

Doğum Sonu Değerlendirme: Bir Kontrol Çizelgesi Örneği

Postpartum Assessment: The Sample Checklist

HATİCE YILDIZ ERYILMAZ*

ÖZET

Doğum sonu dönem, fizyolojik ve çok hızlı bir dizi karmaşık yenilenme sürecinin yaşandığı, psikososyal dengelerin bozulduğu önemli bir dönüm noktasıdır. Bu süreçteki hemşirelik bakım girişimleri kapsamlı ve çok boyutlu olup annenin, bebeğin ve ailenin gereksinimlerine, yeni duruma uyum sağlamasına, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesine yöneliktir. Doğum sonu dönemdeki hemşirelik bakımında ilk aşama değerlendirmedir ve hemşirenin yetkisindedir. Uygun, kapsamlı ve çok boyutlu bir hemşirelik bakımını sağlamak için doğru, eksiksiz tam bir değerlendirme yapılması önemlidir. Bu amaçla, önemli bölgeleri ve beklenenleri hatırlatmada yardımcı olacak akronomiler, kontrol çizelgeleri, algoritmalar ve protokoller gibi doğum sonu değerlendirme araçları geliştirilmiştir. Bu araçların kullanımında amaç, annenin doğum sonu sürecini sağlıklı geçirmesini sağlamak, potansiyel ya da var olan problemleri tanımlamak, komplikasyonları önlemek ve değerlendirme sonucunda geliştirilen hemşirelik tanılarına göre uygun bakım girişimlerinde bulunmaktır. Sonuç olarak, doğum sonu yapılan değerlendirme ile bütüncül bir yaklaşım sağlanmış ve verilen bakım hizmetinin kalitesi artırılmış olacaktır.

Ahtar sözcükler: Değerlendirme alanları; doğum sonu dönem; kontrol çizelgesi.

Değerlendirme hemşirelik sürecinin ilk aşamasıdır. Ön değerlendirmeyi/tanılamayı (assessment) içeren bu aşamada veriler; hastanın gereksinimlerini ve sorunlarını ortaya çıkarmak amacı ile fizyolojik, psikolojik, sosyokültürel, ekonomik ve çevresel duruma ilişkin olarak bütüncül bir yaklaşım içerisinde toplanmalıdır. Ayrıca, hemşirelik sürecinin diğer aşamalarına temel olabilmesi, doğru tam koyulması ve uygun girişimlerde bulunulması için de doğru ve eksiksiz olarak yapılması çok önemlidir.^[1]

Doğum Sonu Dönemde Değerlendirme ve Önemi

Doğum sonu (DS) dönem, yenidoğanın doğumu ile başlayan, kadında genital ve ekstrasjenital organlardaki değişimi, ailenin psikososyal uyumunu içeren önemli bir süreçtir. Geleneksel

ABSTRACT

Postpartum period is an important milestone in which a series of rapid physiological and complex regeneration processes take place and psycho-social stabilities are deteriorated. Nursing care approaches in this period which are extensive and multi-dimensional and directed to the needs of mother, infant and family as well as protecting and improving their health. Nursing care during postpartum period is a first-step assessment and under the control of nurses. It is important to conduct a thorough and complete assessment in order to provide an extensive and multi-dimensional nursing care. In that respect, postpartum assessment tools such as acronyms, checklists, algorithms and protocols are developed in order to help in reminding the globally important regions and their related expectancies. The aim is to assure a healthy condition of mother in that period, to determine the existing and potential problems, to prevent complications and to provide nursing care in accordance with the nursing diagnosis formed upon assessments. In conclusion, postpartum assessment will provide a holistic approach and increase the quality of care.

Key words: Assessment; postpartum assessment; sample checklist.

olarak bu sürecin 6 hafta olduğu belirtilse de, bazı sistemlerde fizyolojik geri dönüş ve de bu döneme psikososyal uyum 10-12 hafta sürebildiğinden, gebeliğin 4. trimesteri olarak da adlandırılmaktadır.^[2-4] 2005 Ulusal Anne Ölümeleri Çalışmasına göre ülkemizde anne ölümlerinin %54'ü doğum sonrası dönemde meydana gelmektedir. Bu ölümlerin %20.9'u DS birinci günde, %14.8'i 2-7. günler arasında, %18.5'i ise birinci haftadan sonra görülmektedir. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması (SB AÇSAP) Genel Müdürlüğü, anne ile bebeğin DS bakım hizmetlerini düzenlemeyi amaçlayan bir "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi" hazırlamıştır. Bu rehber DS hastane takip protokolü (ilk 24 saat hastanede izlem) ve DS bakım protokolü (ilk 24 saatten sonra doğum sonu 42. güne kadar evde izlem) olarak iki bölüm halinde düzenlenmiştir. Bu da DS sürecinin ve bakım hizmetlerinin önemini vurgulamak açısından

* H Yıldız Eryılmaz, Yard. Doç. Dr.

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü
Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,
Tıbbiye Cad. Haydarpaşa, Üsküdar/İstanbul
Tel.: 0 216 418 16 06 - 07/1139 Faks: 0 216 418 37 73
e-posta: heriyilmaz@marmara.edu.tr, haticeeryilmaz@yahoo.com

önemli bir gelişmedir.^[5,6]

Doğum sonu hemşirelik bakımı, yeni doğum yapmış annenin, bebeğin ve ailenin fiziksel, psikososyal gereksinimlerini tanımlama, karşılama ve ailenin yeni dinamiklerine uyum sağlamasına yönelik bakım, eğitim ve problem çözmeye temellenmiş, sağlıklarının korunması ve geliştirilmesine yönelik bir sistemdir. Bu da anne-bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesi için çok boyutlu ve kapsamlı bir bakımı zorunlu kılmakta ve bu bakımı sağlayacak sistemli programlara gereksinimi ortaya koymaktadır.^[2,3,7-10]

Tüm hemşirelik bakımlarında olduğu gibi, DS bakımında birinci basamak değerlendirmedir. DS bakımın yapısal çerçevesi olarak hemşirelik bakım işlevleri kapsamlı ve çok boyutlu olduğundan, hemşirelik sürecinin tüm aşamalarında temel olabilmesi, uygun ve kapsamlı anne-bebek bakımının sağlanabilmesi için, hemşirelik bakım girişimlerinden önce dikkatli, doğru, eksiksiz ve tam bir değerlendirme yapılması gerekmektedir. Potansiyel ya da var olan gerçek problemlerin, gereksinimlerin tanımlanmasında hemşirenin yetkininde olabilecek sistematik değerlendirmeler ve sonucunda konulan hemşirelik tanıları, gerekli ve uygun girişimlerin zamanında yapılmasına olanak sağlayacak tarzda olmalıdır.^[1-4,7,8,10]

Değerlendirmede önce fiziksel değerlendirme yapılır ve bu değerlendirme izlemlerle devam eder; fiziksel değerlendirme yapabilmek için hemşire DS döneme özgü normal değerleri, normalden sapmaları ve bunlara neden olabilecek faktörleri çok iyi bilmelidir. DS değerlendirme için çok zaman ayırmak gerekmez, kısa sürede yapılabilir ve hasta-hemşire iletişimini başlatarak terapötik birlikteliği sağlar. Annenin kendi ve bebek bakımıyla ilgili eğitimi için hemşireye elverişli bir zaman doğurur. Hemşirelik tanıları ve bakım girişimlerinin uygun ve doğru olarak yapılmasını sağlar. Temelde verilen bakım hizmetinin kalitesini artırır. Bu da hizmeti verenin iş doyumunu, hizmeti alanın da memnuniyetini artıracaktır.^[1,7,10,11]

Normal, komplikasyonsuz vajinal doğum yapanlarda değerlendirmenin taburcu olana kadar iki kez yapılması uygun olabilir. İlki, doğumdan sonra ya da servise kabulde (DS kanama kontrol devresinde genelde fizyolojik semptomlara yönelik değerlendirme yapılması, kapsamlı bir değerlendirmenin de özellikle doğumdan birkaç saat sonra anne rahatlayınca servise yapılması uygun olacaktır), ikincisi taburcu olmadan öncedir. Sezaryen doğum yapanlarda da annenin iyileşme sürecine göre ilk iki günde daha sık ve üçüncü günde de taburcu olmadan önce, daha uzun sürede taburcu olacaksak taburcu olana kadar 2 günde bir yapılması uygun olabilir.

DS Değerlendirilmesi Gereken Bölge/Alanlar ve Yaygın Riskler

DS değerlendirmede önemli bölgeleri ve bakım vermede global olarak beklenenleri hatırlatmak için yardımcı olacak bir akronomi:

BUBBLERS^[4,7,8]

- B** Memeler (**Breasts**)
- U** Uterus
- B** Mesane, boşaltım (**Bladder**)
- B** Bağırsak (**Bowels**)
- L** Loşiya (**Lochia**)
- E** Epizyotomi
- R** Emosyonel cevap (**Emotional Response**)
- S** Homan bulgusu (**Homan's Sign**)

Yaşam Bulgularının Değerlendirilmesi^[2-4,7,9,11-13]

Değerlendirmede öncelik yaşam bulgularının değerlendirilmesi olmalıdır. Yaşam bulguları DS ilk bir saatte her 15 dakikada bir değerlendirilir ve bulgular normal değerlerde ve kararlı (stabil) olduğunda izleme aralıkları açılır. Yapılan değerlendirme sonucunda elde edilen bulgular kaydedilir.

Yaşam bulgularının değerlendirilmesinde bir yaklaşım: DS ilk bir saatte 15 dakikada bir, sonraki bir saatte 30 dakikada bir, sonraki 2 saatte saatte bir, daha sonraki 4 saat için 2 saatte bir ve sonra 4 saatte bir olarak değerlendirilerek kaydedilmesi; DS 2. ve 3. günlerde sorun yoksa 8 saatte bir alınması şeklindedir. Bir diğer yaklaşım, DS kararlı oluncaya kadar 15 dakikada bir, sonra 4 ya da 8 saatte birdir.

DS arteriyel kan basıncı (AKB) gebelikteki değerle uyumludur ya da az değişiklik olur, genelde normal sınırlar içindedir. Ortostotik hipotansiyon ilk 24 saat içinde görülür, karn içi organlarda ödem gelişmiş ise ilk 48 saatte de görülebilir. DS ilk 24-36 saat içerisinde kan basıncında yükselme gestasyonel hipertansiyon (preeklampsi/eklampsi), oksitosin veya vazopresör ilaçların kullanımı, anksiyete, esansiyel hipertansiyon vb. nedenlerle olabilir. Anne, DS baş ağrısından yakınıyorsa TA kontrolü gerekir. Hipotansiyon ise kanama, şok vb. yansıtır.

Nabızda fazla değişiklik olmaz. Erken DS süreçte hafif bir yükselme olabilir; fakat ilk 24 saat içinde normal sınırlara dönmelidir. Fizyolojik bradikardi, DS artan kardiyak debi (cardiac output) ve atım hacmine (stroke volume) bağlıdır. Taşikardi, öncelikle annede kardiyak problemini akla getirmelidir. Ayrıca

taşikardi kanamanın göstergesi de olabilir; anne kanama, ağrı, anksiyete, dehidratasyon, ateş, enfeksiyon vb. yönlerden de değerlendirilmelidir.

Vücut ısısı, normalde 36.2-38°C arasında seyredir. DS ilk 24 saat içinde annenin doğum eylemindeki dehidratasyona ve fiziksel güç sarfetmesine bağlı olarak vücut ısısı 38°C kadar yükselir. Doğumdan kısa süre sonra titremelerin olması da, doğumdaki nörolojik ve vazomotor değişiklikler sonucunda vücut ısısının fiziksel çevre ısısından daha yüksek olmaya başlaması nedeniyledir. İlk 24 saat sonra 38°C ve üstündeki ateş ise patolojiktir. Hemşire enfeksiyon bulguları ve enfeksiyona neden olabilecek faktörler açısından değerlendirme yapılmalıdır. Uterus ve loşiya da değerlendirilmelidir.

Solunum DS normal sınırlardadır. Taşipne, dispne varsa respiratuvar distresin göstergesi olabilir ve solunum rahatsızlığını, aşırı kan kaybını, ağrı, korku vb. düşündürür. Doğumda anestezi ya da ağrı için yapılmış medikasyon solunumu deprese edebilir. Hemşirenin DS solunum fonksiyonlarını, akciğer kapasitesini, havayolu açıklığını, inspirasyon ve ekspirasyonu, gaz alış verişini değerlendirmesi önemlidir. Oskültasyonda, (özellikle anestezi almış annelerde) akciğerlerin tüm lobları temiz, solunumu normal sınırlarda, O₂ satürasyon düzeyi en az %95 olmalıdır. Kreptasyon, wheezing ya da pleural friksiyon (sürtünme sesleri) da respiratuvar distres belirtisi olabilir.

Memelerin ve Emzirmenin Değerlendirilmesi^[2-4,7-9,11-13]

Memeler yumuşaklık, dolgunluk, süt kanallarındaki dolulukla ilgili olarak (engojman, retansiyon vb.) sertlik, sıcaklık, hassasiyet vb. yönlerden, meme uçları da kızarıklık, çatlak, içe çöküklük açısından gözlenerek değerlendirilir. Memeler ilk 2-3. gün palpasyonla yumuşaktır ve kolostrum salgılanır, 3-4. günlerde geçiş sütü ile birlikte memeler dolgunlaşır, ağırlaşır ve sıcaklık hissedilir. Meme uçları çatlak/yarık değildir ve uyarıldığında erektil olabilir. Aşırı şişlik, sıcaklık, ağrı, meme uçlarında çatlak, yarık, içe çöküklük, sertlik (kitle) palpe edilmesi normal değildir; varsa bunlar not edilmeli ve uygun girişimlerde bulunulmalıdır.

Emzirmeye ilişkin olarak kolostrum/anne sütü durumu, etkili ve başarılı emzirme, emzirme tekniği, mevcut problem varlığı, anne/bebekte isteklilik, emzirmeye ilişkin bilgi, tutum yönünden değerlendirilir. Memelerdeki büyümeye bağlı ağırlığın desteklenmesi ve memeleri destekleyen ligamentlerin ve bağ dokusunun gerginliğinin önlenmesi için anneler DS her zaman sütyen kullanmalıdır. Kadının uygun sütyenle göğüslerini destekleme durumu değerlendirilmelidir.

Uterus İnvölüsyonu ve Batının Değerlendirilmesi^[2-4,7-9,11-13]

Uterus involüsyonunun doğru bir şekilde değerlendirilmesi için mesanenin boş ve anne sırt üstü (supin) pozisyonunda ve dizleri hafifçe bükük olmalıdır. Fundusun lokalizasyonu palpe edilmelidir. Bunun için bir el simfisis pubis üzerinde ve alttan uterusu desteklemeli, diğer el ile özellikle orta parmakla umblikus üzerinden aşağıya doğru hafif bastırılarak fundusun lokalizasyonu

yani involüsyon düzeyi umblikusa göre belirlenmeli ve kaydedilmelidir (U+1, U=0, U-1... gibi). DS ilk 12 saatte fundus umblikus seviyesindedir. Fundus yüksekliği günde 1 cm (1 parmak) azalır ve 9-10. günlerde palpe edilemez. Fundus kontrolü DS ilk bir saatte 15 dakikada bir, komplikasyon yok ise dört saatte bir yapılmalı ve sonuçlar kaydedilmelidir. Uterus sert, kontrakte olarak ele gelmeli ve orta hatta olmalıdır. Uterus fundusundaki yumuşaklık ya da doğum saatine göre involüsyonun beklenen düzeyde olmaması risktir, subinvölüsyonu düşündürür, kaydedilerek hemen uygun girişimlerde bulunulmalıdır. Fundus sertliği ve yüksekliğindeki sapmalar, mesane distansiyonu, uterus atonisi, plesanta retansiyonu ya da enfeksiyonu düşündürmelidir.

Kadın sezaryenle doğum yapmış ise cerrahi insizyon yeri anormal drenaj, enfeksiyon bulguları (kızarıklık, ödem, sıcaklık, hassasiyet, akıntı, kötü koku vb.) ve iyileşme durumu açısından değerlendirilmeli ve ayrıca karın hassasiyeti, bağırsak sesleri, gaz çıkarma, distansiyon durumu da değerlendirilmelidir.

Perinenin Değerlendirilmesi^[2-4,7-13]

Perinenin bütünüyle gözlenmesini ve loşiyanın miktarını, özelliklerini değerlendirmeyi içerir. Perineal bölge, hijyen, bütünlük, renk değişikliği, kızarıklık, ekimoz, hematoma, yaygın ödem, hemoroid ve epizyotomi/laserasyon durumu açısından değerlendirilir. Şayet, epizyotomi ya da laserasyon onarımı varsa dikişler iyileşme, dokuların birbirine yaklaşık olma durumu, açılma olup olmadığı ve enfeksiyon belirtileri açısından, hemoroid varsa kanama durumu, hassasiyeti, ağrı vb. yönden gözlenerek değerlendirilmeli ve tüm sonuçlar kaydedilmelidir. Perine-epizyotomi değerlendirme kriterlerinin her biri için bir akronomi kullanılır. Bu beş parametreden oluşan, 1979'da Davidson tarafından DS perinenin objektif değerlendirilmesi için geliştirilmiş olan REEDA ölçeğidir.

REEDA

- R** Kızarıklık (Redness),
 - E** Ödem (Edema),
 - E** Ekimoz (Ecchymosis),
 - D** Akıntı (Discharge),
 - A** İnsizyon yerinin, dikişlerin durumu/yakınlığı (Approximation)
- değerlendirilir.

Bu ölçeğe göre perine ve insizyon durumu için 0'dan 3'e kadar puanlarla skorlama yapılır. 0 normal değerdir; REEDA skoru yükseldikçe patolojinin arttığını, düştükçe patolojinin azaldığını yani iyileşmeyi gösterir. DS perine intak (tam) olmalıdır, az ödem ya da hemoroid olabilir. İnsizyon yerinde ödem, kızarıklık olmamalıdır. Perinede ve epizyotomi/laserasyon, insizyon yerinde belirgin ödem, kızarıklık, bütünlüğün bozulmuş olması, aşırı ağrı, ekimoz, hematoma, pürülan akıntı ve dikişlerde açılma enfeksiyon göstergesidir.

Loşiyanın miktarı ve yoğunluğu (kadının pedi en son değiştirdiği saate göre) içeriği (pıhtı içerip içermediği - birkaç küçük pıhtı içerebilir), rengi ve kokusu değerlendirilir. DS ilk bir saat içinde

15 dakikada bir, ikinci saat 30 dakikada bir, eğer komplikasyon yok ise dört saatte bir kontrolü yapıp kaydedilir.

Dikkat!

- Aşırı loşiya rubra var ve uterus yumuşaksa ==> **uterus atonisi**,
- Aşırı loşiya rubra ve büyük ya da çok sayıda küçük pıhtılar var ve uterus yumuşaksa ==> **plesanta retansiyonu**,
- Parlak kırmızı kanama var ve uterus kontrakte ise ==> **uterusun yırtık olduğu**,
- Aşırı kanama var, uterusun sertliği/yumuşaklığı değişken ve epizyotomi yerinden sızan kanama var ise ==> **koagülopati kanaması düşünülmelidir**.

Loşiyanın kokusu kendine özgü olmayıp çok kötü ise incelenmeli, gerekirse kültür alınmalıdır.

Tüm bu perine ve loşiya değerlendirmeleri fundus, uterus kontraksiyonu değerlendirmeleri ile birlikte yapılmalıdır.

Üriner ya da Bağırsak Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi^[2-4,7-9,11-13]

Kadının DS ilk altı ile en geç sekiz saat içerisinde idrarını yapması istenir ve en azından ilk iki boşaltım miktarı ve özellikleri kaydedilir. DS boşaltımı güçleştirecek faktörler (perinedeki şişlik, ödem, epizyotomi varlığı, ağrı, doğum eylemine bağlı alt üriner sistemde gelişen ödem ya da travma), boşaltım güçlükleri (mesanenin tam boşaltılamaması, distansiyon duyarlılığında azalma), idrar retansiyonu/mesane distansiyonu, boşaltıma ilişkin olası problemler (inkontinans; stres ya da urge), idrar yolu enfeksiyon (İYE) varlığı, düzeyi değerlendirilir. Bu durumlar, subinvolüsyon, kanama, uterus pozisyon değişikliği nedenidir. Ayrıca, aşırı distansiyon, mesane tonüsünün kazanılmasını geciktirir, mesane fonksiyonları bozulur ve İYE oluşmasına katkıda bulunur.

DS defekasyona çıkıp çıkmadığı sorgulanır (bu, doğum eylemi öncesi ve süresi olarak ne kadar süredir besin tüketmediğine ve DS beslenme durumuna göre değerlendirilir); konstipasyon, fekal inkontinans, doğum eylemi sürecinde 3. dereceden bir yırtık oluşup oluşmadığı değerlendirilir. Sezaryen doğum ise bağırsak sesleri, peristaltizm (normal doğumda DS bağırsak sesleri mevcuttur, motilite azalabilir), gaz varlığı ve ayrıca kadının beslenme durumu, düzenli diyet, sıvı alımı da değerlendirilir. DS bağırsak seslerinin olmaması patolojiktir. DS konstipasyon ya da diyare de olmamalıdır. Konstipasyon, bağırsak peristaltizminde azalma, perinede epizyotomi/laserasyon ve buna bağlı ağrı, travayda yiyecek-sıvı kısıtlaması/lavman vb. nedenlerle, diyare de; medikasyonu da içeren birden fazla faktör nedeni ile oluşabilir.

Alt Ekstremitelerde Değerlendirme

Bacaklar, gebelik nedeni ile oluşan varis ya da ödem durumu (hafif pretibial/pedal [ayaklarda] ödem olabilir), trombofilebit bulguları ve Homan bulgusu açısından değerlendirilmelidir. Homan bulgusu negatif olmalıdır. Homan bulgusu için bacaklar düz pozisyona getirilir, dizin altından el ile hafif yukarı kaldırılır ve sonra kadının ayağı ani ve hızlı olarak dorsofleksiyo (yani kadına doğru) bükülür. Kadın rahatsızlık hissetmemelidir. Dorsofleksiyon ağrılı ise bacaklardaki venlerde bir enflamasyon olduğuna işaret eder ve ayrıca bu durum derin ven trombozu ya da tromboembolizm açısından da bir risktir ve Homan bulgusunun pozitif olduğunu gösterir; bu durum mutlaka rapor edilmelidir. Bacaklarda belirgin ödem, kızarıklık, ağrı ve sıcaklık, hassasiyet olması da patolojiktir. Spinal anestezi ile sezaryen sonrasında DS alt ekstremitelerde duyarlılık izlenmeli ve geri dönüş zamanı not edilmelidir. Şayet kadın genel anestezi ile doğum yapmışsa uyanması, zaman, yer ve kişi oryantasyonu değerlendirilmelidir.^[2-4,7,9,11,12]

Ağrının Değerlendirmesi

Ağrı değerlendirme ölçeği ile ağrının şiddeti, lokalizasyonu (insizyon, bacak, sırt, baş vb.), tipi (küt, sızlama, sancıma, acıma, zonklayıcı, yaygın vb.) değerlendirilerek kaydedilir. DS süreçte ağrı giderek azalmalıdır. Ağrıda herhangi bir artış, insizyon yerinde ya da perineal laserasyonda şişlik kaydedilmelidir. DS hafif baş ağrısı olabilir, şiddetli ise patolojiktir ve hipertansiyon, preklampsi, epidural ya da spinal anestezi, migren öyküsü yönünden araştırılır. Sırt ağrısı varsa, bu durum psikososyal faktörler ve/veya travmaya bağlı olabilir: bu açıdan da değerlendirilmelidir.^[2-4,7,9,11,12]

Psikolojik Değerlendirme

DS bakımın önemli bir parçasıdır. DS hafif duygusal değişiklikler mevcuttur, anne-bebek etkileşimi ise pozitif olmalıdır. Annenin tutumu ve duyguları, kendi ve bebek bakımına ilişkin yeterliliğini etkiler, bu nedenle anne-bebek etkileşimi erken süreçte değerlendirilerek gereksinimler belirlenmelidir. Hemşire, gözlemleyerek ve bazı sorulara aldığı cevaplara göre sorun ve gereksinimleri belirleyebilir. (Annenin bebekle yüz yüze bakarak iletişim kurması, etkileşimi, ilgilenmesi, bebeğini kucağına alması, bebeğe dokunması, bebekle iletişimde artış ya da azalma, bebeğin ihtiyaçlarına duyarlılığı, bebeğine ismi ile hitap etmesi, bebeğin cinsiyetine ilişkin kırgınlık/bozulma durumu, bebeğin kıyafetleri, giydirmesi vb. gözlemlenir). Anne-bebek etkileşiminde problem varsa; ne olduğu, kaynağı ve kadının duyguları, neler hissettiği sorgulanır ve kayıt edilir. Rol değişikliği ve ebeveynliğe geçişle ilgili riskler değerlendirilir. Hikayesinde psikiyatrik herhangi bir hastalık olup olmadığı, var olan potansiyel problemler (depresyon, bebek kaybı vb.) açısından değerlendirilir. Eşi ile ilişkisi ve destek sistemleri sorgulanır. DS yorgunluk, doğum eylemi süreci, anemi, depresif durum, anksiyete, uyku bozuklukları, konsantrasyon güçlükleri açısından da değerlendirilmelidir.^[2-4,7,9,11,12] Doğum sonu risk faktörleri ve değerlendirilmesi gereken durumlar özet olarak Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1: Doğum Sonu Risk Faktörlerinden Bazıları ve Değerlendirilecek Durumlar [7]

Risk Faktörü	Olası Riskler	Değerlendirilecek Durumlar
Sezaryen doğum	<ul style="list-style-type: none"> Sağlığın bozulması Paralitik ileus Üriner retansiyon 	<ul style="list-style-type: none"> Her 2-4 saatte bir insizyon ağrısı, İnsizyon yerinin enfeksiyon ve iyileşme durumu, Her 2-4 saatte bir bağırsak sesleri ve gaz durumu, Kateterin çıkarılmasından sonra boşaltım durumu değerlendirilir.
Uzamış travay-doğum eylemi	<ul style="list-style-type: none"> Yorulma, tükenme Uzun süre beslenememe ve sıvı alamama Uterus atonisi ve kanama 	<ul style="list-style-type: none"> Yeterli istirahat etme durumu (sağlanır / önerilir), Yediği besinler, aldığı ve çıkardığı, Her 1-2 saatte bir fundusun sertliği, Her 1-2 saatte bir loşiyanın miktarı, Her 1-2 saatte bir yaşam bulguları değerlendirilir.
Hızlı doğum	<ul style="list-style-type: none"> Uterus atonisi ve kanama Doğum kanalında laserasyon 	<ul style="list-style-type: none"> Fundusun sertliği her 1-2 saatte bir, Loşiyanın miktarı her 1-2 saatte bir, Yaşam bulguları her 1-2 saatte bir değerlendirilir.
Doğum komplikasyonları (Plasenta retansiyonu, laserasyonlar)	<ul style="list-style-type: none"> Doğum kanalında laserasyon DS kanama 	<ul style="list-style-type: none"> Fundusun sertliği her 1-2 saatte bir, Loşiyanın miktarı her 1-2 saatte bir, Yaşam bulguları her 1-2 saatte değerlendirilir.
Diyabet	<ul style="list-style-type: none"> İnsülin regülasyon riski Hiperglisemi ya da hipoglisemi Yara iyileşmesinde gecikme, bozulma 	<ul style="list-style-type: none"> Her 2-4 saatte bir kan şekeri takibi, Hiper ve hipoglisemi bulguları, Epizyotomi ya da insizyon yerinin iyileşme durumu gözlenir / değerlendirilir.
Gestasyonel hipertansiyon ya da preeklampsi	<ul style="list-style-type: none"> Nörolojik ve kardiyovasküler hasar 	<ul style="list-style-type: none"> Yaşam bulguları her 1-2 saatte bir, Refleksler ya da kasılma durumu her 1-2 saatte bir, Baş ağrısı ve bulanık görme durumu değerlendirilir.
Uterusun aşırı gerilmesi (iri bebek ya da çoğul gebelik)	<ul style="list-style-type: none"> Uterus atonisi, kanama 	<ul style="list-style-type: none"> Fundusun sertliği her 1-2 saatte bir, Loşiyanın miktarı her 1-2 saatte bir, Yaşam bulguları her 1-2 saatte bir değerlendirilir.

Değerlendirme Araçları

Hemşirelik öyküsü ve fiziksel değerlendirmede elde edilen verileri kayıt etmek üzere birçok formlar geliştirilmiştir ve bu formlardaki tüm veriler, hemşirelik tanısının belirlenmesinde gereklidir. DS değerlendirmede, hatırlatıcı parametrelerin beklenen normal ve anormal bulguların listelendiği, global olarak önemli bölgeleri, beklenenleri hatırlatmada yardımcı olacak akronomi, kontrol çizelgesi (çeklist), protokol, akış çizelgesi (algoritma), yol haritaları, skala ve benzeri değerlendirme araçları kullanılabilir. DS değerlendirme temelde önemli bölge/alanları değerlendirmeye ve DS yaygın risk faktörlerini belirlemeye yönelik olsa da, gebelik ve doğum hakkında verileri de almakla başlar. Çünkü gebelik ve doğum sürecinde yaşanan sorunlar, var olan genel sağlık problemleri annenin DS iyileşmesi ve sağlık durumunu etkileyebilmektedir. Bu nedenle DS döneminde değerlendirmede, annenin gebelik, travay, doğum, genel sağlık sorunları, laboratuvar verilerinin de değerlendirilmesi ve tüm verilerin bir forma kaydedilmesi önemlidir.^[2,4,7,11]

DS değerlendirmede kullanılmak amacı ile kontrol listesi tarzında geliştirilen “Doğum Sonu Değerlendirme Kontrol Çizelgesi” örnek formu (Ek 1) kaynaklar doğrultusunda oluşturul-

muştur.^[1,2,4,6,7,9-16] Form annenin gebelik ve doğuma ilişkin verileri ile DS döneminde fizyolojik ve psikolojik değişikliklerini içermektedir. Yenidoğana ilişkin kısa veriler de yer almaktadır. Formda değerlendirme ölçütlerini; yaşam bulguları, uterus, loşiya, perine, epizyotomi, abdominal insizyon, memeler, emzirme, eliminasyon, karın, tromboemboli durumu, ağrı-rahatsızlık, laboratuvar verileri vb. oluşturmaktadır. Psikolojik yönden anne-bebek etkileşimi ve duygusal durum da değerlendirilmektedir. Bu form bir örnektir. Kliniklerde aynı kullanılabilirliği gibi her klinik kendine göre de uyarlayabilir ya da farklı bir biçim de oluşturulabilir. Önemli olan, hemşireler tarafından yapılacak değerlendirmenin benimsenmesi, değerlendirme formlarının kliniklerde uygulamaya yansiyarak, hemşireler tarafından yaygın kullanımının hayata geçmesidir.

Ülkemizde ve dünyada DS erken taburculuk nedeni ile annenin hastanede yattığı süre kısadır, DS evde bakım hizmeti ise yetersizdir. Anneliğe bağlı ölümlerde ise DS oluşan komplikasyonlar ilk sıradadır. Kapsamlı ve çok boyutlu olan DS hemşirelik bakımını verebilmek bu nedenlerle önem kazanmaktadır. Diğer taraftan 2007 yılında Hemşirelik kanununda

DOĞUM SONU DEĞERLENDİRME ÇİZELGESİ

Saat: Oda-yatak No:

Hastanın Adı-Soyadı :
 Servise kabul edildiği tarih :
 Değerlendirme tarihi ve saati :
 Değerlendirmeyi yapan hemşire :

GEBELİK-DOĞUMA İLİŞKİN VERİLER

() Gravida () Kürtaj sayısı
 () Para () Düşük sayısı
 () YÇS () Antenatal kontrol sayısı

Annede kronik hastalık Var Yok**Gebelikte problem** Var Yok**Doğum şekli:** **Vajinal**

- Spontan
 Vakum/ forseps
 Epizyotomi

 Sezaryen

- İlk Mükerrer
 Genel anestezi
 Rejyonel (epidural/spinal)

Doğumda laserasyon Oluşmamış Oluşmuş Yeri:**Gestasyon haftası ()** Matür Prematür İnatür Postmatür Tekiz Çoğul Gebelik**Doğum yaptığı tarih ve saat:****Doğum eylemi süresi/saat:****EMR** Oluşmuş: Antibiyotik başlanmış Antibiyotik başlanmamış Oluşmamış**Doğumda komplikasyon gelişme durumu** Var: Anneye ait Bebeğe ait Yok**Yenidoğanda anomali** Var: Yok**YAŞAM BULGULARI**

TA (mm/Hg)	<input type="checkbox"/> Normal	Derece (°C)	<input type="checkbox"/> Normal	Nabız (/dk)	<input type="checkbox"/> Normal
	<input type="checkbox"/> Hipertansiyon		<input type="checkbox"/> Hipertermi (≥ 38°C)		<input type="checkbox"/> Taşikardi
	<input type="checkbox"/> Hipotansiyon		<input type="checkbox"/> Hipotermi		<input type="checkbox"/> Bradikardi
					<input type="checkbox"/> Filiform

Solumum (/dk)	<input type="checkbox"/> Normal, düzenli	Akciğer sesleri	<input type="checkbox"/> Normal, temiz	Uterus-Fundus	<input type="checkbox"/> Sert, kontrakte
	<input type="checkbox"/> Taşipne		<input type="checkbox"/> Patolojik		<input type="checkbox"/> Yumuşak/batac uterus
	<input type="checkbox"/> Hiperpne				<input type="checkbox"/> Orta hatta (umblikus hizasında)
	<input type="checkbox"/> Apne				

Karın	<input type="checkbox"/> Yumuşak	<input type="checkbox"/> Sirtia (+)	İnvolüsyon	<input type="checkbox"/> Fundus yüksekliği (involüsyon) normal
	<input type="checkbox"/> Distansiyon (+)	<input type="checkbox"/> Karın kaslarında diyastaz		<input type="checkbox"/> Subinvolüsyon
	<input type="checkbox"/> Sarkık, gevşek karın			

Loşya	Renk	<input type="checkbox"/> Parlak kırmızı	<input type="checkbox"/> Koyu kırmızı	<input type="checkbox"/> Kahverengi
		<input type="checkbox"/> Pembe	<input type="checkbox"/> Sarı/beyaz	
	Miktar	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Aşırı, yoğun	<input type="checkbox"/> Az
	Pıhtı	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var (büyük ya da çok sayıda küçük pıhtı)	
	Koku	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Patolojik (kötü koku)	

Perine	<input type="checkbox"/> Bütün	<input type="checkbox"/> Hematom	Epizyotomi	<input type="checkbox"/> Var	Abdominal İncizyon	Dikişlerin durumu; <input type="checkbox"/> Normal, sorun yok, temiz <input type="checkbox"/> Patoloji var
	<input type="checkbox"/> Temiz	<input type="checkbox"/> Hemoroid		<input type="checkbox"/> Yok		
	<input type="checkbox"/> Ödem	<input type="checkbox"/> Ağrı		REEDA ölçeği değerlendirme sonucu:		
	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Kanama				
	<input type="checkbox"/> Ekimoz					

MEMELER-EMZİRME

Genel doku	<input type="checkbox"/> Yumuşak	<input type="checkbox"/> Sert	<input type="checkbox"/> Kızark	<input type="checkbox"/> Hassas, ağrılı	<input type="checkbox"/> Engojman
	<input type="checkbox"/> Süt relansiyonu	<input type="checkbox"/> Mastit	(sorun varsa <input type="checkbox"/> sağ meme <input type="checkbox"/> sol meme <input type="checkbox"/> her ikisi)		

Meme ucu	<input type="checkbox"/> Bütün, çatlak yok	<input type="checkbox"/> Çatlak-yara	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> İçe çöküklük
-----------------	--	--------------------------------------	-------------------------------------	---------------------------------------

Emzirme	<input type="checkbox"/> Başarılı	<input type="checkbox"/> Desteğe ihtiyacı var
	<input type="checkbox"/> Başarısız	<input type="checkbox"/> Anne kaynaklı <input type="checkbox"/> Bebek kaynaklı
	Emzirmede anne; <input type="checkbox"/> İstekli <input type="checkbox"/> Değil Problem; <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok	Laktasyon; <input type="checkbox"/> Kolostrum <input type="checkbox"/> Anne sütü <input type="checkbox"/> Laktasyon inhibisyonu

ELİMİNASYON

Üriner sistem	İlk boşaltım zamanı:	Miktarı:
	<input type="checkbox"/> İdrar yapma normal	<input type="checkbox"/> Boşaltımda sorun yok
	<input type="checkbox"/> İdrar rengi normal	<input type="checkbox"/> Rengi patolojik <input type="checkbox"/> Dizüri
	<input type="checkbox"/> Polütüri	<input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Anüri
	<input type="checkbox"/> İdrarını tutma, yapmaktan kaçınma/tam boşaltmama	<input type="checkbox"/> İdrar relansiyonu <input type="checkbox"/> Mesane distansiyonu

Barsak sistemi	<input type="checkbox"/> Barsak sesleri normal	<input type="checkbox"/> Barsak sesleri yok
	<input type="checkbox"/> Gaz (distansiyon)	<input type="checkbox"/> Gaz çıkarma normal
	<input type="checkbox"/> Hiperomotilite	<input type="checkbox"/> Hipomotilite <input type="checkbox"/> Konstipasyon

ALT EKSTREMİTELER (Trombo-Emboli, Tromboflebit, Ödem, Varis Durumu)

Bacaklarda	<input type="checkbox"/> Homan bulgusu (-)	<input type="checkbox"/> Homan bulgusu (+)	<input type="checkbox"/> Varis
	<input type="checkbox"/> Sağ bacak	<input type="checkbox"/> Sol bacak	
	<input type="checkbox"/> Kızarıklık	<input type="checkbox"/> Sıcaklık/ısı farkı	<input type="checkbox"/> Şişlik, çapta farklılık
	<input type="checkbox"/> Ağrı	<input type="checkbox"/> Hassasiyet	
	Ödem: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Düzeği: +1, +2, +3, +4	Yeri: <input type="checkbox"/> Alt ekstremiteler <input type="checkbox"/> Yüz <input type="checkbox"/> Perine <input type="checkbox"/> Tüm vücut	

ANNE-BEBEK ETKİLEŞİMİ İyi Kötü (.....) Desteğe ihtiyacı var**DUYGUSAL DURUM** Alıngan,duygusal Ağlamaya eğilimli
 Anksiyete/stres Kaygı/endişe**AĞRI** Var: Yok
Yeri Tipi Şiddeti: Hafif Orta Şiddetli, Ağrı ölçeği puanı:**RAHATSIZLIK DURUMU** Uykusuzluk Yorgunluk Bitkinlik Diğer**BESLENME** Normal Rejim 1 2 3 Diyet.....
Oral aldığı sıvının tipi ve miktarı
 IV sıvı alımı (solüsyon tipi miktarı... hızı/damla sayısı ...)**DS KONFORU** İyi Orta Kötü (hangi yönden))**LABORATUVAR DEĞERLERİ**Hb Hct Lökosit Trombosit
Protrombin zamanı Diğer tetkikler
Kan grubu/Rh**Doğum sonu komplikasyon/risk durumu** Mevcut
 Olası**HEMŞİRELİK TANILARI**



yapılan değişiklik çerçevesinde 5634/3. md düzenlemesine göre; *“Hemşireler ...bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personeli” denmektedir.*^[17] Buradan da anlaşılacağı gibi hemşirelik sürecinin tüm basamakları, özellikle tanılama yani hemşirelik tanıları kavramları yasal olarak da kabul edilmiştir. Tüm bunları gerçekleştirebilmek, klinik alanda bakıma yansımaları sağlayabilmek adına öncelikle etkin ve yeterli değerlendirmeye ve bunun için de uygun değerlendirme araçlarına ihtiyaç vardır. Bu bağlamda örnek değerlendirme formunun geliştirilmesindeki amaç, genelde yaygın olmayan, hatta çoğu kliniklerde hiç uygulanmayan ve uygulanması hemşirelerin yetkisinde olan DS değerlendirmenin önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktır. Bunun için geliştirilen örnek formdaki hatırlatıcı parametrelerle, zamandan da tasarruf ederek, doğru bir değerlendirmenin yapılabilmesine, uygun hemşirelik tanılarının konularak gereksinime cevap verecek hasta merkezli, bütüncül ve kapsamlı hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına ve DS verilen bakımın kalitesinin artmasına katkıda bulunmaktadır.

Sonuç

Değerlendirme aracı ne şekilde olursa olsun DS yapılacak sistematik değerlendirmeler, eksiksiz, tam ve kapsamlı bir yaklaşımın sağlanmasına olanak sağlayarak, uygun ve doğru hemşirelik tanılarının konulmasına, gerekli bakım girişimlerinin zamanında yapılmasına, daha bütüncül, bireye özgü ve kaliteli bir bakım hizmetinin sunulmasına olanak sağlayacaktır. Ayrıca, etkin bir değerlendirme yapabilmek için bu konuda yeterli donanıma da sahip olmak gereklidir. Ülkemizde ise hemşirelik eğitim programlarında değerlendirmeye ilişkin bilgiler kısmen verilmektedir. Hemşirenin kapsamlı değerlendirme (fiziksel değerlendirme dahil) yapabilmesi için hizmet içi eğitim programları ile bu eksikliğin giderilmesi kaçınılmazdır. Ayrıca, bu eğitimin ayrı bir lisans dersi olarak müfredata konması ya da yüksek lisansta ayrı bir ders olarak verilmesi de önemlidir.

KAYNAKLAR

1. Birol L. Hemşirelik süreci. Hemşirelik bakımında sistematik yaklaşım. Geliştirilmiş 6. baskı. İzmir: Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd; 2004. s. 97-127.
2. Cashion K. Postpartum physiology & nursing care of postpartum woman. In: Lowdermilk DL, Perry SE. editors. Maternity & Women's Health Care. 8th ed. Philadelphia: Mosby; 2004. p. 607-42.
3. Karaçam Z. Normal postpartum dönemin fizyolojisi ve bakımı. In: Şirin A, Kavlak O. editör. Kadın sağlığı. 1. baskı. İstanbul: Bedray Basın Yayıncılık Ltd.; 2008. s. 708-58.
4. Simpson KR, Creehan PA. AWHONN's Perinatal Nursing. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2007. p. 473-517.
5. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (HÜNEE), ICON-INSTITUT Public Sector GmbH ve BNB Danışmanlık. Ulusal Anne Ölümleri Çalışması, 2005. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü ve Avrupa Komisyonu Türkiye Delegasyonu. Ankara; 2006.
6. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk sağlığı ve Aile Planlaması (AÇSAP) Genel Müdürlüğü. Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi. 23 Aralık 2008 ve 2008/80 sayılı genelge. <http://www.saglik.gov.tr/TR/Belge>. Erişim tarihi: 10 Şubat 2009.
7. Towle MA. Maternal- newborn nursing care. New Jersey: Pearson Pirentice-Hall; 2009. p. 388-422.
8. Bick D, MacArthur C, Winter H. Postnatal care: evidence and guidelines for management. 2nd ed. Philadelphia: Churchill Livingstone Elsevier; 2009.
9. Lowdermilk DL, Perry SE. The fundamentals of maternity nursing. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2006.
10. Eryılmaz Yıldız H. Doğum sonu hemşirelik bakımının değerlendirilmesinde ölçek geliştirilmesi ve uygulanan bakım yönteminin (Pathway) etkilerinin belirlenmesi. [Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD Doktora Tezi] İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü; 1999.
11. Tucker SM, Canobbio MM, Paquette EV, Wells MF. Patient care standards: collaborative planning & nursing interventions. 7th ed. St. Louis: Mosby; 2000. p. 685-96.
12. Davidson MR, London ML, Ladewig PA. Olds' Maternal-newborn nursing & Women's health across the lifespan. 8th ed. New York: Prentice Hall; 2007. Chapter 34.
13. World Health Organization (WHO). Pregnancy, Childbirth, postpartum and Newborn Care: A guide for essential practice. 2nd Edition. WHO, UNFPA, Unicef, The World bank Group. Geneva. 2006. p. 64-102.
14. Postpartum Assessment and Nursing Considerations. <http://two.xthost.info/wardclass1/PostpartumAssessmentandNursingConsiderations.pdf>+postpartum+assessment. Erişim tarihi: 27.3.2009.
15. Point Postpartum Assessment Worksheet. <http://www.nsu.edu/nursing/docs/8PointAssessmentWorksheet.doc> Erişim tarihi: 25.3.2009.
16. Postpartum Assessment Form (PPAF) Pdf Dosyası. <http://www.indianamedicaid.com/ihcp/Forms/TR331PostpartumAssessment.pdf> Erişim tarihi: 25.3.2009.
17. Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun. 5634 no'lu, 25.04.2007 kabul tarihli. 26510 sayılı ve 2.05.2007 tarihli Resmi Gazete.