



FIRAT ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
EBELİK BÖLÜMÜ
NORMAL DOĞUM SONU DÖNEM BAKIM PLANI FORMU

Öğrencinin Adı Soyadı:

Tarih:

Klinik Uygulama Yeri:

1. TANITICI ÖZELLİKLER

LOHUSANIN;	LOHUSANIN EŞİNİN;
Adı Soyadı:	Yaşı:
Tanı:	Eğitim Düzeyi:
Yaşı:	Mesleği:
Eğitim düzeyi:	Kan grubu:
Mesleği:	
Sosyal güvencesi:	
Evlilik süresi:	
Eşiyle akrabalık durumu:	
Doğum haftası:	
Kan Grubu:	

2. LOHUSA VE AİLESİNİN GEÇMİŞ TIBBİ ÖYKÜSÜ

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

3. JİNEKOLOJİK ÖYKÜSÜ

İlk menarş yaşı:			
Menstürasyon süre ve sıklığı:			
Menstürasyon düzeni:			
Dismenore öyküsü:	Var ()	Yok ()	
Cinsel aktivite:	Var ()	Yok ()	
Geçirdiği jinekolojik sorunlar?	Var ()	Yok ()	
Doğum kontrol yöntemi:	Kullanıyor ()	Kullanmıyor ()	Gebe kalınca bıraktı ()
Jinekolojik kontrol yaptırma durumu?	Evet ()	Hayır ()	

4. OBSTETRİK ÖYKÜSÜ

Gravida:	
Para:	
Abortus/küretaj:	
Yaşayan:	
Anomali doğum öyküsü:	Var ()

Varsa önceki doğumlarına ilişkin bilgi:					
Çocuk sayısı	Doğum haftası	Doğumun gerçekleştiği yer	Doğumu destekleyen kişi (Ebe, Dr.)	Doğum şekli (NSD, C/S, Müdahaleli doğum)	
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
5. ŞİMDİKİ DOĞUM ÖYKÜSÜ					
Son adet tarihi (SAT):					
Doğum haftası:					
Antenatal izlem sıklığı:					
Şimdiki kilo:			Gebelik öncesi kilo:		
Boy:					
BKİ:					
Gebeliğinde yaşadığı problem durumu? (ödem,kramp vs.)			Var ()	Yok ()	
Gebelik sırasında herhangi bir hastalık geçirme durumu?			Var ()	Yok ()	
Aşılma öyküsü: (Hepatit , Tetanoz, Grip, Pnömoni, Covid)					
Gebelikte ilaç kullanma durumu:			Var ()	Yok ()	
Sigara kullanma durumu (adet/günde):			Kullanıyor ()	Kullanmıyor ()	
Alkol kullanma durumu (miktar):			Kullanıyor ()	Kullanmıyor ()	
Şimdiki gebeliğinizle ilgili aşağıdaki risk faktörlerinden biri oldu mu?			Evet ()	Hayır ()	
Enfeksiyon Hastalıkları () EMR () Hiperemezis Gravidarum () Düşük Tehdidi () Oligohidroamniyoz () Polihidroamniyoz () Kalp Hastalığı ()			Preeklampsi () Diyabet () PIH () Rh Uyuşmazlığı () Plasenta Previa () Ablasio Plasenta () Diğer		
Bu hastalıklar gebeliğin kaçınıcı haftası başladı ve nasıl ilerledi?					
Şu anda aldığınız bakım/tedavi protokolü nedir?					
6. YAŞAM BULGULARI GÖZLEM FORMU					
Saat	Nabız (atım/dk)	Ateş	Solunum (dk)	Kan basıncı mmHg	FKH (+/-)
7. MUAYENE BULGULARI					
Memelerin değerlendirilmesi:					
Meme ucu durumu:					
Süt akışı durumu:			Var ()	Yok ()	
Psikolojik değerlendirme:					

Gebelik planlama durumu:	Planlı ()	Plansız ()
Gebelik isteme durumu:	İstiyor ()	İstemiyor ()
Gebeliğe karşı ilk tepki:	Olumlu ()	Olumsuz ()
Gebelik için şu an yaşadığı duygular:	Olumlu ()	Olumsuz ()
Eş/ailenin gebelik için tepkisi:	Olumlu ()	Olumsuz ()
Herhangi bir problem olduğunda lohusaya destek olacak kişiler:		
Gebelik, doğum lohusalık dönemi, bebek bakımı ve genel sağlığa yönelik bilinen / uygulanan geleneksel uygulamalar var mı? Varsa neler:		

8. LABORATUVAR BULGULARI

Test	Değer	Referans Aralığı	Tarih	Anormal lab. bulgularının lohusanın durumu ile ilişkisi nedir?
Kan Analizi:				
Hb: gr/dl				
Hct:				
WBC:				
RBC:				
Trombosit:				
Glukoz (Açlık KŞ):				
TSH:				
ALT:				
AST:				
Üre:				
Kreatinin :				
CRP:				
Ferritin:				
Demir:				
İdrar Analizi:				
Dansite:				
Ph:				
Lökosit:				
Albumin cinsi protein:				
Keton:				
Glukoz:				
Eritrosit:				
Bakteri:				

9. SAĞLIK ALGISI - SAĞLIK YÖNETİMİ

Genel olarak sağlığını nasıl tanımlarsınız?	Çok iyi () İyi () Kötü () Çok kötü ()
Lohusada bulunan risk faktörleri:	

10. BESLENME – METABOLİZMA

Gebelik döneminde alınan kilo:	
İştah durumu:	Çok iştahlı () Normal () İştahsız ()
Günlük öğün sayısı:	Ana öğün: Ara öğün:

Bulantı/kusma:	Var ()	Yok ()			
Diş fırçalama durumu:	Evet ()	kez/günde Hayır ()			
11. BOŞALTIM					
Dışkılama durumu:	Normal ()	Konstipe () Diyare ()			
Lavman/ laksatif kullanıyor mu?	Evet ()	Hayır ()			
Konstipe ise kaç gündür sürüyor?					
İdrar rengi:					
İdrarda koku var mı?	Var ()	Yok ()			
İdrar yaparken yanma var mı?	Evet ()	Hayır ()			
Sık idrara çıkma?	Evet ()	kez/günde Hayır ()			
12. AKTİVİTE - EGZERSİZ – KENDİNE BAKIM					
Düzenli egzersiz uygulama durumu:	Evet ()	Hayır ()			
Kas gücünde değişim oldu mu?	Evet ()	Hayır ()			
Ağrı durumu:	Evet ()	nerede/nasıl Hayır ()			
13. ÖZ BAKIM YETERLİLİĞİ					
Aktivite toleransı:	Normal () Çabuk yoruluyor () Halsiz-güçsüz () Göğüs-bacak-eklem-sırt ağrısı ()				
Kalp dolaşım sistemi:	Ekstremitelerde ödem: Yeri..... Seviyesi..... Süresi..... Varis..... Yok ()				
Solunum Sistemi:	Dispne () Ortopne () Apne () Öksürük () Hemoptizi () Burun tıkanıklığı () Balgam: Çıkartıyor () Çıkartmıyor () Özellikleri..... Siyanoz: Var () Yok () Yeri..... Burun akıntısı: Var () Yok () Özellikleri.....				
	0	1	2	3	4
Yeme-içme					
Banyo					
Giyinme					
Merdiven çıkma					
Tuvalete gitme					
Yatak içi mobilite					
Yürüme gezinme					

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

14. UYKU DİNLENME	
Normal uyku süresi:	Uyuma/Uyanma zamanı:
Gündüz uykusu: () Var () Yok; Zamanı ve Süresi.....	
Uyku alışkanlığında değişim: (Gürültü, ışık, soğuk/sıcak, yatak değişikliği, stres, anksiyete, ilaçlar, ağrı vb.).....	
Uykuya dalmak için yapılanlar.....	
Lohusada uykusuzluğun etkileri:.....	
15. KENDİNİ ALGILAMA VE BENLİK KAVRAMI	
Anneliğiniz sizde ne tür duygular yaratıyor?.....	
Fiziksel sağlığınıza ilgili en önemli endişeniz/korkunuz nedir?.....	
Kendinizi nasıl tanımlarsınız?.....	

16. ZİHİNSEL ALGISAL FONKSİYONLAR**Mental durum:**

Uyanık/canlı: () Letarjik () Agresif/saldırgan () İlgisiz/isteksiz
() Huzursuz ()
Öğrenme engeli: Yok ()
Motivasyon eksikliği () Dil farklılığı () Depresyon () Zihinsel yetersizlik ()
Anksiyete () Diğer ().....

Duyular:

Görme: Normal () Miyop () Hipermetrop () Astigmat ()
Çift görme () Glakon () Katarakt ()
Gözlük/lens: Kullanıyor () Kullanmıyor ()
Göz enfeksiyonu: Var () Yok ()
İşitme: Normal () Cihaz kullanıyor ()
Tat alma: Normal () Değil ()..... nedeni
Koku alma: Normal () Değil ()..... nedeni
Dokunma-hissetme:

Ağrı: () Yok Akut () 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 uyguladığı yöntemler:

17. ROLLER VE İLİŞKİLER

Aile içi rolü:.....
Rollerini yerine getirebilme durumu: Evet () Hayır (); Açıklayınız.....
Çalışma durumu : Çalışıyor () Çalışmıyor ()
Destekleyici /yardımcı kişiler: Var () Yok (); Nasıl destekliyor?.....
Ailede her birey rahatça duygularını/düşüncelerini paylaşır mı?
Evet () Hayır (); Neden?.....
Bakıma katılmaya isteklilik.....
Lohusanın ailede şiddet örüntüsüne ilişkin düşünceleri:.....

18. STRES – BAŞETME

Herhangi bir sorununuz olduğunda bununla nasıl başa çıkıyorsunuz?

Yaptıklarınız ne kadar yararlı oluyor?

Sağlık profesyonelleri size nasıl yardımcı olabilir?
Gözlenen stres belirti ve bulguları:
Yüz ifadesi: Normal () Gergin () Korku-endişeli () Sinirli ()
19. DEĞERLER VE İNANÇLAR
Kendi inanışınıza veya kültürünüze göre özel sağlık uygulamalarınız var mı? Varsa neler? Yok ()
Gebelik, doğum, doğum sonu ve yenidoğana yönelik uyguladığınız geleneksel uygulamalar var mı? (tuzlama, kırk çıkarma, ayva yedirme vb.) Yok ()
20. CİNSELLİK VE ÜREME
Dış genitaller: Vulvada kızarıklık (). Ağrı () Koku () Pruritis () Ödem () Varis () Hematom () Laserasyon ()
Vajinal akıntı: Rengi () Kokusu () Miktarı ()
Vajinal duş yapıyor mu? Evet () Hayır ()
Günlük ped kullanma durumu? Evet ()değiştirme sıklığı Hayır ()
Kendi kendine vulva muayenesi yapma durumu? Evet ()sıklığı Hayır ()
Tuvalet hijyeni: Önden arkaya () Arkadan öne () Önem vermiyor ()
Perinenin kurulanması: Tuvalet kağıdıyla () Bezle () Kurulamıyor ()
İç çamaşırı değiştirme sıklığı:
Aktif bir cinsel hayatınız var mı? Evet () sıklık Hayır ()
Cinsel ilişki sırasında ağrınız oluyor mu? Evet () Hayır ()
Cinsellik ve cinsel aktivite konusunda herhangi bir sorunuz var mı? Evet () Hayır ()
Gebeliğin cinsel yaşamınızı nasıl etkilediğini düşünüyorsunuz?

İLAÇ FORMU	
1.İlaç-doz:	3. İlaç-doz:
Uygulama yolu:	Uygulama yolu:
Etki mekanizması:	Etki mekanizması:
Lohusa bu ilacı neden alıyor?	Lohusa bu ilacı neden alıyor?
Ebenin izlemesi gerekenler:	Ebenin izlemesi gerekenler:
2.İlaç-doz:	4.İlaç-doz:
Uygulama yolu:	Uygulama yolu:
Etki mekanizması:	Etki mekanizması:

Lohusa bu ilacı neden alıyor?	Lohusa bu ilacı neden alıyor?
Ebenin izlemesi gerekenler:	Ebenin izlemesi gerekenler:

POSTPARTUM DÖNEM ÖYKÜSÜ

Doğum yaptığı tarih:

Doğum yapılan gebelik haftası:

Doğum şekli:

İnsizyon/epizyotomi:

Memeler:

Görünümü () Simetrik () Asimetrik

() İki aynı büyüklükte () Sağ meme büyük () Sol meme büyük

Meme problemleri	Sağ meme		Sol meme	
	Var	Yok	Var	Yok
Nodul				
Kızarıklık				
Dolgunluk				
Meme ucu çatlağı				
Meme ucu içe çökük				
Meme ucunda ağrı				

Sutyen: () Bedenine uygun yeterli destek sağlıyor

() Bedenine uygun değil, yeterli destek sağlamıyor () Kullanmıyo

Emzirme Davranışı:

Emzirme Sıklığı:

Emzirme Süresi:

Emzirme Pozisyonu:

Fundus Muayenesi ve Kanama Kontrolü:

Fundus			Var	Yok
Pozisyonu:		Epizyotomi bölgesinde;		
Kıvamı:		Şiddetli Ağrı		
Seviyesi:		Akıntı		
Loşia		Kızarıklık		
Tür		Ödem		
Renk		Ekimoz		
İçerik		Anüste hemoroid		
Koku				
Miktar (ped sayısı/24 saat)				

Doğum Sonu Dönemde Yaşam Bulguları

Ateş:

Nabız:

KB:

SPO₂:

Ağrı: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Doğum Sonu Dönemde Eliminasyon

İdrar () Yaptı () Yapmadı (doğum sonu saati. ...)

Gaita () Yaptı () Yapmadı (doğum sonu saati)

LOHUSANIN GENEL DEĞERLENDİRMESİ

	Bilgilendirme İhtiyacı	Eğitim ve Danışmanlık Sağlanma Durumu
Kendini yorgun hissetme		
Bebeğinin bakımına katılma durumu		
Evde bebeğin bakımına yardım edecek kişi		
Yardım eden kişi		
Anne bebek ilişkisi		
Bebeğini kucağına alıyor, dokunuyor		
Bebeğini okşuyor		
Bebeğiyle konuşuyor		
Emzirmeye istekli		
Bebeğiyle göz iletişimi kuruyor		

Bebeğine adı ile sesleniyor (adı konu ise)		
Bebek bakımıyla ilgili sorular soruyor		
Bebeğin cinsiyetinden memnun		
Kendi gereksinimlerine daha fazla odaklanıyor		

LOHUSANIN EĞİTİM ALMAK İSTEDİĞİ VEYA BAKIM GEREKSİNİMİ DUYDUĞU KONULAR?

Bilgilendirme Konusu	Bilgilendirme İhtiyacı	Eğitim ve Danışmanlık Sağlanma Durumu
Yenidoğana yönelik		
Göz bakımı		
Göbek bakımı		
Bebek banyosu		
Bebek giyimi		
Pişik bakımı		
Konak bakımı		
Pamukçuk bakımı		
Emzirme/biberonla besleme		
Bebeğin büyüme ve gelişmesi		
Yenidoğan bebeğin özellikleri		
Tarama testleri		
Diğer		
Kadın ve ailesine yönelik	Bilgilendirme İhtiyacı	Eğitim ve Danışmanlık Sağlanma Durumu
Loşia takibi		
Epizyotomi/insizyon bakımı		
Emzirme		
Ebeveyn olma		
Doğum sonu kişisel bakım		
Doğum sonu beslenme		
Doğum sonu egzersiz		
Doğum sonu cinsellik		
Aile planlaması		
Diğer		

LOHUSANIN GEREKSİNİMİ DOĞRULTUSUNDA PLANLANAN EĞİTİMLER

Eğitim adı:
Eğitim Konusu:
Eğitim Süresi:
Eğitim materyali:
Eğitim içeriği:
Kullanılan kaynaklar:

EBELİK TANISI	NEDENLERİ	AMAÇ VE HEDEFLER	EBELİK GİRİŞİMLERİ	DEĞERLENDİRME
1.				

☐ Sayfa sayısı ebelik tanısına göre istenildiği kadar artırılabilir.