

**ÖRNEK
VAKA
SUNUMU**

HEM4036 Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Uygulaması

Doç. Dr. Songül AKTAŞ

Öğr. Gör. Dr. Reyhan ERKAYA

Arş. Gör. Ebru KÜÇÜK

2020

ÖRNEK VAKA

15.04.2020

40 yaşında olan Z. Ş. baş ağrısı, bulantı, ve kan basıncı yüksekliği nedeni ile acile başvurdu. Z.Ş.'nin ifadesine göre antenatal takiplerinde 28. gebelik haftasına kadar kan basıncı yüksekliği (140/90 mmhg), proteinüri ve ödem gelişmedi. İlk kez 34. haftada aniden gelişen kan basıncı yüksekliği, baş ağrısı, ve bulantı şikayeti ile obstetri servisine takip amaçlı yatışı yapıldı. Ultrasonografi ile yapılan değerlendirmesinde fetüsün BPD (baş çevresi) 34 hafta, FL (femur uzunluğu) 34 hafta, AC (Abdominal çevre) ise 31 gestasyonel hafta ile uyumlu bulunmuştur. Bu gebenin tam idrar tetkikinde (TİT), 24 saatlik idrarda atılan protein miktarının $\geq 5g$ olduğu ve yapılan fiziksel muayenede alt ekstremiteler de +2 düzeyde ödem olduğu saptanmıştır.

16.04.2020

İzlem süresince kan basıncı düşmeyen ve idrarda proteinüri (+3) mevcut olan gebeye belirli tıbbi değerlendirmelerden sonra MgSO₄ (magnezyum sülfat) başlandı, gebenin aktivitesi kısıtlandı. Sessiz, sakin ortamda ve tek kişilik bir odada kalması sağlandı. AÇİT takibi yapıldı. Fetal akciğer matüritesi için gebeye intramusküler olarak kortikosteroid (Celestone) uygulaması yapıldı. Günde 4x1 NST, biyofiziksel profil değerlendirmesi ve doppler ultrasonografi yapıldı. Bu gebeye iki gündür MgSo₄ tedavisi uygulamasına ve bazı bakım uygulanmasına rağmen kan basıncı ve idrarındaki protein değeri anlamlı düşmedi. Baş ağrısı, zaman zaman görme bozukluğu gibi serebral değişikliklerle hastanede yatmaya devam etmektedir.

ÖRNEK VAKA

Adı-Soyadı: Z.Ş.	Hastaneye Yatış Tarihi: 15.04.2020
Yaş: 40	Yattığı Klinik: Obstetri
Evlilik yaşı: 24	Oda No: 208
Eğitim Durumu: Ortaokul mezunu	Sosyal Güvencesi: SSK
Mesleği: Ev hanımı	
Medeni Durumu: Evli	
Tanısı: 34 haftalık gebe	
Kan Grubu: 0 Rh (-)	
Eşin kan grubu: 0 Rh (+)	

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

1-SAĞLIK YÖNETİMİ

Gebelik ve Doğum Öyküsü: Z. Ş ilk gebeliği ve bu gebeliği tedavi ile (tüp bebek uygulaması-IVF) gerçekleşti. Son adet tarihine göre 34 haftalık gebedir.

Genel Sağlık Durumu

Çok İyi İyi Orta Kötü

Risk faktörleri

Aile Sağlık Öyküsü

Kanser, böbrek, kalp vb hastalığı olan aile üyesi var mı?
 Hayır, Evet, Yok, Açıklayınız....

Annede meme ca öyküsü var.
Anne de hipertansiyon mevcut.

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

1-SAĞLIK YÖNETİMİ

Alışkanlıklarınız		Hayır	Evet	Sıklığı	Miktarı
	Alkol tüketimi	X			
	Kafein tüketimi		X	Günde 1 br.	200 ml
	Sigara tüketimi		X	5 stte bir	3 adet
	Diğer maddeler	X			
	Alerji öyküsü (ilaçlar)	X		Açıklayınız.....	
	Sürekli kullandığınız ilaç var mı?			Açıklayınız.....	
	Sağlık kontrolü sıklığı		X	Açıklayınız. Yılda 1 kere	
Koruyucu sağlık davranışları	Kendi kendine meme muayenesi		X	Açıklayınız. Ayda 1 kere	
	Mamografi		X	Açıklayınız. 2 yılda 1 kere	
	Kendi kendine vulva muayenesi	X		Açıklayınız.....	
	Pap smear testi	X		Açıklayınız.....	
	HPV testi	X		Açıklayınız.....	
	Aşılama öyküsü			X	Açıklayınız. Tetanoz (16. ve 20. hafta)

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

2-BESLENME

Boy...165 Kilo....78 BKI.....28.6

Gebelikte kilo değişikliğiniz oldu mu? () Hayır, (X) Evet, Açıklayınız.. Gebeliği boyunca 8 kilo almıştır.

İştah Durumu				
İştah durumu	Evde:.....Normal Hastanede: İştahı azalmıştır.			
Yiyecek alım yolu	(X) Oral	() Parenteral	() Gavaj	() Gastrostomi
Günlük öğün sayısı	Ana öğünler....3 (Gaz çıkışı olduktan sonra)	Ara öğünler.....2 (Gaz çıkışı olduktan sonra)	Ayrıca Z.Ş.'nin turşu tüketimi fazla ve tuzlu yemekten hoşlanıyor.	
Sıvı tüketim	Açıklayınız ... 1.5 L			
Diyet gerekiyor mu?	() Hayır	(X) Evet	Açıklayınız: proteinden zengin, sodyumdan fakir diyet	
Bulantı/Kusma	() Var	(X) Yok	Açıklayınız:	
Dişlerinizde problem var mı?	() Var	(X) Yok	Açıklayınız:	
Ağız içi	Mukoza Rengi....Açık pembe	Nemi..... Nemli	Yaralar.....Yara yok	
Deri	Rengi: pembe Yaralar: yok	Isısı: 36.6 Skar: yok	Nemi: nemli/normal Enfeksiyon: yok	Turgoru: normal Ödem: 3. derece Hijyeni: temiz
Tırnaklar	Renk: normal	Şekil: el-oval, ayak-düz	Lezyonlar: yok	Hijyeni: temiz
Saçlar	Kalite(canlı/mat): canlı	Hijyeni: temiz	Değişiklik oldu mu?- hayır	
IV Yol	Periferal(X) Santral Yol() Port() Diğer() Yeri: Median cubital vein (Sol kol) Takılma Zamanı: 15.04.2020			
Dren	()Var (X)Yok	Renk:	Miktar	
NG	()Var (X)Yok	Renk:	Miktar	
Sıvı kısıtlaması ya yükleme	()Var (X)Yok	Açıklayınız.....		

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ 3-ELİMİNASYON VE DEĞİŞİM

DIŞKILAMA ALIŞKANLIĞI			
Dışkılama problemleri	<input type="checkbox"/> Var	<input checked="" type="checkbox"/> Yok	Açıklayınız.....
Lavman/laktasif kullanma durumu	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız.....
İdrar boşaltımı alışkanlığı	Saatlik idrar takibi için kateter uygulanan gebede ağıt takibinde aldığı miktara oranla çıkardığı oran az.		
Boşaltım alışkanlığında değişiklik oldu mu?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Açıklayınız.....
Mesane	<input type="checkbox"/> Sert	<input checked="" type="checkbox"/> Yumuşak	Açıklayınız.....
İdrar	Rengi: sarı, Kokusu: kokusuz		
İdrar yolu enfeksiyonu	<input checked="" type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....
Böbrek sorunu öyküsü	<input checked="" type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var	Açıklayınız.....

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

4-AKTİVİTE-DİNLENME

Genel görünüş:	Açıklayınız: Orta görünümlü (yorgun, halsiz, tedirgin)				
Düzenli egzersiz	(X) Uygulamıyor, () Uyguluyor, Tipi....., Sıklığı....., Süresi.....				
Postür: Normal	Koordinasyon: Düzenli	Kas Tonüsü: Normal,		Kas Gücü: normal	Değişiklik Oldu mu?
Hayır					
Kas-İskelet-Nörolojik Sistem					
Kas-iskelet- sistemi	<input type="checkbox"/> Tremor	<input type="checkbox"/> Kramp	<input checked="" type="checkbox"/> Ağrı	<input type="checkbox"/> Pleji	<input type="checkbox"/> Parapleji
Derin tendon refleksi	Sağ	<input type="checkbox"/> Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Var	Sol	<input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/> Var
Aktivite					
Aktivite toleransı	<input type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Çabuk yoruluyor		<input checked="" type="checkbox"/> Halsiz/Güçsüz	
Son günlerde değişiklik oldu mu?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		Açıklayınız: Serebral belirtiler görülmesinden dolayı azalma mevcuttur.	
Göğüs,bacak/eklem, sırt ağrısı	<input type="checkbox"/> Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Var		Açıklayınız: sırt ağrısı mevcut.	
Aktiviteye bağlı sorunlar	Açıklayınız: Hareket ettiğinde çabuk yoruluyor ve halsiz düşüyor.				
Kalp-Dolaşım Sistemi					
KB: 140/90	Ateş: 36.6	Nabız: 84	Ritim: düzenli	Dolgunluk: dolgun	
Ektremitelerde:	Isı: normal,	Renk: normal	Ödem: sağ-sol tibia- 2. derece ödem mevcut		Varis: yok
Humans Belirtisi	<input type="checkbox"/> Negatif	<input type="checkbox"/> Pozitif	Açıklayınız: gebe olduğu için bu test yapılmadı		

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

4-AKTİVİTE-DİNLENME

Solunum Sistemi			
Solunum sayısı: 18	Oksijen saturasyonu: 98		
Solunum tipleri	(X) Normal Solunum ()Wheezing, ()Raller, ()Cheyne-Stokes Solunum, ()Kussmaul Solunum		
Solunum Problemi	Yok	Var	Açıklayınız
Solunum/oksijen desteği		X	ÇKS'de değişiklik olduğunda oksijen desteği uygulanmaktadır.
Dispne	X		
Ortopne	X		
Apne	X		
Öksürük	X		
Hemoptizi	X		
Balgam	X		
Siyanoz	X		
Burun akıntısı	X		
Burun tıkanıklığı	X		
Uyku-Dinlenme			
Uyku arasında uyanma		X	Ağrıdan dolayı uyanıyor.
Gündüz uykusu		X	1-2 saat gündüz uykusu var.
Uyku problemi			
Uygunuz yeterli mi?	()Evet	(X) Hayır	Açıklayınız: Halsiz hissettiği için uyumak istiyor.
Uyku süresi (saat)	Açıklayınız: 7-8 saat/24 saat		

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ 5-KENDİNİ ALGILAMA

Şu anki gebeliğiniz sizde ne tür duygular yaratıyor?	Erken doğum riski olduğu için bebeğime ve kendime bir şey olmasından çok korkuyorum.
Gebeliğinizin genel görünümünüzü etkilediğini düşünüyor musunuz?	Hayır. Aksine bu durum çok hoşuma gidiyor.
Gebeliğinizle ilgili endişeleriniz/korkularınız nelerdir?	Bebeğimi kaybetmekten korkuyorum. Kendi sağlığımı kaybetmekten ve ölmekten korkuyorum.

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

6- ZİHİNSEL-ALGISAL FONKSİYONLAR

Mental durum değerlendirmesi	Herhangi bir sorun yok.		
Öğrenmeyi etkileyen faktörler	Yok (X)	Var	Açıklayınız
Duyular	Herhangi bir sorun yok.		
(X) Görme problemi	() İşitme problemi	() Tat alma problemi	
() Koku alma problemi	() Dokunma/Hissetme problemi		
Duyu organlarına yönelik kullanılan cihazlar	Kullanılmıyor.		
Ağrı	() Yok	(X)Var	(X) Akut
			() Kronik
Yeri (baş, bacak,karın vb.)	sırt, sağ karın bölgesi, bel		
Şiddeti (0-10 arasında)	5/4/6		
Özelliği (baticı, yanıcı vb.)	baticı		
Başlama zamanı	Yatakta yattığı zaman ağrıları artıyor.		
Başlatan/artıran faktörler	Hareketsiz kalması		
Azaltan faktörler	Hareket etmek (minimal düzeyde), oturmak		
Ağrıya tepki	Fiziksel (masaj, hareketsiz kalma, KB,nabız, solunum vb.)..... Hareketsiz kalma	Emosyonel (ağlama, acılı yüz ifadesi vb.)..... Acılı,ağlama,endişeli yüz ifadesi	
Ağrıyla başetme durumu	(X)Yok	() Var	Açıklayınız:

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ 7-ROL İLİŞKİLERİ

Aile yapısı	<input checked="" type="checkbox"/> Çekirdek	<input type="checkbox"/> Geniş	<input type="checkbox"/> Tek ebeveynli, diğer
Aile içi rollerini yerine getirebilme durumu	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Çalışma durumu	<input type="checkbox"/> Çalışıyor	<input checked="" type="checkbox"/> Çalışmıyor	İşin yarattığı sağlık riskleri.....
Sizi destekleyen /yardımcı olan yakınlarınız var mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Ev işlerinde, çocuk bakımında destek sağlıyorlar.
Aile içinde her birey rahatça duygularını ve düşüncelerini paylaşır mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Neden?.....
Bakıma katılmaya isteklilik	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Hastanızın aile içi şiddet örüntüsüne ilişkin gözlem/düşünceleriniz?	Herhangi bir şiddet örüntüsü yok.		

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ 8-BAŞETME –STRES TOLERANSI

Sorunlarınızla baş etmek/rahatlamak için neler yapıyorsunuz?	Etkili bir baş etme yöntemim yok. Ani sinirleniyorum ve karşımdakini kırıyorum.
Sağlık personeli size nasıl yardımcı olabilir?	Durumumla ilgili bilgi vererek, endişelerimi gidererek, sorularıma cevap vererek bana yardımcı olabilir.
Hemşire tarafından gözlemlenen anksiyete, korku, stres belirti ve bulguları	Hastanın yüz ifadesi tedirginliğini yansıtmaktadır. Her tansiyon ölçümü esnasında tansiyonunun yüksek olduğunu düşünmesi ve tansiyon ölçümü esnasında sabırsız davranması korkusunu göstermektedir. Ayrıca ağlamaklı olması ve ağlaması, bebeği ve kendi sağlığı ile ilgili sürekli aynı endişeleri dile getirmesi

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

9-YAŞAM İLKELERİ

Sağlığını korumak ya da hastalandığınızda iyileşmek için yaptığınız geleneksel ve tamamlayıcı uygulamalar nelerdir?

Geleneksel uygulaması yoktur.

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

10-CİNSELLİK

Dış genitaler	<input type="checkbox"/> Vulvada Kızarıklık, <input type="checkbox"/> Ağrı, <input type="checkbox"/> Koku, <input type="checkbox"/> Piruritis, <input type="checkbox"/> Ödem, <input type="checkbox"/> Varis, <input type="checkbox"/> Hematom, <input type="checkbox"/> Kıllanma, <input type="checkbox"/> Laserasyon, Herhangi bir değişiklik yok.		
Menstrasyon Özellikleri	Menarş Yaşı: 13 Menstruasyon Sıklığı: 30 günde 1 Süresi: 5 gün Günlük Ped Sayısı:3 Rengi: Koyu kırmızı Kokusu: Normal		
Perimenstrual dönemde yaşanan problemler	<input checked="" type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok <input checked="" type="checkbox"/> Ağrı , <input checked="" type="checkbox"/> Gerginlik , <input checked="" type="checkbox"/> Kramplar , <input type="checkbox"/> Ödem, <input type="checkbox"/> İrritabilite, Diğer.....		
Bu problemlerle nasıl baş ediyorsunuz?	Açıklayınız: Sıcak kompres		
Menstruasyon hijyeni			
Kullanılan malzeme	<input checked="" type="checkbox"/> Ped <input type="checkbox"/> Tampon <input type="checkbox"/> Bez Değiştirme sıklığı: 3kez		
Menstruasyon sırasında banyo yapma durumu	<input type="checkbox"/> Hayır	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	Sıklığı: 2 günde 1
Vajinal duş yapıyor mu?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Sıklığı.....
Vajinal akıntının özellikleri	Rengi: Berrak	Kokusu: Kokusuz	Miktarı: az
Günlük ped/ara bezi kullanıyor mu?	<input checked="" type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	Değiştirme sıklığı.....
Vulva hijyeni	Tuvaletten önce el yıkama:	<input type="checkbox"/> Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Var
	Tuvaletten sonra el yıkama:	<input type="checkbox"/> Yok	<input checked="" type="checkbox"/> Var
Tuvalette yıkanma	<input checked="" type="checkbox"/> Önden arkaya <input type="checkbox"/> Arkadan öne <input type="checkbox"/> Önem vermiyor		
Perinenin kurulama	<input type="checkbox"/> Bezle <input checked="" type="checkbox"/> Tuvalet kağıdıyla <input type="checkbox"/> Kurulamıyor		
İç çamaşırı cinsi: Pamuklu	Değiştirme sıklığı: Günde 1		

FONKSİYONEL SAĞLIK ÖRÜNTÜLERİ

10-CİNSELLİK

Cinsel öykü			
Aktif bir cinsel hayatınız var mı?	<input checked="" type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	
Cinsel aktiviteye başlama yaşıınız nedir?	24		
Cinsel ilişki sıklığınız nedir?	IVF Gebelik olduğu için gebeliğimin başlangıcından bu tarafa cinsel ilişkiye girmedim.		
Cinsel ilişki sıklığından memnun musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
Cinsellik ve cinsel aktivite hakkında herhangi bir sorunuz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır	Açıklayınız
İçinde bulunduğunuz durumun (Gebelik/Hastalık/Ameliyat/Menopoz v.b) cinsel yaşantınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?	Açıklayınız: IVF gebeliğim olduğu için bebeğime bir şey olacak korkusundan dolayı cinsel ilişkiye girmiyorum.		
Aile planlaması yöntemi kullanma öyküsü	Açıklayınız: Kullanmıyor		
Aile planlaması danışmanlık gereksinimi	Açıklayınız		
Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH)	<input type="checkbox"/> Gonore,()Sifiliz,()AIDS,() Herpes Simplex Tip II,()Kandiloma Akimunata, ()Şankroid→ CYBH öyküsü yok.		
CYBH'dan korunmak için alınan önlemler	Açıklayınız		

İL AÇ FORMU

15.04.2020

İL AÇ ADI	DOZU	VERİLİŞ YOLU
Alfamed	2*1	PO
Nidilat (LH)	4*1	PO
Parol	1*1	PO
Ringer Laktat 1000 cc	2*1	İV

16.04.2020

İL AÇ ADI	DOZU	VERİLİŞ YOLU
Celestone	2*1	IM
Nidilat	4*1	PO
Parol	2*1	PO
MgSO ₄ (13 ampul)	1*1	İV
Ringer Laktat 1000 cc	2*1	İV

Aldığı Çıkardığı İzlem Takibi (AÇİT)

15.04.2020

ALDIĞI	08-16	16-24	24-08	ÇIKARDIĞI	08-16	16-24	24-08
ORAL	500 ml su 200 ml yoğurt	500 ml su	500 ml su	İDRAR	400 ml	400 ml	400 ml
IV	500 cc RL	500 cc RL		KUSMA DIŞKI			
TOPLAM	1200	1000	500	TOPLAM	400 ml	400 ml	400 ml

16.04.2020

ALDIĞI	08-16	16-24	24-08	ÇIKARDIĞI	08-16	16-24	24-08
ORAL	500 ml su 200 ml yoğurt	500 ml su	500 ml su	İDRAR	350 ml	235 ml	240 ml
IV	500 cc RL 250 cc RL	500 cc RL 250 cc RL	500 cc RL	KUSMA DIŞKI			
TOPLAM	1450	1250	1000	TOPLAM	350 ml	235 ml	240 ml

Vital Bulgular

15.04.2020

	9:00	14:00	17:00	22:00
Ateş (derece)	36.3	36.2	36.5	36.6
Nabız (/dk)	86	92	88	90
Solunum (/dk)	18	18	16	18
Kan basıncı (mm Hg)	16/11	15/11	15/11	15/10

16.04.2020

	9:00	14:00	17:00	22:00
Ateş (derece)	36.3	36.2	36.5	36.4
Nabız (/dk)	92	90	90	92
Solunum (/dk)	18	18	16	16
Kan basıncı (mm Hg)	15/11	16/11	16/11	15/10

16.04.2020

MgSO₄ Takibi

	Kan Basıncı	Solunum	Patella refleksi	İdrar çıkışı
08.00	15/10	18	+	50
09.00	15/11	18	+	50
10.00	15/11	18	+	50
11.00	15/11	18	+	50
12.00	16/10	18	+	40
13.00	15/10	18	+	40
14.00	16/11	18	+	35
15.00	15/10	18	+	35
16.00	16/10	18	+	35
17.00	16/11	16	+	35
18.00	15/10	16	+	35
19.00	15/10	16	+	30

	Kan Basıncı	Solunum	Patella refleksi	İdrar çıkışı
20.00	15/10	16	+	30
21.00	15/10	16	+	30
22.00	15/10	16	+	30
23.00	15/10	16	+	30
24.00	16/10	16	+	30
01.00	15/10	16	+	30
02.00	15/10	16	+	30
03.00	16/10	16	+	30
04.00	15/10	16	+	30
05.00	16/10	16	+	30
06.00	15/10	16	+	30
07.00	15/10	16	+	30

LABORATUAR ÇALIŞMALARI

Test	Normal değer aralığı	15.04.2020	16.04.2020
Eritrosit (RBC)	4.2-5.4	4.4	4.3
Hemoglobin(HGB)	12-17	9.3 ↓	9.3 ↓
Hemotokrit(HTC)	37-54	55 ↑	56 ↑
Trombosit	100-400	120 ↓	98 ↓
Lökosit(WBC)	4.5 – 10.4 10 ³ /ul	14.07	10.08
Nötrofil	50-70	76.9	71.2
Eozinofil	0.9-5	3.8	3.5
Bazofil	0-1	0.01	0.02
Lenfosit	20-40	26	25
Monosit	3-12	5	6
Na+	135-148	150 ↑	153 ↑
K+	3.5-5.5	4.5	4.5
Cl	96-110	108	107
Ca	8.8-10.6	8.9	9.0
P	2.5-4.5	4.2	4.1
Mg	1.8-2.6	1.8	1.8

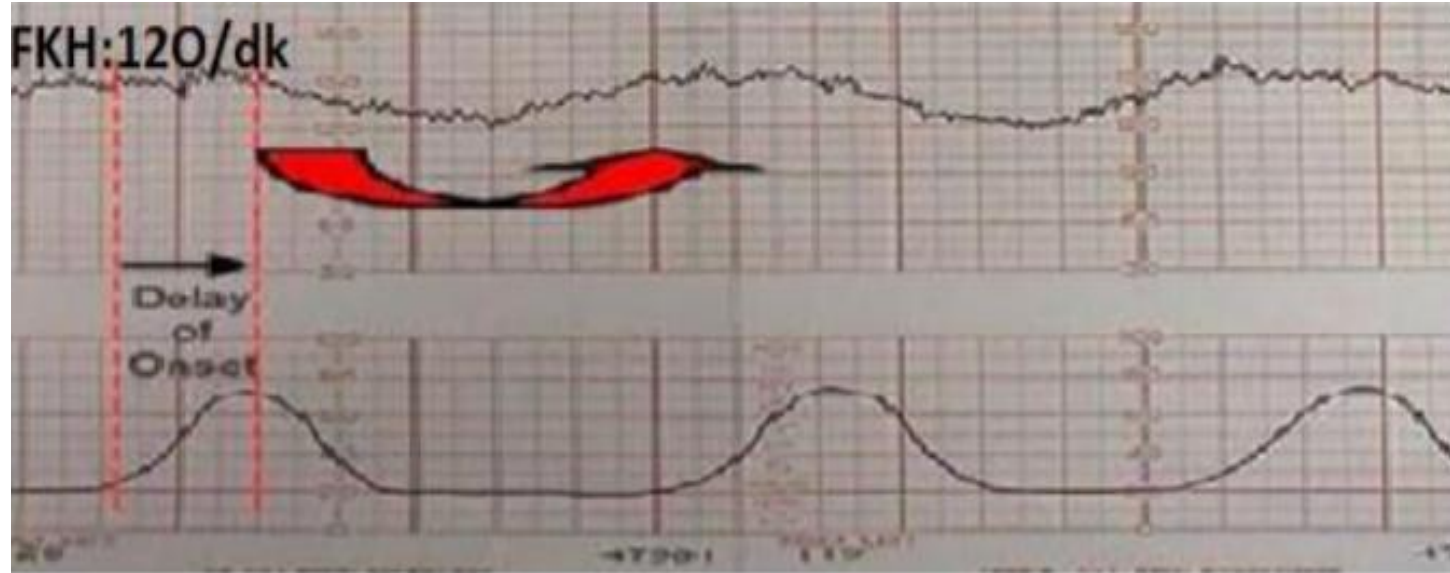
Test	Normal değer aralığı	15.04.2020	16.04.2020
KAN ŞEKERİ KŞ Açlık : Tokluk : HbA1c	60-100 mg/dl	89	88
BUN	8-20 mg/dl	18	22 ↑
Kreatin	0.51-0.95 mg/dl	1.0	1.25 ↑
Total Kolesterol	0-200 g/dl	150	148
LDH	50-150 m/l	140	153
SGOT/AST	0-50 m/l	45 ↑	56 ↑
SGPT/ALT	0-50 m/l	40	55 ↑
Total protein	6.5-8.5 mg/dl	6.5	6.0 ↓
Albumin	3.5-5.5 mg/dl	3.0 ↓	2.0 ↓
Total Bilirubin	0.3-1.2 mg/dl	0.33	0.05
PTT	10.8-15.1 sn	10.9	11.0
INR	0.8-1.2 sn	1.0	0.9
İDRAR			
Dansite	1.001-1.035	1023	1017
pH	4.5-7.5	6.5	5.5
Lökosit	1-2	0	0
Eritrosit	0-1	0	1
Protein		++	+++

Vajinal Muayene ve Abdominal Muayene

- Riskli gebelik olduğu için abdominal muayene yapılamamıştır.
- Vajinal muayenede ise dilatasyon 1 cm, silinme %10 olarak kaydedilmiştir.

Fetal Sağlığın Deęerlendirilmesi

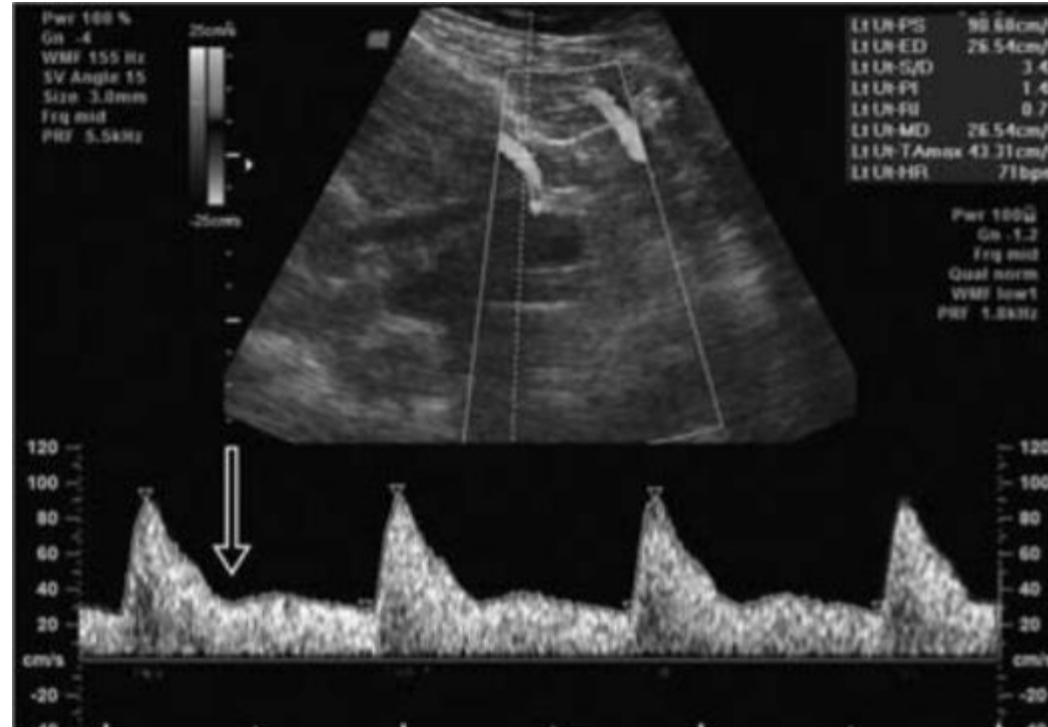
- Fetal Kalp Hızı (FKH), sürekli elektronik monitörle izlenmektedir (FKH'da değişiklik olduğunda oksijen desteği verilmektedir).
- Anne fetal hareketlerin olduğunu ifade etmektedir.
- Nonreaktif NST ve Biyofiziksel Profil Puanlaması 5'tir.



Fetal Sağlığı Deęerlendirilmesi

Doppler Ultrasonografi (Uterin arterin Doppler velosimetrisinde):

- Artmış Uteroplental vaskular resistans,
- Diastolik dalga formunda karakteristik çentiklenme vardır.



Vaka Analiz Soruları

➤ **Size verilen bu örnek vakaya göre,**

- Bu gebenin tanısı nedir? Hangi bulgularla bu tanıya gittiniz? Açıklayınız. (10 puan)
- Gebeye koyduğunuz tanıya göre, gebede bu hastalığın gelişmesine zemin hazırlayan hangi risk faktörleri bulunmaktadır? (Vakayı, anamnezleri ve sağlık örüntülerini dikkatle inceleyiniz) (10 puan)
- Bu gebedeki MGSO₄ uygulamasına yönelik;
 - a. Mgso₄ uygulanmadan önce, hemşire gebede hangi değerlendirmeleri yapmış olmalıdır. Açıklayınız? (10 puan)
 - b. Mgso₄ uygulandıktan sonra, Mgso₄ toksisite belirtileri yönünden hangi belirtileri gözlemlemeli ve antidot olarak hangi ilacı hazır bulundurmalıdır? (15 puan)
- Bu gebede, gebenin kendisine ve karnındaki fetüsüne yönelik gelişebilecek riskler nelerdir. Açıklayınız? (15)
- Bu gebede fetal sağlığı değerlendirmek için hangi yöntemler kullanılmıştır? İlave önerdiğiniz bir yöntem var mıdır? (10 puan)
- Bu gebeye yönelik bir günlük bakım planı hazırlayınız (hemşirelik tanısı koyarak) (20 puan)

Doç. Dr. Songül AKTAŞ
Öğr. Gör. Dr. Reyhan ERKAYA
Arş. Gör. Ebru KÜÇÜK