



**T.C.**  
**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ DERSİ**  
**KLİNİK UYGULAMA REHBERİ**

Doküman No : RH.06  
İlk Yayın Tarihi : 15.6.2024  
Revizyon Tarihi :  
Revizyon No :  
Sayfa No : 31

## ÖĞRENCİ AD SOYAD

### KLİNİK/SAHA UYGULAMALARINA İLİŞKİN UYULMASI GEREKEN GENEL KURALLAR

#### **Öğrenci:**

1. Uygulamaya çıktıkları kurumların kurallarına uymakla yükümlüdür.
2. Uygulamaya çıktıkları kurumlar tarafından istenen belgeleri zamanında tamamlayıp teslim etmekle yükümlüdür.
3. Sorumlu/klinik hemşirenin bilgisi ve gözetiminde uygulama yapabilir.
4. Delici-Kesici Alet Yaralanması durumunda kurumda yetkiliye haber vermek ile sorumludur.
5. Uygulama saatlerinde misafir kabul edemez.
6. Uygulama saatleri dışında öğrenci olarak hastanede bulunamaz.
7. Uygulama sırasında görüntü ve ses kaydı alamaz.\* \_\_\_\_\_
8. Edindiği hasta ve kurum/hastane bilgilerini eğitim dışında hiçbir platformda (asansör, kantin, ulaşım araçları, telefon, internet, sosyal medya vb.) kullanamaz ve açıklayamaz.\*
9. Hiçbir belge, araç ve gereci klinik/kurum dışına çıkaramaz. \_\_\_\_\_
10. Hastane/Kurum içinde ve çevresinde tütün ve alkol vb. tüketemez.\*\*
11. Giriş ve çıkış imzalarını/sisteme girişlerini uygulama yaptığı kurumun belirlediği yerde ve zamanında atmak zorundadır.
12. Bir başkasının yerine imza atamaz /giriş yapamaz ve kendi yerine başkasına imza attıramaz.
13. Uygulama saatleri içerisinde sorumlu/hemşirenin ve öğretim elemanının bilgisi olmadan kliniği/kurumu terk edemez.
14. Uygulamaya geç kalmasını ya da uygulama alanından erken ayrılmasını gerektiren olağanüstü bir durum yaşadığında sorumluya/hemşireye ve öğretim elemanına bilgi vermek zorundadır.
15. Uygulamasına ilişkin ders değerlendirmesinin yapılabilmesi için BAİBÜ eğitim-öğretim lisans yönetmeliğine göre uygulamanın %80'ine devam etmek zorundadır. Raporlu olduğu günler devamsızlığa dahildir.
16. Uygulamanın bütünlüğü açısından günü bölerek devamsızlık yapamaz.
17. Klinik/saha uygulaması boyunca öğrenci kimlik kartını görünür biçimde üzerinde taşımak zorundadır.
18. Öğrencilerin forması alt lacivert, üst beyaz olup yaka ve ceplerde üniversitemizin renkleri biye olarak işlenmiş olmalıdır. Üst forma cebinde üniversitenin amblemi ve öğrencinin adı-soyadı yer almalıdır. Forma üstüne ihtiyaç halinde sadece lacivert/beyaz hırka giyilebilir, ayakkabı olarak sadece beyaz/lacivert spor ayakkabı olması gerekmektedir. Üst formanın içine uzun kollu tişört/body giyilmemelidir. Kişisel hijyenine özen göstermelidir. Öğrencilerin saçları toplu olmalı ve koyu renk makyaj/oje olmamalı, tırnaklar kısa olmalı, saat ve alyans dışında takı ve piercing olmamalıdır. Eşarp kullanan öğrenciler beyaz/lacivert renk kullanmalı ve şal formunda olmamalıdır. Erkek öğrenciler sakalsız/kirli sakal olmalıdır. **Belirtilen forma bütünlüğüne ve görünümüne uyulmadığı takdirde öğrenci uygulamaya alınmayacaktır.**
19. Öğrenciler uygulama formasıyla hastane/kurum dışına çıkamaz.

\*Türk Ceza Kanunu Madde 135 ve 136 (Okuyunuz.)

\*\*27(05/2008 tarih ve 26888 Sayılı Resmi Gazete (Okuyunuz.)

Sosyo-Demografik Özellikleri	
Hastanın Adı-Soyadı : .....	Dosya No: .....
Hastaneye yatış tarihi	
Görüşme tarihi:	
Tıbbi tanısı:	
Yaşı : .....	Oda No: .....
Eğitim durumu : <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul : <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans Üstü	
Medeni durumu : <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Dul	
Çalışma durumu : <input type="checkbox"/> Çalışmıyor <input type="checkbox"/> Çalışıyor (Mesleği.....)	
Evlilik süresi:	
Kan grubu:	
Eşi ile akrabalık durumu:	
Eşinin eğitim durumu: : <input type="checkbox"/> Okuryazar değil <input type="checkbox"/> Okuryazar <input type="checkbox"/> İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul : <input type="checkbox"/> Lise <input type="checkbox"/> Lisans <input type="checkbox"/> Lisans Üstü	
Eşinin işi:	
Eşinin kan grubu:	
Eşinin genetik hastalık durumu:	
Eşinin sigara ve alkol kullanma durumu:	

Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi:	
Sağlığını nasıl tanımlar? <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> Kötü	
Düzenli olarak sağlık kontrolleri yaptırır mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Kontrol randevularını takip eder mi/uyar mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
İlaçlarını düzenli olarak kullanır mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	
Egzersiz yapar mı? Ara sıra/sürekli egzersiz yapıyor ise tipini, sıklığını, süresini açıklayınız: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Ara sıra <input type="checkbox"/> Evet	
Tütün/sigara içiyor mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bıraktı ..... gün/ay/yıl önce bıraktı ve ..... paket/yıl içti. <input type="checkbox"/> Evet ..... paket/gün içiyor ve ..... ay/yıldır içiyor.	
Alkol/Madde kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Bıraktı ..... gün/ay/yıl önce bıraktı ve ..... miktar/kadeh/gün içti. <input type="checkbox"/> Evet ..... miktar/ kadeh/gün içiyor ve ..... ay/yıldır içiyor.	
Sigara/alkol kullanıyorsa bırakmak ister mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet	

Beslenme-Metabolik Örüntüsü:		
Boy: .....	<b>BKI</b>	<b>Önerilen ağırlık artışı (kg) (eğer gebe ise)</b>
Kilo: .....	<input type="checkbox"/> < 18.5 kg/m <sup>2</sup> (Düşük)	<input type="checkbox"/> 12.5-18.0
BKİ	<input type="checkbox"/> 18.5-24.9 kg/m <sup>2</sup> (Normal )	<input type="checkbox"/> 11.5-16.0
[Ağırlık / (boy) <sup>2</sup> ]: .....	<input type="checkbox"/> 25-29.9 kg/m <sup>2</sup> (Yüksek)	<input type="checkbox"/> 7.0-11.5
	<input type="checkbox"/> >30 kg/m <sup>2</sup> (Yüksek)	<input type="checkbox"/> ≤ 5.0-9.0

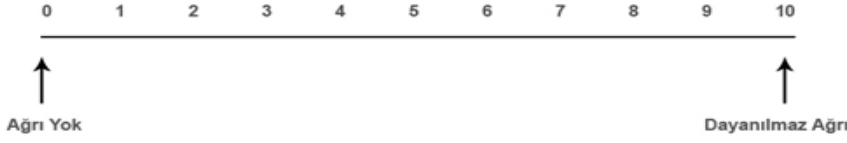
Diyet kısıtlaması: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Tuzsuz <input type="checkbox"/> Diyabetik <input type="checkbox"/> Kardiyak <input type="checkbox"/> Proteinden fakir <input type="checkbox"/> K <sup>+</sup> dan fakir <input type="checkbox"/> Diğer : .....				
Sıvı kısıtlaması: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız: .....				
İştah: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Artmış <input type="checkbox"/> Azalmış <input type="checkbox"/> Bulantı <input type="checkbox"/> Kusma <input type="checkbox"/> İştahsızlık <input type="checkbox"/> Tat değişikliği				
Son 1 ayda kilo değişimi: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Artmış ..... <input type="checkbox"/> Azalmış .....				
<b>Boşaltım Örüntüsü:</b>				
<b>Bağırsak Boşaltımı</b>		<b>İdrar Boşaltımı</b>		
Defekasyon sıklığı: ..... kez/günde <input type="checkbox"/> Diyare : ..... kez/günde <input type="checkbox"/> Konstipasyon : ..... kez/haftada		Miksiyon sıklığı: ..... kez/günde <input type="checkbox"/> Oligüri <input type="checkbox"/> Anüri <input type="checkbox"/> Poliüri <input type="checkbox"/> Pollaküri <input type="checkbox"/> Yanma <input type="checkbox"/> İdrar inkontinansı <input type="checkbox"/> Dizüri <input type="checkbox"/> Hematüri <input type="checkbox"/> Ürostomi <input type="checkbox"/> Noktüri <input type="checkbox"/> İdrar sondası-Kaçıncı günü:.....		
<input type="checkbox"/> Lavman <input type="checkbox"/> Laksatif kullanma <input type="checkbox"/> Melena <input type="checkbox"/> Fekal inkontinans				
<b>Derinin İşlevleri</b> Terlemede Artış <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var Açıklayınız: .....				
<b>Aktivite-Egzersiz Örüntüsü:</b>				
<b>Temel Günlük Yaşam Aktiviteleri</b>	<b>Bağımsız</b>	<b>Yarı Bağımlı</b>	<b>Bağımlı</b>	<i>GYA sürdürmede enerji düzeyi</i> <input type="checkbox"/> Yeterli <input type="checkbox"/> Yetersiz
Düzgün yüzeyde yürüme				<i>Aktivite sırasında yaşanan şikayetler</i>
Merdiven inip çıkma				<input type="checkbox"/> Dispne <input type="checkbox"/> Çarpıntı
Beslenme				<input type="checkbox"/> Göğüs Ağrısı <input type="checkbox"/> Yorgunluk
Giyinme				<input type="checkbox"/> Diğer .....
Kendine bakım				<i>Kullanılan yardımcı araçlar</i>
Banyo yapma				<input type="checkbox"/> Baston
Tuvaleti kullanma				<input type="checkbox"/> Walker
İdrar boşaltımı				<input type="checkbox"/> Tekerlekli Sandalye
Bağırsak boşaltımı				<input type="checkbox"/> Diğer .....

<b>Uyku-Dinlenme Örüntüsü:</b>				
Gece uyku süresi .....saat		<i>Uyku düzenini bozan faktörler:</i>		
<input type="checkbox"/> Uykuya dalmada zorluk	<input type="checkbox"/> Gece sık uyanma	<input type="checkbox"/> Erken Uyanma	<input type="checkbox"/> Uykudan sonra dinlenmiş hissetme	<input type="checkbox"/> Diğer .....
<input type="checkbox"/> Psikolojik sorunlar	<input type="checkbox"/> Gece sık idrara çıkma	<input type="checkbox"/> Gündüz uyuma	<input type="checkbox"/> Emzirme ve bebek bakımı	<input type="checkbox"/> Diğer .....
<input type="checkbox"/> Rüya (kabus) görme	<input type="checkbox"/> Nefes darlığı yaşama			
<b>Bilişsel – Algısal Örüntü:</b>				
<input type="checkbox"/> Görme yetersizliği	<input type="checkbox"/> Miyop	<input type="checkbox"/> Hipermetrop	<input type="checkbox"/> Astigmatizm	<input type="checkbox"/> Gözlük
<input type="checkbox"/> İşitme Yetersizliği	<input type="checkbox"/> Şaşılık	<input type="checkbox"/> Katarakt	<input type="checkbox"/> Glokom	<input type="checkbox"/> Lens
<input type="checkbox"/> Sağ	<input type="checkbox"/> Kısmi	<input type="checkbox"/> Sol	<input type="checkbox"/> Kısmi	İşitme cihazı
<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Tam	<input type="checkbox"/> Tam	

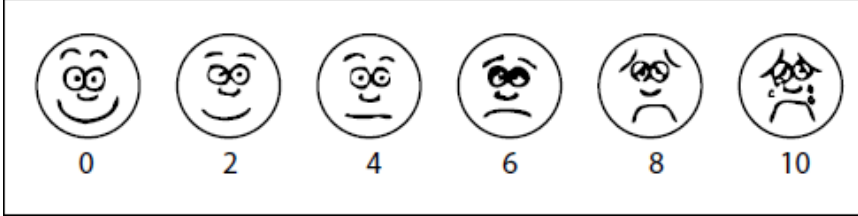
**Oryantasyon**  Zaman  Yer  Kişi  Oryante Değil

**Ağrı**  Yok  Var  Yeri .....  Tipi.....  Derecesi .....

### Sayısal Ağrı Ölçeği



### Yüz Ağrı Ölçeği



### Kendini Algılama – Benlik Kavramı Örüntüsü:

Emosyonel Durumu  Sakin  Endişeli  Sinirli  İçine kapanık

Genel görünümü  Bakımlı  Bakımsız

Hastalığınız/Gebeliğiniz/Doğum sonu süreç nedeniyle kendiniz ile ilgili düşüncelerinizde değişim oldu mu?

Hayır  Evet

Açıklayınız: .....

Hastalığınız/ Gebeliğiniz/Doğum sonu süreç nedeniyle kendinize olan saygınızda değişim oldu mu?

Hayır  Evet

Açıklayınız: .....

Hastalığınız/ Gebeliğiniz/Doğum sonu süreç nedeniyle bedeniniz hakkındaki düşüncelerinizde değişim oldu mu?

Hayır  Evet

Açıklayınız: .....

**Rol-İlişki Örüntüsü:**

Aile tipi	<input type="checkbox"/> Çekirdek Aile	<input type="checkbox"/> Geniş Aile	
Birlikte yaşadığı kişiler	<input type="checkbox"/> Yalnız	<input type="checkbox"/> Eş	<input type="checkbox"/> Eş ve çocuklar <input type="checkbox"/> Diğer.....
Aile içindeki rol/rolleriniz nelerdir?	Açıklayınız:.....		
Hastalığınız/ Gebeliğiniz/ Doğum sonu süreç nedeniyle aile içindeki rolleri üstlenmekte sorun yaşıyor musunuz?	Açıklayınız:.....		
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			
Hastalığınız/ Gebeliğiniz/ Doğum sonu süreç nedeniyle aile içi ilişkilerinizi/iletişiminizi etkilendi mi?	Açıklayınız:.....		
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			
Hastalığınız/ Gebeliğiniz/ Doğum sonu süreç nedeniyle iş hayatınızı etkiledi mi?	Açıklayınız:.....		
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			
Hastalığınız/ Gebeliğiniz/ Doğum sonu süreç nedeniyle arkadaş/komşu/akrabalar ile ilişkilerinizi/ iletişiminizi etkiledi mi?	Açıklayınız:.....		
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			
Yardıma ihtiyacınız olduğunda size destek olabilecek kişiler var mı?	Açıklayınız:.....		
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet			

**Cinsellik – Üreme Örüntüsü:**

Cinsel aktivite sıklığı:

<input type="checkbox"/> Vajinismus	<input type="checkbox"/> Cinsel yolla bulaşan enfeksiyon	<input type="checkbox"/> Lohusalığa bağlı cinsel aktivitede değişim	
<input type="checkbox"/> Libidoda azalma.	<input type="checkbox"/> Vajinal kuruluk	<input type="checkbox"/> Koitus esnasında ağrı	<input type="checkbox"/> Vajinal kanama
<input type="checkbox"/> Gebelik nedeniyle cinsel aktivitede azalma	<input type="checkbox"/> İnfertilite	<input type="checkbox"/> Vajinal akıntı	
<input type="checkbox"/> Vajinal kaşıntı	<input type="checkbox"/> Vulvada ağrı	<input type="checkbox"/> Vulvada şişlik/kızarıklık	

**Başetme-Stres Toleransı Örüntüsü:**

Hastalığınız/gebeliğiniz/doğum sonu sürecinize ilişkin ilk yaklaşımınız nedir?	Açıklayınız:.....
Stresli olduğunuzda sakinleşmek için ne yaparsınız?	Açıklayınız:.....

**Değer-İnanç Örüntüsü:**

Hastalığınızı / gebelik /doğum sonu sürecinizi etkileyen dinsel/kültürel inançlarınız var mı?

Hayır  Evet

Açıklayınız:.....

Hastalığınızı / gebelik /doğum sonu süreciniz, değer ve inançlarınızı etkiledi mi?

Hayır  Evet

Açıklayınız:.....

**Fiziksel Değerlendirme Bulguları****Baş-Boyun:**

Normal  Kuruluk  Aşırı yağlanma  
 Lezyon  Saç derisinde pullanma  Saç kaybı  
 Gebelik maskesi  Fasial paralizisi  
 Pitozis  Egzoftalmus  Diplopi  
 Konjonktivada solukluk  Fotofobi  
 Pupiller refleksi  Sağ  Sol  Anizokori  
 Kulak Akıntısı  Kulak çınlaması

Burun tıkanıklığı  Burun akıntısı  
 Burun kanaması  Dil üzerinde plak  
 Dudaklarda siyanoz  Dil üzerinde plak  
 Ağız içi mukozada solukluk  Halitozis  
 Ağız içi mukozada kuruluk  Fetor Hepatikus  
 Kötü ağız hijyeni  Protez diş  
 Diş kaybı  Diş çürüğü  Diş etinde kanama  
 Diş etinde ödem

Diş etinde çekilme  Yutma güçlüğü  
 Hipertroid  Lenf nodlarında büyüme  
 Boyun eklem hareketi kısıtlılığı

**Kas-İskelet Sistemi:**

Normal  Kifoz  Skolyoz  Lordoz

Spastisite  Rijidite  Fasikülasyon

El/ayak parmaklarında deformiteler

El/ayak parmaklarında nodüller

Elem hareket açıklığında kısıtlılık

Hipotonisite

**Deri ve Ekleri:**

Normal  Soğuk  Sıcak  Lezyon  
 Soluk  Kızarıklık  Siyanoz  Sarılık  
 Kuru  Nemli  Ödem  Kaşıntı

**Solunum Sistemi:**

Normal  Göğüs ağrısı  Hemoptizi  
 Dispne  Öksürük  Balgam  
 Raller  Stridor  Wheezing  
 Fıçı göğüs  İnterkostal retraksiyon  
 Takipne  Bradipne  Apne  
 Oksijen kullanma  İnhaler kullanma

**Kardiyovasküler Sistem:**

Normal  Hipotansiyon  Hipertansiyon  
 Taşikardi  Bradikardi  Aritmi  
 Boyun venlerinde dolgunluk  Üfürüm  
 Uzamış kapiller geri dolum  Varis  
 İntermittent klaudikasyon  
 Sağ dorsal ayak nabızı  Güçlü  Zayıf  
 Sol dorsal ayak nabızı  Güçlü  Zayıf

**Abdomen-GİS**

Normal  Herni  Assit  
 Distansiyon  Linea nigra  Hemoroid  
Bağırsak sesleri:..../dk  Hipoaktif  Hiperaktif

**Nörolojik Değerlendirme:**

Normal  Denge Kaybı

Ellerde uyuşma  Ayaklarda uyuşma

Hemipleji  Parapleji  Kas atrofisi

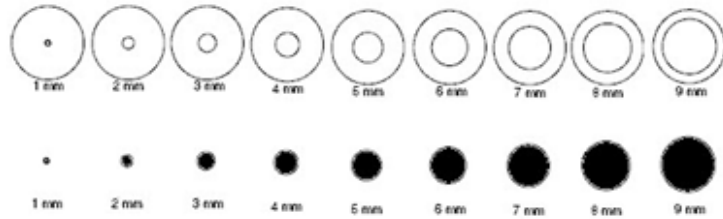
Tremor  Nöropati  Apati

Ataksi  Baş ağrısı  Vertigo

Peteşi  Purpura  Ekimoz  
 Çomak parmak  Kaşık tırnak  
 Tüp/Dren/katater  Stria

Fiziksel değerlendirmeniz sırasında gözlemediğiniz bulguların yerini ve özelliklerini açıklayınız.

Örneğin; hastanızın pupilleri küçülüyor ve çapı 3 mm ise 3+



ışığa tepki olarak olarak belirtiniz.



Kapiller geri dolumu değerlendiriniz (Tırnak yatağındaki renk değişimi 3 sn'den uzun olmamalı).



Ödemın derecesini resimde gösterildiği gibi belirleyiniz. Alt, üst ekstremitelere varsa, ödemi detaylı olarak yazınız.





Geçmiş Jinekolojik Öyküsü
Menarş yaşı:
Menstrual hijyen (ped kullanım durumu, sıklığı, el hijyeni vb.)
Dismenore öyküsü:
Menstruasyonun süresi, sıklığı ve düzeni.
Menopoz öyküsü (menopoz yaşı, hormon replasman tedavisi vb):
Geçirdiği ya da var olan jinekolojik problemler, yakınmalar (ağrı, akıntı, kanama, kaşıntı):
Yaptırılan Jinekolojik Kontroller: Türü: Tarihi:
Geçirdiği jinekolojik cerrahi girişimler: (tüp-ligasyon, histerektomi, laparaskopi vb.) Türü: Tarihi:
Vajinal Enfeksiyon Öyküsü:  Akıntının renk, koku ve miktar özelliği:
Anormal Kanama Öyküsü (amenore, menoraji, oligomenore vb.):
Kontraseptif Öyküsü (Kullandığı yöntem, bırakma nedeni vb.)
Meme muayenesi (KKMM ve ultrason, mamografi):

## Geçmiş Obstetrik Öyküsü

**Gravida: Para: Abortus: Küretaj: Yaşayan: Ölü Doğum:**

Kadının obstetrik öyküsünü ilk gebeliğinden başlayarak aşağıdaki kriterlere göre inceleyiniz.

Gebelik Tarihi                      Gebelik Süresi Gebeliğin sonlanma şekli                      Nerede sonlandığı

- 1.
- 2.
- 3.

Önceki gebeliklerinizde herhangi bir sorun yaşadınız mı? (Rh uyumsuzluğu, gestasyonel diyabet, plasenta previa, düşük tehdidi, hiperemesis gravidarum vb.):

Önceki doğumlarınızda herhangi bir sorun yaşadınız mı? (epizyotomi, vakum, ölü doğum, çoğul doğum,erken doğum eylemi, geç doğum eylemi vb.):

Önceki gebeliklerinizde, doğum, lohusalık dönemi, bebek bakımı ve sağlığınıza yönelik uyguladığınız geleneksel uygulama var mı? (bebeği tuzlama, kundaklama, toprağa yatırma, şekerli su verme, zezem suyu verme vb.)

**EĞER GEBELİK VAR İSE AŞAĞIDAKİ BÖLÜMÜ DOLDURUNUZ****Şimdiki Gebelik Öyküsü**

Son menstrual periyodunun ilk günü:

Tahmini doğum tarihi:

Şu andaki gebelik haftası:

Son menstruasyondan itibaren yaşadığı bireysel gebelik belirtileri:

**Leopold Manevralarının Sonucu**

1. Manevra:

2. Manevra:

3. Manevra:

4. Manevra:

**Memelerin değerlendirilmesi**

Emzirme açısından:

Meme muayenesi açısından:

**Gebenin Vital Bulguları**

Ateş

Nabız

Kan Basıncı

Solunum

Saat:

FKS:  Normal  Bradikardi  Taşikardi

Şimdiki gebelik kontrollerinizde size herhangi bir uygulama ve eğitim yapıldı mı (aşı, takviye ilaç, aile planlaması, emzirme, yenidoğan bakımı eğitimi vb.)

Uygulama:

Eğitim:

Mevcut gebeliğinize ilişkin yaşadığımız problemler var mı? (Bulantı kusma, kabızlık, anormal vajinal akıntı, ödem, hemoroid, duygusal sorunlar vb)

**EĞER TAKİP ETTİĞİNİZ GEBE DOĞUM SÜRECİNDE İSE AŞAĞIDAKİ BÖLÜMÜ  
DOLDURUNUZ.**

**A. DOĞUMUN I. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR**

Birinci Evrenin Başlama- Bitiş Saati:

Kontraksiyonların Başlama Tarihi ve Saati:

Amniyotik membranların açılma zamanı:

Amniyotik sıvının özellikleri (berrak/mekonyum vb.):

Show (Nişane) :

Leopold Manevraları : - Fundus Yüksekliği:

- Fetüsün Pozisyonu :

- Fetüsün Prezantasyonu :

- Angajman :

Doğum Ağrılarıyla Başetme ve Nefes Egzersizlerini Uygulama Durumu:

Kişisel Hijyen Gereksinimi :

Mesane Kontrolü :

Bağırsak Kontrolü ve Lavman :

İntravenöz Sıvılar :

Emosyonel Durum :

**Kontraksiyon Takibi**

Süre                      Sıklık                      Şiddet                      Silinme - Dilatasyon

Kontraksiyonların özelliği:  Normal  Hipotonik  Hipertonik  Yalancı D.A

FKS.....  Normal  Bradikardi  Taşikardi

#### Gebenin Vital Bulguları

Ateş:

Nabız:

Kan Basıncı:

Solunum:

Saat:

### **B. DOĞUMUN II. EVRESİNDE GEBEYE YÖNELİK YAPILAN UYGULAMALAR**

İkinci Evrenin Başlama- Bitiş Saati:

İkinci Evrenin Başladığını Gösteren İşaretler:

Annenin Doğum Masasına Alınması ve Pozisyon Verme:

Doğuma İlişkin Açıklamalar:

İkinci Evrenin Egzersizlerinin Yapılması:

Perine Temizliği:

Araç – Gereçlerin Hazırlığının Kontrolü:

Bebeğin Doğumundan Sonra Gereken Malzemelerin Hazırlanması:

Epizyotomi (varsa açıklayınız):

Bebek Başının Doğumundan Sonra Solunum Yollarının Açıklığıının Sağlanması:

Umblikal Kordun Klempleneesi ve Kesilmesi:

Anne Bebek İlişkisinin Başlatılması:

## **DOğUMUN II. EVRESİNDE DOğUMHANEDE YENİDOğANA YÖNELİK YAPILAN UYGULAMALAR**

Apgar Skoru:

1.Dakika :

5. Dakika:

Aspirasyon ve Oksijen Verilme Durumu:

Umblikal Kord Bakımı:

Göz Bakımı:

Boy-Kilo:

Baş/Göğüs Çevresi:

Fontanelerin Değerlendirilmesi:

Anomalilerin Gözlenmesi:

Kimliklendirme:

Bebeğin Giydirilmesi ve Vücut Isısının Kontrolü:

Ten Tene Temas ve Erken Beslenmenin Sağlanması:

Hepatit B:

K Vitamini:

### **C. DOĞUMUN III. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR**

Plasentanın Ayrıldığını Gösteren İşaretler:

Plasentanın Doğumu ve Kontrolü:

Umbilikal Kordun Kontrolü:

Fundus Kontrolü ve Masajı:

Kanama Kontrolü:

Perine Bakımı:

Perine Tamiri Uygulaması varsa yazınız:

### **D. DOĞUMUN IV. EVRESİNDE YAPILAN UYGULAMALAR**

Perinenin Kurulanıp Steril Ped Konulması:

Annenin Odaya Alınması:

Üşümenin Engellenmesi:

Yaşam Bulgularının Kontrolü:

Fundus Kontrolü ve Masajı:

Kanama Takibi ve Ped Kontrolü:

Yeterli Sıvı Alımını Sağlanması:

Dinlenmenin Sağlanması:

Ağrı İçin Uygulamalar ve Gerekğinde Analjezik Verilmesi:

Anne – Bebek İlişkisinin Sürdürülmesi:

**EĞER DOĞUM SÜRECİNDE/ DOĞUM SONUNDA TAKİP ETTİĞİNİZ KADIN LOHUSA İSE AŞAĞIDAKİ BÖLÜMÜ DOLDURUNUZ.**

Doğum yaptığı tarih ve saat:

Doğum şekli:

Tarih/Saat	Fundus Yüksekliği-Kıvamı	Loşia	İnzisyon/Epizyotomi/Perine/ Sonda	Ağrı(Ağrı skalasına göre)	İdrar/Gaita

Memelerin Değerlendirilmesi (dolgunluk, sertlik, kızarıklık, çatlak, meme ucu içe çöküklük vb.):

Emzirme davranışı:(Emzirme sıklığı, emzirme süresi, emzirme pozisyonu, süt sağım vb.):



Lohusa ve bebeği doğum sonu etkileşim yönünden değerlendiriniz ve yazınız (bebeğe adıyla sesleniyor, bebeği vücuduna yakın ya da uzak tutuyor, bebekle göz iletişimi sağlıyor vb.)

**DOĞUM SONU DÖNEMDE TAKİP ETTİĞİNİZ LOHUSANIN YENİDOĞANINA YÖNELİK AŞAĞIDAKİ BÖLÜMÜ DOLDURUNUZ.**

Doğum Haftası:

Fetal distress:

Mekonyum aspirasyonu:

Respiratuar Distress Sendromu (RDS):

Aspirasyon ve Oksijen Verilmesi:

Hiperbilirubinemi:

Fizyolojik sarılık:

Patolojik sarılık:

Fototerapi uygulaması:

Umbilikal Kord Bakımı:

Göz Bakımı:

Fontanellerin Değerlendirilmesi:

Anomalilerin Gözlenmesi:

Yenidoğanın Giydirilmesi ve Vücut Isının Kontrolü:

Yaşam Bulgularının Kontrolü:

Beslenmesinin Sağlanması:

Topuk kanı Alınması:

**Hepatit B:** Yapıldı ( ) Yapılmadı ( )

**K Vitamini:** Yapıldı ( ) Yapılmadı ( )

**Vital Bulgular**

Ateş: Nabız: Solunum:

**Fiziksel Büyüme Ölçümleri:**

Vücut ağırlığı: Baş çevresi:

Boyu : Göğüs çevresi:

Apgar skoru:

**Nörolojik Değerlendirme**

**Reflexler** **Var** **Yok**

Moro reflexi( 3.-4. ayda) ( ) ( )

Tonik- Boyun reflexi( 3.-4. ayda) ( ) ( )

Babinski refleksi(1 yıl) ( ) ( )

Emme-tutma refleksi (7 ay) ( ) ( )

Göz kırpma refleksi ( ) ( )

El (2-4. ayda) ayak (8. ayda ) yakalama refleksi ( ) ( )

Adım atma ve basma refleksi (4. ayda) ( ) ( )

Yutma refleksi ( ) ( )

Gövdenin içe eğilme refleksi (2-3. ayda) ( ) ( )

**Deri** **Var** **Yok**

Rengi pembe ( ) ( )

Akrosiyanoz ( ) ( )

Fizyolojik sarılık ( ) ( )

Lanuga ( ) ( )

Verniks kazeoze ( ) ( )

Desquamasyon ( ) ( )

Pişik ( ) ( )

**Baş** **Var** **Yok**

Molding ( ) ( )

Kaput suksadeneum ( ) ( )

Sefal hematoma ( ) ( )

Ön fontanel ( ) ( )

Arka fontanel ( ) ( )

<b>Gözler</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Akıntı	( )	( )
Kızarıklık	( )	( )
<b>Kulaklar</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Göz kulak çizgisi eşit	( )	( )
İşitme durumu	( )	( )
<b>Burun</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Tıkanıklık	( )	( )
<b>Ağız-Boğaz</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Yarık damak-dudak	( )	( )
Pamukçuk	( )	( )
<b>Boyun</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Tortikolis	( )	( )
<b>Göğüs</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Göğüs kafesinin solunuma katılması	( )	( )
Meme uçlarımda şişlik	( )	( )
Memelerden süt gelmesi	( )	( )
<b>Abdomen</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Umbilikal kordta akıntı, kızarıklık	( )	( )
<b>Genital Organlar (Erkek)</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Fimozis	( )	( )
Testislerin inmesi	( )	( )
<b>Genital Organlar (Kız)</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Vajinal açıklık	( )	( )
Kanlı mukuslu akıntı	( )	( )
<b>Anüs</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Mekonyum	( )	( )
Sfinkter tonusu	( )	( )
<b>Ekstremiteler</b>	<b>Var</b>	<b>Yok</b>
Simien çizgisi	( )	( )
Sindaktili	( )	( )
Polidaktili	( )	( )
DKÇ	( )	( )

Eğer hastanız gebe ise, gereksinim duyduğu bireysel eğitim konularını gebelikte beslenme, gebelikte kişisel bakım, doğum öncesi egzersiz, doğum, emzirme, yenidoğan bebeğin bakımı, aile planlaması, doğum sonu kişisel bakım vb. yönünden değerlendiriniz ve uygun eğitimleri veriniz.

Eğer hastanız doğum sonu dönemde ise, gereksinim duyduğu bireysel eğitim konularını bebeğin göz bakımı, göbek bakımı, bebek banyosu, bebeğin giyimi, pişik bakımı, konak bakımı, pamukçuk bakımı, emzirme/biberonla beslenme, bebeğin büyüme ve gelişmesi, ebeveyn olma, bebeğe uyaran verilmesi, yenidoğan bebeğin özellikleri, doğum sonu egzersiz, kişisel hijyen, loşia/epizyotomi izlemi, beslenme, aile planlaması vb. yönünden değerlendiriniz ve uygun eğitimleri veriniz.

Eğer hastanız jinekolojik tanıya sahip ise, gereksinim duyduğu bireysel eğitim konularını vulva muayenesi, meme muayenesi, menopoz, menstrual hijyen, aile planlaması, vajinal enfeksiyonlar ve diğer yönlerden değerlendiriniz ve uygun eğitimleri veriniz.

Laboratuvar Çalışmaları	Referans aralığı	Tarih..... Hastanın Sonuçları	*Yorumunuz
<b>Hemogram</b>			
WBC			
RBC			
HGB			
HCT			
PLT			
MCV			
MCH			
MCHC			
<b>Biyokimya</b>			
Klor			
Kalsiyum			
Sodyum			
Potasyum			
Fosfor			
Demir			
Demir bağlama			
Total demir bağlama kapasitesi			
AST			
ALT			
ALP			
GGT			
LDH			
Açlık kan şekeri			
Tokluk kan şekeri			
Albumin			
Total Protein			
Total Bilirubin			
Direkt Bilirubin			
BUN			
Kreatinin			
Üre			
Ürik asit			
CRP			
Aptt			
INR			
Pt			
CK-MB			
Troponin			
Sedimentasyon			

<b>İdrar Analizi</b>			
Dansite			
pH			
Glukoz			
Keton			
Protein			
Lökosit			
Bilirubin			
Blood			
<b>Diğer Analiz Sonuçları (Bu Tabloda Yer Almayan Hastanın Başka Laboratuvar Sonuçları Varsa Lütfen Buraya Yazınız)</b>			
<b>*Sadece normalden yüksek ya da düşük olan değerlerin nedenlerini ve sonuçlarını hastanın tıbbi durumu ile ilişkilendirerek yorumlayınız.</b>			







Sıvı-İzlem Formu							Tarih.....				
$\text{Damla Sayısı (DDS)} = \frac{\text{Total Sıvı Miktarı} \times 20}{60 \text{ dk} \times \text{Verilecek Saat Süresi}}$							Saatte Gidecek Sıvı Miktarı=				
GİREN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:							ÇIKAN SIVILAR ÖNCEKİ TOPLAM:				
SAAT	GİDEN SIVILAR						ÇIKAN SIVILAR				
	Oral	Kan ve kan ürünü	IV sıvılar (cinsi)				İdrar	Dışkı	Kusma	NG Tüp	Dren (ler)
Şişe Seviyesi			Giden miktar	Şişe Seviyesi	Giden miktar						
08.00											
09.00											
10.00											
11.00											
12.00											
13.00											
14.00											
15.00											
16.00											
<b>ARA TOPLAM</b>											
17.00											
18.00											
19.00											
20.00											
21.00											
22.00											
23.00											
24.00											
<b>ARA TOPLAM</b>											
01.00											
02.00											
03.00											
04.00											
05.00											
06.00											
07.00											
08.00											
<b>ARA TOPLAM</b>											
<b>GENEL TOPLAM</b>											

Total Alınan Sıvı :

Total Çıkarılan sıvı:

Balans :

**İŞLETMELERDE MESLEKİ EĞİTİM**  
**DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ UYGULAMASI**  
**DEĞERLENDİRME FORMU**

<b>ÖĞRENCİNİN</b> Adı ve Soyadı :
Okul No :

Uygulama Yapılan Kurum/ Kuruluşun Adı :		
<u>Çalıştığı Birim/ Servis(ler):</u>	<u>Tarih</u>	<u>Süresi (iş günü)</u>

DEĞERLENDİRME		
	NOT	Düşünceler
Üniforma düzenine uyma		
Hastayı uygun teslim alıp-verme		
Öğrenme isteği		
Kliniğe hâkimiyet		
Yaptığı hemşirelik uygulamalarına yönelik sorumluluk alma ve zamanında gerçekleştirme		
Uygulamalarda yeterli beceriye sahip olma		
Hastanın tıbbi tanısını, tedavisini bilme ve tedaviyi doğru uygulama		
Hastaya hemşirelik süreci doğrultusunda bütüncül bakım verme		
Acil durumları yönetme		
Öğretim elemanı, sağlık ekibi, hasta ve hasta yakınlarıyla işbirliği yapma ve uygun iletişim kurma		
Gözlem yapma, doğru ve açık kayıt tutma		
Hasta ya da ailesine eğitim verme		
Giriş-çıkış saatlerine uyma		
<b>NOT ORTALAMASI</b>		
<b>İntörn Hemşireyi Değerlendiren Sorumlu Hemşire/Ebe;</b>		
Adı ve Soyadı	İmza	Tarih

\*Notlar, 100 puan üzerinden verilecektir.

Öğrencinin İntörn Staj Değerlendirme Formu servis sorumlu hemşire/ebe tarafından doldurulduktan ve onaylandıktan sonra kapalı zarf içerisinde devam çizelgesi ile birlikte teslim edilmelidir.



### TANILAMA

(Veri toplama şamasından sonra verilerin analizi ile NANDA tanı listesi kullanılarak hemşirelik tanıları belirlenir. Tanılar NANDA formatına göre yazılır)

### PLANLAMA AŞAMASI

(Hemşirelik tanıları, öncelik sırasına göre sıralanarak bu forma yazılır. Her bir hemşirelik tanısı için amaç ve beklenen sonuç kriterlerine karar verilir. Hasta hemşirelik tanısına yönelik yapılması gereken tüm hemşirelik girişimlerine karar

### UYGULAMA AŞAMASI

(Planlanan girişim uygulandı ise Evet(+) uygulanmadı ise Hayır (-) şeklinde belirtilir.)

### DEĞERLENDİRME AŞAMASI

(Belirlenen beklenen sonuç kriterleri değerlendirilerek amaca ulaşip ulaşılmadığına ilişkin karar verilir.)

Tarih	Etiyolojik Faktör/Neden	Tanı	Tanımlayıcı Özellikler	Amaç: Beklenen Sonuç Kriterleri:	Girişimler	Evet (+) / Hayır (-) ise nedeni açıkla	Değerlendirme



**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**HEMŞİRELİK BÖLÜMÜ**  
**DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ**  
**EĞİTİM PLANI**

**Eğitimi Veren Öğrencinin Adı Soyadı:**

**Eğitimin Verildiği Kişi:**

**Eğitim Verilen Kişinin Yaşı:**

**Eğitim Verilen Kişinin Eğitim Durumu:**

**Eğitim Verilen Kişinin Tanısı:**

**Eğitimin Verildiği Yer:**

**Eğitimin Verildiği Tarih:**

**Eğitim Verildiği Saat ve Süre:**

**Eğitimi Gerektiren Veriler: (Örn; Yaşı, Eğitim Düzeyi, Konu ile ilgili sorduğu sorular v.s )**

**Eğitimin Konusu:**

**Eğitimin Hedefleri (Bilişsel, Duyuşsal, Psikomotor Hedefler):**

**Eğitimin İçeriği: (Konunun, alt ana başlıkları bu kısımda yer alacak)**

**Eğitimde Kullanılan Materyaller: Karteks, Broşür vb.**

**Eğitimi Sunuş Şekli: Soru- cevap**

Sözel anlatım

Demostrasyon Tekniği

Rol-Play

Sunum (Power-point)

### **Eğitim Değerlendirilmesi:**

Eğitim verildikten sonra eğitim alan birey/grup şu sorulara cevap verir

<b>Sorular:</b>	<b>Biliyor</b>	<b>Bilmiyor</b>
1)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**EĞİTİM İÇERİĞİ [3-5 sayfayı geçmeyecek şekilde hazırlanmalıdır. Konu başlıklarıyla birlikte bireye/gruba anlatılacak şekilde giriş, gelişme ve sonuç bölümü doğrultusunda yazılmalı ve sonunda yararlanılan kaynaklar (son 5 yılı esas alacak şekilde) eklenmelidir].**

# DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİNDE BAKIM DERSİ

## ASM/TSM/KETEM DEĞERLENDİRME FORMU

Öğrencinin

Adı Soyadı :

Okul No :

Değerlendiren Öğretim Elemanı:

DEĞERLENDİRİLECEK KRİTERLER	PUAN	DÜŞÜNCELER
<b>1. PROFESYONELLİK</b>	<b>30</b>	
1. Kıyafet yönetmeliğine ve meslek davranış ilkelerine uyma	3	
2. Uygulama alanına zamanında gelme-ayrılma	3	
3. Uygulama süresinin etkin kullanma	3	
4. Sağlık ekibine olumlu ilişkiler kurma	3	
5. Öğrenme ve araştırmaya istekli olma	3	
6. Uygulamalarda etkin rol almak için istekli olma	3	
7. Problem çözebilen becerilere sahip olma	3	
8. Acil durumları yönetebilen	3	
9. Kayıt tutma	3	
10. Rapor/dosyaların zamanında teslim	3	
<b>2.MESLEKİ YÖNDE GELİŞME ve HEMŞİRELİK BAKIMI</b>	<b>70</b>	
11. Hastalarla yardım eden ilişkiler kurma	3	
12. Hasta ya da ailesine eğitim verme	3	
13. Eğitim planı hazırlama (eğitim hedef cümlelerinin gözlenebilir, ölçülebilir olması)	3	
14. Eğitim için hazırlarken bizzat kaynaklardan faydalanma (güncel kitaplar, dergiler, akademik makaleler)	5	
15. Eğitim için uygun materyal/sunum hazırlama (afiş, broşür, kartex)	5	
16. Kurumdaki araç gereçleri uygun kullanabilmek	3	
17. Uygulamalara teorik bilgisi eksiksiz tamamlayarak gelme	5	
18. Bilgiyi hemşirelik uygulamalarında kullanabilmek	3	
19. Dosya/Rapor Değerlendirme	40	
<b>GENEL TOPLAM</b>	<b>100</b>	

İlave görüş ve öneriler: