



TARSUS
ÜNİVERSİTESİ

TARSUS ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
...../..... EĞİTİM ÖĞRETİM YILI

EB 104 EBELİKTE TEMEL İLKE VE UYGULAMALAR II DERSİ

Öğrencinin;

Adı Soyadı:

Numarası:

Sorumlu Öğretim Elemanı:

TARSUS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

EBELİK BÖLÜMÜ

BAKIM PLANI

TANITICI ÖZELLİKLER
Protokol No:
Yatış Tarihi:
Oda No:
Adı Soyadı:
Cinsiyet:
Yaş:
Doğum Yeri:
Medeni Durumu:
Çocuk Sayısı:
Eğitim Durumu:
Mesleği:
Hastanede Kalış Süresi:
Sosyal Güvencesi:
Tıbbi Tanısı:
Şikayetleri:
Hastalığını Kabul Etme Durumu:
Tedavisini Kabul Etme Durumu:

Yaşam Bulguları Gözlem Formu

Hasta Adı Soyadı:

Tarih:

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

1. SAĞLIK ALGISI-SAĞLIK YÖNETİMİ

Hastalık Öyküsü:
Genel olarak sağlığınız nasıldır? <input type="checkbox"/> Çok iyi <input type="checkbox"/> İyi <input type="checkbox"/> Kötü <input type="checkbox"/> Çok kötü

Risk Faktörleri:

Aile Sağlık Öyküsü: Kanser, Kalp, Böbrek, Depresyon vb. hastalığı olan aile üyesi var mı?
<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, Kim?..... Hastalığı nedir?.....
Alışkanlıklarınız: Alkol kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır, <input type="checkbox"/> Evet; sıklığı..... miktarı:..... Sigara kullanıyor musunuz? <input type="checkbox"/> Hayır, <input type="checkbox"/> Evet; sıklığı..... miktarı:..... Diğer maddeler:.....
Daha önce, hastalık, kaza geçirdiniz mi? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.....
Alerjiniz var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.....
Aşılama Öyküsü (Hepatit , Tetanoz, Grip, Pnomoni, Covid):
Sürekli kullandığınız ilaç var mı? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet.....
Düzenli olarak sağlık kontrolünden geçer misiniz? <input type="checkbox"/> Hayır, neden? <input type="checkbox"/> Evet, hangi amaçlarla?

2. BESLENME-METABOLİZMA

Boy Kilo Beden Kitle İndeksi
Kilo değişikliği oldu mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, ne zaman..... Niçin..... Ne kadar.....
İştah Durumu: Evde:..... Hastanede:.....
Çiğneme/Yutma özelliği.....
Yiyecek alım yolu: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Parenteral <input type="checkbox"/> Gavaj <input type="checkbox"/> Gastrostomi
Günlük öğün sayısı: Ana öğünler..... Ara öğünler.....
Diyet gerekiyor mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, neden?.....
Diyete uyma durumu: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, Hayır ise nedeni?.....
Ek vitamin alıyor mu? <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, neden?.....
Bulantı/Kusma: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Dişler: Takma diş kullanma: <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet
Ağız içi yaraları:.....
Diş etleri:

Dilin Özelliği:
Ağız Hijyeni: Dış fırçalama durumu: () Hayır () Evet...../günde
Deri: Rengi..... Nemi..... Turgoru..... Yaralar..... Skar..... Enfeksiyon..... Ödem..... Deri hijyeni:.....
Tırnaklar: Renk..... Şekil..... Lezyonlar..... Hijyeni.....
Saçlar: Görünümü ve Hijyeni.....
Beslenme Sorunları:.....

IV Yol: () Periferal () Santral Yol Diğer
IV yolun Görünümü: Takılma Zamanı:.....
Drenler: Yer..... Renk: Miktar
NG: Yer..... Renk: Miktar.....

3. BOŞALTIM

Dışkılama alışkanlığı:
Dışkılamada herhangi bir değişiklik oldu () Hayır () Evet, mu? açıklayınız.....
Lavman/Laktasif kullanıyor mu? () Hayır () Evet, açıklayınız.....
Barsak Sesleri (Sayı ve Niteliği):
Batın: () Sert () Normal () Yumuşak
Batında kitle: () Hayır () Evet, açıklayınız.....
Dışkılama sorunları:.....
İdrar Boşaltımı Alışkanlığı:
Boşaltım alışkanlığında değişiklik oldu mu? () Hayır () Evet, açıklayınız.....
İdrar rengi: Kokusu..... Miktarı..... Dansitesi.....
İdrar yolu enfeksiyonu, Böbrek sorunu öyküsü : () Hayır () Evet; Açıklayınız.....
Sıvı kısıtlaması ya da sıvı yüklemesi var mı? () Hayır () Evet; Açıklayınız.....
Gaita/ İdrar boşaltımı: () Yatakta () Tuvalette () Üriner Kateter () Kolostomi () İleostomi () İnkontinans
Mesane: () Sert () Yumuşak

4. AKTİVİTE-EGZERSİZ, KENDİNE BAKIM

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

Öz-Bakım Yeterliliği:

	0	1	2	3	4
Yeme/içme					
Banyo/Yıkanma					
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

Aktivite toleransı: () Normal () Çabuk yoruluyor () Halsiz/Güçsüz Son günlerde değişiklik oldu mu? () Hayır () Evet; Açıklayınız..... Göğüs, Bacak/Eklem, Sırt ağrısı: () Hayır () Evet; Açıklayınız..... Aktiviteye Bağlı Sorunlar.....
Kalp-Dolaşım Sistemi: Nabız Ritim: Nabız Dolgunluk: Ekstremiteler: Renk..... Ödem..... Varis..... Mukoza rengi ve nemi:.....
Solunum Sistemi: () Dispne () Ortopne () Apne () Öksürük () Hemoptizi () Burun tıkanıklığı Oksijen satürasyonu:..... Balgam: () Çıkarmıyor () Çıkartıyor; Özellikleri..... Siyanoz: () Yok () Var; Yeri..... Burun akıntısı: () Yok () Var; Özellikleri..... Solunum/oksijen desteği: () Yok () Var; Açıklayınız

Solunum Tip (Wheezing, Raller, Cheyne-Stokes Solunum, Kussmaul Solunum):

.....

5. UYKU-DİNLENME

Normal uyku süresi: Uyuma/Uyanma zamanı:

Uyku arasında uyanma: () Yok () Var

Gündüz uykusu: () Yok () Var; Zamanı ve Süresi.....

Uyku alışkanlığında değişme: (Gürültü, ışık, soğuk/sıcak, yatak değişikliği, stres, anksiyete, ilaçlar, ağrı vb.).....

Uykunuz yeterli mi? () Hayır () Evet

Uykuya dalmak için yapılanlar?.....

Bireyde uykusuzluğun etkileri.....

6. KENDİNİ ALGILAMA- BENLİK KAVRAMI

Şu anki sağlık probleminiz sizde ne tür duygular yaratıyor?.....

Fiziksel sağlığınızla ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?..... Kendinizi nasıl tanımlarsınız?.....

7. ZİHİNSEL-ALGISAL FONKSİYONLAR

Mental durum: Oryantasyon:.....

Uyanıklık/canlılık: () Uyanık/Canlı () İlgisiz/İsteksiz () Letarjik (Huzursuz () Agresif/Saldırgan)

Öğrenme Engelleri: () Yok () Dil farklılığı () Motivasyon eksikliği () Anksiyete

() Depresyon () Zihinsel yetersizlik () Diğer.....

Duyular:

Görme: () Normal () Hipermetrop () Miyop () Astigmat () Çift Görme

() Bulanık görme () Katarakt () Glakom

Gözlük/Lens: () Kullanmıyor () Kullanıyor, Özelliği ve Süresi.....

Göz enfeksiyonu bulguları:

Göz için kullanılan ilaçlar:

Kornea refleksi: () Pozitif () Negatif

() Normal () Yok/ Yetersiz; Hangi taraf?.....

İşitme:

İşitme cihazı: () Kullanmıyor () Kullanıyor; Süresi, Tipi, Şikayetleri.....

Kulak enfeksiyonu belirtileri:.....

Tat alma:

Koku alma:.....

Dokunma/Hissetme:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Yetersiz	<input type="checkbox"/> Aşırı; Açıklayınız.....
Ağrı:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Akut	<input type="checkbox"/> Kronik
Şiddeti (0-5 Ölçeğine göre):	.....	
Yeri:	.....	
Karakteri:	<input type="checkbox"/> Batıcı	<input type="checkbox"/> Delici	<input type="checkbox"/> Yakıcı <input type="checkbox"/> Yaygın <input type="checkbox"/> Sınırlı
Süresi:	<input type="checkbox"/> Sürekli	<input type="checkbox"/> Aralıklı, başlama zamanı.....	
Başlatan/Artıran faktörler:	..... Azaltan faktörler:.....		
Ağrıya tepki:	<input type="checkbox"/> Hareketsiz kalma <input type="checkbox"/> Ağrıyan bölgeyi tutma/masaj yapma. <input type="checkbox"/> Kaslarda gerginlik		
	<input type="checkbox"/> Acılı yüz ifadesi <input type="checkbox"/> Hareket halinde olma <input type="checkbox"/> KB, nabız, solunum değerlerinde artma		
	<input type="checkbox"/> Ağrısı olduğunu ifade etme <input type="checkbox"/> Analjezik isteme <input type="checkbox"/> Diğer.....		
Ağrı Yönetimi (İlaç Dışı Uygulamalar):	.....	

8. ROLLER – İLİŞKİLER

Aile yapısı:	<input type="checkbox"/> Çekirdek	<input type="checkbox"/> Geniş	<input type="checkbox"/> Tek ebeveynli	<input type="checkbox"/> Diğer
Aile rolü:	.....		
Rollerini yerine getirebilme durumu:	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır;		
Açıklayınız:	.....		
Çalışma durumu :	<input type="checkbox"/> Çalışıyor	<input type="checkbox"/> Çalışmıyor		
Çalışma yılı:	.....		
İşin yarattığı sağlık riskleri:	.....		
Destekleyici /yardımcı kişiler:	<input type="checkbox"/> Yok	<input type="checkbox"/> Var; Nasıl destekliyor?.....		
Ailede her birey rahatça duygularını/düşüncelerini paylaşır mı?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır; Neden?.....			
Bakıma katılmaya isteklilik:	.....		
Ailede şiddet örüntüsüne ilişkin gözlemler/Düşünceler:	.....		

9. 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:	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Gergin	<input type="checkbox"/> Gözler çok açık	<input type="checkbox"/> Korkulu endişeli

10. DEĞERLER – İNANÇLAR

Kültürünüze/adet ve inanışlarınıza göre özel sağlık uygulamalarınız var mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır;
Neler?.....	.....
Hastalandığınız durumlarda evde, geleneksel olarak kullandığınız iyileştirme yöntemi var mı?	.....

() Evet () Hayır;
Neler?.....

11. CİNSELLİK – ÜREME

Menarş yaşı:

Menstruasyon sıklığı: Süresi..... Rengi: Kokusu: Pet sayısı/gün:

Perimenstrual Sendrom: () Yok () Var;
Açıklayınız.....

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

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

Vajinal duş yapıyor mu? () Hayır () Evet;
Sıklığı.....

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

Vulva
hijyeni:.....

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

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

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

İç çamaşırı cinsi (*pamuklu, sentetik*) : Değişirme sıklığı:

Menstruasyon sırasında kullanılan malzeme: () Ped ()Tampon () Bez
Değişirme sıklığı:

Menstruasyon sırasında banyo yapma durumu:

Menapoz döneminde ise:

Menapozal şikayetleri:

Şikayetlerle başatme durumu:

Menapozla ilgili danışmanlık gereksinimi: () Yok; Neden?
.....
() Var; Neden?

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 verirseniz sorularına başlamak istiyorum.

Aktif bir cinsel hayatınız var mı? () Evet () Hayır

Cinsel aktiviteye başlama yaşıınız nedir?.....

Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu? () Evet () Hayır

Aile planlaması yöntemi kullanma öyküsü:.....

Aile planlaması danışmanlık gereksinimi:.....

Cinsel yolla bulaşan hastalıklar (CYBH): (*Gonore, Sifiliz, AIDS, Herpes Simplex Tip II, Kandiloma Akimunata, Şankroid*).....

CYBH'dan korunmak için alınan önlemler:.....

Düzenli meme muayenesi: () Yapmıyor () Yapıyor; Sıklık
.....

Düzenli mamografi: () Çektirmiyor () Çektiriyor; Sıklık
.....

Pap Smear: () Yaptırmıyor () Yaptırıyor; Sıklık
.....

Cinsellik ve cinsel aktivite hakkında herhangi bir sorunuz var mı? ()Evet () Hayır

İçinde bulunduğunuz durumun (*Gebelik/Hastalık/Ameliyat/Menopoz vb.*) cinsel yaşantınızı nasıl etkileyeceğini düşünüyorsunuz?.....

Obstetrik Hikaye:

Gravida..... Para..... Ölü doğum sayısı..... Abortus.....

Küretaj.....

Erken doğum hikayesi var mı?.....

Anomalili bebek hikayesi var mı?.....

Doğum/doğumların;

Tarihi	Nerede yaptı	Kim yaptırdı	Normal Doğum	Müdahaleli Doğum

Tanı Alanları	Ebelik Tanıları
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	

Hastanın Adı Soyadı:
Bölümü:
Oda No:
Tarih:

Saat	ALDIĞI		ÇIKARDIĞI						
	DAMAR YOLU	ORAL	İDRAR	NGT	GÖĞÜS T	DREN	KUSMA	DIŞKI	İMZA
Toplam									

TARSUS ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
BAKIM PLANI FORMU

Hastanın Adı Soyadı:

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

EBELİK TANISI	ETİYOLOJİ	AMAÇ /BEKLENEN HASTA SONUÇLARI	EBELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME

TABURCULUK EĞİTİMİ (Hasta ihtiyacına yönelik taburculuk sonrasında ihtiyaç duyduğu eğitimleri başlıkları ve açıklamaları ile yazınız. Örn: diyet, ilaç kullanımı, el, yüz, perine hijyeni, egzersiz vb.)