri, tehlike belirtileri ve kontroller için başvuracağı yer ve zamanı konusunda bilgi verme



JİNEKOLOJİ OPERASYONLARI ÖNCESİ BAKIM

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Hastanın kimlik bilgilerini kontrol etme ve öyküsünü alma,
2. Fizik muayenesini yapma,
3. Bilgilendirilmiş onam alınıp alınmadığını kontrol etme,
4. Laboratuvar testlerini kontrol etme (kan grubu,hemogram,biyokimya),
5. EKG ve akciğer grafisini kontrol etme,
6. Gerekirse, kan temin etme ve cross matching yapma,
7. Gerekli ilaç ve malzemeleri temine etme,
8. Anestezi, kardiyoloji ve gerekli konsültasyonlarını kontrol etme,
9. Pre-op eğitim verme (hasta ve ailesinin bakım gereksinimleri doğrultusunda),
 - Dersin solunum, öksürük,pelvik kas ve bacak egzersizlerini öğretme,
 - Kadın üreme sistemini anlatma,
 - Operasyon sonrası durumu ve yapılacak işlemleri açıklama.
10. Besin ve sıvı alımını yasaklama(8-12 saat önce),
11. Uyku ve dinlenmesini sağlama,
12. Hijyenik gereksinimlerini sağlama,
13. Bağırsakları boşaltma,
14. Profilaktik antibiyotik ve heparin uygulama (gerekli ise).
Ameliyattan hemen önce;
15. Takı, makyaj, oje lens ve protezlerini çıkarma,
16. Ziyet eşyalarını aileye teslim etme,
17. Ameliyat önlüğünü ve bonesini giydirme,
18. Gerekli ise batın traşı yapma,
19. Varis çorabı giydirme,
20. Mesane katateri uygulama,
21. Premedikasyon uygulama,
22. Hastayı dosyası, tetkik ve raporları ve kullanılacak ilaçları ile birlikte ameliyathane hemşiresine imzalı formla teslim etme.

MESANE KATETERİ UYGULAMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Hastaya işlem hakkında bilgi verme
2. Kullanılacak malzemeleri hazırlama; büyük bir tedavi tepsisinde
 - Hastanın özelliğine göre foley kateter boyutuna karar verme (genellikle 16-18 Fr.)
 - Antiseptik solüsyon (%10 povidon iyodin solüsyonu)
 - 1 adet yatak koruyucu örtü
 - 1 adet çöp torbası
 - 4 adet steril spanç
 - 1 çift steril 1 çift non-steril eldiven
 - 1 adet steril kayganlaştırıcı
 - 10 cc serum fizyolojik çekilmiş steril enjektör
 - Steril idrar torbası
 - İdrar torbası askısı
3. İşleme başlamadan önce ellerini yıkama
4. Hasta odasına geldikten sonra malzemeleri uygun bir yere yerleştirme, hasta odası kalabalıkta boşaltma, varsa paravanı çekme
5. İşlem süresince hastanın mahremiyetine sağlamaya özen gösterme
6. Hastaya dorsal rekümbent pozisyonu verme (dizler bükük ve ayrık)
7. Steril eldivenleri giyinme
8. Hastadan kalçasını mümkün olduğunca havaya kaldırmasını isteyerek yatak koruyucu örtüyü altına serme ve üzerine sürgüyü yerleştirme
9. Foley kateterin torba takılan kısmının olduğu dış ambalajını açarak idrar torbasını takma ve torbanın altındaki boşaltma musluğunu kapatma
10. Steril eldivenleri giyinme
11. Antiseptik solüsyonla ıslatılmış spanç ile labia majörleri önden arkaya doğru tek bir silme hareketi ile temizleme, ardından labia majörleri aralayarak labia minörleri, vestibülü ve en son anal bölgeyi önden arkaya doğru silerek temizleme, her bir adım için ayrı spanç kullanma ve üretra giriş yerini dairesel hareketlerle silme
12. Foley kateterin ambalajının tamamını açarak kateterin uç kısmını kayganlaştırıcı jelle nemlendirme
13. Kateteri üretradan 10-15 cm kadar içeriye ilerletme, idrar akışı olup olmadığını kontrol etme
14. Foley sondanın balonunu 10 cc serum fizyolojikle şişirme ve hafifçe geriye doğru çekerek kateteri kontrol etme
15. İdrar torbasına askı takma
16. Sürgüyü ve yatak koruyucu örtüyü hastanın üretra seviyesinin altında tutma
17. Eldivenleri çıkarma ve atıkları uygun bir şekilde uzaklaştırma
18. Yapılan uygulamayı hemşirelik notuna kaydetme
19. Hastaya sabah-akşam kateter bakımı verme



JİNEKOLOJİ OPERASYONLARI SONRASI BAKIM

UYGULAMA BASAMAKLARI

Operasyon günü

1. Cerrahi yatak hazırlama
2. Hastayı güvenli bir şekilde yatağa alma(başını yan çevirip solunum yolunu açık tutma)
3. Vücut ısısını koruma
4. Hayati belirtileri alma (ilk saate 15 dk.da, ikinci saatte 30 dk.da, üçüncü saatte 60 dk.da bir olmak üzere)
5. Damar yolunu kontrol etme
6. İnsizyon bölgesi ve vajinal kanamayı kontrol etme, perineye ped yerleştirme
7. İdrar sondasını, drenlerini,NG bağlantılarını kontrol etme
8. Aldığı- çıkardığı takibi yapma
9. Hemşirelik raporuna gerekli kayıtları yapma
10. Bilinç değerlendirmesi yapma ve iletişim kurarak güven sağlama
11. Ağrıyı değerlendirme ve gerekli başetme yöntemlerini uygulama
12. Bulantı yönünden izleme (lüzum halinde antiemetik uygulama)
13. Derin solunum ve öksürük egzersizlerini uygulama (2 saatte bir 10 kez burundan derin bir nefes alıp ağızdan verme, 10 kez güçlü öksürme)
14. Medikal tedavileri uygulama
15. Hastanın durumu ile ilgili ailesine bilgi verme ve destek olma
16. Mobilizasyonu sağlama (Genellikle 8-12 saat sonra)
17. Bağırsak hareketleri ve gaz çıkışını izleme
18. Bağırsak hareketleri başladığında sıvı gıdaya başlama (Genellikle 8-12 saat sonra)
19. Perine ve katater bakımını verme
20. Yeterli sıvı alımını sağlama (6-8 bardak)
21. Defekasyona çıkışını takip etme
22. Gerekli laboratuvar testlerini yapma
23. İnfeksiyon belirtilerini izleme
24. Taburculuk eğitimi verme



FOLEY KATETER ÇIKARMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Malzemeleri hazırlama;
 - Büyük bir tedavi tepsi içinde
 - 1 şişe distile su veya izotonik sodyum klorür solüsyonu
 - 1 adet ara muşambası
 - 1 adet çöp torbası
 - Kağıt kese içinde 6-8 adet pamuk tampon
 - 1 adet temiz ped
 - 1 çift temiz eldiven
 - 1 adet sürgü
 - 10 cc enjektör
2. Elleri yıkma
3. Malzemeleri birlikte lohusanın yanına gitme
4. Lohusaya işlemi açıklama
5. Perde paravanı çekme
6. Yatak muşambasına koyma
7. Lohusaya dorsal rekümbent pozisyon verme
8. Altına sürgü yerleştirme
9. Lohusaya bacaklarını açmasını söyleme
10. Eldiveni giyme
11. Bir enjektör yardımıyla foley kateterdeki balonun içindeki sıvıyı çekme
12. Balonun içindeki sıvının tamamen boşaldığından emin olma
13. Lohusaya derin bir nefes almasını söyleme
14. Kateteri yavaşça çekip çıkarma ve torbasıyla birlikte çöpe atma
15. Lohusaya perine bakımı verme
16. Perineye steril ped yerleştirme
17. Sürgüyü alma
18. Muşambayı toplama
19. Eldivenleri çıkarma
20. Lohusaya rahat pozisyon verme ve üstünü örtme
21. Malzemeyi toplama
22. Paravanı kaldırma
23. Malzemelerle birlikte lohusanın yanından ayrılma
24. Yapılan işlemi hemşirelik notuna kaydetme

KALICI MESANE KATETER BAKIMI UYGULAMA

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Hastaya işlem hakkında bilgi verme
2. Kullanılacak malzemeleri hazırlama; büyük bir tedavi tepsisinde
 - 100-150 cc distile su
 - Antiseptik solüsyon (%10 povidon İyodin solüsyonu)
 - 1 adet yatak koruyucu örtü
 - 1 adet çöp torbası
 - 6-8 adet steril spanç
 - 1 adet temiz ped
 - 1 çift steril 1 çift non-steril eldiven
 - 1 adet sürgü
3. İşleme başlamadan önce ellerini yıkama
4. Hasta odasına girdikten sonra malzemeleri uygun bir yerleştirme, hasta odası kalabalıkta boşaltma, varsa paravanı çekme
5. İşlem süresince hastanın mahremiyetine saygı gösterme
6. Hastaya dorsal rekümbent pozisyonu verme(dizler bükük ve ayırık)
7. Non-steril eldivenleri giyme
8. Hastanın kalçasını mümkün olduğunca havaya kaldırmasını isteyerek yatak koruyucu örtüyü altına serme ve üzerine sürgüyü yerleştirme
9. Hastanın pedini alma ve peddeki kanamamın rengini ve miktarını kontrol etme
10. Üriner kateter giriş bölgesini infeksiyon ve hijyenik yönden gözleme
11. Steril eldivenleri giyinme
12. Yardımcı hemşire tarafından distile suyun kadının vulvasına dökme
13. Perine temizliği için distile su ile ıslatılmış spanç ile önce uzak taraftan başlayarak labia majörleri önden arkaya doğru tek bir silme hareketi ile temizleme, ardından labia majörleri aralayarak labia minörleri, vestibülü ve en son anal bölgeyi önden arkaya doğru silerek temizleme ve her bir adım için ayrı spanç kullanma
14. Perineyi yukarıdaki basamaktaki gibi spanç ile kurulama
15. Antiseptik solüsyonla ıslatılmış spanç ile foley kateterin giriş yerini dairesel hareketlerle silme
16. Antiseptik solüsyonla ıslatılmış spanç ile kateteri meatüsten dışa doğru silme
17. Kateterin bağlantı yerlerini ve torbasının değiştirme tarihini kontrol etme (5-7 gün)
18. Kateteri olduğu için sıvı alımının önemi, torbayı üretra seviyesinden aşağıda tutması ve travmalardan koruması gerektiği konusunda hastaya ve ailesine eğitim verme
19. Eğer bacaklar ve pubis bölgesi kirliyse, kasıklardan bacaklara, pubisten karın bölgesine doğru (içten dışa)temizleme
20. Pedin vulvaya gelecek kısmını kontamine etmemek için arka tarafından tutma ve önden arkaya doğru yerleştirme
21. Sürgüyü ve yatak koruyucu örtüyü hastanın altından alma
22. Hastanın iç çamaşırını kirli ise değiştirme, rahat pozisyon verme
23. Eldivenleri çıkarma ve atıkları uygun şekilde uzaklaştırma
24. Yapılan uygulamayı hemşirelik notuna kaydetme
25. Sabah- akşam kateter bakımını tekrar etme
26. Hastaya kendi kendine perine ve kateter bakımını nasıl yapacağını öğretme



JİNEKOLOJİK OPERASYONLARDA TABURCULUK EĞİTİMİ

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Hastanın odasında ya da klinikte eğitim için uygun bir ortam hazırlama

2. Hastaya aşağıdaki konular hakkında bilgi verme;

- Eve çıktıktan sonra ilk haftalarda halsizlik ve yorgunluğun normal olduğu, iyileşme sürecinde depresyon, ağlama isteği ve sinirli davranışların olabileceği
- Uzun süre oturur pozisyonda kalmaktan kaçınması ve yorgun olmadıkça yatakta kalmaması
- İki ay elektrik süpürgesi kullanma, çamaşır asma ve ağır kaldırma (5 kg ve üstü) gibi karın kaslarının gerilmesine neden olabilecek işlerden kaçınması
- Yeterli ve dengeli beslenmesi ve günde en az 6-8 bardak su içmesi, kilo almaya özen göstermesi
- Hijyenine dikkat etmesi ve evine gittiğinde abdominal dikişleri yoksa banyosunu hemen, varsa alındıktan 1-2 gün sonra duş şeklinde alabileceği (su geçirmez pansuman malzemesi kullanılmışsa hemen duş alabileceği)
- Ameliyatın cinsel yaşamını etkilemeyeceği, cinsel ilişkiye 6-8 hafta sonra başlayabileceği, vajinal histerektomi veya vajinal onarım ameliyatlarında kontrole geldiğinde doktoruna danışarak cinsel aktiviteye başlayabileceği
- Ameliyattan sonra yaklaşık 4 hafta açık kahverengi vajinal akıntının olabileceği, devamlı sızıntı şeklinde veya fazla miktarda kanama, kötü kokulu, renkli akıntı, ateş yükselmesi (37,8°C), idrar yaparken yanma ve ağrının tehlike belirtileri olduğu, böyle şikayetleri olduğunda derhal hastaneye başvurması
- Ameliyattan 6 hafta sonra egzersiz amacıyla kısa yürüyüşler yapabileceği, kendini fazla yormuyorsa 1 haftadan itibaren merdiven çıkabileceği, 3 hafta sonra kendini iyi hissederse araba kullanabileceği, vajinal kanama yoksa 4 hafta sonra yüzebileceği, 6-8 hafta sonra tam gün işe dönebileceği

3. Hastanın overleri alınmışsa;

- Menopozal değişiklikler ile ilgili bilgilendirme
- Menopozal kadının olası gereksinimleri hakkında bilgi verme (vazomotor değişikliklerle baş etme, yeterli uyku ve dinlenme, uygun fiziksel aktivite, düzenli cinsel yaşam, gebelikten korunma, kişisel değer ve estetik, HRT danışmalığı, stresle baş etme ve sosyal destek)
- Cerrahi menopoza gireceği, bu nedenle menopoz polikliniğine başvurmasının önemi

4. Cinsel istekte azalma, vajinada kuruluk, cinsel ilişki sırasında ağrı olabileceği, bu şikayetlerin zamanla azalacağı ancak bu şikayetleri gidermek için hekimin önereceği kayganlık sağlayan krem ya da fitilleri kullanabileceği

5. Hasta pelvik relaksasyon ve üriner inkontinans nedeniyle bir operasyon geçirmişse;

- Eve idrar sondasıyla gidiyorsa perine ve kateter temizliğine özen göstermesi ve bunu nasıl yapması gerektiğini öğretme
- Eve idrar sondasız gidiyorsa idrar yapmada sorunlar olabileceği, sık idrara çıkma, sıkışma hissi, sıkıştığında idrar kaçırma, damlama şeklinde idrar kaçırma gibi şikayetlerinin geçici olarak görülebileceği ve bu şikayetlerin zamanla düzeleceğini
- Bu hastalarda cinsel ilişkinin 3 ay sonra başlayabileceğini söyleme

6. Pelvik taban kas egzersizlerini (Kegel egzersizleri) öğretme

7. Ameliyat sonrası tıbbi kontrole 6-8 hafta sonra gelmesinin önemini vurgulama

8. Hastanın soruları varsa cevaplama, acil durum olursa arayabileceği iletişim numaralarını bildirme

KEGEL EGZERSİZLERİNİ (PELVİK TABAN KAS EGZERSİZLERİ) ÖĞRETME

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. Hastanın odasında ya da klinikte eğitim için uygun bir ortam hazırlama
2. Kadına kegel egzersizleri ve önemi hakkında bilgi verme (Egzersizlerin idrar kaçırmayı önlediği, cinsel ilişkiden zevk almayı sağladığı ve üreme organlarının sarkmasını önlediği için kadın yaşamında son derece önemli olduğunu, gebelikte, lohusalıkta ve menopoz dönemine düzenli olarak yapılması gerektiği)
3. Nasıl yapıldığını öğretme
 - Mesanenizi boşaltın,
 - Rahat edebileceğiniz giyisiler giyin,
 - Yatakta yatarken bacaklarınızı yanlara doğru aralayın, dizler bükük şekilde uzanın, başınızı hafif bir yastıkla yükseltin,
 - Ayakta, oturarak ya da herhangi bir işle meşgulken de yapabilirsiniz,
 - Önce derin bir nefes alın,
 - Vücudunuzu gevşetmeye odaklanın ve vajina-anüs (hazne ve makat) etrafındaki kaslara konsantre olun,
 - Hazne ve makat etrafındaki kaslarınızı birlikte kasın,
 - Doğru kas grubunu kastığımızdan emin olmak için işaret ve orta parmağınızı haznenize koyarak egzersiz yapabilirsiniz,
 - Bir kasılmayı 10 saniye sürdürmek önemlidir, iki kasılma arasında 15 saniye gevşeme gereklidir,
 - Başlangıçta egzersize 3 tekrarla başlayın. Bu egzersiz paketini bir günde 6-8 kez ya da saat başı tekrarlamanız önerilir. Günde 300 keze kadar yapabilirsiniz
 - Kasılma esnasında nefesinizi tutmayın, kalça ve karın kaslarınızı kasmayın
 - Herhangi bir sorun saptanırsa rutin jinekolojik muayeneyi beklemeden doktorunuzla mutlaka irtibata geçin.
4. Kadına tüm basamakları uygulatma, eksiklerini tamamlama ve varsa sorularını yanıtlama, hastaya kegel egzersizlerini anlatan resimli broşür verme

BPP skorlaması

Parametre	Normal (2 puan)	Anormal (0 puan)
NST	Reaktif	Non-reaktif
Fetal solunum hareketi	En az 30 sn süren fetal solunum hareketi (30 dk içinde)	Solunum hareketi yokluğu yada 30 sn den kısa sürmesi
Fetal hareket	En az 3 gövde hareketi	Hareketlerin azalmış yada olmaması
Fetal tonus	Ekstremitte ve gövdede en az bir kez ekstansiyon sonrası fleksiyon olması	Azalmış yada olmaması (sürekli ekstansiyonda kalma veya açık parmaklar)
Amniyon sıvısı	En geniş cep 2 cm ve üzerinde olması	2 cm den küçük cep

ANTENATAL DEĞERLENDİRME BECERİSİ

UYGULAMA BASAMAKLARI

1. 1.Poliklinikte çalışanlarla tanışma ve ortamı inceleme
2. Muayene ortamının hazırlanmasına yardım etme
3. Gebe ile tanışma
4. Gebenin anamnezini alma
5. Gebeye doğum öncesi izlem sıklığı konusunda bilgi verme
6. Gebede risk değerlendirmesi yapma
7. Gebeye birinci izlemde yapılacak uygulamalar konusunda bilgi verme
8. Gebelikte yapılan laboratuvar tetkikleri hakkında bilgi verme,sonuçlarını değerlendirme ve kaydını yapma
9. Gebelikte yapılan prenatal tetkikleri hakkında bilgi verme,sonuçlarını değerlendirme ve kaydını yapma
10. Gebeye fiziksel değerlendirme ile ilgili bilgi verme

11. Gebeye fiziksel değerlendirme yapma, bulgularını gebeyle paylaşma
 - Vital bulguları ölçme, kaydetme, değerlendirme
 - Kilo ve boyu değerlendirme, gebelik öncesi BKİ'ni hesaplama, alınan kilonun gebelik ayına göre uygun olup olmadığını belirleme ve gebelik süresince alınacak toplam kiloyu hesaplama
 - Cildin değerlendirilmesi (renk,ısı,durum,lezyon,pigmentasyon)
 - Ağız ve burnun değerlendirilmesi
 - Boyun değerlendirilmesi (lenf nodları, troid)
 - Göğüs ve akciğerin değerlendirilmesi
 - Memelerin değerlendirilmesi
 - Abdomenin değerlendirilmesi
 - Leopold manevralarını yapma
 - ÇKS dinleme
 - Ballotment bulgusunu değerlendirme
 - Kalbin değerlendirilmesi
 - Ekstremitelerin değerlendirilmesi
 - ödem kontrolü yapılması
 - Varis kontrolü yapma
 - Omurgaların değerlendirilmesi
 - Reflekslerin değerlendirilmesi
 - Derin tendon refleksi
 - Patella refleksi
 - Pelvik alanın değerlendirilmesi
 - Dış genitaleri değerlendirme
 - Vajinayı değerlendirme
 - Serviksi değerlendirme
 - Uterus ve overleri değerlendirme
 - Pelvik ölçümleri değerlendirme
 - Anüs ve rektumun değerlendirilmesi

FENİLKETONÜRİ İÇİN KAPİLLER KAN ALMA

Malzemeler

- Steril iğne ya da lanset
- Antiseptik solüsyon
- Pamuk tampon
- Filtre kağıdı
- Eldiven ve atık kabı

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Test en az 24 saatlik beslenme sonrası yapılmalıdır.
2. Gerekli malzemeleri hazırlama
3. Aileye yapılacak işlem konusunda bilgi verme
4. Filtre kâğıdı üzerindeki bilgileri eksiksiz doldurma ve bebeği teyit etme
5. Elleri yıkama
6. Ayak topuğunda kan alınacak bölgeyi belirleme ve antiseptik solüsyon ile silme

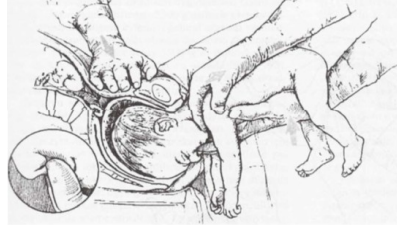


7. Ayak bileğini orta ve işaret parmağının, ayak parmak uçlarını ise avuç içine alarak bölgeyi sabitleme
8. İğneyi batırma, elini hafifçe sıkıp gevşeterek kanın çıkmasını sağlama.
9. Çıkan kanın filtre kağıdında daire içine alınmış bölgeye daire dışına taşırılmadan ve arka tarafına da geçecek şekilde emdirilmesini sağlama.
10. İşlem bittikten sonra ayak topuğuna kuru pamuk tampon uygulama.

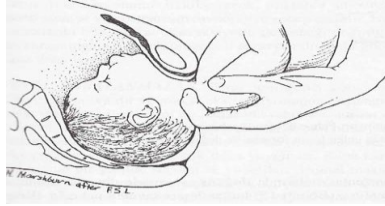
MAKAT PREZANTASYONDA BAŞIN DOĞURTULMASI MANEVRALARI

UYGULAMA BASAMAKLARI

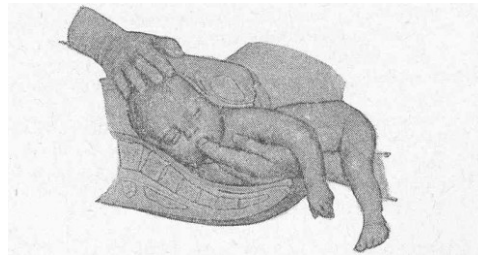
1. Omuzlar pelvisten çıktıktan sonra genellikle fetal başın ön-arka kutru ya da sagittal sutur, pelvisin ön-arka kutruna paraleldir ve çene sakruma yönelmiştir.
2. **MAURİCEAU-VEİT-SMELİE MANEVRASI:** Bebek bir kol üzerine ata biner şekilde bindirilir ve aynı elin işaret parmağı bebeğin ağzına sokularak bebek başına fleksiyon yaptırır.



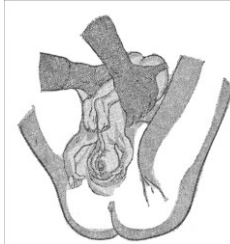
3. Diğer elin işaret ve orta parmağı bebeğin boynuna bir çengel gibi takılarak, oksiput simfisiz pubisin altından doğuncaya kadar aşağı doğru çekilir.
4. Daha sonra gövde anne karnına doğru yatırılırken ağız, burun ve alın da perineden sıyrılarak doğar.
5. **PRAG MANEVRASI:** Eğer fetüsün sırtı öne dönük değilse ve çevrelemiyorsa, yani yüzü simfize bakıyorsa uygulanır.
6. Bir el ile fetüsün omuzları tutulup çekilirken diğer el ile fetüsün ayakları anne karnına doğru fleksiyona getirilir.



7. **WİEGAND-MARTİN-WİNCKEL MANEVRASI:** Başın pelvise girmesi için, çocuğun ağzına kadar uzanan bir parmakla baş orta bir habitusta tutulmaya çalışılırken diğer elle omuzlar çengel gibi kavranır ve çekilir.
8. Baş pelvise girdikten sonra yapılan manevralarla kurtarılamazsa, arkadan gelen başa forseps uygulanır.



9. **BRACHT MANEVRASI:** Fetüsün annenin ıknmaları ve yerçekiminin etkisiyle vajinadan spontan çıktığı durumlarda, fetüs kemik pelvisinden tutulur ve ıknıntılarla eş zamanlı olarak yukarı doğru hafifçe çekilir.
10. Bir asistan tarafından el ile suprapubik basınç uygulanır.



11. Fetal vücudun çıkmasından sonra baş bu manevralarla çıkartılamazsa Piper forsepsi kullanılabilir.



Notlar: