

**ÇANAKKALE ONSEKİZ MART ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK YÜKSEKOKULU**

**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**

**14HEM301 DOĞUM VE KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**

**DOĞUM SONU DÖNEM VERİ TOPLAMA FORMU**

**ÖĞRENCİNİN AD-SOYADI :**

**ÖĞRENCİ OKUL NO :**

**Tarih :**

**Görüşme Tarihi:**

**Hastaneye Yatış Tarihi:**

**A. TANITICI BİLGİLER**

**Adı Soyadı:**

**Yaşı:**

**Eğitimi:**

**Mesleği:**

**Sağlık Güvence Durumu:**

**Aile Tipi (Birlikte yaşadığı kişiler):**

**Gelir Düzeyi:**

**Gelir Düzeyini Algılaması:**

**Evlilik Süresi:**

**Kan Grubu:**

**Eşi ile Akrabalık Durumu:**

**Yaşadığı Yer (ev koşulları):**

**Önceki ya da şimdiki sigara, alkol ve ilaç kullanımı:**

**Eşinin:**

**Yaşı:**

**Eğitimi:**

**Mesleği:**

**Kan Grubu:**

## B. GEÇMİŞ TIBBİ, OBSTETRİK VE JİNEKOLOJİK ÖYKÜ

### 1. Kadının ve Ailesinin Geçmiş Tıbbi Öyküsü

Problemler	Gebe Kadın	Birinci Derece Yalanlar
Hastanede yatma		
Ameliyat		
CYBH		
Kalp ve Damar hastalıkları		
Tüberküloz		
Diabet		
Konvülsif hastalıklar		
Troid problemleri		
Psikolojik problemler		
Enfeksiyonlar		
Hematolojik problemler		
Çoğul doğumlar		
Konjenital hastalık ya da anomali		
Diğer		

### 2. Geçmiş Jinekolojik Öykü

**Siklus Özelliği:**

**Menarş Yaş:**

**Siklus Düzeni (Menstrüasyon süresi, sıklığı ve kanama miktarı):**

**Dismenore Öyküsü:**

**Seksüel öykü:**

**Kontraseptif Kullanma Öyküsü:**

Kullandığı Yöntem	Kullanma Süresi	Bırakma Nedeni

**Geçirilen Enfeksiyonlar (vajinal, servikal, tubal):.....**

Alınan Tedavi:

Tedavinin Süresi:

Tedavinin Sonucu:

**Geçirilen Jinekolojik Girişimler (varsa aşağıya belirtiniz):**

**Diğer Hastalıklar:**

### 3. Geçmiş Gebelik Ve Doğumlara İlişkin Öykü

Gebelik Sayısı:

Yaşayan Çocuk Sayısı:

Düşük Sayısı:

D&C sayısı:

Gebelik Tarihi	Doğum Haftası	Doğum şekli	Doğumun Gerçekleştiği Yer	Çocuğun Cinsiyeti	Çocuğun Sağlık Durumu

### Önceki doğumlarda, doğum sonrasında yaşanan problemler

Kanama:

Enfeksiyon-ateş:

Hipertansiyon:

Meme Problemleri:

Duygusal / Psikolojik Problemler (yoğun bir üzüntü, yalnızlık, kimsesizlik, huzursuzluk, sinirlilik, kolayca ağlama, nedensiz yere gerginlik ve korku, iştahsızlık, uykusuzluk)

Diğer:

### C. HİJYENİK UYGULAMALAR

Banyo yapma şekli:

Banyo yapma sıklığı:

#### Perine Hijyeni

Boşaltım sonrası perineyi temizleme yöntemi:

İç çamaşırlarını değiştirme sıklığı:

Kullandığı iç çamaşırlarının özelliği:

İç çamaşırlarını temizleme şekli:

#### Menstruasyon Hijyeni

Kullanılan materyal:

Ped değişiminde el hijyenine dikkat etme durumu:

Ped değiştirme sıklığı:

Menstruasyon süresince banyo yapma durumu ve banyo yapma şekli:

### D. POSTPARTUM DÖNEM ÖYKÜSÜ

Son Gebelik Aralığı:

Gebelik Haftası:

Doğum Yaptığı Tarih:

Doğum Şekli:

İnsizyon/epizyotomi:

#### **Yaşam Bulguları**

Ateş:

Nabız:

Solunum:

Kan basıncı:

Hb değeri:

#### **Memeler**

Görünümü

( ) Simetrik ( ) Asimetrik

( ) İkisi aynı büyüklükte

( ) Sağ meme büyük

( ) Sol meme büyük

#### **Sağ meme**

Nodul

( ) Var ( ) Yok

Kızarıklık

( ) Var ( ) Yok

Dolgunluk

( ) Var ( ) Yok

Meme ucu çatlağı

( ) Var ( ) Yok

Meme ucu içe çökük

( ) Var ( ) Yok

Meme ucunda ağrı

( ) Var ( ) Yok

#### **Sol meme**

( ) Var ( ) Yok

( ) Var ( ) Yok

( ) Var ( ) Yok

( ) Var ( ) Yok

( ) Var ( ) Yok

( ) Var ( ) Yok

**Sütyen** ( ) Bedenine uygun yeterli destek sağlıyor

( ) Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor

( ) Kullanmıyor

### **Emzirme Davranışı**

Emzirme Sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme Pozisyonu:

### **Fundus**

Pozisyonu:

Kıvamı:

Seviyesi:

### **Loşia**

Renk

Miktar (ped sayısı/24 saat)

İçerik

Koku

**Perine:**

**Epizyotomi:** ( ) Var ( ) Yok

**Epizyo bölgesinde:**

Şiddetli Ağrı; ( ) Var ( ) Yok

Akıntı; ( ) Var ( ) Yok

Kızarıklık; ( ) Var ( ) Yok

Ödem; ( ) Var ( ) Yok

Ekimoz; ( ) Var ( ) Yok

### **Anüste hemoroid**

Var ( ) Yok ( )

**Alt Ekstremiteler**

**Sağ Bacak**

**Sol Bacak**

Ödem ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Human's belirtisi ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

Varis ( ) Evet ( ) Hayır ( ) Evet ( ) Hayır

### **Eliminasyon**

idrar ( ) Yaptı ( ) yapmadı (doğum sonu saati).....

Gaita ( ) Yaptı ( ) yapmadı (doğum sonu saati).....

**Beslenme Durumu** (Genelde ve gebelik dönemindeki yemek yeme alışkanlıkları, öğün sayısı, sevdiği ya da sevmediği yiyecekler, günlük aldığı sıvı miktarı)

**Uyku:**

( ) Rahat uyuduğunu ifade ediyor.

( ) Epizyotomi, hemoroid ya da genel vücut ağrıları nedeniyle uyuyamadığını ifade ediyor.

( ) Yabancı çevre ya da gürültü gibi nedenlerle uyuyamadığını ifade ediyor.

**Kendini yorgun hissetme** ( ) Yok ( ) Var

**Bebeğinin bakımına katılma durumu** ( ) Evet ( ) Hayır

**Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi** ( ) Var ( ) Yok

**Yardım eden kişi** ( ) Eş ( ) Akraba ( ) Diğer çocuk ( ) Diğer.....

**Anne bebek ilişkisi**

**Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor** ( ) Evet ( ) Hayır

**Bebeğini okşuyor** ( ) Evet ( ) Hayır

**Bebeğiyle konuşuyor** ( ) Evet ( ) Hayır

**Emzirmeye istekli** ( ) Evet ( ) Hayır

**Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor** ( ) Evet ( ) Hayır

**Bebeğine adı ile sesleniyor (adı kondu ise)** ( ) Evet ( ) Hayır

**Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor** ( ) Evet ( ) Hayır

**Bebeğin cinsiyetinden memnun** ( ) Evet ( ) Hayır

**Kendi gereksinimlerine daha fazla odaklanıyor** ( ) Evet ( ) Hayır

**Kadının Sosyal Destek Faktörleri****Kadının ve Ailesinin Bilgi Gereksinimleri****Yenidoğan İle İlgili**

Göz bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Göbek bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Bebek banyosu ( ) Evet ( ) Hayır

Bebek giyimi ( ) Evet ( ) Hayır

Pişik bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Konak bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Pamukçuk bakımı ( ) Evet ( ) Hayır

Emzirme/biberonla besleme ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğin büyüme ve gelişmesi ( ) Evet ( ) Hayır

Yenidoğan bebeğin özellikleri ( ) Evet ( ) Hayır

Bebeğe uyarın verilmesi ( ) Evet ( ) Hayır

Diğer ( ) Evet ( ) Hayır

### **Kendi Bakımı İle İlgili**

Kişisel Hijyen	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Loşia/epizyotomi izlemi	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Beslenme	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Aile planlaması	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Cinsel yaşam	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Ebeveyn olma	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Diğer	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır

## YENİDOĞANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Doğum Kilosu:

Doğum Haftası:

### YAŞAM BULGULARI

Ateş:

Solunum:

Kalp Hızı:

### BAŞ:

Baş çevresi: ...../cm

Süturların arası: ( ) Normal ( ) Geniş ( ) Kapalı

Ön fontanel büyüklüğü: ...../cm

### Ön fontanel

( ) Normal

( ) Dışa doğru bombeli ve hassas

( ) Aşırı içe çökük

Arka fontanel büyüklüğü: ...../cm

### Arka fontanel

( ) Normal

( ) Dışa doğru bombeli ve hassas

( ) Aşırı içe çökük

### Kafa Derisi

( ) Normal

( ) Kaput Suksadenum

( ) Sefal Hematom

### Yüz Hareketleri

( ) Çift taraflı

( ) Tek taraflı

( ) Eşit

( ) Asimetrik

### Yüzde Doğum lekesi

( ) Yok ( ) Var



**Kaş çizgisi**

Yok  Var

**Kirpik çizgisi**

Yok  Var

**Saç çizgisi**

Yok  Var

**Gözler**

Simetrik  Asimetrik

**Göz Kapakları** **Sağ Göz kapağı** **Sol Göz kapağı**

Normal Evet ( ) Hayır ( )

Ödemli Evet ( ) Hayır ( )

Akıntı Evet ( ) Hayır ( )

**Pupiller Işık Refleksi**

Var  Eşit  Eşit değil  Yok

**Gözün iç dış çizgileri ile kulak kepçesinin üst kısmı**

Aynı düzeyde  Aynı düzeyde değil

**Burun delikleri** **Sağ** **Sol**

Kapalı Evet ( ) Hayır ( )

Açık Evet ( ) Hayır ( )

Akıntı Evet ( ) Hayır ( )

**Dudak Hareketleri:**

simetrik  simetrik değil

**Damaklar** **Alt** **Üst**

Bütün Evet ( ) Hayır ( )

Bütün değil Evet ( ) Hayır ( )

Diş Evet ( ) Hayır ( )

**Dil**

Hareketli  Dil bağı var

**Boyun Hareketleri**

Normal sağa sola hareketli  Hareketi Kısıtlı

## ÜST GÖVDE

Göğüs çevresi: ..... /cm

Memeler	Sağ	Sol
Dolgunluk	Evet ( )	Hayır ( )
Akıntı	Evet ( )	Hayır ( )
Meme uçları:	( ) Simetrik	( ) Asimetrik

### Koltuk altı nodülü

Sağ	Sol
Evet ( )	Hayır ( )

### Solunum sırasında retraksiyon

Evet ( ) Hayır ( )

### Nabızlar

Apeks	Var ( )	Yok ( )
Femoral	Var ( )	Yok ( )
Dorsalis pedis	Var ( )	Yok ( )
Brakial	Var ( )	Yok ( )

### Cilt rengi

( ) Tüm cilt pembe ( ) Ekstremiteler mor ,vücut pembe  
( ) Tüm cilt mor ( ) Tüm cilt sarı

Aktivite sırasında cilt rengi değişikliği ( ) Var ( ) Yok

Ciltte döküntü ( ) Var ( ) Yok

Ciltte doğum lekesi ( ) yok ( ) Var yeri ve tipi .....

Cilt ( ) Esnek ( ) Esnek değil

## ALT GÖVDE

### Abdomen

( ) Yuvarlak ve hafif şiş ( ) Aşırı şiş ve distansiyon

### Umbilikal kord damarları

( ) İki arter ve bir ven ( ) Bir arter ve bir ven

Göbek etrafında kanama ( ) Var ( ) Yok

Umbilikal herni ( ) Var ( ) Yok

**Dış Genitaller (kız bebekler için)**

- Vajinal açıklık ( ) açık ( ) kapalı  
Renk ( ) kırmızı ( ) mor  
Şekil ( ) normal ( ) anormal  
Kanama ( ) Var ( ) Yok

**Dış Genitaller (erkek bebekler için)**

- Fimozis ( ) Var ( ) Yok  
Epispadias ( ) Var ( ) Yok  
Hipospadias ( ) Var ( ) Yok  
Akıntı ( ) Var ( ) Yok  
Skrotum ( ) Normal ( ) Aşırı ödemli,büyük  
Testisler ( ) İnmiş ( ) İnmemiş  
( ) Sağ ( ) Sol ( ) Sağ ( ) Sol

**Anüs**

- ( ) Açık, mekonyumunu yaptı  
( ) Açık, mekonyumunu yapmadı (Doğum sonu saat.....)  
( ) Kapalı

**Sırtta pylonidal çukur**

- ( ) yok  
( ) var kıllarla kaplı değil  
( ) var kıllarla kaplı

**EKSTREMİTELER****Ekstremiteler Üst Ekstremiteler Alt Ekstremiteler**

- Simetrik Evet ( ) Hayır ( )  
Asimetrik Evet ( ) Hayır ( )

**Ekstremitelerin hareketi**

- Sağ kol ( ) Tam ( ) Tam değil  
Sol kol ( ) Tam ( ) Tam değil  
Sağ bacak ( ) Tam ( ) Tam değil  
Sol bacak ( ) Tam ( ) Tam değil

**Avuç içi çizgisi** ( )tek ( ) birden fazla

**Polidaktili**

Sağ el ( ) Var ( ) Yok

Sol el ( ) Var ( ) Yok

Sağ ayak ( ) Var ( ) Yok

Sol ayak ( ) Var ( ) Yok

**Sindaktili**

Sağ el ( ) Var ( ) Yok

Sol el ( ) Var ( ) Yok

Sağ ayak ( ) Var ( ) Yok

Sol ayak ( ) Var ( ) Yok

**Bacak ve kalça kıvrımları** ( ) eşit ( ) eşit değil

**Kalça çıkığı**

Sağ ( ) Var ( ) Yok

Sol ( ) Var ( ) Yok

**REFLEKSLER**

Moro refleksi ( ) Var ( ) Yok

El-ayak yakalama refleksi ( ) Var ( ) Yok

Tonik boyun refleksi ( ) Var ( ) Yok

Emme-yutma refleksi ( ) Var ( ) Yok

Adım atma refleksi ( ) Var ( ) Yok

Babinski refleksi ( ) Var ( ) Yok

Gövdeyi içe eğme refleksi ( ) Var ( ) Yok

Derin tendon refleksi ( ) Var ( ) Yok

Göz kırpma refleksi ( ) Var ( ) Yok

İtme refleksi ( ) Var ( ) Yok

Kaldırma refleksi ( ) Var ( ) Yok

Aksırma ve öksürme refleksi ( ) Var ( ) Yok

**İzleyen Öğrencinin Adı Soyadı:**

**İmza:**

**Tarih:**

