

**TARSUS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**  
**EBELİK BÖLÜMÜ 2022-2023 EĞİTİM ÖĞRETİM YILI - GÜZ DÖNEMİ**  
**2. SINIF NORMAL/RİSKLİ GEBELİK BAKIM PLANI FORMU**

**Tarih:**

**TANITICI ÖZELLİKLER**

<b>GEBENİN;</b>
Adı Soyadı:
Tanı:
Yaşı:
Eğitim Düzeyi:
Mesleği:
Gelir Durumu:
Aile Tipi:
Evlilik Süresi:
Eşiyle Akrabalık Durumu:
Kan Grubu:
Gebelik Haftası:
<b>EŞİNİN;</b>
Yaşı:
Eğitim düzeyi:
Mesleği:
Kan Grubu:

**GEBE VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ**

Kronik hastalığı var mı?	Yok ( )	Var ( )
Geçirdiği bir ameliyat var mı?	Yok ( )	Var ( ).....
Sürekli kullandığı ilaçlar?.....		
Alerji öyküsü var mı?	Yok ( )	Var ( ).....
Ailesinde kronik bir hastalığı olan var mı?		
Anne;	Yok ( )	Var ( ).....
Baba;	Yok ( )	Var ( ).....
Kardeşler;	Yok ( )	Var ( ).....

**JİNEKOLOJİK ÖYKÜSÜ**

Menarş yaşı:		
Menstrüasyon süresi / sıklığı		
Menstrüasyon düzeni:		
Dismenore öyküsü:	Yok ( )	Var ( )
Cinsel aktivite:	Yok ( )	Var ( )
Doğum kontrol yöntemi: Kullanıyor ( ) .....yıldır.....yöntemi		
Kullanmıyor ( ) Gebe kalınca bıraktı ( )		
Geçirdiği jinekolojik sorunlar/yakınmalar (ağrı, akıntı, kanama, kaşıntı):		
Yok ( )	Var ( ).....	
Jinekolojik kontrol yaptırma durumu: Hayır ( )	Evet ( ).....	

## OBSTETRİK ÖYKÜSÜ

Gravida:
Para:
Abortus/küretaj:
Yaşayan:
Anomali doğum öyküsü:           Yok ( )           Var ( ).....
Ölü doğum varsa nedeni:
Abortus varsa nedeni:
Küretaj varsa nedeni:
Önceki gebeliğinde (Preeklampsi, GDM vs. ) öyküsü? Hayır ( ) Evet ( ).....
Önceki doğumunda (Hızlı doğum, C/S, Kanama vs.) öyküsü? Hayır ( ) Evet ( ).....
Önceki çocuk/çocukların sadece anne sütü alma durumu: Hayır ( ) Evet ( ) .....ay
Toplam emzirme süresi:.....

## Önceki Doğumlar:

Tarihi	Hafta	Doğumun Gerçekleştiği Yer	Doğumu Destekleyen Kişi (Ebe, Dr)	Doğum Şekli (Normal/Sezaryen/Müdahaleli Doğum)

## ŞİMDİKİ GEBELİK ÖYKÜSÜ

Son menstruasyon periyodun ilk günü (SAT):
Şuandaki gebelik haftası:
Tahmini doğum tarihi:
Antenatal izlem sıklığı (Kaç haftada bir ve ayda toplam kaç kez):
Kilo:
Boy:
BKİ:
Gebeliğinde yaşadığı problemler var mı?(Ödem, kramp vs.): Yok ( ) Var ( ).....
Gebelik esnasında herhangi bir hastalık geçirme durumu: Yok ( ) Var ( ).....
Aşılama Öyküsü (Hepatit , Tetanoz, Grip, Pnomoni, Covid): .....
Gebelikte ilaç kullanma durumu: Yok ( ) Var ( ).....
Sigara /alkol kullanma durumu: Sigara: Kullanmıyor ( ) Kullanıyor ( )...../günde Alkol: Kullanmıyor ( ) Kullanıyor ( ).....miktar

Şuanki gebeliğinizde aşağıdaki risk faktörlerinden herhangi biri oldu mu? ( )Hayır ( )Evet

Kalp hastalığı ( )	Enfeksiyon hastalıkları ( )
Preeklampsi ( )	EMR ( )
Diyabet ( )	Hiperemezis gravidarum ( )
PIH ( )	Düşük tehdidi ( )
Rh Uyuşmazlığı ( )	Oligohidroamniyoz ( )
Plasenta Previa ( )	Polihidroamniyoz ( )
Ablasio plasenta ( )	Diğer ( ).....
Bu belirtiler gebeliğin hangi haftasında başladı? Nasıl ilerledi?	
Şuanda aldığı bakım/tedavi protokolü nedir?	

### Yaşam Bulguları Gözlem Formu

Gebe Adı Soyadı:

Tarih:

Saat	Ateş °C	Nabız atım/dk	Solunum /dk	Satürasyon % SpO <sub>2</sub>	Kan Basıncı mmHg	ÇKS

Varsa NST/USG ve diğer işlemlerin sonucu: ( ) Reaktif ( ) Nonreaktif

### MUAYENE BULGULARI

<b>Abdomenin Değerlendirilmesi;</b>
Linea nigra: Yok ( ) Var ( ).....
Stria Gravida: Yok ( ) Var ( ).....
Gebelik maskesi: Yok ( ) Var ( ).....
Fundus Yüksekliği:
1. Leopold:
2. Leopold:
3. Leopold:
4. Leopold:
<b>Memelerin Değerlendirilmesi;</b>
Meme ucu durumu:
Süt gelme durumu: Yok ( ) Var ( ).....

<b>Psikolojik Değerlendirme;</b>		
Gebelik planlanma / isteme durumu:	Planlı ( )	Plansız( )
Gebeliğe karşı ilk tepki:	Olumlu( )	Olumsuz( )
Gebelik için şuan yaşadığı duygular:	Olumlu( )	Olumsuz( )
Eşin gebeliğe ilk tepkisi:	Olumlu( )	Olumsuz( )
Gebelikte birlikte kendi ya da bebekle ilgili yaşanan herhangi bir endişe/korku/kaygı oldu mu? Yok ( ) Var ( ) .....		
Herhangi bir problem olduğunda gebeye destek olacak kişi/kişiler:		

### LABORATUAR BULGULARI

TEST	Tarih	Değer	Referans Aralığı	Anormal laboratuvar sonuçlarının gebenin durumuyla ilişkisi nedir?
<b>İdrar Analizi:</b>				
Dansite:				
Ph:				
Lökosit:				
Albumin cinsi protein:				
Keton:				
Glukoz:				
Eritrosit:				
Bakteri:				
<b>Kan Analizi:</b>				
Hb: gr/dl				
Hct:				
WBC:				
RBC:				
Trombosit:				
Glukoz (Açlık KŞ):				
TSH:				
ALT:				
AST:				
Üre:				
Kreatinin :				
CRP:				
Ferritin:				
Demir:				

### 1. SAĞLIK ALGISI-SAĞLIK YÖNETİMİ

Genel olarak sağlığınız nasıldır? ( ) Çok iyi ( ) İyi ( ) Kötü ( ) Çok kötü
Gebede bulunan risk faktörleri:

## 2.BESLENME-METABOLİZMA

Gebelik boyunca alınan kilo:
İştah durumu:
Günlük öğün sayısı: Ana öğün..... Ara öğün.....
Diyet gerekiyor mu? ( ) Hayır ( ) Evet, neden?.....
Ek vitamin alıyor mu? ( ) Hayır ( ) Evet, neden?.....
Bulantı/Kusma: ( ) Hayır ( ) Evet
Ağız içi yaraları: ( ) Yok ( ) Var.....
Diş etleri: Normal( ) Diş eti kanaması( ) Diş eti çekilmesi( )
Diş Fırçalama Durumu: ( ) Hayır ( ) Evet...../Günde

## 3.BOŞALTIM

<b>Dışkılama alışkanlığı:</b>
Dışkılamada durumu ( ) Normal ( ) Konstipe ( ) İshal
Lavman/Laktasif kullanıyor mu? ( ) Hayır ( ) Evet, açıklayınız.....
Barsak Sesleri (Sayı ve Niteliği): .....
Konstipe ise kaç gündür defekasyona çıkamıyor?.....
<b>İdrar Boşaltımı Alışkanlığı:</b>
Boşaltım alışkanlığında değişiklik oldu mu? ( ) Hayır ( ) Evet, açıklayınız.....
İdrar rengi: ..... Kokusu:.....
İdrar yaparken yanma? ( ) Yok ( ) Var.....
Sık idrara çıkma? ( ) Yok ( ) Var.....

## 4.AKTİVİTE-EGZERSİZ, KENDİNE BAKIM

Düzenli Egzersiz: ( ) Uygulamıyor ( ) Uyguluyor;
Tipi..... Sıklığı..... Süresi.....
Kas gücü.....
Değişiklik oldu mu?.....Neden?.....
<b>Kas-İskelet-Nörolojik Sistem:</b>
Kas-iskelet- sistemi: Tremor, Kramp, Ağrı, Pleji/Paralizi, Hemipleji, Parapleji, Quadripleji vb.
( ) Hayır ( ) Evet .....

## 5. ÖZ-BAKIM YETERLİLİĞİ:

	0	1	2	3	4
Yeme/içme					
Banyo/Yıkama					
Giyinme/Çeki düzen					
Tuvalete gitme					
Yatak içi mobilite					
Yürüme gezinme					
Merdiven çıkma					

0= Bağımsız 1=Yardımcı araçla 2=Başkalarının yardımıyla 3=Başka kişi ve araçların yardımıyla 4=Tamamen bağımlı

<b>Aktivite toleransı:</b>	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Çabuk yoruluyor	<input type="checkbox"/> Halsiz/Güçsüz
Göğüs, Bacak/Eklem, Sırt ağrısı:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet; Açıklayınız.....	
<b>Kalp-Dolaşım Sistemi:</b>			
Ekstremitelerde ödem:	Yeri.....	Seviyesi.....	Süresi..... Varis.....
<b>Solunum Sistemi:</b>			
<input type="checkbox"/> Dispne	<input type="checkbox"/> Ortopne	<input type="checkbox"/> Apne	<input type="checkbox"/> Öksürük
<input type="checkbox"/> Hemoptizi	<input type="checkbox"/> Burun tıkanıklığı		
Balgam:	<input type="checkbox"/> Çıkarıyor; Özellikleri.....		
Siyanoz:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var; Yeri.....		
Burun akıntısı:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var; Özellikleri.....		

## 6.UYKU-DİNLENME

Normal uyku süresi: .....	Uyuma/Uyanma zamanı: .....
Gündüz uykusu:	<input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var; Zamanı ve Süresi.....
Uyku alışkanlığında değişme: ( <i>Gürültü, ışık, soğuk/sıcak, yatak değişikliği, stres, anksiyete, ilaçlar, ağrı vb.</i> ).....	
Uykuya dalmak için yapılanlar:.....	
Gebede uykusuzluğun etkileri:.....	

## 7.KENDİNİ ALGILAMA- BENLİK KAVRAMI

Gebeliğiniz sizde ne tür duygular yaratıyor?.....
Fiziksel sağlığınıza ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?.....
Kendinizi nasıl tanımlarsınız?.....

## 8.ZİHİNSEL-ALGISAL FONKSİYONLAR

<b>Mental durum:</b>
Uyanıklık/canlılık: <input type="checkbox"/> Uyanık/Canlı <input type="checkbox"/> İlgisiz/İsteksiz <input type="checkbox"/> Letarjik (Huzursuz <input type="checkbox"/> Agresif/Saldırgan)
Öğrenme Engelleri: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Dil farklılığı <input type="checkbox"/> Motivasyon eksikliği <input type="checkbox"/> Anksiyete
<input type="checkbox"/> Depresyon <input type="checkbox"/> Zihinsel yetersizlik <input type="checkbox"/> Diğer.....
<b>Duyular</b>
<b>Görme:</b> <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Hipermetrop <input type="checkbox"/> Miyop <input type="checkbox"/> Astigmat <input type="checkbox"/> Çift Görme
<input type="checkbox"/> Bulanık görme <input type="checkbox"/> Katarakt <input type="checkbox"/> Glakom
Gözlük/Lens: <input type="checkbox"/> Kullanmıyor <input type="checkbox"/> Kullanıyor, Özelliği ve Süresi.....
Göz enfeksiyonu bulgusu: .....
Göz için kullanılan ilaç: .....
Kornea refleksi: <input type="checkbox"/> Pozitif <input type="checkbox"/> Negatif
<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Yok/ Yetersiz; Hangi taraf?.....
<b>İşitme:</b>
İşitme cihazı: <input type="checkbox"/> Kullanmıyor <input type="checkbox"/> Kullanıyor; Süresi, Tipi, Şikayetleri.....
Kulak enfeksiyonu bulgusu:.....
Tat alma: .....
Koku alma:.....
<b>Dokunma/Hissetme:</b>
Ağrı: <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Kronik

Ağrı Şiddeti (0-10): .....

Ağrı Yeri:.....

Karakteri: ( ) Batıcı ( ) Delici ( ) Yakıcı ( ) Yaygın ( ) Sınırlı

Süresi: ( ) Sürekli ( ) Aralıklı, başlama zamanı.....

Başlatan/Artıran faktörler:..... Azaltan faktörler:.....

Ağrıya tepki: ( ) Hareketsiz kalma ( ) Ağrıyan bölgeyi tutma/masaj yapma. ( ) Kaslarda gerginlik  
 ( ) Acılı yüz ifadesi ( ) Hareket halinde olma ( ) KB, nabız, solunum değerlerinde artma  
 ( ) Ağrısı olduğunu ifade etme ( ) Analjezik isteme ( ) Diğer.....

Ağrı Yönetimi (İlaç Dışı Uygulamalar): .....

## 9.ROLLER VE İLİŞKİLER

Aile içi rolü:.....

Rollerini yerine getirebilme durumu: ( ) Evet ( ) Hayır; Açıklayınız.....

Çalışma durumu : ( ) Çalışıyor ( ) Çalışmıyor

Destekleyici /yardımcı kişiler: ( )Yok ( ) Var; Nasıl destekliyor?.....

Ailede her birey rahatça duygularını/düşüncelerini paylaşır mı?  
 ( ) Evet ( ) Hayır; Neden?.....

Bakıma katılmaya isteklilik:.....

Gebenin ailede şiddet örüntüsüne ilişkin düşünceleri:.....

## 10.STRES - BAŞETME

Sorunlarınızla baş etmek/ rahatlamak için neler yapıyorsunuz?.....

Yaptıklarınız ne kadar yararlı oluyor?.....

Sağlık personeli size nasıl yardımcı olabilir?.....

Gözlemlenen stres belirti ve bulguları : .....

Yüz ifadesi: ( ) Normal ( ) Gergin ( ) Gözler çok açık ( ) Korkulu endişeli

## 11.DEĞERLER – İNANÇLAR

Kültürünüze/adet ve inanışlarınıza göre özel sağlık uygulamalarınız var mı?  
 ( ) Evet ( ) Hayır; Neler?.....

Gebelik, doğum, lohusalık dönemi, bebek bakımı ve genel sağlığa yönelik bilinen/uygulanan geleneksel uygulamalar:  
 ( ) Evet ( ) Hayır; Neler?.....

## 12.CİNSELLİK – ÜREME

Dış genitaller: ( ) Vulvada Kızarıklık ( ) Ağrı ( ) Koku ( ) Piriritis  
 ( ) Ödem ( ) Varis ( ) Hematom ( ) Laserasyon

Vajinal akıntı: Rengi.....Kokusu..... Miktarı.....

Vajinal duş yapıyor mu? ( ) Hayır ( ) Evet

Günlük ped/ara bezi kullanıyor mu? ( ) Hayır ( ) Evet; Değiştirme sıklığı.....

Kendi kendine vulva muayenesi: ( )Yapmıyor ( ) Yapıyor; Sıklığı.....

Tuvalet hijyeni (taharetlenme): ( ) Önden arkaya ( ) Arkadan öne ( ) Önem vermiyor

Perinenin kurulması: ( ) Bezle ( )Tuvalet kağıdıyla ( ) Kurulamıyor

İç çamaşırını cinsi (*pamuklu, sentetik*) : ..... Değiştirme sıklığı: .....

**Cinsel öykü:**

Bazen hastalarımız cinsel fonksiyonlarına yönelik endişe duyarlar. Size bu konuya ilişkin birkaç soru sormak istiyorum. Görüşmeye başlamadan önce bu konuyla ilgili sormak istediğiniz bir sorunuz varsa, önce bunu yanıtlamak isterim. Bana sormak istediğiniz bir soru var mı? İzin verirsiniz sorularıma başlamak istiyorum.

Aktif bir cinsel hayatınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır.....
Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır.....
Cinsellik ve cinsel aktivite hakkında herhangi bir sorunuz var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
İçinde bulunduğunuz durumun (Gebelik/Hastalık/Ameliyat/Menopoz vb.) cinsel yaşantınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?.....		

**Gebenin Eğitim Almak İsteddiği veya Bakım Gereksinim Duyduğu Konular:**

Demir preparatlarının kullanımı:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Eğitim planlandı
Gebelikte beslenme eğitimi:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Eğitim planlandı
Gebelikte cinsellik eğitimi:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Eğitim planlandı
Aile Planlaması:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Eğitim planlandı
Emzirme Eğitimi:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Eğitim planlandı
Doğum öncesi egzersizler:	<input type="checkbox"/> Hayır	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Eğitim planlandı
Diğer:			<input type="checkbox"/> Eğitim planlandı

**İLAC FORMU****Tarih:****Sürekli kullandığı ilaçlar**

Hastanın adı-Soyadı		
<b>1. İlaç &amp; Doz</b>		
Uygulama yolu:		
Sınıf & Etki mekanizması:		
Hasta bu ilacı neden alıyor?		
Ebenin izlemesi gerekenler:		
<b>2. İlaç &amp; Doz</b>		
Uygulama Yolu:		
Sınıf & etki mekanizması:		
Hasta bu ilacı neden alıyor?		
Ebenin İzlemesi Gerekenler:		
<b>3. İlaç &amp; Doz</b>		
Uygulama yolu:		
Sınıf & Etki mekanizması:		
Hasta bu ilacı neden alıyor?		
Ebenin izlemesi gerekenler:		
<b>4. İlaç &amp; Doz</b>		
Uygulama yolu:		
Sınıf & Etki mekanizması:		
Hasta bu ilacı neden alıyor?		
Ebenin izlemesi gerekenler:		



<b>Tanı Alanları</b>	<b>Ebelik Tanıları</b>
Sağlık Algısı-Sağlık Yönetimi	
Beslenme-Metabolizma	
Boşaltım	
Aktivite-Egzersiz, Kendine Bakım	
Uyku-Dinlenme	
Kendini Algılama- Benlik Kavramı	
Zihinsel-Algısal Fonksiyonlar	
Roller – İlişkiler	
Stres - Başetme	
Değerler – İnançlar	
Cinsellik – Üreme	

<b>SIVI İZLEM FORMU</b>	<b>Tarih:</b>
	<b>Adı Soyadı:</b>
	<b>Bölümü:</b>
	<b>Oda No:</b>
<p>Dakikada      Total sıvı miktarı x 20      Saatte      D.D.S.*x 60</p> <p>Damla Sayısı = _____      Gidecek = _____ =D.D.S. x 3</p> <p>(D.D.S.)      60 dakika x24      Sıvı      20</p>	

Saat	I.Sıvı Cinsi D.D.S.	Şişe Seviyesi	Giden Miktar	II.Sıvı Cinsi D.D.S.	Şişe Seviyesi	Giden Miktar
<b>24 saatlik toplam</b>						

**Gebenin Adı Soyadı:**

**Bölümü:**

**Oda No:**

**Tarih:**

Saat	<i>ALDIĞI</i>		<i>ÇIKARDIĞI</i>						
	DAMAR YOLU	ORAL	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
<b>Toplam</b>									

## GEBENİN GEREKSİNİMİ DOĞRULTUSUNDA PLANLANAN EĞİTİMLER

**Eğitim Adı:**  
**Eğitim Konusu:**  
**Eğitim Süresi:**  
**Eğitim Materyali:**  
**Eğitim İçeriği:**

**Eğitimde Kullanılan Kaynaklar:**