TÜRKİYE CUMHURİYETİ
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YAŞ GRUPLARINA GÖRE PRİMİPAR GEBELERİN DENEYİMLEDİKLERİ PRENATAL RİSKLER VE SONUÇLARI

İLKNUR ÜÇÜNCÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Yard. Doç. Dr. Hatice YILDIZ

İSTANBUL-2010

TEŞEKKÜRLER

Araştırmanın yürütülmesinde, her aşamada verdiği bilimsel destek, gösterdiği sabır, anlayış ve eğitimime katkıları için danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ' a,

Bilgi ve deneyimleri ile bizleri yönlendiren, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen tüm bölüm hocalarıma,

Tüm çalışma arkadaşlarıma,

Bu zorlu yolda beni yalnız bırakmayan ve her konuda desteğini esirgemeyen sevgili eşime,

Aileme ve tüm dostlarıma,

SONSUZ TEŞEKKÜRLER

İLKNUR ÜÇÜNCÜ

TEZ ONAYI **ÖRNEK**

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Programın seviyesi : Yüksek Lisans (X) Doktora ( )

Anabilim Dalı: Doğum ve Kadın Hast. Hemşireliği ABD

Tez Sahibi : İlknur UÇUNCU

Tez Başlığı : Yaş Gruplarına Göre Primipar Bebeklerin Deneyimledikleri Prenatal Riskler ve Sonuçları

Sınav Yeri : M.Ü

Sınav Tarihi : 24.12.2010

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans/Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	**Kurumu**	**İmza**
Yrd. Doç. Dr. Hatice YILDIZ	MÜ-SBF	
Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)		
Prof. Dr. Nuran KÖMÜRCÜ	Marmara Üniversitesi	
Yrd. Doç. Dr. Nimet Sevgi GENÇALP	Yeniyüzyıl Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü yönetim Kurulu'nun 13../01../2011. tarih ve 19. sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof.Dr. Gülden Z. OMURTAG

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Tarih

20.01.2011

İLKNUR ÜÇÜNCÜ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR
TABLOLAR DİZİNİ
KISALTMALAR DİZİNİ

SAYFA

ÖZET **1**
SUMMARY **2**
1. GİRİŞ ve AMAÇ **3**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Gebelik ve Prenatal Dönem **5**
2.2. Gebelikte Fizyolojik Değişiklikler **5**
2.3. Gebelikteki Psikolojik değişiklikler **9**
2.4. Riskli Gebelikler **11**
2.5. Prenatal Dönemde Risk Faktörleri ve Yönetimi **17**
2.6. Genel Olarak Prenatal Dönemde ve Risklerde Bakım Yönetimi **48**
3. GEREÇ VE YÖNTEM **55**
3.1. Araştırmanın Şekli **55**
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı **55**
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi **55**
3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Formlar **57**
3.5. Çalışmanın Etik Yönü **58**
3.6. Verilerin Toplanması **58**
3.7. Sonuçların Değerlendirilmesi **58**
3.8. Araştırma Sırasında Karşılaşılan Durumlar **59**
4. BULGULAR **60**
4.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özelliklere Ait Veriler **60**
4.2. Gebeliğine ve Prenatal Risklere Ait Veriler **62**
4.3. Prenatal Sonuçlara Ait Veriler **68**

5. TARTISMA **74**

5.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Gebeliğe Yönelik Bulgularının Tartışılması **74**

5.2. Gebeliğe ve Gebelikteki Prenatal Risklere Yönelik Bulgular ve Tartışma **75**

5.3. Doğum Sürecine ve Prenatal Sonuçlara Ait Tartışma **85**

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER **90**

7. EKLER **95**

7.1. Anket Formu **95**

7.2. Prenatal Risk Değerlendirme Formu **100**

7.3. Doğum Sürecini Değerlendirme Formu **102**

7.4. Onam Formu **104**

8. KAYNAKLAR **106**

9. ÖZGEÇMİŞ **112**

10. SAKARYA İL SAGLIK MÜDÜRLÜĞÜ İZİN ONAY

11. ETİK KURUL ONAYI

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 2.1. Prenatal Dönemdeki Risk Faktörleri

Tablo 2.2. Prenatal Dönemdeki Risk Faktörlerinin Anne ve Fetüse Etkileri

Tablo 4.1.1 Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 4.1.2 Gebelerin Yaş, Evlilik Yaşı ve Süresi Ortalamaları

Tablo 4.1.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tablo 4. 2. 1. Obstetrik ve Gebeliğe Ait Özellikler

Tablo 4.2.2. Gebelerin Prenatal Kontrol ve Eğitim Alma Özelliklerine Ait Veriler

Tablo 4.2.3. Gebelerin Prenatal Kontrole İlişkin Görüşleri

Tablo 4.2.4. Gebelerin Sağlıklı Gebeliğe İlişkin Görüşleri

Tablo 4.2.5. Gebelerin Gebeliğe Zarar Veren Faktörlere İlişkin Görüşleri

Tablo 4.2.6 A. Gebelerin Yaşadıkları Prenatal Risk Durumları

Tablo 4.2.6 B. Gebelerin Yaşadıkları Prenatal Risk Durumları

Tablo 4.3.1. Gebelerin Doğuma İlişkin Kendilerini Hazır Hissetmeleri ve Bilgi Durumları

Tablo 4.3.2 Gebelerin Doğum Eylemine Uyumları ve Müdahale Durumu

Tablo 4.3.3. Gebelerin Doğuma Ait Verileri

Tablo 4.3.4. Gebelerin Doğum Eyleminde Risk Yaşama Durumları

Tablo 4.3.5. Gebelerin Doğum Sonuna Ait Özellikleri

Tablo 4.3.6. Doğum Eyleminde Yenidoğana Ait Risk Yaşama Durumu

KISALTMALAR LİSTESİ

NSD **:** Normal Spontan Doğum

EDT **:** Erken Doğum Tehditi

SAT **:** Son Adet Tarihi

İYE **:** İdrar Yolu Enfeksiyonları

SGA **:** Small Gestasionel Age

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

ÜSE : Üriner Sistem Enfeksiyonları

EMR : Erken Membran Rüptürü

TNSA : Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

CYBH : Cinsel Yolla Bulaşan Hastalıklar

TANIMLAR

Gravida: Gebe kadın.

Primigravida: İlk kez gebe kalmış kadın.

Multigravida: Birden fazla gebe kalmış kadın.

Para: Canlı doğan çocuk sayısı.

Nullipar: Hiç doğum yapmamış kadın.

Primar: İlk kez çocuk doğuran kadın.

Multipar: Birden fazla doğum yapmış kadın.

Perinatal dönem: Beşyüz gram ve üzerindeki bütün doğumları kapsar ve doğumdan sonraki 28. günde sona erer. Perinatal oranlarda doğum ağırlığı yerine gestasyonel yaş esas alınırsa perinatal dönemin 20. haftada başlaması önerilir.

Doğum: Umblikal kordun kesilmesine veya plasentanın bağlı kalmasına bakılmaksızın anneden fetüsün atılması veya çıkartılmasıdır.

Doğum hızı: Populasyondaki 1000 kişiye düşen canlı doğumların sayısıdır.

Fertilite hızı: 15-44 yaş arasındaki 1000 kadına düşen canlı doğumların sayısıdır.

Neonatal ölüm: Erken neoantal ölüm-canlı doğmuş bir yenidoğanın doğumdan sonraki ilk 7 günde ölümü ve geç neonatal ölüm – 7 günden sonra, 29 günden önce olan ölüm olarak ayrılır.

Neonatal mortalite hızı: Her bir canlı doğuma düşen neonatal ölümlerin sayısıdır.

Perinatal mortalite hızı: Her bin total doğuma düşen ölü doğum artı neoanatal ölümlerin sayısıdır.

Düşük doğum ağırlığı: Doğumdan sonra ölçülen ağırlığı 2500 gramdan az olan fetüslerdir.

Term bebek: 37. tamamlanmış doğum haftasından 42. tamamlanmış doğum haftasına kadar herhangi bir zamanda doğan bebekler (260-294 gün).

Preterm bebek: 37 tamamlanmış gebelik haftasından önce doğan bebekler (259 gün).

Postterm bebek: 42. haftanın tamamlanmasından sonra doğan bebekler (295 gün) (15,69).

ÖZET

Bu çalışma; primipar gebelerin deneyimledikleri prenatal risk durumları ile bu risklerin doğum eylemi süreci ve yenidoğan üzerindeki etkilerinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi amacı ile tanımlayıcı ve gruplar arası karşılaştırmalı olarak planlanıp uygulanmıştır.

Çalışma, Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi doğum servisinde gerekli yazılı izin ve etik onay alındıktan sonra gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini çalışmaya katılmayı kabul eden 319 primipar gebe oluşturmuş ve gebeler daha sonra yaşlarına göre 3 gruba ayrılmıştır. I. Grubu: 15-19 yaş arası adolesan, II. Grup: 20-24 yaş arası genç ve III. Grup: ≥25/yaş erişkin grubu gebeler oluşturmuştur.

Verilerin toplanmasında; anket formu, prenatal risk değerlendirme formu ve doğum eylemi sürecini değerlendirme formu olarak toplam 3 form kullanılmıştır. Elde edilen veriler, SPSS programında frekans, ortalama ve ki-kare testleri kullanılarak değerlendirilmiştir.

Gebelerimizin %18.8(60) I. Grupta, %50.8(162) II. Grupta ve %30.4(97) III. Grupta yer almıştır. Her üç grupta da gebelerin eğitimlerinin çoğunlukla (%36.4) ilkokul düzeyinde olduğu belirlenmiştir. Totalde en fazla yaşanan prenatal riskler arasında aşırı kilo alımı (%45.1) ile evde sigara içen kişi varlığı (%31.7) ilk sırada yer aldığı görülmüştür. Bunu Rh uygunsuzluğu (%8.8) ve düşük kilo (%7.8) riskleri izlemiştir. Yaş gruplarına göre yaşanan riskler değişmekle birlikte totalde en fazla risk faktörünün 25 yaş ve üzeri olan III. Gruptaki erişkin gebelerde olduğu, gebeliklerini en az riskle I. Gruptaki adölesan gebelerimizin geçirdiği saptanmıştır. Prenatal sonuçlar açısından da gebelerimizde doğum eylemine ilişkin en fazla uzamış travay (%8.8) problemi yaşadığı belirlenmiştir. Yenidoğana ait problemler açısından yaş gruplarına göre fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Anahtar kelimeler: Gebe, primipar, prenatal riskler.

SUMMARY

NULLIPAROUS WOMEN ACCORDING TO AGE GROUPS TO EXPERIENCE THE RISKS AND CONSEGUENCES OF PRENATAL

This study analized risk factors of nulliparous pregnants according to age groups and the effects of these risk factors to labour and newborn. Study planned and conducted as descrictive and comparative between sample groups.

Study conducted after obtaining written allowance and ethical approvement in obstetrics clinics of Sakarya Maternity Hospital. Study sample group is composed of 319 nulliparous pregnants admitted to participate in the study. Sample group divided into three groups according to age. Group I. age 15-19 adolescent, Group II. age 20-24 young, Group III. age >=25 adult adult.

We used four forms for collecting data; survey form, prenatal risc assessment form, labour assessment form, maternal and newborn risc assessment form. Data analized according to frequency, mean, chi-square distribution and Kolmogorov-Smirnov tests with SPSS software.

Sample distribution is Group I 18.8% (60), Group II. 50.8% (162) and Group III. 30.4% (97). Education level of pregnants is mainly primary school graduate. Most common prenetal risks observed are obesity (45.1%) and smoking person in the he. Less frequent prenatal risks are low body weight (%7.8) and Rh-rh disease (%8.8). As sample group compared to prenatal risk factors according to age groups, risk factors observed in Group III most frequently. Pregnants in Group I has risk factors near to normal levels. Most observed risk factor about labour is prolonged labour. We didn't observed any differences of health problems for the newborns according to maternal age groups.

Key words: Pregnant, nulliparous, prenatal risks.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Gebelik kadının yaşam sürecinde fizyolojik bir olay olarak görülmekle birlikte ciddi biyolojik ve psiko-sosyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir (40). Gebelik neşe, doyum, olgunluk, kendini gerçekleştirme ve mutluluk kaynağı olabildiği gibi endişe ve kaygı da yaratabilir (69).

Gebelik döneminde oluşan fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır (17). İnsan embriyosunun karmaşık biyolojik gelişimi sırasında birçok faktör bu gelişim sürecini etkileyebilmekte ve fetal anomaliler ortaya çıkabilmektedir (78). Gebeliklerin %5-20'sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik olayla karşılaşır. Çünkü bu süreci etkileyen birçok faktör vardır. Gebe bu dönemde kendisinin ve bebeğinin sağlığını tehlikeye sokabilecek risk durumları ile karşı karşıya kalabilmektedir (67). Riskli gebelikler genellikle anne, fetüs ya da yeni doğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanabilir. Bu riskler kadının gebelik yaşına göre çeşitlilik gösterirken, etkileme ve etkilenme düzeyi bakımından da farklılıklar göstermektedir. Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bakıldığında kadının en sağlıklı çocuk doğurma yaşı 20-30 yaş arasıdır. Bu yaşlar kadının fertilitesinin en yüksek olduğu devredir (69). Uç noktadaki yaşlar, obstetrik risk faktörüdür (30). İstatistikler bu dönemde daha önce veya daha sonraki gebeliklerde hem anne hem de fetus için morbidite ve mortalite hızlarının yükseldiğini göstermektedir. Örneğin 35 yaş üzerindeki gebelikler ve 19 yaşın altındaki adölesan gebelikler özel olarak izlenmeye ihtiyaç gösterirler (69). Yaşlara göre ortaya çıkan bu farklılıklar, gebelikte ve doğumda oluşabilecek risklerin yaş grupları açısından değerlendirilmesi ve bu doğrultuda bakım girişimlerinin planlanmasındaki önemi ortaya koymaktadır (67). Anne ve fetüsün sağlığını doğrudan etkileyen bu risklerin üzerine daha etkin bir şekilde durulması gerekmektedir. Riskli durumların erken prenatal dönemde saptanması ve mevcut sorunların anne ve fetüsü en az etkileyecek biçimde çözümlenmesi önem taşır (20).

Hem anne hem de bebeğin gebeliğin sonuna kadar sağlıklı bir şekilde ulaşabilmeleri için yoğun destek görmeleri ve sıkı takip edilmeleri gerekir (19).

Gebeye bakım veren hemşirenin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin sorunlarını ve önceliklerini iyi tespit etmesi gerekir (66). Hemşireler ve ebeler risk faktörlerinin taranmasında, koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve problem çıktığında uygun müdahalelerin planlanmasında etkin rol alarak; annenin, fetüsün ve yenidoğanın sağlığını koruyup geliştirebilir, yüksek riskli gebeliklerde annenin ve fetüsün en iyi bakımı almasında kilit rol oynayabilirler (70). Sağlık çalışanlarının birincil görevi gebenin bu risklere maruz kalmasını engellemek, kalmışsa erken dönemde tanılayıp gereken sağlık bakımını vermektir. Bu nedenle bu çalışmanın hemşirelik bakımı konusunda önemli bir yer arz ettiği düşünülmektedir.

Bu çalışma; primipar gebelerin deneyimledikleri prenatal risk durumları ile bu risklerin doğum eylemi süreci ve yenidoğan üzerindeki etkilerinin yaş gruplarına göre değerlendirilmesi **amacıyla** planlanıp uygulanmıştır. Ayrıca çalışma sonucunda elde edilen verilerin uygulama alanında gebelerin değerlendirilmesinde yararlı olacağı ve de konuya ilişkin yapılacak çalışmalara yön vereceği, ışık tutacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Gebelik ve Prenatal Dönem

Pek çok kadın için güzel beklentilerle dolu olan gebelik, vücutta fetal gelişimin meydana geldiği maternal bir durumdur (19,57). Başka bir ifadeyle; gebelik kadının yaşam sürecinde fizyolojik bir olay olarak görülmekle birlikte gebe ve ailesi için ciddi biyo-psikososyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. Literatürde gebelik, kadının biyo–psikososyal dengesinin bozulduğu aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır (54).

Fertilizasyondan doğum eylemine kadar geçen süre doğum öncesi, prenatal, antenatal veya gebelik süreci olarak adlandırılmaktadır (15,69). Prenatal dönem anne ve bebeğin dolayısıyla gelecek kuşakların sağlığını belirleyen fizyolojik bir süreçtir (20).

2.2. Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler

Gebelik, doğal ve fizyolojik bir olay olmasına rağmen anneyi ruhsal ve bedensel yönden etkiler. Bu dönemde oluşan fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasında çizgiyi daraltır (17). Ancak, gebelik, asla bir hastalık olarak ele alınmamalıdır (22).

Gebelik doğal bir olay olmasına rağmen fizyolojik, psikolojik ve sosyal birçok değişikliği de beraberinde getirmektedir. Kadın bu değişikliklerden kaynaklanan birden fazla fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları yaşayabilir (22). Gebelikte, intrauterin döllenme ürününün büyüme ve devamlılığının sağlanması için maternal sistemlerde anatomik, fizyolojik psikolojik ve biyokimyasal değişikliklerle görülür (71). Bu değişikliklerin çoğu fertilizasyondan hemen sonra başlar ve gebelik boyunca devam eder ve bu belirgin adaptasyonların birçoğu fetüs tarafından sağlanan fizyolojik uyarılara cevap olarak oluşur (48).

Bu değişikliklerin başlıca üç hedefi vardır (71,78).

1. Anneyi doğuma hazırlamak.
2. Annede fetüsün ihtiyaçlarını karşılayacak değişiklikleri yapmak.
3. Fetüsü doğuma kadar beslemek, barındırmak ve korumaktır.

Fertilizasyondan hemen sonra başlayıp bütün bir gebelik süresince kadınlarda olan değişikliklere bağlı karşılaşılabilecek sorunlar tedavisi açısından bilinmesi elzem olan konulardır. Bu değişiklikler; gelişen fetüsün korunması, metabolik ihtiyaçlarının karşılanıp oluşan atıkların uzaklaştırılması, doğum eylemi için gerekli anatomik değişikliklerin meydana gelmesi, eylemde harcanacak enerjinin hazırlanması ve bu dönemde hem annenin hem de dünyaya gelecek olan bebeğin sağlığını en iyi şekilde koruması amacıyla oluşur (11).

Bu değişiklikleri sistemlere göre açıklarsak;

Kardiovasküler system

Gebelikte kan volümü yaklaşık % 45 oranında artar. Plazma volümündeki bu artış intrakapiller basınçta artma ve onkotik basınçtaki azalma ile sonuçlanır. Ancak eritrositler plazma kadar büyük oranda artmaz. Artan vasküler volüme yanıt olarak, kalbe giden kan akımı, dolayısı ile kardiyak output artar. Kardiak outputtaki artış, kalp hızının ve nabız volümünün bir ürünüdür. Eğer hastalık ya da gebelik komplikasyonları kardiyak fonksiyonları, kan volümündeki değişiklikleri ya da periferal vasküler rezistansı etkilememiş ise artan kan volümü, utero – plasental üniteye eklenen volüm için yedek bir depo olarak görev yapıyor demektir (8,19,78).

Solunum Sistemi

Solunum, hücre proliferasyonu ve hücrelerin idamesi için gerekli kimyasal süreçte kullanılan oksijenle ilgili olarak ortaya çıkar. Bu süreç ventilasyon süreci ve akciğer, doku ve kan arasındaki gaz transportu ve değişimi ile başarılır (8,19).

Gebelikte hücre sayısının artması nedeni ile oksijene olan talep de artar. Bu nedenle gebelikteki değişiklikler oksijen kullanımının hızlandırılmasına yöneliktir. Hormonal etkiler ve anatomik değişiklikler ile oksijen kullanımı hızlanır. Gebelikteki anotomik değişklikler de solunumu etkiler. Büyüyen uterusun diyafragmayı yukarı doğru itmesi, göğüs duvarının yanlara doğru genişlemesine neden olur (19,78).

Metabolik değişiklikler

Gebelikle beraber annede köklü metobolik değişklikler oluşur ve bunlar daima fetüsün lehinedir. Burada amaç fetüsün ihtiyaçlarını karşılamak ve plasenta ile memedeki değişimlere uyum sağlamaktır. Bir kadını hayatında bu kadar önemli

fizyolojik değişimlere neden olabilen başka bir hadise yoktur. Bazal metabolizmada yaklaşık % 20' lik bir artış söz konusudur (8).

Gebelik kadın için diabetojenik bir risk taşır. Östrojen, progesteron ve plasental laktojen pankreasın beta hücrelerinde oluşturdukları artışla hiperplazi ve insülin salgılanmasında oluşturdukları artışla hiperinsülinizme neden olurlar(19,78).

Cilt değişiklikleri

Gebe kadınların ciltlerinde pigmentasyonda fizyolojik bir artış izlenir. Yaklaşık olarak gebelerin % 90'ında bu değişiklikler gözlenir. Bunun nasıl meydana geldiği henüz tam olarak açıklık kazanmamıştır. Ancak bu değişimlerin çoğu geçicidir, doğumu takip eden kısa zamanda ortadan kaybolur (8,19,78).

Genital organlardaki değişiklikler

Vulvada bağ dokusu ve damarlanmadaki artış sonucu bir yumuşama gözlenir. Ayrıca ciltteki değişikliklerden pigmentasyondaki artışa burada da rastlanılır. Vajen menekşe rengini alır ve mukozasında doğum eylemine uygun gerilimi taşıyabilecek kalınlaşma, bağ dokusunda gevşeme, kas dokusunda ise hipertrofi oluşur. Vajen pH'sı laktobasillerin etkisiyle glikojenden laktik asit üretimindeki artış ile asidik özellik kazanır, dolayısıyla enfeksiyon riski azaltılmış olur, ama bu kandidiazis için ise uygun bir ortam anlamına gelmektedir (8,19).

Gebelik süresince servikste; damarlanmada artış, endoservikal bezlerdeki hipertrofi ve az miktardaki hiperplaziye bağlı bir yumuşama ve siyanoz söz konusudur. Servikal girişte halk arasın da nişan denilen ve doğum eyleminden önce atılan mukus palağı oluşur (8,19). Normal bir uterusun ağırlığı ortalama 60 – 80g ve iç hacmi yaklaşık 10 ml civarındadır. Fakat gebelikle birlikte fetüsü, plasentayı ve amnion mayisini içeren bu hacim giderek artacak ve yaklaşık 5 litreyi(L)' yi hatta bazen 10 L'yi bulacaktır (19). Tüplerin muskuler kısmında hafif bir hipertrofi, stromasında kısmi desidualizasyon ve mukozasında belirgin yassılaşma gözlenir (78).

Meme değişiklikleri

Gebeliğin erken döneminde memede hafif bir renk değişikliği ve damarlanmaya bağlı artan hassasiyeti ikinci aydan sonra büyüme izler. Meme alveollerindeki hipertrofiye bağlı olarak nodüler bir yapı palpe edilebilir (8,19,78).

Hemotolojik ve immünolojik değişiklikler

Gebelikle birlikte artan uterin dolaşımı, ayakta veya yatarak pozisyonda bozulan venöz dönüşü ve doğum eylemi sırasındaki kan kaybını karşılamak üzere maternal kan hacminde 6. gebelik haftasından itibaren bir artış meydana gelir. İlk trimesterde artmaya başlayan hacim ikinci trimesterde en yüksek hızına ulaşır ve son dönemde bu hız düşer ve plato yapar, toplam olarak % 45 – 50 civarında bir yükselme söz konusudur. Artış hem plazmada hem de eritrositlerde mevcuttur. Plazmada ki artış eritrositlerden daha fazla olduğu için izafi olarak anemik bir durum oluşur (19,78).

Gebelikte immün yetmezlik görülmez ama özellikle sellüler olmak üzere immünitede bir azalmadan bahsedilebilir(8).

Üriner sistem değişiklikler

Gebelikte böbrek ebatlarında hafif bir büyüme tespit edilir. Ancak daha önemli değişiklikler glomerüler filtrasyon hızında ve renal perfüzyon miktarındaki artışlardır. Bunlarda özellikle gebeliğin ilk dönemlerinde %50'ye varan bir artış görülebilir (8,19,78).

Gastrointestinal sistem değişiklikleri

Diş etinde damarlanmadaki artışa ikincil olarak epulis denilen bir durum oluşur; fırçalama ile kanama meydana gelir, gebelik sonrası hızla düzelir. Gebelikle birlikte barsakların ve midenin yerinde büyüyen uterusun etkisiyle değişme olur. Barsaklar yukarıya ve laterale doğru itilir. Midenin boşalmasında anlamlı bir değişiklik eyleme kadar izlenmez. Eylem sırasında ise bir gecikme oluşur. Barsaklarda ise hem basıya bağlı olarak hemde progesteronun ve azalmış motilinin etkisiyle boşalmada bariz bir gecikme mevcuttur (19,78).

Karaciğer morfolojisinde minimal değişiklikler izlenir. Karaciğerde albümin yapımı azalırken globülinlerin sentezinde artış vardır. Safra kesesinde gebelikte ağırlaşma mevcuttur. Rezidüel hacim artmıştır (19).

Endokrinolojik değişiklikler

Gebelikte endokrinolojik sistemde köklü değişimler izlenebilir. Hipofiz bezi gebeliğin devamı için elzem bir organ değildir. Bir çok görevin plasenta tarafından yerine getirilmesi bunun önemli bir nedeni olarak dikkat çekmektedir. Büyüme hormonu ilk trimesterde sabit seyreder, fakat serum değerleri 10. haftadan itibaren yükselmeye başlar, 28. haftada plato haline alır. Gebelikte prolaktin hormonu artar ancak doğumdan hemen sonra ilginç olarak emzirme dönemi başlasa da plazma konsantrasyonlarında düşme izlenir. Troid bezinde de hipofizde olduğu gibi hiperplaziye bağlı bir büyüme meydana gelir. Ancak guatr gelişmesi gebelikte beklenmez(19,78).

Kas-İskelet sistemi değişiklikleri

Gebe kadında ağırlık merkezi büyüyen uterustan dolayı öne doğru yer değiştirir. Bunu dengelemek ve ağırlık merkezini tekrar öne almak için lordoz artar. Hormonal değişimler bağ dokusunda ödeme, damarlanmaya ve sakroiliak, sakrokosiks ve pubik eklemlerde mobilite artışına neden olur. Üst ekstremitelerde hissizlik, zayıflık ve ağrı bu organların devamlı bir stres altında olmasına bağlı olarak ortaya çıkan sonuçlardır (19,78).

Göz değişiklikleri

Gebelikle birlikte vitröz sıvının azalmasıyla göz içi basınçta bir düşme meydana gelir. Önceden var olan glokomlarda düzelme görülür. Korneal duyarlılık azalır, kalınlık artar ve hafif bir ödem oluşur (8,18,71).

2.3. Gebelikteki Psikolojik Değişiklikler

Gebelik kadının yaşamında bir dönüm noktasıdır (70). Bir kadın gebeliği süresince hayatının en önemli fizyolojik ve psikolojik değişikliklerini yaşar (32). Anne karnında gelişen bebeğin varlığı ve gebeliğe özgü fizyolojik değişiklikler, psikolojik değişikliklerin kaynağını oluşturur (71). Bu dönemi kadın yaşamında değişik ve yeni rollere uyum gerektiren bir kriz dönemi olarak görmek de mümkündür. Gebe kalan kadının ilk reaksiyonu değişik olabilir. Psikolojik olarak sağlıklı bir kadında bu dönem, kendini gerçekleştirme ve kadın olarak kendini ifade

etmenin bir yolu olarak algılanır. Gebelikle ilgili olumsuz tutumlar ve beklentiler ise genellikle doğum korkusu ya da annelik rolü ile ilgili endişelerden oluşur (67).

Anne adayının bu dönemi olumlu bir biçimde geçirebilmesi; kadınlık rolünü benimsemesine, kendi annesiyle olan ilişkilerine, çevresindeki modeller geçmiş yaşamındaki paylaşımlara, analık rolüne hazır hissetmesine, gebeliğinin planlı olmasına, eşi ile olan ilişkilerine, eşinin ve yakınlarının bebeği isteyip istememesine, değişen beden imajını kabullenmesine, sosyo-kültürel ve ekonomik yapısına bağlı olacaktır (15). Bazı kadınlar için gebelik yaşamda çok önemli ve mutlu bir olay olmasına rağmen bazıları için de üzüntü kaynağı olabilir. Kadının gebeliğe karşı tepkisini etkileyen faktörler şunlardır:

- Kendi bireysel ve kişisel deneyimleri,
- Kültür düzeyi ve yaşam felsefesi,
- Ailedeki mutluluk derecesi,
- Ailedeki bireylerin gebeliğe karşı tutumları,
- Ailenin sosyo-ekonomik yapısı,
- Ailedeki çocuk sayısı,
- Gebeliğin istenen ya da istenmeyen, planlanmış ya da planlanmamış olmasıdır (71).

Gebelikte her trimesterin kendine özgü psikolojik uyum süreci olduğu belirtilmektedir. Gebe kadın özellikle ilk trimesterde, bir dizi ruhsal ve duygusal süreçler yaşar. İlk trimesterde kadın fiziksel durulmadaki değişikliklere uyum sağlamak zorundadır. İlk trimester genellikle yeni duruma ve gebe olunduğu gerçeğine uyumdur. Bu trimesterde yoğun olarak ambivalan duygular yaşanır (67).

İkinci trimesterde, 16-20. haftalar arasında, bebeğin hareketleri anne tarafından hissedilmeye başlanır ve bu dönem annenin doğacak bebeğine ilişkin beklentilerinin belirlendiği dönemdir. Yoğun olarak içe dönüklük, kendini beğenme, pasifik, beden görünümündeki değişmeye bağlı utanma ya da gurur yaşar (67,71).

Üçüncü trimesterde ise doğum olayı ile ilgili bir takım kaygılar ortaya çıkmaya başlar. Yeni canlı annenin bütün sistemlerini etkilemiştir. Doğum yaklaştıkça doğumun nasıl olacağı, bebeğin sağlıklı olup olmayacağına ilişkin endişeler ön plana çıkar (67,71).

Birçok gebe kadının yaşadığı psikolojik değişiklikler, aynı zamanda yoğun bir stresin oluşumuna da neden olur. Kişiden kişiye farklılık gösteren bu dönemdeki psikolojik durum, bazen tedavi gerektirebilecek seviyeye ulaşır (42). Yukarıdaki tüm sistemlerde gebelikte oluşan bu değişiklikler her şey yolunda gittiğinde problem oluşturmaz ve fizyolojik bir değişim olarak devam eder ancak bu fizyolojik döngüyü bozacak herhangi bir faktör devreye girdiğinde sorun/sorunların ortaya çıkmasına neden olur ve bunlar gebelikte risk durumlarını oluştururlar.

2.4. Riskli Gebelikler

Genel olarak gebelik, kadın hayatının fizyolojik olarak normal eşsiz bir dönemi olarak değerlendirilmelidir. Bununla birlikte annenin ya da fetüsün önceden var olan veya beklenmeyen bir hastalığı gebeliği komplike edebilir. Risk, olumsuz bir sonucun olabilirliği veya bu olasılığı arttıran faktörler olarak tanımlanır (41). Riskli gebelikler ise genellikle anne, fetüs ya da yenidoğanın doğumdan önce veya sonra artmış morbidite ve mortalite riskini taşıması diye tanımlanmaktadır. Her ne kadar gebelik fizyolojik bir hadise ise de gebeliklerin %5-20'sinde anne ve bebeğin sağlığını tehdit eden patolojik bir olayla karşılaşılır (6,42,67).

Yüksek riskli gebelik, Annenin, fetüsün veya yenidoğanın yaşamını ve sağlığını tehlikeye sokan, hastalık ve ölüm riskini arttıran, fizyolojik ve psikososyal bir durum olarak tanımlanmaktadır(4). Murphy ve Robbins yüksek riskli gebeleri iki grupta incelemişlerdir (45).

1. Gebelikten önce kronik bir hastalığı bulunan gebeler
2. Gebeliğin yol açtığı ve aniden ortaya çıkan sorunlu gebeler (54).

Yüksek riskli gebeliklerde yaşanan sorunlara gebe, fetüs ve ailenin uyumu daha da güçleşir. Riskli durumların erken prenatal dönemde saptanması ve mevcut sorunların anne ve fetüsü en az etkileyecek biçimde çözümlenmesi önem taşır. Hemşire, yüksek riskli gebe ve ailesinin prenatal izlemlerin önemi ve sıklığı

konusunda bilgilendirilmeli, nitelikli ve etkin bir bakım için risklere ilişkin verileri değerlendirebilmeli ve uygun girişimleri planlayabilmelidir (20).

Özellikle gebeler ve çocuklar risk faktörlerine daha duyarlı ve korunmasızdırlar (14,47). Yüzde 99'u gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere, her yıl dünyada 585.000 civarında genç yaşta kadının gebelik nedeniyle öldüğü belirtilmektedir. Anne ölümlerinin yüksek olmasında önemli nedenlerden birisi gebeliğin yüksek riskli olmasıdır (61).

Gebeliği ile ilgili risk taşıyan kadının hem kendi sağlığı, hem de bebeğinin sağlığı tehlike altındadır. Pek çok araştırmanın ortaya koyduğu üzere, fiziksel açıdan yüksek riskli gebelerin, psikososyal durumları da risk altındadır ve anksiyetenin artması, gebeliğe ve doğuma ilişkin pek çok komplikasyonun (gebelik kusması, gebelik toksemisi, tekrarlayan düşük, distosi, erken doğum vb.) gelişmesine neden olmaktadır (4).

Yüksek riskli gebeliklere psikolojik uyum

Gebeliğin kendisi bir durumsal stresördür. Gebeliğin bilişsel süreci, bir sorgulama ve belirsizlik dönemidir. Gebelik yüksek riskli ise, gebe ya da fetüste hastalık ya da ölüm riski varsa, aile büyük bir duygusal krizle yüz yüze gelir. Aile , aynı zamanda gelişimsel stresörlerle de karşı karşıya gelmiştir (33).

Yüksek riskli bir durumun gelişmesi, annelik ve babalık rollerinde karmaşaya yol açar ve ilave stresörlerin ortaya çıkmasına neden olabilir. Annenin sağlığı ile ilgili korkular, gebelikle ilgili abartılı karmaşık duygulara yol açar. Önceki gebeliklerin kayıpla sonuçlanmış olması çağrışım yapabilir ve şimdiki gebeliğin kabullenilmesini zorlaştırabilir. Eğer, kanama ya da diğer olumsuz fiziksel belirtiler ortaya çıkarsa, gebeliğin güvenliği tehlikeye girebilir. Bebek için yapılacak hazırlıklara son verilebilir (33).

Gebeye kendisi ve eşi için yapılacak prenatal eğitim, hastalık ya da hastaneye yatma durumunda tercih edilmeyebilir. Gebelikte gerçekleşmeyen ümitler önemli bir engellenme kaynağı olabilir (33).

Sonuç olarak, Aile, yüksek riskli gebelik tanısına değişik şekillerde tepki verebilir. Bu, ailenin duruma verdiği öneme, baş etme becerileri ile ilgili

tecrübelerine, etkili problem çözme yeteneklerine ve uygun durumsal desteklerine bağlıdır. Gereksinimler karşılanmazsa, anksiyete yükselebilir. Yüksek riskli bir gebelikte, gebeliğin normal bir şekilde sonuçlanmasını ve sağlıklı bir bebeğin doğması tehdit altındadır. Gebe kadın teşhisin, kedine olan güveni azalttığını hissederse, düşük benlik saygısı yaşayabilir. Bu durum, onun kendisini bir kadın ve bir anne olarak başarısız hissetmesine ve annelik yeteneğine güvenmesine yol açabilir. Ebeveynler, kendilerini gerçek ya da hayali bir haksızlık ile suçlayabilir ya da ebeveynlerden biri, öbürü suçlayabilir. Bir amaca ulaşmada engelle karşılaşırsa ortaya çıkar. Engellenmenin davranışsal etkileri, öfke, saldırganlık, içe dönüklük, saplama hatta öğrenmeyi kapsar. Eşit güçte zıt amaçların aynı anda bulunması sonucu, çatışma ortaya çıkar. Anneye önerilen seçimler, onun hoşuna gitmeyebilir. Çok önemli bir yaşam amacı tehdit altında ise ve görünürde acil bir çözüm yoksa, kriz oluşur. Kriz döneminde fonksiyonlarda yetersizlik ve denge durumunda bozulma ortaya çıkar. Risk durumunda ebeveynler, bağlanma süreci başlamadan önce duygularını çözümlemek zorundadır, gebeliğin tehlikede olduğu düşünülüyorsa, bağlanmaya çalışmak yerine, kendi haline bırakılması daha uygundur. Bebeğin ölme olasılığıyla ilgili duygular, o kadar güçlü olabilir ki, eğer duygular, dikkatle ele alınmamışsa bağlanmayla karıştırılabilir (33).

Yüksek riskli bir durumda, dengenin yeniden kurulması üç denge faktörüne bağlıdır. Birincisi; bireyin olayı gerçekçi olarak algılaması gerekmektedir. İkincisi kendisi için önemli kişilerden, yakınlarından uygun destek almalıdır. Üçüncüsü; bireyin uygun başetme mekanizmaları ve problem çözme yeterliliğini geliştirmesi gerekmektedir. Anne ve ailesi, yüksek riskli gebeliğin getirdiği kriz durumlarıyla başetmek için, hem geçmişte kullandıkları baş etme mekanizmalarının başvurmak hem de yeni baş etmeler öğrenmek zorundadır. Hemşire ebevenynlerle geçmişte kullandıkları baş etme yollarını tartışmalı ve onlara, işe yarar taktikleri kullanmaya cesaretlendirmelidir (33,59).

Kadının yüz yüze olduğu durumla ya da hastalıkla ilgili bilgi tekrarlı olarak verilmeli, eğer mümkünse otonomi kazandırılarak, uygun seçim yapması için açıklama yapılmalıdır. Bilgi verilirken anne, kendisi için önemli olan insanlarla, özellikle eşi ile bir araya getirilmelidir. Hastaneye yatma durumunda babanın, istediği zaman eşinin yanında bulunabilmesi için hastane kuralları esnetilmeli ve ayrılık mümkün olduğunca azaltılmalıdır (33,59).

Gebelik normalden saptığında ya da sonlandığında, aile bütünlüğünü sürdürmek, sorunların paylaşımını ve çözümünü kolaylaştıracağı için önemlidir. Bu durumda krize müdahalenin amacı, durumu yeniden yapılandırmaya yardım olmalıdır. Böylece, enerjinin negatif kullanımı engellenmiş ve pozitif davranışlar desteklenmiş olur (33,59).

Yüksek riskli bir gebelik, yalnızca annenin ve fetüsün fiziksel sağlığıyla ilgili olmayıp, tüm ailenin duygusal sağlığını da tehdit etmektedir. Bu nedenle, tüm aile üyelerine ciddi şekilde yardım verilmesine önem verilmelidir. Hemşire yüksek riskli ailenin önceki baş etme biçimlerini kullanmasını ve yeni baş etme becerilerini geliştirmesini değerlendirmeli ve yardım etmelidir. Bunu yapmak için hemşirelik bakımı, korku, anksiyete, engellenme duygularının araştırılması ve tanımlanması üzerine odaklanmalı ve çatışmaları çözümlemelidir. Özellikle anne ve eşi açısından, aile bütünlüğünün sürdürülmesi son derece önemlidir. Annenin yaşamı tehlikede olduğunda, baba, hastanede yatan anneyle birlikte normal aile süreçlerini sürdürmesi için cesaretlendirilmelidir (33,59).

2.5. Perinatal Dönemdeki Risk Faktörleri

Prenatal dönemde ki risk faktörlerini tablo ile gösterecek olursak (69).

Tablo 2.1. Prenatal Dönemdeki Risk Faktörleri

Demografik Faktörler • Anne yaşı<18 ve >35 • Anne/Baba eğitimi: <Temel eğitim • Anne boyu:<150 cm • Anne kilosu: aşırı zayıf ya da şişman olması **Sosyo-Ekonomik Faktörler** • Düşük-sosyo ekonomik düzey • Anne ve eşin mesleği • Evlilik dışı/istenmeyen gebelik • Akraba evliliği/kalıtsal hastalık öyküsü • Aile içi geçimsizlik • Dayak ve şiddet • Etnik faktörler, azınlık • Yüksek basınç bölgesinde yaşama **Annenin Yaşam Biçimi ve Alışkanlıkları** • Sigara içme • Madde bağımlılığı:Alkol,İlaç • Teratojenik maddelere maruz kalma • Yetersiz/dengesiz beslenme • Yüksek stresli yaşam olayları • Sosyal destek yetersizliği **Obstetrik Öykü** • İnfertilite • Dış gebelik • Spontan abortus • Grandmultiparite>5 • Uterus/serviks anomalileri • Prematür doğum • Düşük doğum ağırlığı • Neonatal ölüm • İri bebek • Anomali bebek	**Maternal Hastalıklar** • Diabet • Kalp hastalığı • Kronik hipertansiyon • Troid hastalıkları • Fenilketonüri • Böbrek hastalığı • Nörolojik hastalıklar • Sistemil lupus eritematosus • Solunum hastalıkları **Mevcut Obstetrik Sorunlar** • Geç/düzensiz prenatal kontrol • Öz bakım yetersizliği • Prenatal kanama • Preeklempsi-Eklempsi • Çoğul gebelikler • Erken doğum tehditi • Erken membran rüptürü • İntrauterin fetal gelişme geriliği • Ciddi izoimmunizasyon(Rh ve diğer) • Miad geçmesi • Perinatal enfeksiyonlar

Tablo 2.2. Prenatal Dönemdeki Risk Faktörlerinin Anne ve Fetüse Etkileri (69)

Faktör	Anneye etkisi	Fetüse etkisi
Düşük sosyo-ekonomik düzey	Yetersiz bakım, yetersiz beslenme, preeklempsi	Düşük doğum ağırlığı, İntrauterin gelişme geriliği
Yetersiz beslenme	Anemi, preeklempsi, enfeksiyon	Fetal malnutrisyon, İntrauterin gelişme geriliği
Az kilo alma(8 kg. az)	Yetersiz beslenmeye bağlı anemi ve preeklempsi	İntrauterin gelişme geriliği
Fazla kilo alımı	Preeklempsi riski, zor ve uzun doğum eylemi	İntrauterin hipoksi
Adölesan gebelik (17 yaş ve daha küçük)	Yetersiz beslenmeye bağlı anemi ve preeklempsi Baş-pelvis uygunsuzluğu	Düşük doğum ağırlığı Prematüre
35 yaştan büyük gebelik	Preeklempsi riski, sezeryan doğum	Konjenital anomali riski (Down sendromu)
Sigara içimi	Hipertansiyon riski Kanser riski	Düşük plasental perfüzyon, Düşük doğum ağırlığı, İntrauterin gelişme geriliği
Daha önce varolan tıbbı sorunlar Diabetus mellitus	Preeklempsi, hipertansiyon Hiperglisemi ve hipoglisemi, hipertansiyona bağlı plasental yetmezlik, ablasyo plasenta	Prematüre doğum, iri bebek, konjenital anomali, Neonatal hipoglisemi, Respiratuar distress sendromu
Kalp hastalığı	Kardiak yetmezlik, Anne ölüm riski	Perinatal mortalite
Anemi Hb<9 kg.	Yetersiz enerji-yorgunluk Düşük oksijen kapasitesi	Fetal ölüm, prematürite, Düşük doğum ağırlığı
Hipertansiyon	Vazospazm Preeklempsi ve eklempsi	Yetersiz plasental perfüzyon Düşük doğum ağırlığı Prematürite Perinatal mortalite
Böbrek hastalığı	Böbrek yetmezliği	İntrauterin gelişme geriliği Prematürite
Gebelikle ilgili durumlar Rh uygunsuzluğu		Hidrops fetalis, Neonatal anemi Kernikterus, ikterus
Viral enfeksiyonlar	Düşük Erken doğum	Teratojenik etki
Sitomegalovirus		İntrauterin gelişme geriliği Olası nörolojik bozukluklar
Sifiliz	Düşük riski	Fetal kayıp Konjenital sifiliz
Ablasyo plasenta ve plasenta previa	Kanama	Fetal/neonatal anemi Fetal kayıp
Preeklempsi -Eklempsi	Vazospazm MSS irritabilitesi Ablasyo plasenta	Yetersiz plasental perfüzyona bağlı hipoksi İntrauterin gelişme geriliği
Çoğul gebelikler	Zor doğum eylemi Postpartum kanama	Prematürite
Erken membran rüptürü	Prematüre eylem Enfeksiyon	Prematürite Enfeksiyon

2.5. Perinatal Dönemdeki Risk Faktörleri ve Yönetimi

Gebelik ve anne yaşı

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bakıldığında kadının en sağlıklı çocuk doğurma yaşı 20-30 yaş arasıdır. Bu yaşlar kadının fertilitesinin en yüksek olduğu devredir. İstatistikler bu dönemde daha önce veya daha sonraki gebeliklerde hem anne hem de fetus için morbidite ve mortalite hızlarının yükseldiğini göstermektedir. Bu nedenle 35 yaş üzerindeki gebelikler 19 yaşın altındaki adölesan gebelikler özel olarak izlenmeye ihtiyaç gösterirler (41).

Adölesan gebelikler

Adölesan çocuklukla-erişkinlik arasında gençlik çağı adı verilen uzun bir dönemdir(69). Adölesan çağı hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliği henüz tam olgunlaşmamış olması, toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenler nedeniyle sorunlu ve fırtınalı bir dönemdir(52). Fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin olduğu bir diğer dönem de gebelik dönemidir. Bu iki dönemin üst üste gelmesi organizmayı riske sokar. Bu nedenle gebe olan bütün adölesanlar tıbbi açıdan riski grup olarak ele alınır(69).

15-19 yaş arası kadınlar Türkiye'de toplam nüfusun % 6.1'ini oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar 17 yaşına kadar her on iki kadından birinin (%8) ya anne olduğu ya da ilk çocuğuna gebe kaldığını göstermektedir. Ülkemizde yirmi yaşından küçük annelerin % 77'sinin yetersiz doğum öncesi bakım aldığı, % 23'ünün ise sağlıksız ortamlarda doğum yaptığı göz önüne alınırsa adölesan gebeliğin ne kadar büyük bir sosyal sorun olduğu anlaşılabilir(52).

Kadınlarda evlenme yaşını küçük olduğu toplumumuzda, adölesan gebeliklere de sık rastlanmaktadır. Bu nedenle adölesan gebeliklerin sağlık sorunları üzerinde durulması ülkemizde ana-çocuk sağlığının korunması açısından önem taşır (52).

Adölesan gebeler 20-34 yaştaki gebelere kıyasla daha çok risk altındadırlar. Ancak bütün adölesanlarda risk aynı düzeyde değildir. Adölesanlar yaşı, gelişimi, sosyo-ekonomik durumu, doğum öncesi bakım alıp almaması adölesan gebeliğin risk düzeyini belirler. Ayrıca beslenme tüm gebelerde önemli iken bu grupta özellikle önemlidir (52,69).

Obstetrik açıdan da birçok yayın adölesan gebeliği riskli gebelik olarak kabul etmiştir (52). Adölesan gebelerde gebelik komplikasyonların ve prenatal sorunlara daha sık rastlanır (67). Adölesan gebelikte ortaya çıkabilecek en büyük risk faktörü pre-eklemsidir. Bu riski arttıran diğer faktörler adölesanların düşük sosyo-ekonomik gruptan olması doğum öncesi bakım almaması yetersiz beslenmeleridir. Diğer riskleri baş-pelvis uyuşmazlığı ve zor doğum eylemidir. Kemik yapıları tam gelişmediği için baş-pelvis uyuşmazlığına bu grupta sık rastlanır (69).

Uzun yıllar 15 yaş ve altı gebeliklerde kemik pelvisin gelişimini tamamlamamış olmasının bu gebeliklerde baş-pelvis uygunsuzluğu insidansını arttırdığı ve bunun adölesan gebeliklerde abdominal doğum hızının arttığını ileri sürülmüştür. Son yıllarda yapılan kontrollü çalışmalar, daha öncekilerinin aksine, 15 yaş ve altı adölesanların gebelerde abdominal doğum hızının erişkinlerden farksız olduğunu hatta 15 yaş ve altı adölesanlar ile 19 yaşın altındaki gebeliklerde abdominal doğum hızının erişkinlerden düşük olduğunu ileri sürmektedir (52).

Yetersiz beslenme yine bu grupta sorun olarak karşımıza çıkar. Adölesanın kendi büyüme ve gelişmesi için yeterli ve dengeli beslenmesi şarttır. Bu duruma gebelikte eklenince beslenme daha da önem taşır. Özellikle sosyo-ekonomik düzeyi düşük gruplarda beslenme yetersizliği prematüre eyleme, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumuna ve düşüklere neden olur (69).

Adölesan gebeliklerde insidansı yüksek bulunan parametreler; düşük doğum ağırlığı, prematürite, gebeliğe bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet ve preterm prematür membran rüptürüdür (52). Literatürde bazı yazarlar adölesanların düşük doğum ağırlıklı infant ve prematür doğum sıklığının kontrol gruplarından farksız olduğunu ve bunun adölesanlara özel prenatal bakım programlarıyla gerçekleştiğini öne sürerken diğerleri antenatal bakıma rağmen prematür ve düşük doğum ağırlıklı bebek sıklığının adölesanlarda daha fazla olduğunu ve adölesan gebeliğin biyolojik bir risk faktörü olduğunu ileri sürmektedir (7,28,45).

Risk analizi çalışması yapan Wessel ve arkadaşları 17 yaş ve altı gebeliklerin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riskinin kontrol grubundan beş kat fazla olduğunu ancak preterm doğum riskinin artmadığını bulmuşlardır (76). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise prematür doğum insidansı adölesanlarda anlamlı şekilde

artmış olarak bulunurken yenidoğanların ortalama doğum ağırlıklarının kontrol grubundan farksız olduğu bulunmuştur (43).

Son zamanlarda yapılan çalışmalar adölesanlarda görülen kötü obstetrik sonuçların biyolojik yaştan çok antenatal bakım yoksunluğu ve kötü sosyo-ekonomik durum gibi sosyal faktörlerden etkilendiğini ileri sürmekteyse de, sosyodemografik faktörlerin kontrol edildiği çalışmalarda da adölesan gebelikler yüksek riskli olarak değerlendirilmiştir (7,28,45).

Gebelik öncesi şişmanlık yada zayıflık gebelikte bir risk faktörü olarak düşünülür. Adölesanlarda her iki durumada sık rastlanır. Zayıf annenin düşük doğum ağırlıklı bebek doğurma riski yüksektir. Gebeliğin erken dönemlerinde yetersiz beslenme, embrionun gelişimini ve yaşama kapasitesini etkiler. Daha sonraki dönemlerde ise fetal büyümeyi yavaşlatır. Adölesan gebeliklerde prematüre eylem, düşük doğum ağırlıklı bebek doğumu, perinatal mortalite riskleri de yüksektir. Adölesan annelerin bebeklerinde diğer yaş gruplarına göre bebek ölüm hızı 2-3 kez daha fazladır (69).

Bütün gebe kadınlarda az veya çok psikolojik dengesizlik görülür. Bu durum adölesanlarda daha da belirginleşir. Çünkü bağımsızlık mücadelesi verdiği bir çağda gebelik onu daha bağımlı hale getirecektir. Adölesan eğer çevreden destek bulamazsa bu dengesizlikleri daha da fazla artabilir (69).

Genç gebe kadının hem adölesan çağına uyumu, hem evliliğe, hem de annelik rolüne uyumu, üç önemli ve güç olaydır. Bu nedenle adölesan gebeliğin psikolojik risklerinin, tıbbi risklerden daha büyük olduğu da unutulmamalıdır(69).

Adölesan gebeliklerin çoğu planlı gebelikler değildir. Bazı adölesanlar gebelikten kuşkulansalar bile birçoğu için bütünüyle sürpriz olarak karşılanır. Bir kısmında ise anne-babanın kuşkusuyla tanı konur. Adölesanlar gebelik ile ilgili şaşkınlıklarını attıktan sonra, kısa sürede gebeliğin geleceği ile ilgili kararı vermelidirler. Psikososyal destek, annelik eğitimi ve prenatal inceleme ve tedavileri içermelidir. Bu tür bakım programları ile hem adölesanın hem de doğacak çocuğun sağlığına katkı sağlamıştır (34).

Hemşire hastasına yeterli desteği sağlaması, ihtiyacı olduğu bilgileri vermeli ve izlemlerini dikkatle yapmalıdır. Hemşirenin bu konuda en önemli rolü ise adölesan gebelikleri önleme olmalıdır. Bunun için adölesan gebeliklerin anne ve çocuk sağlığına getireceği riskler konusunda toplum bilinçlendirilmeli, erken evlenmeler ve gebelikler önlenmelidir (34).

35 yaş üzeri gebelikler

Eskiden, 35 yaş ve üzeri kadınlar pek çok plansız çocuğa sahip olmaya meğilli iken bugün ileri yaşlarda ilk doğum yapan kadınların oranı artmaktadır(41). 35 hatta 40 yaşından sonra bile anneler için sağlıklı çocuk doğurma olasılığı vardır. Ancak bu gebeliklerde bir sorunun ortaya çıkma olasılığı matematiksel olarak artmaktadır(55). Perinatal mortalite, intrauterin fetal ölüm ve neonatal ölüm yaş ilerledikçe artmaktadır (40).

Bu yaşlarda üreme siklusunda bozulmalar görülür. Over hormonları yeterli ve düzenli salgılanmaz, ovulasyon şansı azalmıştır, dolayısı ile kadının fertilitesi düşmüştür. Ovumun kendisinde ki defektler fetusta konjenital anomaliye neden olabilir. Anne yaşı arttıkça en çok görülen kromozom anomalisi, down sendromudur. 35 yaş sonrası yapılan amniyosentezlerde down sendromu riskinin arttığı görülmüştür (41,69).

35 yaş üzerinde trofoblastik hastalıklara daha sık rastlanmaktadır. Gene bu kadınlarda diyabet ve hipertansiyon insidansı artmıştır. Gebelik toksemisi ve gebelikte kanamalı durumlar (plasenta previa, ablasyo plasenta) bu yaş grubunda risk oluşturan faktörlerdir (41,55,69). Ecker ve Ark'ın yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üzeri gebeliklerde sezaryen oranı daha yüksek çıkmıştır (24).

Annenin yaşlı olması, fetüse de çeşitli yönlerden zarar verir. Fetal anomaliler, perinatal mortalite, gelişme geriliği yaşla ilgili olarak artma gösterir (69). Bianco ve Ziadeh yaptıkları çalışmada 40 yaş ve üzeri gebeliklerde 1. dakika Apgar skorunu kontrol grubuna göre daha düşük bulmuşlardır (10,41).

Son yıllarda yaşı ileri gebelerde neonatal morbidite ve mortalitenin, iyi bir antenatal izlem ve perinatal bakımla, genç anne populasyonuna benzer değerlere düştüğü saptanmış ve konunun önemi vurgulanmıştır (3).

35 yaş üzerindeki anneler yaşa bağlı riskin farkındadırlar. Çoğu anneler doğacak çocuklarının normal olup olmayacağı konusunda endişelidirler. Bu anneler için hemşirelik bakımın temel amacı; yaşla ilgili problemleri önleme veya erken tanılama, problem ortaya çıktığında ise uygun bir yaklaşım planlamak olmalıdır (69).

Gebeliği etkileyen sağlık sorunları:

Çeşitli sağlık sorunları gebeliği komplike hale getirmektedir. Geçmişte büyük tıbbi sorunların hem fetüs hem de anneleri üzerine etkileri oldukça yıkıcı olduğu için gebeliğin başarıyla sürdürülmesi mümkün değildi. Oysa şimdi, tedavide daha gelişmiş ilaç uygulaması ve fetüsün sağlığının izlenmesi için daha ileri teknoloji kullanılması ile hem anne hem de fetüs için sonuçlar daha iyi olmaktadır (33).

Diyabet

Diyabet glukoz metabolizması için endojen insülinlerin kullanımında ya da üretimindeki yetersizlikle karekterize bir hastalıktır. Glukoz metabolizmasında ki bu yetersizlik, metobolizmada değişikliğe yol açmaktadır. Gebelik diyabetojenik bir durumdur. Gebelikte glukoz, yağ ve protein metabolizmaları değişir ve antiinsülin güçler devreye girer. Bu durum metabolizma değişimini etkiler (6,30,50,78).

Gebelikte diyabet, hem anne hem de fetüs için uzun yıllar ciddi bir problem olarak kabul edilmekte idi. 1920'lerde insülin kullanımından önce, diyabetli kadınlar nadiren gebe kalmaktaydı. Gebe olan kadınlar ise nadiren canlı bir fetüse sahip olabilmekteydi. Günümüzde gebe popülasyonunun yaklaşık %2-3'ünde diyabet ortaya çıkmaktadır (33,50).

Diyabetin etyolojisi, hücrelere glikozun taşınması için yeterli insülin üretimiyle ilgili pakreasın yetersizliği ile ilgilidir. İnsülin yetersizliği pankreas beta hücrelerinin hasarı, antikor tarafından insülinin aktivasyonu ya da insülin gereksiniminin artması nedeni ile ortaya çıkabilir (6,30,33,50).

Normal fizyoloji: Gebelik, orta düzeydeki açlık hiperglisemi, postparandial hiperglisemi ve hiperinsülinemi ile karakterize diyabetojenik bir durumdur. Bu değişiklikler, fetüse sürekli olarak glikoz sağlanmasına neden olur. Glikoz için renal eşikte bireysel farklılıklar söz konusudur (33).

Patofizyolojisi: Diyabette pankreas yeterli insülin salgılayamaz. İnsulinin yetersiz salgılanması, glikozun hücre içine girmesini önler ve kan glikoz düzeyi yükselir. Vücut enerji ihtiyacını protein ve yağlardan karşılar. Proteinlerin yıkılması ile negatif nitrojen dengesi, yağların yıkılması ile ketosis ortaya çıkar. Kanda glikoz konsantrasyonundaki artış ozmotik güç oluşturarak suyun hücrelerden kana çekilmesine neden olur. Kanda yüksek konsantrasyonda olan glikoz, idrara da geçerek glukozüri ortaya çıkar. İdrardaki glikozun ozmotik etkisi, suyun böbrek tubüllerinden reabsorbsiyonunu önler ve ekstrasellüler dehidratasyon görülür(30,33).

Bu patolojik gelişme diyabetin 4 büyük belirti bulgusunu verir. Bunlar poliuri, polidipsi, polifaji ve kilo kaybıdır (33).

Diyabetin fetüse ve yenidoğan üzerine etkileri;

- Abortus
- Malformasyon
- Nedeni açıklanamayan fetal ölüm
- Makrozomi
- Hidramnioz
- Preterm doğum

Neonatal etkiler;

- Respiratuar distress
- Hipoglisemi
- Hipokalsemi
- Hiperbilirubinemi
- Kardiak hipertrofi
- Uzun dönem bilişsel gelişim
- Diyabette heredite

Maternal komplikasyonlar;

- Preeklampsi
- Ketoasidoz
- Enfeksiyonlar
- Diyabetik nefropati
- Diyabetik retinopati

- Diyabetik nöropati

Gebelikte diyabet tanısı alan kadınlar iki grupta değerlendirilebilir. Birincisi gebelik öncesinde diyabet olanlar, ikincisi gebelikte diyabet (gestasyonel diyabet) tanısı alanlar (48).

Gestasyonel diyabet: İlk kez gebelikte ortaya çıkan farklı düzeylerdeki karbonhidrat intoleransı olarak tanımlanır. Gebelikte pankreatik beta hücre fonksiyonları, insülin rezistansının teşvik edilmesine yanıt olarak bozulur. Gestasyonel diyabet gebelerin % 12'sinde gelişmektedir (6,30,33,50).

Gestasyonel diyabete işaret eden belirtiler aşağıdaki gibidir:

- 2 kez arka arkaya glikozürinin saptanması
- Tekrarlayan monilial vajinit
- Ultrasonda fetal makrozomi tespit edilmesi
- Polihidroamnios

Hemşirelik süreci: Diyabetli gebe kadınlar için bakımın iki temel amacı; gebe kadını olumsuz yönde etkileyen diyabetin komplikasyonlarını önlemek ve sağlıklı, normal gelişmiş bir yenidoğana sahip olmaktır. Konsepsiyondan önceki danışmanlık, planlı bir gebelik oluşumunu hedefler. Genel nüfustan daha fazla olmayan konjenital anomaliler ve doğum defektleri riskini azaltmak için konsepsiyondan en az 3 ay önce kan glikozunun normal değerleri sağlanır. Diyet, glikoz izlemi, insülin ayarlama eğitimi, gebelik süresince diyabetin hasta birey tarafından yönetimi açısından önemlidir. Eğitim ve yönlendirmede amaç, hastanın mümkün olduğunca bağımsızlığını sağlamaktır (33).

Diyabetli gebe kadınlar için hemşirelik bakımının esas amacı; risklerin etkilerini ve komplikasyonlarını azaltmaktır. Sağlık ekibinin üyeleri, aile ve hastanın birlikte çalışmasını teşvik eden ilişki geliştirerek, sorunları tanımlayarak ve çözümleyerek tedavideki başarısızlığın erken belirti ve bulguları için kadın ve aileye eğitim yaparak amaca ulaşır. Gebeliğin sonucunda annede komplikasyonun gelişmemesi, sağlıklı yenidoğan, ailenin bebekle bütünleşmesi ve hazırlıklı bir aile beklenir. İnsüline bağımlı gebe kadına eğitim yapmanın ek yararı, yaşamın kalan bölümünde, diyabeti kendi kendine izlemesini sağlayacak yararlı becerileri kazandırmış olabilir (33).

Kalp Hastalığı

Gebelikte kalp hastalığı anne sağlığı açısından potansiyel bir tehlikedir. Gebelikte kardiyo-vasküler sistemdeki normal ve anormal fizyolojik değişikliklerin anlaşılması, komplikasyonlarının önlenmesi ve problemlerin çözümünde önemli yarar sağlar (30,33,56).

Kalp hastalıkları 25-44 yaş kadınlarda üçüncü en sık ölüm nedenidir (48). Gebe populasyonunda kalp hastalıkları insidansı % 0,5 ve % 2 arasında değişmektedir (33). Son 50 yılda kardiyovasküler hastalıklarla ilişkili maternal mortalite belirgin şekilde azalmasına rağmen kalp hastalıkları halen maternal mortalitenin önemli bir kısmını oluşturmaktadır (6,48).

Gebelikte görülen kalp hastalıkları fonksiyonların değişik şekillerde etkiler ve farklı şekillerde görülür. Bunlardan bazıları aşağıda yer almaktadır.

- Romatizmal ateş
- Kapak deformiteleri
- Kongenital kalp hastalığı
- Gelişimsel anomaliler
- Konjestif kardiomyopatiler
- Kardiyak disritmiler

Normal fizyoloji: Antepartum dönemde, kardiyak output gebeliğin birinci trimestrinde belirgin düzeyde artar. Gebelik ilerledikçe artmaya devam eder ve gebeliğin 28. ve 34. haftalarında belirli bir düzeye erişir. Kan volümü, plazma volümü ve eritrositlerin artışıyla birlikte artar. Plazma volümünün ortalama artışı

gebelik öncesi volümden %45 fazladır. Hormonal etkiler myokardın kontraktilitesinin ve kan akımına olan rezistansı etkiler. Artan östrojen, sistemik vazodilatasyona neden olur (33).

Gebelikte özellikle alt ekstremitelerde venöz basınç artışı olur. Bu durum jugular nabzın artmasına yol açabilecek normal bir bulgudur. Gebelikte kalp, anotomik olarak sola ve yukarı doğru yaslandığında ortaya çıkan parsiyel ya da total engellenme, kalbe dönen kan volümünü ve sonuçta da kardiyak outputu azaltır (33).

Patofizyolojisi: Gebelikte kardiyak hastalıkların patofizyolojisini anlamak için öncelikle mevcut fonksiyonları tanımlayan çeşitli tanımları anlamak gerekir.

Vurum hacmi; sol ventrikülün her kontraksiyonuyla atılan kanın hacmidir. Bunu dört faktör etkiler.

- Diastolik dolma basıncı
- Ventriküler gerginliği
- Myokard kontraktilitesi
- Aort basınç, aortaya kanı itmek için ventrikülün yaptığı basınç miktarıdır.

Kontraktilite; sistolde pompalanan kan miktarı ile diastolik volüm arasında doğrudan bir ilişki vardır. Diastol sırasında, diyastolik dolma basıncı artıkça sol ventrikülün lifleri daha çok gerilir ve sistol sırasında da daha çok kasılır, sonuçta vurum hacmi ve kardiyak output artar. Bununla beraber, kas lifleri belirli bir noktanın üzerinde kasılırsa, gerginlik kaybı olur. Bu kayıp kontraksiyon gücünü azaltır ve böylece kardiyak output azalır (6,33).

Preload; ventriküler kasların kasılmasından sorumlu bir güçtür. Preload düşükse, ventriküler kas etkili kontraktilite için yeterli gerilemeyecektir. Bu durum stroke volümün azalmasına neden olur. Eğer preload çok yüksekse, kas lifleri aşırı gerilir. Bu durumda azalmış kontraktilite ile sonuçlanır (6,33).

Afterload; sol ventrikülü boşaltmak için aorta içindeki rezistans basıncının miktarıdır. Bu diastolün ventrikülündeki volümdür. Afterload alınan kan basıncının okunması ile ölçülür. Afterload arttıkça sol ventrikülde aortik basıncın üstesinden gelecek daha yüksek bir güce ihtiyaç ortaya çıkar. Eğer basıncın üstesinden etkili bir şekilde gelinemezse, yüksek periferal rezistans, vurum hacmini ve kardiyak outputu azaltır. İnatçı afterload sonrası sağ kalp yetmezliği ortaya çıkar (6,33).

Belirti ve bulgular:

- Aktiviteleri ciddi düzeyde sınırlayan dispne
- İlerleyen ortopne
- Tekrarlayan gece dispneleri
- Aktiviteyi takiben ya da aktivite sırasında senkop
- Aktiviteyle ilgili göğüs ağrısı(33)

Maternal etkilenme: Eğer afterload yüksek ise ani ve ciddi pulmoner ödem gelişir. Eğer mitral stenoz ya da fallot tetrolojisi gibi kardiyak hastalıklar varsa, artmış preload ve azalmış vurum hacmi sonucu sağ kalp yetmezliği ortaya çıkar. Hemodinamik değişikliklerden tamamı ile bağımsız olarak sistemik emboli ortaya çıkabilir. Siyonotik kalp hastalığında pulmoner hipertansiyon olmadıkça gebenin oksijenasyonunda azalma olmaz. Atrial ya da ventriküler septal defektlerde pulmoner hipertansiyon gelişebilir ve mevcut şantlar tersine işlev görür. Bu durum meydana gelirse maternal mortalite % 50'dir (6,33).

Fetal ve neonatal etkilenme: Sistemik dolaşımın azalması ya da oksijenasyonun azalması sonucu fetal etkilenme görülür. Kardiyak fonksiyonlardaki yetersizlik nedeniyle maternal dolaşım tehdit altındaysa, uterusa olan akım ciddi düzeyde azalır. Bu durum gebeliğin başlangıcında spontan abortusla sonuçlanır. Gebeliğin ilerleyen dönemlerinde uterin kan akımında azalma, fetal gelişme geriliğinden santral sinir sisteminde ki hipoksiye kadar bir dizi değpişikliklere neden olur. Eğer annenin yaşamını tehdit ediyorsa preterm doğum gerekebilir ve sonuçta prematürite ile ilişkili neonatal morbidite de yükselir (6,30,33).

Doğum öncesi dönemde izlem: Kalp hastası gebelerin bakımında temel amaç; gebelikte meydana gelen fizyolojik değişikliklerin kalbe getirdiği yükü azaltmak ve kalbin yükünü artıran faktörleri önlemektir. Bunlar;

- Kilo alımı, anemi
- Aktivite
- Enfeksiyon
- Anksiyete
- Çevrede ısı ve nemin artışı

Doğum eyleminde izlem: Kalp hastası gebeler için istenen doğum şekli, korku ve ağrının en aza indirildiği, miadında ve spontan vajinal doğumdur (69).

Hemşirelik yaklaşımı: gebelik ve kardiyak hastalıklarda gebe ve ailesi için hemşirelik bakımının temel hedefi, olası komplikasyonların riskini azaltmaktır. Bu durum, gebenin ve eşinin eğitimi ile sağlanır; bütün sistemlerin rutin tanılaması, uygun hemşirelik bakımı alma, diyetisyen desteği alma, sosyal destek alma ve kararlara katılımda aileyi yönlendirme ile başarıya ulaşılır. Korkuların ve çözümlerinin tanılanmasında, bakımda istenen kontrolü sürdürmede aileye yardımcı olur. Önceden yapılan rehberlik, potansiyel problemler ve onların çözümü için yapılacak planlamaya yardım eder. Hemşire multi disipliner ekipte koordine edici ve ailenin savunuculuğunu yapmada en iyi pozisyondadır (33).

Böbrek Hastalıkları

Gebelikte çeşitli fizyolojik değişikliklerin en göze çarpanı, üriner sistemde olan değişiklerdir. Asemptomatik bakteriüri gebelerin % 2-10'unda görülmektedir. Semptomatik bakteriüri % 1-1.5 oranında gelişmektedir (33).

Pospartum uterin atoni, operatif travma, uterin rüptür, ablasyo plasenta ve plasenta previa nedeni ile görülen hemorojik şok, akut renal yetmezliği hızlandırılır. Gebelik süresince ya da öncesinde ÜSE'nin neden olduğu renal hastalık, diyabet gibi diğer hastalıklar sonucunda ya da gebeliğin hipertansif hastalıkları gibi gebelik komplikasyonları sonucunda ortaya çıkabilir (33).

Normal fizyoloji: Böbrekler vücut için önemli olan çeşitli fonksiyonları yerine getirirler. Su, elektrolit ve nitrojen gibi atık ürünlerinin vücuttan atılmasını sağlar.

Böbrekler vücudun en fazla kan desteği olan organıdır. Kardiyak outputun %20-25'i böbreklerde dolaşır. Her bir böbreğin kan desteği afferent arterlere dallanan renal arterlerle sağlanır. Glomerüllere giren afferent arterler, efferent arterlere yönelerek renal vene ulaşırlar. Glomerüllerde kanın filtrasyonu, kapillerleri etkileyen 4 gücün etkisi ile oluşur (33).

Patofizyolojisi: Üriner sistem assenden yoldan gelen bakteriler tarafından enfekte olduğu zaman, renal tübüllerde inflamasyon gelişir. İnflamasyon süreci, tübüler fonksiyonlarda bir azalmaya neden olur. İnflamasyon, tampon maddelerin sekresyonunu da azaltabilir (33).

Hipertansif renal hastalık, diyabetik nefropati, gebelik hipertansiyonu ve glomerülonefrite ait lezyonlar spesifik histoloji ile birbirinden ayrıştırabilir. Lezyonlar hem glomerüllerde hem de tübüllerde olabilir. Renal dokunun damarları zarar gördüğü ve böbreklere olan kan akımı bozulduğu zaman, renin aktivitesi artar ve kan basıncı yükselir. Bu durumda, basınca karşı devam eden duyarlılığın yaptığı etki ile preeklempsi ilerleyebilir (30,33).

Maternal etkilenme: Üriner sistemdeki enfeksiyon preterm eylem için hazırlayıcı bir faktör olabilir. Ciddi kronik renal yetmezlik genellikle infertiliteye neden olur, bu nedenle gebelikte bu hastalık nadiren görülür. Kronik renal yetmezlik, ciddi preeklempsi ve eklempsi gibi hastalığı aşırı zorlayan durumlar olmadıkça gebelikte genellikle kötüleşmez (30,33).

Fetal ve neonatal etkilenme: Plazma volümünden kaybedilen sıvı nedeni ile uterus dolaşımı azalabilir. Bu azalmaya bağlı olarak, fetüste beslenme yetersizliği görülebilir. İntrauterin gelişme geriliği, renal hastalığı olan kadınların fetüslerinde yaygın olarak görülmektedir (30,33).

Hemşirelik yaklaşımı: Bakteriürisi olan gebe kadının bakımındaki primer amaç, preterm eylem ve semptomatik üriner sistem enfeksiyonlarının önlenmesidir. Profilaktik antibiyotik uygulaması ile birlikte oral sıvı alımında artış ve uygun perine hijyeninin uygulanması çok etkilidir. Uygun tedavi ile hem annenin yaşamını tehdit eden olaylar hem de intrauterin gelişim geriliği ve intrauterin fetal ölüm önlenebilir. Son evrede olan renal hastalıklarda birkaç başarılı gebelik bildirilmektedir. Renal transplantasyon sonrasında gebelik, dikkatli izlemle oldukça başarılı olabilmektedir (33).

Konnektif Doku Hastalığı

Son 15 yıla kadar konnektif doku hastalığı zor tanılanır ve bu tanıda olan bir gebe kadın nadiren görülürdü. Konnektif doku bozuklukları ya da kollojen vasküler bozukluklar otoimmün bir konnektif doku anormalliği ile karakterize hastalıklar

grubudur. Hastalığın tam nedeni bilinmemektedir. İmmünolojik, çevresel, hormonal ve genetik faktörlerle ilişkili olabilir (33,49).

Konnektif doku hastalığında vücut, kendinden olan ve olmayanı ayırt etmede yetersiz kalır. İmmünolojik yetersizlik, vücudun kendi hücre ve proteinlerine karşı saldıran antikorların oluşmasına izin verir. Gebelikle birlikte olan konnektif doku hastalığı hem hastalığı hem de gebeliği komplike hale getirmektedir. Komplikasyonlar ciddi olduğu için iyi bir ayrım yapmak gerekir (33,49).

Pulmoner Hastalıklar ve Solunum Distresi

Gebelik, pulmoner hastalıkla birlikte olduğu zaman hem fetüs hem de annenin sağlığı tehlikeye girer. Gebelikte pulmoner fizyolojideki ve buna ek olarak immün yanıttaki değişikliklerin anlaşılması, akut ve kronik pulmoner komplikasyonlarının önlenmesine ve sorunların önceden saptanmasına yardım eder (33,49).

Pulmoner hastalıkların genel nüfus içinde görülme oranları yüksektir. Etiyolojisinde enfeksiyonlar rol oynar. Bu enfeksiyonlar astım ve kistik fibrozisli kadınlarda solunum komplikasyonlarına da neden olabilirler (33).

Patofizyoloji; Solunum sisteminin enfeksiyonları, astım ve kistik fibrozis, hava yollarında ve alveollerde obstrüksiyona neden olabilir. Obstrüksiyon karbondioksitin atılımında yetersizliğe neden olur ve bu durum hiperkarbia ile sonuçlanır. Pulmoner obstrüktif hastalığı olan bireylerde, oksijen alımında yetersizlik olabilir. Hipoksi, fetüs için major tehdittir. Enfeksiyon ajanları solunuma ait yapılara ve mukoz membrana yayılarak enflamasyona neden olur. Bu yapıların enflamasyonu, dokuların kendini tamir edebilmesi için mukus üretiminde artışa neden olur. Artan solunumla birlikte aynı zamanda nem kaybı da gerçekleşir. Başlıca belirti, dispne, hiperkarbia, lökositoz ve öksürüktür (33).

Maternal etkilenme: Kistik fibrozis ve astımın gebelik üzerine daimi bir etkisi görülmemektedir. Bronşitin pnömoniye dönüşmesi dışında, gebeliği çok az tehdit ettiği bilinmektedir (33,49).

Fetal etkilenme: En büyük fetal tehdit, akut solunum sistemi sorunlarına yol açan herhangi bir durumun ardından sekonder olarak gelişen hipoksemidir. Astım gibi kronik solunum sistemi hastalıkları, büyüme geriliği ile sonuçlanabilir (33).

Hemşirelik yaklaşımı: Gebelik, akut ve kronik solunum sistemi hastalıklarını komplike hale getirirken, gebelikte solunum sistemi hastalıkları da gebeliği komplike hale getirmektedir. Bu komplikasyonlar erken dönemde sağlığı geliştirici aktiviteleri, zamanında müdahaleyi, denetimi ve akciğer hastalıkları uzmanıyla iş birliğini gerektirir (33).

Gebelik Komplikasyonları

Gebelikte çeşitli komplikasyonlar gelişebilir ve bu durum gebeliğin sonucunu etkilediği kadar anne ve fetüsün sağlık ve iyiliğini de etkileyebilir. Günümüzde erken tanı ve ileri teknoloji ile komplikasyonların neden olduğu maternal ve perinatal mortalite ve morbidite insidansları düşmüştür. Komplikasyonlarla ilgili maternal mortalite ve morbiditeyi daha da azaltmak için, perinatal alanda çalışan hemşirelerin gebelik komplikasyonlarının kapsamlı olarak bilmelidir (33).

Spontan Abortus

Spontan abortus, fetüs henüz yaşama kapasitesine ulaşmadan gebeliğin doğal olarak sonlanmasıdır. 20. gebelik haftasından daha küçük ve 350-500gr'dan daha az kiloda olan bir fetüs, canlı kabul edilmez (15,18,19,31,33,56,69).

Spontan abortus klinikte görülen tüm gebeliklerin yaklaşık olarak % 15 ile % 20'sinde ortaya çıkmakta tekrarlayan kayıplarla bu oran % 25 ile % 47'ye ulaşmaktadır (15,18,33,69).

Etiyolojisinde;

- Kromozal nedenler
- İmmünolojik nedenler
- Endokrin nedenler
- Uterusa ait nedenler
- Enfeksiyonlar
- Sistemik hastalıklar
- Toksik nedenler (15,18,19,,33,69).

Normal fizyoloji:

Embriyo/plasenta gelişimi

Gametler fertilizasyondan önce bir dizi gelişimsel değişiklikten geçerler. Gametlerin olgunlaşma sürecinde kromozomlar orjinal kromozom sayısının yarısı olan 23'e indirgenir. Fertilizasyon gerçekleştiğinde ve olgun bir sperm, olgun ovumun içine girdiğinde, her gametten gelen 23 kromozomla 46 kromozomlu, zigot olarak adlandırılan yeni bir hücre oluşur. Oluşan bu yeni hücrede mitotik hücre bölünmesi başlar (15,33,69).

Fertilizasyondan sonra yaklaşık 6. günde blastosist, uterusun endometrium tabakasına implante olmaya hazırdır. Uterusun endometrium tabakasına implanteden sonra, endometrium desidua adını alır. Desidua genellikle üç bölüme ayrılır. İmplante olan blastosistin altında uzanan desidua parçasına desidua basalis denir. Burası plasentanın asıl gelişeceği yerdir (15,33).

Plasental immünoloji

Günümüzde fetüsün reddini önleyen mekanizma ya da mekanizmaların ne olduğu bilinmemektedir. En son araştırmalardan bazıları anne vücudunun ilk olarak konsepsiyon ürünü üzerindeki babaya ait yabancı antijenleri tanıyabilme yeteneğinde olduğuna ikinci olarak uygun immünoproktif mekanizmaları harekete geçirmiş olmasına işaret etmektedir (31,33).

Servikal değişiklikler

Serviks, gebeliğin devamını sağlayan önemli bir yapıdır. Gebelikte 9 ay boyunca yerçekimi kuvvetine ve intrauterin basınca direnmek, daha sonra fetüsün vajinadan geçmesine izin verecek şekilde yumuşak ve genişleyebilir olmak zorundadır (15,33).

Patofizyoloji: Embriyonun ölümü ya da embriyo ya da plasentanın normal gelişimindeki bozukluk, spontan abortusa yol açan ardışık olaylarda genellikle ilk adımdır. Desidua basalise olan kanama implantasyon alanında nekrotik değişikliklerle sonuçlanır. Aynı zamanda, progesteron ve östrojenin hormonal düzeyleri düşer. Bu düşüş vajinal kanama ile sonuçlanan desidual ayrılmaya neden olur. Uterus hassaslaşır ve uterin kontraksiyonlar başlar (31,33).

Yetersiz bir serviks normal bir servikse göre daha fazla düz kas içerir ve kollejen yoğunluğu normalden daha azdır. Servikal direnç azalır. Buna iki faktör neden olur; konjenital bir defekt ya da geçirilmiş servikal travma (31,33).

Belirti ve bulgular: Spontan abortusun klasik belirtisi vajinal kanamadır. Koyu, lekelenme şeklinde başlayan kanama, progesteron ve östrojen düzeyindeki azalmaya bağlı desiduanın atılmaya başlaması ile ilgilidir. Abdominal ağrı da Spontan abortusun klasik belirtilerindendir (31,33,56).

Maternal etkilenme: Spontan abortusun anne ölümleri üzerine olan önemli etkisi, günümüzde artık nadir olarak görülen iki potansiyel komplikasyonla ilişkilidir; enfeksiyon ve kanama. Kanama, tıbbi tedaviye başvurmada gecikme ya da cerrahi tedavi sırasında uterusun perforasyonu ile ilişkilidir. Enfeksiyon, septik abortusun tanılanmasında gecikme ya da antibiyotiklerin uygun olmayan şekilde kullanımı ile ilişkilidir 31,33,56).

Hemşirelik yaklaşımı: Spontan abortus çoğu kez kromozomal defektli fetüslerin elimine edilmesinin doğal bir yoludur. Bu defektler, önlenemeyen, tekrar etmeyen genetik anomaliler ya da önlenebilir bir teratojenik ajan nedeni ile ortaya çıkar. Hemşire bir eğitim programı uygulayarak spontan abortus insidansını azaltmada etkili olabilir. Bu program alkolün, sigaranın, enfeksiyonların, X-ray'ın, kokainin ve diğer teratojenik ajanların fetüsün gelişimi üzerindeki etkilerini kapsayan bir program olmalıdır. Nedenin önlenemediği olgularda, hemşire yeterli duygusal destek sağlamalıdır. Böylece ebeveynler, gebeliğin sonlanmasının kendi hatalarından oluştuğu düşüncesiyle ortaya çıkan anksiyete ve suçluluk duygusunun kötü etkileri ile yalnız bırakılmamış olacaklardır. Bazı vakalarda neden, maternal bir defektle ilişkilidir. Hemşire bu vakaların fark edilmesi için sağlık ekibi ile birlikte çalışmalı ve tekrarlayan abortusların oluşmaması ve gerekli tedavi için uygun önerilerde bulunmalıdır(33).

Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik, blastosistin, uterusun endometrium, tabakasından başka bir yere implante olması sonucu gelişir. En sık 30-40 yaşları arasında ve sosyoekonomik bakımdan gelişmiş ülkelerde görülür(64). Ektopik gebelik alanları fallop tüpleri, over, serviks ya da abdominal kavitedir (19,29,31,33,36,71,79).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ektopik gebelik görülme sıklığı yaklaşık olarak her 50-60 gebelikte birdir. Dünyada ektopik gebelik görülme sıklığı her gecen gün artmaktadır(33). Menarştan menopoza kadar üreme çağında 200 gebelikte bir görülür(12).

Etiyolojisinde; geçirilmiş tubal enfeksiyonlar, geçirilmiş tubal ya da pelvik enfeksiyonlar, hormonal faktörler, kontraseptif hata, ovulasyon stimulasyonu, infertilite tedavisi, çevresel etkenler ve ovumun göçüdür (15,25,64,73).

Normal Fizyoloji: Fallop tüpünün duvarı müsküler bir yapıda ve dar olup interstisiyel alanda çok az silialı hücre içerir. Fallop tüpünün saçaklı uçları overden serbest bırakılan ovumu toplamaya hizmet eder. Ayrıca fallop tüpleri, peristaltik ve siliar aktiviteyle ovum ve spermi neredeyse eş zamanlı olarak zıt yönlerde hareket ettirme gibi eşsiz bir fonksiyona sahiptir. Fallop tüplerinin kesintisiz yönlendirici hareketi menstrual siklus süresince değişiklik gösterir. Menstruasyon sırasında yönlendirici güç, menstrual kanın tüplere geçişini yönelik olarak ampulladan uterusa doğrudur. Ovulasyondan hemen önce yönlendirici güç, overlerden salınan ovumu toplamak ve fallop tüpünün ampulla bölgesine taşımak üzere ampulladan içeri doğrudur. Aynı zamanda spermin ovuma doğru mobilitesini sağlamak üzere, uterin alandan zıt yöne doğru yönlendirici bir güç daha vardır. Fertilizasyondan sonra ampullar alandaki yönlendirici güç değişir. Fertilize ovum 6-7 gün içinde uterin kaviteye ulaşır (19,29,32,33,56).

Patofizyoloji:

Tubal ektopik gebelik

Pek çok ektopik gebelik öncelikle fallop tüpüne implante olduğu için patofizyoloji tubal ektopik gebeliğe odaklanacaktır. Blastosist, uterin endometriumuna olan normal implantasyonunda kullandığı aynı süreci kullanarak tubal duvarın epiteline ve kan damarlarına doğru bir yuva açar. Ancak tüp ortamında, direnç az, kan basıncı daha fazla, gerilebilme yetenekleri ve desidual reaksiyon sınırlıdır. Bu karakteristik özellikle nedeniyle tubal gebelikler erken gestasyonel evrede abortus, spontan gerileme-regresyon ya da implantasyon yerine ve gestasyonel yaşa bağlı olarak rüptürle sonlanır (33,49,70).

Tubal abortus öncelikle plasentanın bir bölümünün ya da tümünün ayrılmasına bağlı olarak ortaya çıkar. Tam ayrılmayla konsepsiyon ürünü fallop tüpünün saçaklı ucundan abdominal kaviteye atılır. Tubal rüptür, trofoblastik dokunun kesintisiz invazyonu ya da dokuların aşırı gerilmesinin sonucudur. Her durumda konsepsiyon ürünü komplet ya da inkomplet olarak, abdominal kaviteye ya da yırtılan tüpten broad ligamentin yaprakları arasına atılmaktadır (33,49).

Abdominal ektopik gebelik

Abdominal gebelik, hemen her zaman follop tüpünün fimbrial ucundan gerçekleşen tubal rüptür ya da abortusu takiben sekonder olarak gelişen implantasyon sonucunda oluşur. Bu vakalarda plasenta bazı abdominal yapılar üzerine tutunarak gelişimine devam eder (33).

Servikal ektopik gebelik

Çok nadir vakalarda fertilize ovum uterin endomeriumunu pas geçerek servikal mukus içine implante olur. İmplantasyondan kısa bir süre sonra ağrısız vajinal kanama başlar(33,49).

Belirti ve bulgular:

Rüptürden önce; abdominal ağrı, menstruasyonda gecikme, anormal vajinal kanama, gebeliğin genel belirtilerinin olmaması, abdominal hassasiyet ve ele gelen pelvik kitle'dir. Rüptür; ağrıda aşırı şiddetlenmedir. Rüptürden sonra; baygınlık/baş dönmesi, abdominal ağrı, omuz ağrısı, şok belirtileri ve ateş durumudur (33,56).

Maternal etkilenme: Tüm maternal ölümlerin yaklaşık %10'unun nedeni ektopik gebeliktir. Ektopik gebelik maternal mortalite nedenleri arasında ikinci sırada, ancak birinci trimester maternal mortalite nedenleri arasında birinci sıradadır. Vakaların %85-89'unun ölüm nedeni kanamadır (29,33).

Fetal ve neonatal etkilenme: Ektopik gebelikte fetüs ölümü neredeyse kesindir. Abdominal ektopik gebeliklerin %5 ile %25'i yaşama kapasitesine ulaşabilir (29,33).

Hemşirelik yaklaşımı: Hemşirelik girişimleri için en önemli amaç, tubal ya da uterin defektlere neden olabilen komplikasyonların önlenmesidir. Bu basamak, ektopik gebeliğin önlenmesi evresidir. Eğer ektopik gebelik gelişirse amaç, tedavi sırasında ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesidir. Bu durumda hastanın

eğitimi yoluyla gelecekte fertilitenin bozulmasını önlenmeye çaba göstermek en iyisidir. Eğitim ektopik gebeliğe zemin hazırlayan enfeksiyon belirtilerinin kişi tarafından tanımlanmasını içermelidir. Çabalar aynı zamanda ektopik gebeliğin erken belirtilerinin fark edilmesi ve rapor edilmesine yönelik olmalıdır. Bu çaba tanının, rüptür ya da abortus olmadan önce konmasını sağlar. Böylece maternal ölümün en büyük nedeni olan hemoraji önlenebilir(33).

Gestasyonel Trofoblastik Hastalık

Gestasyonel trofoblastik hastalık, gebelikle ilişkili proliferatif trofoblastik bozukluklardan biridir. Hastalık başlangıçta bening mol hidatiform olarak ortaya çıkar. Hastalığın devamında metastatik gestasyonel trofoblastik tümörlerden olan ve koriyokarsinoma olarak bilinen metastatik trofoblastik tümöre doğru gelişme görülür.

Mol hidatiform, trofoblastın bening proliferatif gelişimidir. Bu gelişmede koryonik villuslar ödemli, kistik, avasküler şeffaf üzüm salkımı gibi asılan keselere dönüşürler(19,33,48,69).

Mol hidatiformun nedeni bilinmemektedir, fakat ovular defektler, stres, beslenme yetersizliği ve ileri yaşın mol hidatiform gelişimine katkıda bulunduğu düşünülmektedir(33). Otuz beş yaşından büyük anne yaşı risk faktörüdür(15). Mol hidatiform molün riskini yükselten üreme yaşının her iki ucudur. 40 yaş üzerindeki kadınlar 5.2 kat artmış riske sahiptir (29,32).

Normal fizyoloji: Normalde bir ovum bir sperm tarafından döllenir ve 23 kromozomlu olan her bir hücrenin katkısı ile zigot olarak adlandırılan yeni bir hücre oluşur. Zigot derhal bir dizi hızlı mitotik hücre bölünmesi gerçekleştirerek morula adı verilen yeni bir hücre kümesi şekillenir. Hücresel aktivite devam ederken morulanın merkezinde sıvı oluşmaya başlar. Oluşan bu sıvı hücrelerin, periferde bir sıra hücre ve içerde bir hücre kümesi oluşturacak şekilde düzenlenmesine neden olur. Bu hücrelerden plasenta büyüyüp gelişecektir. Plasenta, trofoblast hücrelerinin uterusun endometrium tabakası içine gönderdiği koryonik villi denilen ipliksi yapılardan şekillenir. Koryonik villi içinde kan damarları ve konnektif doku şekillenmeye başlar (32,33).

Patofizyoloji: Plasentanın proliferasyonuna geçekte neyin neden olduğu bilinmemektedir. Her durumda trofoblastik dokular anne kanında sıvı absorbe eder. Fetal sirkülasyonun olmaması ya da yetersiz olması durumunda sıvı koryonik villiler içinde toplanmaya başlar. Sıvı göllenmeye devam ederse, koryonik villilerden keseler oluşur (29,33).

Belirti ve bulgular: Anormal uterin kanama, uterin boyutlarda değişiklik, ovarian genişleme, hiperemezis gravidarum, preeklempsi, kese düşmesi, fetüsün olmaması ve solunum sıkıntısıdır (33).

Maternal etkilenme:

- Preeklempsi
- Kanama
- Anemi
- Hiperemezis gravidarum
- İntrauterin enfeksiyon ya da sepsis
- Uterin rüptür
- Ovarian kistlerin rüptürü
- Trofoblastik emboli
- Duygusal travma
- Gestasyonel trofoblastik tümör

Fetal etkilenme: Komplet mol hidatiformun embriyoblastik dokusu hiçbir zaman fetüse dönüşmez. Kısmi mol hidatiformun embriyoblastik dokusu ise daima anormaldir ve asla olgunlaşmaz (33).

Hemşirelik yaklaşımı: Mol hidatiformu olan hastaların bakımında hemşirenin iki amacı vardır. Hemşire ilk olarak eşlere rutin izlemin önemini vurgulamalıdır. Gestasyonel trofoblastik hastalığın gelişip gelişmediğini belirlemek üzere serum beta-HCG düzeyi yakından izlenmelidir (33).

Plasental Anomaliler

Gebe kadınların yaklaşık % 4'ü, gebeliğin 3. trimesterinde vajianal kanama ile karşılaşırlar. Bu kanamaların en temel iki nedeni ablasyo plasenta ve plasenta previadır (33).

Ablasyo plasenta; ister total ister parsiyel olsun, normal implante olmuş bir plasentanın gestasyonun 20. haftasından sonra uterus desiduasından erken ayrılmasıdır. Normalde ablasyo plasenta hafif, orta ve şiddetli olmak üzere üçe ayrılarak incelenir (19,33,49).

Ablasyo plasentanın görülme sıklığı 200 gebelikte 1'dir. Ablasyo plasentanın gerçek nedeni bilinmemektedir(19,33). Ablasyo plasentanın asıl nedeni bilinmemektedir (33). Gebeliğe bağlı hipertansiyon, kronik hipertansiyon, diyabet, kalp hastalıkları, genç ve ileri anne yaşı, travmalar, polihidroamniyozda amniyon sıvısının akması, ikizlerde ilk çocuğu doğumu ile uterus kavitesi içinde meydana gelen ani basınç değişikliği ablasyo plasentaya neden olabilir (19).

Normal fizyoloji; blastosist, artık desidua olarak adlandırılan endometriuma, trofoblast hücrelerinden koryonik villi olarak adlandırılan ipliksi yapılar göndererek implante olur. Villiler anne kanı ile dolan intervillöz alanlar açarlar (19,33,49).

Patofizyoloji; teorik olarak ablasyo plasentaya, desiduayı besleyen ve plasentaya kan sağlayan spiral arterlerin dejenerasyonuna bağlı olarak gelişen desidual nekrozun neden olduğu düşünülmektedir. Bu süreç gerçekleştiğinde kan damarlarının yırtılması ile ortaya çıkan hızlı kanama nedeni ile uterus gerginleşir ve açılmış kan damarlarını kapatabilecek etkin kasılma gücünü yitirir. Eğer ayrılma plasentanın kenarında ise ya da membranlar desiduadan ayrılırsa vajinal kanama açıkça görülür. Aksi halde kan plasenta ile desidua arasında toplanır. Bu durum, uterusun tonüsünü ve irritabilitesini arttırır (19,33,49).

Belirti ve bulgular; koyu renkli vajinal kanama, hipertonik uterus, uterin kontraksiyonlar, abdominal ya da sırtın alt kısmında ağrı, uterin hassasiyet, fetal distres belirtileri ya da fetal ölüm ve hipovolemi belirtileridir (19,33).

Maternal etkilenme; vakaların %1'inden daha azında, hemorajik şoka bağlı maternal ölüm gerçekleşir. Şiddetli kanama olasılığı nedeniyle hasta, doğumdan önceki her hangi bir zamanda şok ve yaygın intravasküler koagulopati(DIC) gelişmesi yönünden büyük risk altındadır (33).

Fetal ve neonatal etkilenme; ablasyo plasentaya bağlı perinatal mortalite hızı %15 ile %30 arasındadır. En yaygın etkileri fetal hipoksi, neonatal prematürite ve gestasyonel yaşa göre küçük fetüstür (33).

Plasenta previa; plasentanın uterusun fundus bölümü yerine alt segmentine, internal os'un yakınına ya da üzerine yerleştiğinde ortaya çıkar.Serviksi kapatma derecesine göre ; marjinal, parsiyel ve total olarak üç kategoriye ayrılır(19,33,69,77).

Plasenta previa insidansı 200 gebelikte 1'dir ya da % 0.5 görülme riski vardır. Etiyolojisinde gerçek nedeni bilinmemektedir. Bununla birlikte, genellikle endometrial skar dokusu, endometrial vaskularizasyonda bozulma, plasental kütlenin artması, genç ve ileri anne yaşı sigara kullanımı ve çoğul gebelikler ile ilişkilidir

(19,33,49).

Normal fizyoloji; blastosist normalde vasküler kan stoğu yönünden zengin olan uterusun üst ön bölümüne implante olur. Blastosistin implantasyonundan sonra trofoblastik dokudan, desidua içine doğru koryonik villi adı verilen ipliksi yapılar gelişir. Koryonik villi'nin desidua basalis ile temas eden kısmı plasentayı şekillendirmek üzere gelişirken, desidua kapsüllaris ile temas eden kısmı atrofiye uğrar (13,33).

Patofizyoloji; plasenta previada plasenta uterusun alt segmentine, internal osun yakınına ya da üzerine implante olur. Başlangıçta alta yerleşen plasentaların pek çoğu yukarı doğru göç eder.Desidua basalis uterusun alt segmentinde daha az gelişmiştir ve koryonik villi gelişimini durduran Nitabuch'un fibrinoid tabakasına sahip olmayabilir. Bu nedenle plasental doku myometriuma doğrudan temas edebilir ve plasenta akreta, inkreta ya da perkreta gelişebilir (33,49).

Belirti ve bulgular; kanama, fetal distres ve fetal malprezantasyon'dur (33).

Maternal etkilenme; maternal mortalite %1'den daha azdır. Hemoraji ve hipovolemik şok, preterm eylem, puerperal hemoraji, anemi ve enfeksiyon'dur (19,33).

Fetal ve neonatal etkilenme; plasenta previada, perinatal mortalite %10'dan daha azdır. Prematürite, malprezantasyon, gestasyonel yaşa göre küçük fetüs, konjenital anomaliler ve neoantal anemi'dir (19,33).

Plasenta akreta; koryonik villilerin myometriuma kadar uzanarak tutunduğu, sık görülmeyen durumlardan biridir. Plasenta inkreta ve plasenta perkreta ilerlemiş diğer iki şeklidir. Plasenta inkreta koryonik villilerin myometriuma invazyonudur. Plasenta

perkreta koryonik villilerin myometrium boyunca gelişmesidir. Plasenta akreta, desidua basalis ve Nitabuch'un fibrinoid tabakası yetersiz ise ya da mevcut değilse ortaya çıkar. Hazırlayıcı faktörler; sık ve çok doğum yapma, genç ve ileri anne yaşı, sigara kullanımı, çoğul gebeliklerdir(19,33).

Maternal ve fetal etkilenme; gebelikte uterin rüptür ya da aşırı kanama olmadıkça fetüs bu durumdan nadiren etkilenir. Anne yüksek kanama riski ile karşı karşıyadır. Şok hatta ölüm meydana gelebilir (33).

Vasa previa: umblikal kordun velamentous insersiyosu ile birlikte ortaya çıkan ve nadir görülen gelişimsel umblikal kord bozukluğudur (33,49).

Hemşirelik yaklaşımı; ablasyo plasenta ve plasenta previa tedavisinde ilk amaç erken tanı ve kanamayı önlemek üzere uygun girişimlerin sağlanması, kanamanın neden olduğu şok, DIC, multisistem bozukluklar, anne ve fetüsün ölümü gibi komplikasyonların önlenmesidir. Aynı zamanda intrauterin hipoksi olmadığı sürece prematür doğumlardan kaçınılmalıdır (33).

Kan Uyuşmazlığı

Kan uyuşmazlığı gebe kadın, Rh ya da ABO kan gruplarından kaynaklanan fetal eritrositlere karşı, immün globülin G antikorları üreterek şekilde hassasiyet kazandığı zaman ortaya çıkar. Fetal dolaşıma geri dönen antikorlar fetüste eritrosit yıkımına ve ardından fetal anemi ile karaciğer yetmezliği ve konjestif kalp yetmezliğine neden olabilir (13,31,33).

Pospartum dönemde immün globülin D'nin rutin olarak kullanımına rağmen gebe olan tüm D-negatif kadınların, % 1-2'sinde hassasiyet devam eder. ABO uyuşmazlığı annenin kan grubu O ve fetüsün kan grubu A,B ya da AB ise ortaya çıkar. Rh ile karşılaştırıldığında, ABO grubu kan iki nedenle kendi faktörlerine karşı daha az antijeniktir. Birincisi, A ve B antikorları plasentadan geçemez. İkincisi, fetal eritrositler üzerinde A ve B antijenik alan daha azdır (13,33).

Normal fizyoloji: Kendi kan gruplarının yarısını anneden, yarısını ise babadan alan her anne ve baba, homozigos ya da heterozigos özellik taşıyabilir. Böylece ABO sisteminde kombinasyonlar ortaya çıkar. O kan grubu olan tüm kişiler homozigostur. Kan grubu O olan anne de homozigostur ve her iki ebeveyninden de O grubu özellik

almıştır. Eğer babanın kan grubu O ise, fetal ABO kan sistemi için antijenik olasılık yoktur. Eğer babanın kan grubu A ise AO heterozigos ya da AA homozigos olabilir. Eğer babanın kan grubu B ise, BB homozigos ya da BO heterozigos olabilir. Eğer babanın kan grubu AB ise, heterozigostur (13,33).

Patofizyoloji: Tüm hemolitik uyuşmazlıkların patofizyolojisi birbirine benzer. En yaygın olarak görülen D uyuşmazlığı izoimmünizasyon sürecini tanımlamak üzere kullanılacaktır. İzoimmünizasyon, annenin fetal hücrelere duyarlı olduğu durumda ortaya çıkar; bu durum aynı zamanda duyarlılık-sensitizasyon olarak da adlandırılır. Babadan gelen D antijenine sahip olan fetal eritrositler, plasental membranlar yoluyla, bütünüyle maternal kandan oluşan intervillöz aralığı geçerek maternal kanla karışır ve anne dolaşımına taşınırlar. D antijeni taşıyan fetal eritrositlerin maternal sirkülasyona geçerek annenin duyarlı hale gelmesi ve antikor oluşturması belli koşulları gerektirir. Genişlemiş olan utero plasental damarlar, kan akımını artırarak bu sürece yardım ederler. Fetal eritrositlerin maternal dolaşıma geçmeleri için en uygun zaman ise doğum zamanıdır. Plasentanın ayrılma alanındaki genişlemiş açık damarlar, uterus gevşediğinde hızla basıncın düşmesine ve büyük miktarda fetal eritrositin maternal sirkülasyona geçmesine izin verir (13,31,33).

Maternal etkilenme: Eğer hidrops fetalisle birlikte polihidroamniyos geliştiyse, kan uyuşmazlığının anne sağlığı üzerine fiziksel rahatsızlık dışında herhangi bir gebelik istiyorsa, önemli psikolojik güçlüklerle karşılaşabilir (31,33).

Fetal ve neonatal etkilenme: Annede D izoimmünizasyonun zararlı etkileri, fetal eritrositlerin hemolizi olarak ortaya çıkar. Bir gebelikte sensitizasyon süreci başlamışsa, etkileri gelecekteki gebeliklerde görülebilir. Eğer sensitizasyon süreci tespit edilmemiş ise, şu anki gebelik, tehlikeye maruz kalabilir.Fetal eritrositlerin hemolizi anemiye neden olabilir. Hemolizle ortaya çıkan büyük miktarda bilirubin fetal karaciğere aşırı yük bindirir (31,33).

Hemşirelik yaklaşımı: Sensitize olmamış D- negatif kadında, sensitizasyonun önlenmesi birincil amaçtır. Bu ilk prenatal ziyarette; gebeliğin 26.-28. haftalarında antikor izlemi yoluyla; ve gestasyonun 26.-28. haftalarında, doğumdan sonra, potansiyel plasental sorunlarda ve düşükten sonra immün globülin D verilerek başarılabilir. Sensitize kadın için primer amaç, fetal sağlığın yakın takibi ve en erken

zamanda tedavinin sağlanması yoluyla neonatal sağlığı en üst düzeye ulaştırmaktır(33).

Hipertansif Bozukluklar

Hipertansiyon, erişkin bireylerin %20-30'unu etkileyen yaygın bir genel sağlık problemidir(14). Gebelik ve hipertansiyon perinatal döneme, anne ve fetüsün en önemli mortalite nedenlerinden biridir (31,50,56).

Gestasyonel hipertansiyon; molar gebeliğin olmadığı durumlarda gebeliğin 20. haftasından sonra ya da doğumdan sonra 7 gün içinde gelişen hipertansiyon ya da proteinüri ile ortaya çıkan tablodur. Kronik hipertansif hastalıklar; gebelikten önce var olan kronik hipertansiyon ve kronik renal hastalık ile ilgilidir. Gestayonel hipertansif hastalıklar, özellikle preeklemsi ve eklemsi fetüsü önemli derecede tehdit eden ve annede en fazla komplikasyonlara yol açan bozukluklardır (6,29,31,33,50).

Tüm gebeliklerin yaklaşık % 6-8'inde preeklemsi gelişmektedir(33,56). Preeklemsi genel olarak genç ve nullipar kadınların hastalığı olarak bilinir. Gerçekten preeklemtik kadınların 2/3'ü primigravidadır(14). On dokuz yaşından küçük veya kırk yaşından büyük kadınlar ve şiddetli preeklemsi öyküsü bulunan kadınlar preeklemsi için yüksek risk grubunu oluştururlar. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Birliğine göre, preeklemsinin risk faktörleri aşağıda verilmiştir.

- Aile öyküsü
- Diyabet veya kronik hipertansiyon gibi daha önce var olan vasküler hastalık
- Çoğul gebelik ve mol hidatiform gibi koryonik villilerin fazlalığına maruz kalma
- Rh uygunsuzluğu
- Antifosfolipit sendromu

Günümüzde preeklemsinin etiyolojisi hala kesin olarak bilinmemektedir. Preeklemsi nedenleri ile ilgili teoriler bulunmaktadır. En yaygın teoriler; beslenme bozukluğu, immünolojik yetmezlik ve genetik yatkınlıktır (19,29,33).

Normal fizyoloji: Plazma kan volümü gebelikte %30-50 artar ve kardiyak output en üst düzeydedir. Böbreklerde, normal glomerüler filtrasyon hızı yaklaşık %50 artar ve tübüler reabsorbsiyon hızlanır. Sıvı dengesi, renin anjiotensin II ve aldesteron

seviyeleri artar. Plasentanın oluşumunda, gebeliğin 10-16. haftalarında trofoblastlar tarafından aktive olan uterin spiral arterlerin kas komponentleri oluşmaya başlar. Gebeliğin 16-22. haftalarında feto-plasental kan akımında artış olur ve trofoblastlar uterin spiral arterlerin myometrial kısmını aşındırır, böylece genişleyerek vazokonstrüktif özelliklerini kaybederler. Gebelikte normotansif durumu korumak için, vazodilatör ve vazopressör aktivite arasındaki hassas dengenin sürdürülmesi gerekir. Gebelik boyunca vazodilatör ve vazopressör maddelerin oranlarında ilerleyen bir artış görülür, denge daha çok vazodilatör maddelerin artışı ile sağlanır (19,29,33,50).

Patofizyoloji: Preeklemside, plasentanın trofoblastik dokusunun maternal spiral arterlere doğru normal olarak ilerleyemediği ve bu arterlerin muskuloelastik yapılarını zaptettiği görülür. Bu nedenle bu arterler plasental perfüzyonu artıracak kadar genişleyemezler. Plasental iskemi sonucu, bütün damar duvarının bütünlüğünü sağlayan endotelial hücrelere toksik olan maddelerin ya da faktörlerin salgılanması stimüle olur. Plasental damarların uçlarından nitrik oksit üretiminin azalması artan tromboksan ile birlikte trombositlerin, trofoblastların yüzeylerine yapışmasına neden olur. Bu durum sonuçta fetüse giden kan miktarının azalmasına neden olacak intervillöz trombilerin oluşmasına yol açar (6,29,31,33).

Maternal etkilenme: Preeklemsi çok ciddi bir durumdur ve anne ölümlerine yol açan ikinci nedendir. Hastalığın ilerlemesine izin verildiğinde HELLP sendromu ya da eklemsi gelişir, anne ölümlerinin %15 oranında artar (33,50).

Fetal ve neonatal etkilenme: Orta şiddetli bir preeklemsi sonucunda gelişen perinatal mortalite oranı %1'den %8'e uzanır. Perinatal kayıpların önemli bir bölümü, plasental yetmezlik sonucu gelişen prematüriteye ya da ablasyo plasentaya bağlı olarak ortaya çıkar(33,50).

Belirti ve bulgular: Hipertansiyon ve proteinüri ya da gözle görülen yaygın ödem ya da her ikisinin birlikte görüldüğü durumdur (6,33).

Eklemsi: Konvülsiyon ya da koma ortaya çıktığında, preeklemsi, eklemsi olarak gruplandırılır. Epigastrik ağrı, reflekslerde artma ve huzursuzluk genellikle yaklaşan konvülsiyonun belirtisidir (6,29,31.33).

Hemşirelik yaklaşımı: Hemşirenin en önemli amacı, gebeliğin hipertansif hastalıklarını önlemek ya da erken tanıya yardımcı olmak ve bu bozuklukların sonuçlarını anne ve fetüs açısından en olumlu olacak şekilde tedavi etmektir. Gebelikte preeklemsi gelişen bir hastada amaç, eklemsi gelişimini önlemek ve uteroplasental yetmezliği önleyerek fetal matüriteyi kolaylaştırmaktır. Bu nedenle preeklemsi tedavisinde amaç, fetal matürite oluşana kadar durumu stabilize etmektir. Gebeliğin diğer hipertansif hastalıklarının tedavisinde diastolik kan basıncı 100'ün altında tutularak maternal kardiyovasküler komplikasyonları ve uterin yetmezliği önlemek amaçlanır(33).

Preterm Eylem-Erken Doğum Eylemi

Preterm eylem, serviksin ilerleyen dilatasyonuna neden olan düzenli uterin kontraksiyonların, gebeliğin 20. haftasından sonra ve 36. haftasından önce başlaması olarak tanımlanabilir. Tüm gebeliklerin yaklaşık % 8 ile % 10'u preterm eylemle sonlanır (18,19,30,33,48,56,69). Preterm eylemin % 50'sinde neden belirlenememiştir. Preterm eyleme neden olan faktörler; geçmişte preterm eylem öyküsü, yaşam stilindeki bozukluklar, stres, uterin faktörlerde bozukluk ve enfeksiyonlar şeklinde sınıflandırılabilir (19,30,33).

Normal fizyoloji:

Doğum eyleminin başlaması

Prostaglandinler; fetal olgunlaşmanın dönüm noktalarında, fetal metabolizmadaki bilinmeyen bir değişiklik, uterusun hareketsizliğini sağlayan ve gebeliği devam ettiren destek sistemlerini kesintiye uğratabilir (13,32,33).

Östrojen gebeliğin ilk 2-4 haftasında korpus luteum tarafından üretilir. Daha sonra bu görevi plasenta üstlenir. Plasental östrojenin bir formu olan estriol, fetal membranları ve desiduayı gliyceropholipidleri depolamak üzere teşvik eder. Östrojen myometriumun hücre sayısı ve büyüklüğünü artırır, Braxton Hicks kontraksiyonlarını uyarır, hücreler arasında bulunan birleşme alanlarının gelişmesini kolaylaştırır ve oksitosin reseptörlerini destekler (13,32,33).

Maternal plazmadaki LDL, kolesterolün progesterona dönüşümü ile fetal sinsityotroblastlar tarafından üretilen progesteron, 32.-34. gebelik haftasına kadar

artmaya devam eder. Progesteronun çekilmesi gerçek doğum eyleminin başlamasına neden olmaz, ancak interleukin 1-beta preküsörlerinin sentezini stimüle edebilir. Böylece progesteron myometriyal kasların hareketsiz kalmasını sağlayarak doğum eylemi için hazırlanmasında etkili olur (13,32,33).

Önceden oksitosinin normal doğum eylemini başlattığıdüşünülürdü. Fakat şimdi oksitosinin desidual prostaglandin salınımını stimüle ederek eylemin ikinci evresinde ve doğum sonrası uterin kontraksiyonları artırdığı bilinmektedir (13,32,33).

Patofizyoloji: Preterm eyleme, genellikle uterin irritabiliteyi artıran ya da prostaglandinlerin salınmasını uyaran faktörler neden olmaktadır. Bazı vakalarda genetik yatkınlık etkili bir faktör olabilir. Bakteriyel endotoksinler interleukinin salınmasını uyararak doğrudan ya da dolaylı olarak prostaglandin salınımını uyarabilirler (6,30,32,33).

Myometriyal gerginlik gibi fiziksel stresörler, hiperosmolarite ve uterin ya da fetal membran travması gibi fiziksel stresörler lizozomlardan fosfolipaz A2 salınımına neden olur. O zaman myometriyumun kasılmasını uyaran prostaglandinler üretilir. Gebeliğin 36. haftasından önce acil cerrahi operasyon gerektiğinde, daha önceki risklere bakılmaksızın gebe, preterm eylem ve doğum yönünden büyük risk altına girer. İyileşme sürecinde daha fazla miktarda prostaglanin üretilmesinin, preterm kontraksiyon olasılığını artırdığı varsayılmaktadır (6,30,32,33).

Maternal etkilenme: Preterm eylemin anne üzerindeki en yaygın etkisi, bebeğin sağlığını tehdit etmesinden kaynaklanan psikolojik strestir (13,32,33).

Fetal ve neonatal etkilenme: Preterm doğan bebeklerde en önemli komplikasyonlar organ matüritesi problemidir. Morbidite ve mortalite ile en yakından ilişkili olan ise akciğer matürasyonudur (13,32,33).

Hemşirelik yaklaşımı: Preterm eylemi önleme ve tedavi etmenin amacı, sağlıklı termde bir bebeğin doğmasıdır. Fetal akciğerler olgunlaşana kadar intrauterin yaşamın devam ettirilmesinin, neonatal sonuçları büyük oranda olumlu etkilediği bir gerçektir. Bu nedenle doğumun bir gün bile geciktirilmesinin faydalı olduğu söylenmektedir. Preterm eylem ve doğumu önlemde anahtar faktörler, hastanın evde kendi kendini izlemesi ve evde bakım için eğitim ve izlemdir. Erken tanı ve sağlık bakım çalışanları ile sık iletişim kurulması, ileri servikal değişiklikler olmadan önce

preterm eylemin tedavisinde pozitif etkiye sahiptir. Perinatal hemşireler, yapması gerekenleri iyi yaparak neonatal morbidite üzerinde pozitif etki yaratabilirler. İzleme, motivasyon, sağlık eğitimi verme, sık izlem ve riskli gebe kadınla duyarlı bir iletişim kurma, preterm eylemden kaynaklanan neonatal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemli bir katkı sağlar (33).

Erken Membran Rüptürü

Erken membran rüptürü (EMR) obstetrideki en can sıkıcı konulardan birisidir. Özellikle gestasyonel yaşın küçük olduğu gebelerde meydana gelen EMR bir çok problemi de beraberinde getirmektedir (18,30).

EMR, eylemin başlangıcından önce fetüsü çevreleyen amniyotik kesenin rüptürüdür. Bu olay 37. gebelik haftasından önce meydana gelirse preterm erken membran rüptürü adını alır. 37. gebelik haftasından sonra membranların rüptürü ile doğumun başlaması arasındaki sürenin uzaması durumunda ise tabloya term erken membran rüptürü adı verilir (6,13,30,18,33,56,69).

EMR tüm gebeliklerin %2-18'inde ortaya çıkar ve bunların yaklaşık % 20'sinde gestasyonun 36. haftasından önce görülür. Nedeni çoğu vakada bilinmemektedir. Çoğul gebeliklerde ve polihidroamniosta, artan intrauterin basınç; servisit ve amnionitis gibi inflamatuvar süreçler; ablasyo plasenta; internel os anomalileri; multiple amniyosentez ve terapötik abortus. EMR'ye eşlik eden faktörlerdir (33,56).

Normal Fizyoloji: Gelişen fetüs, etrafını saran amniyon ve koryon adında iki fetal membranın oluşturduğu bir kese tarafından korunmaktadır. Bu membranlar ona güç ve elastikiyet veren kollajen yıkılması ile açığa çıkan tiripsin ve kollojenaz gibi kollejenolitik enzimleri kontrol eder. Amniyotik mayi, amniotik kesede üretilir ve fetüsün serbest ve düzgün gelişimi sağlar. Gelişen fetüsün rahatça hareket etmesine izin veren amniyotik sıvı hafif alkalendir ve pek çok fonksiyonu vardır. amniyotik sıvı fetüsün rahatça hareket edebileceği, gelişebileceği ve zar üzerine baskı olmazsa simetrik olarak büyüyebileceği bir ortam sağlar. Umblikol kord yoluyla kanın serbestçe taşınmasını sağlar (6,13,30,33).

Patofizyoloji: EMR intraamniyotik basınç arttığı zaman ya da kollajen metabolizmasındaki değişiklik sonucu bölgesel zayıflık olduğu zaman görülür. Çok bakteri varsa, bakteriyel protease ve kollajenler üretilir. Bu enzimler nötrofillerin

inflamatuar yanıtına ek olarak membranların kollajen içeriğini azaltırlar, böylece membranların elastikiyeti ve gücünde bölgesel olarak azalma ortaya çıkar (30,32,33).

Maternal etkilenme: Membran rüptürü sonucu intraamniyotik enfeksiyon gelişmişse, hızla ciddi maternal enfeksiyonun gelişmesine neden olabilir. Bu durum uygun şekilde tedavi edilmezse septisemi ve ölüme yol açabilir(30,33).

Fetal ve neonatal etkilenme: Tüm perinatal ölümlerin yaklaşık olarak %10'u EMR ile ilişkilidir.

- Prematürite
- Fetal / neonatal enfeksiyon
- Fetal tehlikeler
- Gelişimsel anomaliler

Hemşirelik yaklaşımı: Enfeksiyon ve düşük amniyotik sıvı immünitesi, EMR'de önemli rol oynar. Bu nedenle hemşirenin esas hedefi eğitim olmalıdır. Prenatal eğitim yeterli sıvı ve besin gereksinimi, uygun hijyen, herhangi bir enfeksiyon bulgusunu bildirmenin önemini içermelidir. Bu EMR riskini azaltır. Membran rüptürü oluğu zaman tedavinin amacı, uterusta sorun olmadığı sürece, fetal matürasyon sağlanıncaya kadar gebeliği devam ettirmektir(33).

Travma

Üreme çağındaki kadınlarda ölüm nedenlerinden birisi de travmadır. Gebe kadınların yaklaşık % 7'sinin çeşitli travmalara maruz kaldıkları, bunların % 75'inin nedeninin motorlu araç kazaları olduğu tahmin edilmektedir. Motorlu taşıt kazaları, düşmeler ve cinayetler gebelikte önemli travma nedenleri olmasına rağmen en sık görülen travma şekilleri arasında fiziksel ve cinsel suistimaller vardır (6,13,33,48).

Patofizyoloji: Açıkçası patofizyolojisi, yaralanmanın tipine, kaynağına ve etkilenen organ ya da sisteme bağlı olarak ele alınmalıdır. Anne ölümüne en fazla kafa travması ve intraabdominal kanama neden olduğundan patofizyoloji bu ikisine odaklanmıştır. Gebelikte total kan volümündeki artış nedeni ile abdominal kanama ile birlikte olan travma, gebe olmayan kadına göre, daha büyük hemodinamik sorunlara neden olur. Kafa travması, genellikle anne ölümü ile sonuçlanacak kadar ciddi şekilde ortaya çıkar. Gebelikte klinik tablonun görünüşünü değiştiren herhangi bir önemli nörofizyolojik adaptasyon sözkonusu değildir (6,13,33).

Maternal etkilenme:

- Kanama ve şok
- DIC
- Ablasyo plasenta
- Respiratuvar distres
- Spinal kord yaralanmasıyla birlikte hiperrefleksi sendromu
- Beyin ölümü
- Anne ölümü
- Elektrolit dengesizliği, hipovolemi

Fetal etkilenme:

- Erken membran rüptürü
- Prematür eylem ve doğum
- Fetomaternal kanamayla birlikte olan gizli ablasyo plasenta
- Ölü doğum
- Fetal kafatası yaralanması
- Hipoksi

Hemşirelik yaklaşımı: Motorlu taşıt kazalarına bağlı anne ve fetüs için yaşamı tehdit edici yaralanmalar, emniyet kemerinin güvenli ve sürekli kullanılması ile önlenebilir. Düşmeler, yanıklar ve bireysel şiddet davranışlarına bağlı ortaya çıkan diğer yaralanmaların önüne eğitimle geçilebilir. Gebe kadın, aile üyeleri, işverenler ve toplum, olası bir fiziksel yaralanma ve travma insidansı, riskleri ve gebe kadın üzerindeki olası tehlikelerin farkında olmalıdır (33).

2.6. Genel Olarak Prenatal Dönemde ve Risklerde Bakım Amaçları ve Bakım Yönetimi

Gebelik kadın, eşi ve ailesinin bir çok değişiminin yaşandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde yapılan bakım anne, bebek ve ailenin sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli yere sahiptir(19).

Prenatal bakım ilk kez Boston'da bu yüzyılın başında gündeme gelmiştir. Boston'daki Hemşire Birliğinin hemşireleri gebe kadınların sağlığına katkıda bulunabilmek amacı ile, Boston Lying-In Hastanesinde kayıtlı tüm gebelere ev ziyaretleri yapmaya başlamışlardır. Bu ev ziyaretleri ile çok başarı sağlanmış, hekimlerin de desteği kazanılarak temel prensibi koruyucu hekimlik olan prenatal bakımın doğmasına yol açmışlardır(71). Türkiye'de ana ve çocuk sağlığına önem verilmesi Cumhuriyet'in kurulması ile gerçekleşmiştir (80).

Yaklaşık 40-50 yıl öncesinde doğum sırasında ve sonrasında hayatını kaybeden kadınları duymak oldukça sık rastlanan olaylardandı. O dönemlerde obstetrik açıdan birinci amaç anneyi yaşatabilmekti. Fetüs ise doğduğunda değerlendirilen intrauterin dönemde bilgi sahibi olunamayan bir varlık durumundaydı. Gelişen teknolojiye paralel olarak fetüs intrauterin olarak değerlendirilebilmektedir (35,58).

Prenatal bakım ideal olarak konsepsiyondan önce başlayan, antenatal periyod boyunca uzanan medikal ve psikoseksüel tedaviye koordine bir yaklaşım içeren geniş antenatal bir program olarak tanımlanır (48).

Temel amacı gebeliğin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanması olan prenatal bakım hizmetleri; temelde koruyucu bir hizmettir ve daha çok riskli durumlar üzerine yoğunlaşır.

Prenatal bakımın majör amaçları;

- Anne ve fetüsün sağlık durumunun belirlenmesi,
- Fetüsün gestasyonel yaşının saptanması,
- Obstetrik bakım için plan oluşturulmasıdır(1).

Prenatal bakım, güvenli annelik hizmetlerinin verildiği ilk alandır. Bu dönemde anne adayı tehlike işaretleri ve belirtileri konusunda bilgilendirmelidir. Gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit

edilmeyen bir gebe için en az dört izlemde verilen kaliteli doğum öncesi bakım; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek sorunların sayısını ve şiddetini azaltır (60). Gebelikte kontroller herhangi bir sorun yoksa; ilk gebelik tanısı konulduktan sonra 28. haftaya kadar ayda bir, 28-36 haftalar arasında iki haftada bir, 37. haftadan doğuma kadar haftada bir olmak üzere 11 defa yapılmaktadır. Standart bakım modeline göre doğum öncesi muayene sayısı 11 olmalıdır. Bu gebelik öncesi eğitim ve danışmanlık eklenerek 12 olabilir (23,71). Bu dönemde anemi, cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve bebekte oluşabilecek nöral tüp defekti gibi bazı önlenebilir hastalıklar teşhis ve tedavi edilmektedir. Bu dönemde ayrıca doğumun yapılacağı hastane ve doğum şekline sağlık personeli ile birlikte karar verilmelidir (60).

Prenatal bakımda ideal olan gebelik düşünen bir kadının gebe kalmadan hekime başvurmasıdır (35,58). Bazı kadınlar gebe kalmadan önce bir hemşire /ebe veya hekimle görüşerek danışmanlık almak isteyebilir. Bu Türkiye için çok seyrek rastlana bir durumdur. Genel olarak çiftler gebe kaldıktan sonra sağlık hizmeti aramaya başlarlar. Gebe kalmadan önce çiftlerin gebelik için fiziksel, psikolojik ve sosyal yönden hazır olup olmadıklarının değerlendirilmesi gerekmektedir. Gebe kaldıktan sonra hangi kurum ve hekim tarafından izleneceğine karar vermelidir (71). Sağlık profesyonelleri, doğum prenatal bakım hizmeti verirken risklere ilişkin bilgileri değerlendirebilmeli, tanımlayabilmeli ve uygun etkinlikleri planlayabilmelidir (17).

Doğum öncesi bakım, anne ve bebek ölümlerini en aza indirmek için, anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene yapılarak ve önerilerde bulunarak, bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir (65).

Prenatal periyotta gebe ve fetüs için yaşamsal değer taşıyan riskli durumların erken dönemde fark edilmesi için öncelikle gebenin kapsamlı bir biçimde tanılanması gerekir(17). Gebeliğin fizyolojik bir süreç olduğunu düşünen birçok kadın gebelikleri sırasında bir problem çıkana kadar medikal bakım almamaktadır(68). TNSA-2003'e göre beş anneden dördü araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde bir sağlık personelinden doğum öncesi bakım almıştır. Doğum öncesi bakım almayan annelerin oranı, TNSA-1998'deki rakamlar temel alındığında TNSA-2003'de yüzde 30 azalmıştır. Türkiye'de kadınların yarıdan fazlası dört ve daha fazla sayıda doğum öncesi bakım hizmeti almışlardır. Gebelerin prenatal bakımı

kimden almış olduğuna bakacak olursak, doktordan alan % 75, hemşire/ebeden alan % 5 olarak görülmektedir (27,68).

1998–2003 yılları arasında yapılan dört Türkiye Nüfus ve Sağlık araştırması (TNSA) çalışmasına göre DÖB hizmet alma oranı % 43'den % 81'e ulaşmıştır. Ancak hizmet kullanımında ve sunumunda bölgeler ve yerleşim yerleri arasında farklılıklar devam etmektedir (60).

Birçok Avrupa kökenli epidemiyolojik çalışmalarda prenatal bakım ile iyileştirilmiş gebelik sonuçları arasında ilişki saptanmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde yapılan çalışmalarda prenatal bakımla perinatal ve maternal mortalitenin azalmasında nedensel ilişki olduğu gösterilmiştir (21).

Antenatal takiple önlenmeye çalışılan fetal riskler şunlardır;

- Fetal ölüm
- İntrauterin gelişme geriliği
- Prematür eylem
- Eylemde fetal distress
- Neonatal asfiksi
- Postnatal motor ve entelektüel bozukluklar
- Konjenital anomaliler(39).

Doğum öncesi eğitimin önemi her geçen gün artmaktadır. Doğum öncesi eğitim ile anne ve fetüs sağlığı olumlu yönde etkilenmektedir. Doğum öncesi eğitim ile anne adayının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgisi artar ve yeni durumuyla baş etmesi kolaylaşır. Doğum öncesi eğitim bireysel eğitim ya da grup eğitimi ya da sınıflar biçiminde yürütülebilir(15). Gebelikteki bilgilendirmenin sağlık personeli ile gebe arasında iyi iletişimi sağlamasının yanı sıra beklenen başlıca faydaları gebenin bilgi düzeyini artırması, yanlış kanıların düzeltilmesi ve sağlıklı yaşam tarzı edinmesini sağlamasıdır (37).

Perinatal döneme ilişkin bakım gereksinimleri şöyle sıralanabilir;

- Sağlıklı ve güvenli ebeveynliğe hazırlık,
- Gebelikten korunma ya da gebe kalma,
- Gebelik ve doğuma anatomik, fizyolojik ve psiko-sosyal adaptasyon,

- Gebeliği sürdürme ve izleme,
- Prenatal tanı yöntemlerine destek,
- Önceden var olan ya da gebelikle birlikte oluşan sağlık sorunları,
- Doğum eylemine yardım ve eyleme ilişkin sağlık sorunları,
- Loğusa bakımı ve sağlık sorunları,
- Aile üyelerinin gebelik, doğum ve yenidoğana olumlu adaptasyon.

Gebelikte gebe kadınların sağlık personeli tarafından izlenmeleriyle güven duygularının gelişeceği, fiziksel ve ruhsal sorunların azalacağı; destekleyici eş, arkadaş ve yakınlarının olmasıyla, ekonomik endişenin, bebek bakımı ile ilgili sorunun olmamasıyla, kaygı, anksiyete ve depresyonun azaltılabileceği belirtilmektedir (16). Gebe kadınla temas halindeki herkesin her hareketi ve sözü ona prenatal bakımın hem fetüs hem de kendisi için önemi ve gerekliliği konusunda etkilemelidir (63).

Profesyonel hemşire, mesleki yeterliliği ve kadının yanında, sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle gereksinimlerin belirlenmesinde en uygun kişidir. Belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde disipliniçi ve disiplinlerarası sağlık ekibi üyeleriyle iş birliği yapar ve koordinatör rol üstlenir. Ayrıca bireyin kendi bakımına aktif katılımı için onun görüş ve onayını alır. Böylece sorunların çözümüne yönelik planlanan bakım, süreklilik ve anlam kazanır(16).

Perinatoloji alanında çalışan ekibin görevi, kendiliğinden gelişmekte olan bu doğal süreci kontrollerinde tutmaktan daha çok, kolaylaştırmak ve etkili bir bakım ile kadının gereksinimlerini ve beklentilerini karşılamaktır. Bu nedenle perinatoloji alanında çalışan hemşireler ve ebeler daha çok sağlıklı bireylere hizmet verirler. Ancak gebelikte, sağlıkla hastalık arasındaki çizginin daralması, bu hizmetlerin önemle ele alınmasını gerektirir (70).

Gebeye bakım veren hemşire ve ebelerin doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası dönemlerde anne sağlığını koruma ve yükseltme ile ilgili sorumluluklarını yerine getirirken hizmetin verimliliğini artırabilmek için gebenin algıladığı sorunları iyi tespit etmesi gerekir. Önceliklerin bilinmesi hizmet veren ve alan kişilere pek çok yarar sağlayacaktır (66).

Hemşireler ve ebeler risk faktörlerinin taranmasında, koruyucu yaklaşımın sağlanmasında ve problem çıktığında uygun müdahalelerin planlanmasında etkin rol alarak; annenin, fetüsün ve yenidoğanın sağlığını koruyup geliştirebilir, yüksek riskli gebeliklerde annenin ve fetüsün en iyi bakımı almasında kilit rol oynayabilirler (70).

Prenatal dönem ve etkileyen faktörlerin bilinmesi, doğum hemşiresi kadar yenidoğan hemşiresi için de aynı derecede önemlidir. Bu bilgiler doğum doğum eyleminden önce yenidoğanın acil bakım gereksinimlerinin belirlenmesi, 'canlandırma' ve 'ilk hemşirelik bakımı' için uygun hazırlıkların yapılması; doğumdan sonra ise uygun ortamın hazırlanması, tanılamanın sağlıklı bir biçimde sürdürülmesi ve klinik sorunların acilen çözülmesi açısından yenidoğan hemşiresine yol göstericidir (20).

Yüksek riskli gebelerin bakımında amaçlar

Sağlık ekibinin amacı, yüksek riskli gebeye hastaneye kabulden taburcu oluncaya kadar, temiz ve konforlu hastane ortamı, nitelikli bakım, doğru ve planlı girişimler, komplikasyonların önlenmesi, gebe ve ailesinin bakıma aktif olarak katılımının sağlanması, sağlıklı anne ve yenidoğan olmalıdır (33,54).

Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş anne adayları, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun sürelerle hastaneye yatırılmaktadır. Hastanede yatan yüksek riskli gebenin bakım gereksinimleri arasında antenatal bakım, fetal değerlendirme ve yatak istirahatiyle ortaya çıkan fiziksel sorunlara yönelik girişimler ve psikososyal bakım gereksinimleri yer almaktadır. Yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunlar ve giderilmesine yönelik hemşirelik girişimleri:

- *Antenatal bakım gereksinimleri*

Yüksek riskli gebelerin hastaneye yatırılma ile artan antenatal bakım gereksinimleri, nitelikli bakım almayı, sağlık profesyonelleri ile iletişimi, bilgilendirme ve danışmanlığı, uygun fizik ortamın yaratılmasını, psikolojik ve sosyal desteği kapsayacak biçimde karşılanmalıdır. Hastanede yatan yüksek riskli gebeye bakım veren hemşirenin, rutin bakım gereksinimlerini karşılamasının yanı sıra, yüksek riskli durumun gerektirdiği izlemlerle gebeliği izleme, fetal değerlendirmeye yönelik testlerin yapılmasında hekime yardım etme, gebeyi bilgilendirme ve danışmanlık hizmeti verme gibi sorumlulukları vardır (54).

- *Fiziksel iyiliği sağlamaya yönelik girişimler*

Yüksek riskli gebelerde uzun süre yatmaya bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı oluşur. Yatakta yapılacak kol, sırt, bacak ve ayak kaslarını çalıştıran egzersizler oluşan ağrıları gidermede, stresi azaltmada, rahatlık ve iyilik haline katkıda bulunmaktadır (54).

Gün boyunca yatakta kalma gebelerde reflü ve konstipasyon gibi gastrointestinal şikayetleri artırmaktadır. Reflü için yemeklerden sonra bir süre oturma veya başın yükseltilmesi, konstipasyon için ise lifli gıdalardan zengin bir diyet, sıvı alımının artırılması, düzenli tuvalet alışkanlığı, gebeye çok sıkıntı veriyorsa hekim istemiyle hafif laksatiflerin başlanması uygun olacaktır (54).

- *Psikososyal sorunlara yönelik girişimler*

Yüksek riskli gebelik nedeniyle hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fiziksel ortam değişikliği, kendisinin ve bebeğin sağlık durumunda sapma, aktivite kısıtlaması, başkalarına bağımlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler, aileden ayrılma, mahremiyetin azalması ve belirsizlik gibi stres etkenleri, gebelerde yalnızlık, güçsüzlük, huzursuzluk, korku, öfke ve düşmanlık duygularına neden olmaktadır. Çaresizlik, kendi bedeni ve yaşamı üzerinde ki kontrol kaybı duygusu, hastanede yatan gebeler tarafından çok sık deneyimlenen bir stres etkenidir. Bu yüzden gebenin bedeni ve yaşamı üzerindeki kontrol duygusunu artıran ve bağımlılık duygusunu azaltan hemşirelik girişimleri önem taşır. Gebenin kendi bakımı üzerindeki kontrolünü mümkün olduğunca kendi elinde tutmasına özen gösterilmelidir. Gebeye ve eşine yüksek risk durumunun sebepleri, tedavinin mantığı, tanı testlerinin ve tüm girişimlerin ne amaçla yapıldığı ve sonuçları açık ve anlaşılabilir bir dille anlatılmalıdır. Sağlık ekibi, tedavi/bakım hedeflerinin planlanmasında gebe ve eşinin de düşüncelerini göz önünde tutmalıdır (54).

Hastanede yatan yüksek riskli gebeler aile, arkadaş desteği dışında sağlık profesyonellerinin desteğine de ihtiyaç duymaktadır. Mac Cain ve Deatrick'in çalışmasında hastanede yatan gebeler, hemşireler tarafından sağlanan emosyonel desteğin çok önemli olduğunu vurgulamışlardır. Gebelerin endişelerini dinlemek, deneyimlerini paylaşmak ve onlarla konuşmak için zaman ayırmak, önemli hemşirelik girişimlerinden biridir. Antepartum dönemde evde bakım, ev ve aile

düzeninin korunmasına yardımcı olmakta ve bireysel tercihlere imkan verebilen bakım fırsatı tanımaktadır. Ev ortamında bakım alan gebe, hastaneye yatma nedeniyle oluşan stres etkenlerini de daha az deneyimlemektedir. Heaman'ın yaptığı bir çalışmada, ev şartlarındaki bakımın hastanedeki bakımdan daha az stres yarattığı bildirilmiştir (54).

Sonuç olarak yüksek riskli gebeliklerin karşılanması gereken bir çok fiziksel ve psikososyal gereksinimleri vardır. Hemşire, bu gereksinimlerin karşılanmasında diğer sağlık ekibi üyeleriyle işbirliği yapmalı ve bireye özgü bakım planı hazırlamalıdır (33,54).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Şekli

Bu çalışma, tanımlayıcı ve yaş gruplarına göre gruplar arası karşılaştırmalı olarak planlanıp uygulanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Nisan – Eylül 2009 tarihleri arasında, Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi doğum servisinde gerçekleştirilmiştir.

Doğum servisinde 1 anamnez odası (5 yataklı), 3 travay odası (12 yataklı), 2 doğum salonu (4 jinekolojik masa) ve bir acil ameliyat odası bulunmaktadır. Kadın hastalıkları ve doğum bölümünde 13 kadın doğum uzmanı görev yapmaktadır. Doğum servisinde 1 servis sorumlu ebesi, 21 ebe ve araştırmacının da içinde bulunduğu 2 hemşire görev yapmaktadır. Doğum servisinde, travay takip, normal spontan doğum ve sezaryen hazırlığı hizmetleri verilmektedir.

Araştırmanın bu kurumda yapılmasının nedeni, kurumun çalışmaya izin vermesi ve araştırmacının bu kurumda görev yapıyor olmasıdır.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın yapıldığı tarihlerde Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Doğum servisine başvuran gebelerin tümü **evreni** oluşturmuştur.

Örneklem

Çalışmanın örneklemini, araştırmanın yapıldığı tarihlerde çalışmanın yapıldığı kuruma;

- Doğum için başvuran ve latent fazda olan,
- Primipar olan,
- İletişim kurulabilen,
- Onamı alınan ve
- Çalışmaya katılmaya istekli olan 319 gebe oluşturmuştur.

Gebeler daha sonra yaşlara göre gruplandırılmıştır.

I. Grup: 15-19 yaş ***adölesan,***

II. Grup: 20-24 yaş ***genç*** ve

III. Grup: ≥25 yaş ***erişkin*** gebelerden oluşturmuştur.

Örneklem Sayısı

Total ve her yaş grubu için evren sayısını belirlemek amacıyla çalışmanın yapıldığı kurumun bir önceki yıl istatistik sonuçları incelenmiştir. Sonuca göre kuruma bir yılda başvuran total primipar sayısının 2424 olduğu saptanmıştır. Bu primiparların 450' sinin 15-19 yaş, 1234' nün 20-24 yaş aralığında yer aldığı ve 740'nın da 25 yaş ve üzeri olduğu belirlenmiştir.

Evrenin bilindiği formüle göre formülize edilerek örneklem sayısı saptanmıştır.

Buna göre aşağıdaki formül kullanılmıştır.

$$n = \frac{N \cdot t^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + t^2 \cdot p \cdot q}$$

N: Evrendeki birey sayısı

n: Örnekleme alınacak birey sayısı

p: İncelenen olayın görülüş sıklığı

q: İncelenen olayın görülmeyiş sıklığı =1-p

t: Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer

d: Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen ± sapma, olarak simgelenmiştir.

Bizim verilerimize göre;

N: 2424

p: % 39= 0.39

q: % 61==0.61

t: 1.96 (a=0.05 serbestlik derecesinde teorik t değeri tablosundan bulunmuştur).

d: 0.05 (± % 5 sapma istediğimiz için) Hepsini formüle uyguladığımızda;

$$n = \frac{2424 \cdot (1.96)^2 \cdot (0.39) \cdot (0.61)}{(0.05)^2 \cdot 2423 + (1.96)^2 \cdot (0.39) \cdot (0.61)}$$

= **318** olarak en az olması gereken total örneklem sayısı elde edilmiştir.

Yaş grupları açısında kurumun istatistik verilerinden elde edilen sayılar total evrene göre orantılanmış ve bu oran nispetinde elde ettiğimiz total örneklem sayısına göre aynı orantı kurularak her yaş grubunda olması gereken örneklem sayısı elde edilmiştir. Bu sonuca göre;

I. Grup: 15-19 yaş ***adolesan*** gebeler için n: **60**,

II. Grup: 20-24 yaş ***genç*** gebeler için n: **162** ve

III. Grup: 25 yaş ve üzeri ***erişkin*** gebeler için n: **97** sayısı elde edilmiştir.

Araştırmanın örnekleminde totalde hedeflenen **319 primipar gebeye** ve gruplardaki sayılara ulaşılmıştır.

3.4. Verilerin Toplanmasında Kullanılan Formlar

Araştırmanın verileri, prenatal dönem ve riskli gebeliklerle ilgili literatür ve gözlemlerden yararlanılarak araştırmacı tarafından hazırlanan formlar aracılığı ile toplanmıştır.

1) ***Anket Formu*** **(Ek-1);** Sosyodemografik ve prenatal dönem ile ilgili özelikleri içeren 50 sorudan oluşmaktadır.
2) ***Prenatal Risk Değerlendirme Formu*** **(Ek-2):** 60 maddeden oluşan bu form gebelikte karşılaşılabilecek riskler açısından literatür bilgisine dayalı olarak oluşturulmuştur. Bu bağlamda "prenatal health risk assessment form (*prenatal sağlık risk değerlendirme formu*)" ve risk değerlendirme formu 3 başlık altında 22 sorudan oluşmuş ve 3 temel kaynaktan yararlanılmıştır (www.doch.state.fl.us,Erişimtarihi: 10.10.2008, www.caresource.com, Erişim tarihi:15.10.2008, www.saglik.gov.tr, Erişim tarihi: 20.10.2010). Bu kaynaklar doğrultusunda gebelikte karşılaşılabilecek tüm riskler tek tek maddelenmiştir.
3) ***Doğum eylemi sürecini değerlendirme formu*** **(Ek-3):** Doğum ve doğum sonu sürecini gözlemlemek ve kayıt etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulan 30 soruluk formdur. Örneklem grubunu oluşturan tüm gebelerin doğum ve kanama kontrol evrelerini kapsayan doğum sonu süreçleri araştırmacı tarafından izlenmiş ve sonuçlar bu forma kaydedilmiştir.

3.5. Çalışmanın Etik Yönü

Çalışmanın planlama aşamasında araştırmanın yapıldığı kurumdan gerekli yazılı izin alınmıştır. Ardından Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulundan çalışmanın yapılabilmesi için etik kurul onayı alınmıştır. Örneklem kriterlerine uyan doğum için gelmiş gebelere de çalışma hakkında bilgi verilmiş ve gönüllü olanlardan yazılı onam alınmıştır (EK-4).

3.6.Verilerin Toplanması (Çalışmanın Uygulaması)

Önce 5 vaka üzerinde bir ön çalışma yapılmıştır. Burada veri toplama formlarındaki soruların anlaşılırlığı, özellikle de araştırma doğum eylemi sürecinin latent fazında uygulanacağı için gebelerin yanıtlayabilme durumu değerlendirilmiştir.

Tüm gebelik süreçlerine ait verilerin elde edilebilmesi için çalışma, doğum servisine kabul edilen gebelerde hastane yatış işlemleri tamamlandıktan sonra uygulanmıştır. Örneklem kriterlerine uyan ve özellikle latent fazda olan gebelere çalışmanın amacı açıklanmış, çalışmaya katılmayı kabul edenlerden onam alınmıştır. 1. ve 2. veri toplama formları araştırmacı tarafından ve soru-cevap şeklinde yüzyüze görüşme tekniği kullanılarak doldurulmuştur. Örneklem kriterlerine uyan ancak kontraksiyonlar nedeniyle doğumdan sonra uygulanmasını isteyen gebelere de formlar, doğum eylemi bittikten sonra kanama kontrol döneminde aynı teknikle uygulanmıştır. Üçüncü form; gebelerin doğum eylemleri ve kanama kontrol devrelerinin araştırmacı tarafından izlenmesi ve gözlemleri ile klinik sonuçların kaydedildiği dosyasından elde edilen verilerin forma kaydedilmesi şeklinde doldurulmuştur. Araştırmacı çalışmanın yapıldığı serviste çalıştığından, çalışmasın uygulanması araştırmacının mesai saatleri içerisinde gerçekleştirilmiştir.

3.7.Sonuçların Değerlendirilmesi (İstatistiksel Analiz)

Araştırmada elde edilen verilerin istatistiksel değerlendirilmesinde, analiz için SPSS 11.0 kullanılmıştır. Öncelikle verilerin frekans değerleri ve ortalamaları alınmıştır. Nominal verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare ve Fisher'in kesin Ki-kare testleri, Bonferroni düzeltmesi ve ikili (binary) lojitik regresyon analizi yapılmıştır. Anlamlılık düzeyi 0.05 olarak kabul edilmiştir.

3.8.Araştırma sırasında karşılaşılan durumlar

Olumlu durumlar;

- Araştırmancının araştırmanın yapıldığı kurumda çalışıyor olması,
- Çalışma arkadaşlarının, araştırmacıya yardımcı olması,
- Kurumun çalışmaya izin vermesidir.

Olumsuz durumlar;

- Bazı gebelerin doğum ağrıları nedeniyle araştırmaya katılmak istememeleridir.

4. BULGULAR

Hiç doğum yapmayan (nullipar) gebelerde yaptığımız çalışma sonucunda elde edilen veriler üç grupta toplanmıştır.

4.1. Gebelerin tanımlayıcı özelliklerine ait veriler

4.2. Gebeliğine ve gebelikteki prenatal risklerine ait veriler

4.3. Doğum süreci ve doğum sonu prenatal sonuçlara ait veriler

4.1. Tanımlayıcı Özelliklerine Ait Veriler

Tanımlayıcı özelliklere ait veriler adı altında gebelerin sosyo-demografik, beslenme, evlilik ve aile yapısına ait verilere yer verilmiştir.

Tablo 4.1.1 Gebelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Yaş Grupları	**n=319**	
	n	**%**
1.Grup: 15-19 yaş adölesan grup	60	18.8
2.Grup: 20-24 yaş genç grup	162	50.8
3.Grup: ≥25 yaş erişkin grup	97	30.4

Gebelerin %50.8'i genç grup (20-24 yaş=II.Grup)), %30.4 ü erişkin grup (≥25 yaş=II.Grup) ve %18.8 adölesan (15-19 yaş=I. Grup) gruptaydı (Tablo 4.1.1).

Tablo 4.1.2 Gebelerin Yaş, Evlilik Yaşı ve Süresi Ortalamaları

Yaş,evlilik yaşı,süresi Ortalamaları	**n=319**		
	Ortalama ± SD	**Min**	**Max**
Yaş ortalaması(yıl)	23.1±0.22	15	38
Evlilik yaşı(yıl)	21.4±0.21	14	34
Evlilik süresi(ay)	19.4±1.00	7	264

Gebelerin yaş ortalaması 23.1±0.22/yıl (min.15,max.38), evlilik yaşı 21.4±0.21/yıl ve evlilik süresi 19.4±1.00/ay bulunmuştur (Tablo 4.1.2).

Tablo 4.1.3. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri

Tanıtıcı Özellikler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Eğitim durumu									
Okur-yazar değil	0	0.0	4	2.5	1	1.0	5	1.6	
İlkokul	10	16.7	58	35.8	48	49.5	111	36.4	x^2= 69.0
Ortaokul	35	58.3	46	28.4	12	12.4	62	29.2	**p= 0.00**
Lise	15	25.0	47	29.0	16	16.5	78	24.5	
Üniversite	0	0.0	7	4.3	20	20.6	27	8.5	
Eşinin eğitim durumu									
Okur-yazar değil	2	3.3	0	0.0	0	0.0	2	0.6	x^2= 34.9
İlkokul	24	40.0	57	35.2	30	30.9	111	34.8	**p= 0.00**
Ortaokul	19	31.7	31	19.1	12	12.4	62	19.4	
Lise	12	20.0	55	34.0	28	28.9	95	29.8	
Üniversite	3	5.0	19	11.7	27	27.8	49	15.4	
Sosyo-ekonomik durum									
Kötü	8	13.3	11	6.8	5	5.2	24	7.5	x^2= 37.8
Orta	35	58.3	137	84.6	60	61.9	232	72.7	**p= 0.00**
İyi/Çok iyi	17	28.3	14	8.6	32	33.0	63	23.8	
Sosyal güvencesi									
Var	46	76.7	152	93.8	94	96.9	292	91.5	x^2= 21.8
Yok	14	23.3	10	6.2	3	3.1	27	8.5	**p= 0.00**
Aile yapısı									
Çekirdek	23	38.3	84	51.9	71	73.2	178	55.8	x^2= 20.3
Geniş	37	61.7	78	48.1	26	26.8	141	44.2	**p= 0.00**

Gebelerin %36.4'ünün eğitimi ilkokul düzeyinde olup, bu oran 15-19 yaş (adölesan) grubunda anlamlı olarak daha düşük (%16.7), eşlerinin de %34.8'i ilkokul mezunu olup, %40.0 nın anlamlı olarak (**p=0.00**) yine 15-19 yaş grubunda yer aldığı bulunmuştur. Çoğunluğunun (%91.5) sosyal güvencesi var olup, bu oranın ≥25 yaş grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu, %72.7'si ekonomik durumunu "orta" düzeyde olarak belirttiği ve bu oranın 20-24 yaş (genç) grubunda %84.6 ile anlamlı olarak (**p=0.00**) daha yüksek olduğu, %55.8'i çekirdek aile yapısına sahip olup, bu oranın 15-19 yaş grubundaki adölesan gebelerde anlamlı olarak (**p=0.00**) düştüğü (%38.3) belirlenmiştir (Tablo 4.1.3).

4.2. Gebeliğe ve Gebelikteki Prenatal Risklere Ait Veriler

Bu bölümde gebelerin obstetrik ve prenatal özelliklerine ait veriler, gebelerin prenatal kontrole ilişkin verileri, sağlıklı gebelik ve gebeliğe zararlı faktörlere ilişkin görüşlerine ve prenatal risklere ait bulgulara yer verilmiştir.

Tablo 4. 2. 1. Obstetrik Özellikler

Özellikler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gravida									
İlk gebelik	59	98.3	143	88.3	87	89.7	289	90.6	
İkinci gebelik	1	1.7	17	10.5	8	8.2	26	8.2	x^2= 5.94
Üçüncü gebelik	0	0.0	2	1.2	2	2.1	4	1.2	P= 0.20
Abortus									
Yaşamayan	58	98.3	147	90.7	89	91.8	295	92.5	x^2= 3.77
Yaşayan	1	1.7	15	9.2	8	8.2	24	7.5	P= 0.43
Kürtaj									
Yaşamayan	60	100	158	97.5	94	96.9	312	97.8	x^2= 1.76
Yaşayan	0	0.0	4	2.5	3	3.1	7	2.2	P= 0.41
Gebelik oluşumu									
Tedavi ile (infertilite)	0	0.0	3	1.9	4	4.1	**7**	2.2	x^2= 3.11
Doğal/Spontan	60	100	159	98.1	93	95.9	312	97.8	p= 0.21
Gebeliği planlama									
Kendi ve eşinin kararı	53	88.3	153	94.4	93	95.9	299	93.7	x^2= 3.87
Diğer*	7	11.7	9	5.6	4	4.1	20	6.3	p= 0.14
Gebelik öncesi BKI**									
Zayıf	14	23.3	29	17.9	18	18.6	61	19.1	
Normal	40	66.7	111	68.5	60	61.9	211	66.1	x^2= 13.7
Şişman/kilolu	6	10.0	19	11.7	10	10.3	35	11	p= 0.08
Obez	0	0.0	3	1.9	9	9.3	12	3.8	

** : Eşinin isteği şimdi kendiside istiyor, kendisinin isteği şimdi eşide istiyor, ailelerin isteği gibi.*

***: Beden Kitle İndeksi*

Üç grupta da ilk gebeliği olanların oranı yüksekti, özellikle I.Gruptaki adölesan gebelerin %98.3'ünün ilk gebeliği olduğu belirlenmiştir. II. Gruptaki genç gebelerde abortus yaşama oranı anlamlı (p=0.43) olmasa da diğerlerine göre daha yüksek bulunmuştur (p>0.05). I. Gruptaki adölesan gebelerin hiç kürtaj deneyimlemediği, tüm gruplarda gebeliklerin çoğunlukla doğal olarak gerçekleştiği, kendi ve eşlerinin kararıyla gebeliklerinin planlı olduğu ve çoğunlukla da gebeliklerine normal kiloda başladıkları ancak I. Gruptaki adölesan gebelerde zayıf olarak gebeliğe başlamanın anlamlı olmasada daha yüksek oranda olduğu (%23.3) belirlenmiştir (p=0.08) (Tablo 4.2.1).

Tablo 4.2.2. Gebelerin Eğitim Alma Özelliklerine Ait Veriler

Prenatal özellikler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Gebeliğe ilişkin eğitim alma durumu									
Alan	2	3.3	7	4.3	10	10.3	19	6.0	x^2= 7.38
Almayan	58	96.7	155	95.7	87	89.7	300	94.0	p= 0.11
Doğum eylemine ilişkin eğitim alma durumu									
Alan	13	21.7	27	16.7	15	15.5	55	17.2	x^2= 1.07
Almayan	47	78.3	135	83.3	82	84.5	264	82.8	p= 0.58

Gebelerin gebeliğe ilişkin eğitim alma oranı toplamda %6.0 olup, gruplar açısından bu oranın en fazla %10.3 ile III. Grupta, en az ise %3.3 ile I. Gruptaki adölesan gebelerde olduğu belirlenmiştir. Ancak, doğum eylemine ilişkin eğitim alma oranı ise fark anlamlı olmasa da I. grupta %21.7 ile daha yüksek bulunmuştur (p=0.58) (Tablo 4.2.2).

Tablo 4.2.3. Gebelerin Prenatal Kontrole İlişkin Görüşleri

Görüşler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Totalde** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Bebeğimin sağlığı için önemli	11	18.3	34	21.0	8	8.2	53	16.6	x^2= 7.26 **p= 0.02**
Bebeğim ve benim sağlığım için önemli	7	11.7	11	6.7	15	15.5	33	10.3	x^2= 5.06 p= 0.08
Yeterli yapılıyor, ilgileniliyor	22	36.7	84	51.9	55	56.7	161	50.5	x^2= 6.20 **p= 0.04**
Verimli olmadı, yeterli yapılmıyor	4	6.7	5	3.1	6	6.2	15	4.7	x^2= 1.93 p= 0.38
Bilmiyorum	3	21.7	26	16.6	9	9.3	48	15.0	x^2= 4.70 p= 0.09

Prenatal kontrollerin "bebeğin sağlığı için önemli" olduğunu belirten en fazla %21.0 ile II. Grup olup, "bebeğim ve benim sağlığım için önemli" diyenlerin ise %15.5 ile III. Grup taki gebeler olduğu bulunmuştur. Prenatal kontrollerin %56.7 oranında ve anlamlı düzeyde "yeterli yapılmadığını, ilgilenilmediğini" ifade edenlerin de III. Gruptaki gebeler olduğu belirlenmiştir (**p=0.04**). "Bilmiyorum" ifadesinin ise anlamlı olmasa da I. Gruptaki adölesan gebelerin daha fazla (%21.7) belirttiği saptanmıştır (p>0.05) (Tablo 4.2.3).

Tablo 4.2.4. Gebelerin Sağlıklı Gebeliğe İlişkin Görüşleri

Görüşler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Düzenli beslenme	14	23.3	31	19.1	13	13.4	58	18.2	x^2= 2.65 p= 0.26
Düzenli doktor kontrolü	2	3.3	16	9.9	6	6.2	24	7.5	x^2= 3.05 p= 0.21
Annenin ve bebeğin sağlıklı olması	10	16.7	23	14.2	19	19.6	52	16.3	x^2= 1.29 p= 0.52
Bebeğe zarar verecek şeylerden kaçınma	3	5.0	11	6.8	6	6.2	20	6.3	x^2= 0.24 p= 0.88
Sorunsuz gebelik	2	3.3	29	17.9	21	21.6	52	16.3	x^2= 9.73 **p= 0.00**
Doğal beslenme	3	5.0	10	6.2	10	10.3	23	7.2	x^2= 2.09 p= 0.35
Bilmiyorum	24	40.0	48	29.6	21	21.6	93	29.2	x^2= 6.08 **p= 0.04**

Gebelere "size göre sağlıklı gebelik nedir?" diye sorulmuş ve bu konudaki görüşleri alınmıştır. Gruplar arasında bu konudaki görüşlerin birbirine benzer olduğu gözlenmiştir. Ancak, "sorunsuz gebelik" ifadesini III. Gruptaki gebelerin anlamlı olarak daha fazla (%21.6) belirttiği, I. Gruptaki adölesan gebelerde ise bu oranın %3.3 olduğu saptanmıştır **(p=0.00**). Diğer yandan "bilmiyorum" ifadesinin I. Grupta ki adölesan gebelerde anlamlı olarak yüksek (%40.0) olduğu belirlenmiştir (**p=0.04**) (Tablo 4.2.4).

Tablo 4.2.5. Gebelerin Gebeliğe Zarar Veren Faktörlere İlişkin Görüşleri

Risk faktörlerine ilişkin görüşler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sigara	36	60.0	105	64.8	74	76.3	215	67.4	x^2= 5.47 p= 0.06
Alkol	27	45.0	81	50.0	58	59.8	166	52.0	x^2= 3.79 p= 0.15
Uyuşturucu/sürekli ilaç kullanımı	4	5.7	12	7.4	11	11.4	27	7.15	x^2= 2.50 p= 0.28
Stres-üzüntü /Kronik hastalıklar	5	8.3	42	25.9	24	24.8	71	22.2	x^2= 7.67 **p= 0.02**
Ağır kaldırmak/ Ani hareketler	18	30.0	43	26.5	22	22.7	83	26.0	x^2= 1.07 p= 0.58
Sürekli ayakta kalma	4	6.7	17	10.5	10	10.3	31	9.7	x^2= 0.78 p= 0.67
Düzensiz beslenme/Kötü beslenme	18	30.0	43	26.5	29	29.9	90	28.2	x^2= 0.45 p= 0.79
Cinsel ilişki	2	3.3	7	4.3	6	6.2	15	4.7	x^2= 0.78 p= 0.67
Genelde gebelikte risk faktörlerini tanımlama									
Tanımlayan	2	3.3	7	4.3	6	6.2	15	4.7	x^2= 33.1
Tanımlayamayan	7	11.7	65	40.1	12	12.4	84	26.3	**p= 0.00**
Kısmen tanımlayan	51	85.0	90	55.6	79	81.4	220	69.0	

*: *Genellikle diyabet ve kalp hastalığı ifade edilmiştir.*

Gebeliğe zarar veren faktörler açısından gebeler tarafından toplamda en fazla %67.4 ile sigara ve %52.0 ile alkol'ün ifade edildiği tespit edilmiştir. "Stres- üzüntü" ifadesi dışında (ki bunu en düşük olarak ifade eden %8.3 ile I. Grupta (ki adölesan gebelerdir) belirtilen risk faktörleri açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı belirlenmiştir (p>0.05). Ancak, genelde risk faktörlerini tanımlayabilme açısından yapılan değerlendirmede toplamda %69.0'nın kısmen tanımlayabildiği, tanımlayamama oranının da %26.3 olduğu görülmüştür. Gruplar açısından da II. Gruptaki genç gebelerde tanımlayamama oranının fazla (%40.1), kısmen tanımlayabilme oranının ise %55.6 ile diğer iki gruptan anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır (**p=0.00**) (Tablo 4.2.5).

Tablo 4.2.6 A. Gebelerin Mevcut Gebeliklerinde Yaşadıkları Gebeliğe Bağlı Prenatal Risk Durumları

Yaşanan risk durumları	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Düşük tehditi	0	0.0	15	9.3	8	8.2	23	7.2	x^2= 5.83 **p= 0.05**
Eklampsi	0	0.0	3	1.9	4	4.1	7	2.2	x^2= 3.11 p= 0.21
Oligohidroamnios	0	0.0	6	3.7	3	3.1	9	2.8	x^2= 2.22 P= 0.32
EDT*	0	0.0	8	4.9	5	5.2	13	4.1	x^2= 3.14 p= 0.20
EMR*	0	0.0	3	1.9	4	4.1	7	2.2	x^2= 3.11 p= 0.21
Rh uygunsuzluğu	5	8.3	13	8.0	10	10.3	28	8.8	x^2= 0.41 p= 0.81
Toplam*	5	8.3	43	26.5	31	32.0	87	27.7	x^2= 11.6 **p= 0.00**

* *: EDT: Erken doğum tehtidi, EMR: Erken membran rupturü*

*** : Gebeler birden fazla risk belirttiği için "n" katlanmıştır.*

Düşük tehditi, eklampsi, oligohidroamnios, EDT ve EMR I. gruptaki adölesan gebelerde hiç görülmediği saptanmıştır. Düşük tehditi %9.3 ile II. gruptaki genç gebelerde anlamlı olarak (**p=0.05**) daha yüksek bulunmuştur. 35 yaş ve üzeri gebe oranı %0.6 bulunmuştur. Prenatal risk durumlarının toplamına gruplar arası bakıldığında %32.0 ile III. gruptaki erişkin gebelerde anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlenmiştir (**p=0.00**) (Tablo 4.2.6A).

Tablo 4.2.6 B. Gebelerin Mevcut Gebeliklerinde Yaşadıkları ve Gebelikte Risk Oluşturan Prenatal Durumlar

Yaşanan risk durumları	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Abdominal cerrahi	0	0.0	3	1.9	3	3.1	6	1.9	x^2= 1.92 p= 0.38
Anemi	1	1.7	6	3.7	2	2.1	9	2.8	x^2= 0.95 p = 0.62
Kronik bronşit/Astım	1	1.7	6	3.8	0	0.0	7	2.2	x^2= 1.78 p= 0.41
İYE*	1	1.7	4	2.5	0	0.0	5	1.6	x^2= 2.40 p= 0.30
CYBH *	2	3.3	1	0.6	2	2.1	5	1.6	x^2= 2.31 p= 0.31
Troid hastalığı	1	1.7	2	1.2	3	3.1	6	1.9	x^2= 1.15 p= 0.56
Psikiyatrik hastalık	2	3.3	1	0.6	2	2.1	5	1.6	x^2= 2.31 p= 0.31
Düşük kilo	4	6.7	16	9.9	5	5.2	25	7.8	x^2= 2.01 p= 0.36
Aşırı kilo alımı (15kg. fazla)**	28	46.7	71	43.8	45	46.4	144	45.1	x^2= 0.23 p= 0.89
Son adet tarihini bilmeme	5	8.3	9	5.6	6	6.2	20	6.3	x^2= 0.57 p= 0.75
Gebenin öz bakım yetersizliği	1	1.7	5	3.1	1	1.0	7	2.2	x^2= 1.29 p= 0.52
Doğum stresi/aşırı doğum korkusu	6	10.0	5	3.1	1	1.0	12	3.8	x^2= 8.65 p= 0.13
Yorucu işte çalışma	0	0.0	2	1.2	4	4.1	6	1.9	x^2= 4.16 p= 0.12
Akraba evliliği	2	3.3	9	5.6	8	8.2	19	6.0	x^2= 1.69 p= 0.42
Sigara kullanımı	4	6.7	12	7.4	16	16.5	32	10.0	x^2= 5.20 p= 0.07
Evde sigara içen kişi varlığı	21	35.0	58	35.8	22	22.7	101	31.7	x^2= 5.20 p= 0.07
İlk muayene (14.haftadan sonra olması)	11	18.3	10	6.2	3	3.1	24	7.5	x^2= 13.2 **p= 0.00**
Prenatal takibe gitmeme	0	0.0	0	0.0	1	1.0	1	0.3	x^2= 2.29 p= 0.31
Boyun 150 cm Kısa olması	0	0.0	2	1.2	1	1.0	3	0.9	x^2= 0.72 p= 0.69
Gebelikte Obezite ***	0	0.0	2	1.2	5	5.2	7	2.2	x^2= 6.00 **p= 0.05**
Toplam****	49	81.7	132	81.5	78	80.4	259	81.2	x^2= 0.05 p= 0.97

** :İYE: İdrar yolu enfeksiyonu CYBH: Cinsel yolla bulaşan hastalıklar*

*** :Çalışmamızda aşırı kilo alımı kilo sınırı 15 kg. olarak alınmıştır.*

**** :Obesite, boyun kiloya göre orantısı % 20'den fazla olması olarak hesaplanmıştır.*

*****: Gebeler birden fazla risk belirttiği için "n" katlanmıştır*

Abdominal cerrahi, astım, yorucu işte çalışma, prenatal takibe gitmeme, boyun 150 cm kısa olması ve obezite I. gruptaki adölesan gebelerde, kronik bronşit, astım ve İYE III.gruptaki erişkin gebelerde hiç görülmediği saptanmıştır (p>0.05). İlk doktor muayenesinin 14. haftadan sonra olması %18.3 olarak I. gruptaki adölesan gebelerde, obezitenin %5.2 ile anlamlı fark göstererek (**p=0.00-p=0.05**) III.gruptaki erişkin gebelerde en fazla olduğu tespit edilmiştir. Aşırı kilo alımı gebelerin %45.1'inde ve gruplar arasında ki oranın birbirine çok yakın olduğu saptanmıştır (p>0.05). Prenatal risk durumlarının toplamına gruplar arası bakıldığında %81.7 ile I. gruptaki adölesan gebelerde, %81.5 ile de II. gruptaki genç gebelerde anlamlı olmasada daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.97) (Tablo 4.2.6 B). Prenatal kontrole gitme durumuna bakıldığında düzenli giden gebe oranı %73.2 ile III. gruptaki erişkin gebelerde anlamlı olup (p=0.00), prenatal kontrole ilk gitme zamanının minimum 4 hafta maximum 34 hafta olduğu belirlenmiştir. Olguların çalışma oranı %10.1 bulunmuştur.

Yapılan ikili (binary) lojistik regresyon analizinde bağımlı değişken olarak prenatal risk faktörü varlığı, bağımsız değişken olarak annenin eğitim durumu, sosyo-ekonomik durumu ve gruplar seçilmiştir. Sonuç olarak sadece grupların risk üzerinde bağımsız etkisi olduğu anlaşılmıştır (p=0.006).

4.3. Doğum Süreci ve Doğum Sonu Prenatal Sonuçlara Ait Veriler

Bu bölümde gebelerin, doğum sürecine ilişkin görüşleri, doğum eylemine uyumu, doğum sürecine ait veriler, doğum sonu prenatal sonuçlara ait veriler, doğum eyleminde risk yaşama durumu ve yenidoğana ait doğum eyleminde risk yaşama durumlarına yer verilmiştir.

Tablo 4.3.1. Gebelerin Doğuma İlişkin Kendilerini Hazır Hissetmeleri ve Bilgi Durumları

Doğuma hazır hissetme durumları ve bilgileri	1. Grup n=60		2. Grup n= 162		3.Grup n=97		Total n=319		İstatistiksel Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Kendini doğuma hazır hissetme									x^2= 16.3
Hisseden	28	46.7	108	66.7	57	58.8	193	60.6	**p= 0.00**
Hissetmeyen	32	53.3	54	33.3	40	41.2	126	39.5	
Doğum eyleminin başlangıç belirtilerini bilme									x^2= 4.38
Bilen	53	88.3	150	92.6	90	92.8	293	91.8	p= 0.35
Bilmeyen	7	11.7	12	7.4	7	7.2	26	8.2	
Vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi sahibi olma									x^2= 5.93
Evet	16	26	57	26	33	35.1	107	33.5	p= 0.20
Hayır	44	73.3	105	64.8	63	64.9	212	66.5	
Doğum eyleminde yapması gerekenlerini bilme									x^2= 6.39
Bilen	6	10	21	12.9	15	15.5	42	13.1	p= 0.17
Bilmeyen	54	90.0	141	87.0	82	84.5	277	86.8	

Gebelerin toplamda %60.6 kendini doğum eylemine hazır hissettikleri ve hazır hissetmeme oranının alamlı düzeyde I. Gruptaki adölesan gebelerde %53.3 ile daha yüksek olduğu bulunmuştur (**p= 0.00**). Doğum eylemine ilişkin bilgi durumları açısından ise gruplar arasında anlamlı fark olmadığı tespit edilmiştir (p>0.05) (Tablo 4.3.1).

Tablo 4.3.2 Gebelerin Doğum Eylemine Uyumları

Doğuma uyum ve müdahale durumu	1. Grup n=60		2. Grup n= 162		3.Grup n=97		Total n=319		İstatistiksel Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Fizyolojik uyum									
Kötü	11	18.3	27	16.7	21	21.6	59	18.5	x^2= 4.12
Orta	25	41.7	61	37.7	44	45.4	130	40.8	P= 0.39
İyi	24	40.0	74	45.7	32	33.0	130	40.8	
Psikolojik uyum									
Kötü	11	18.3	18	11.1	18	18.6	47	14.7	x^2= 4.52
Orta	27	45.0	91	56.2	50	51.5	168	52.7	P= 0.33
İyi	22	36.2	53	32.2	29	19.9	104	32.6	

Doğum eylemine fizyolojik ve psikolojik uyum açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p>0.05) (Tablo 4.3.2).

Tablo 4.3.3. Gebelerin Doğuma Ait Verileri

Doğum sonuçları	1. Grup n=60		2. Grup n= 162		3.Grup n=97		Total n=319		İstatistiksel Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Doğum şekli									
NSD*	49	81.7	137	84.6	70	72.2	256	80.3	x^2= 5.98
Sezaryen	11	18.3	25	15.4	27	27.8	63	19.7	**p= 0.05**
Müdehaleli doğum**									
Var	0	0.0	1	0.6	2	2.1	3	0.9	x^2= 2.06
Yok	60	100	161	99.4	95	97.9	316	99.1	p= 0.35
Uygulamalar ***									
Var	22	36.7	58	35.8	42	43.3	122	38.2	x^2= 1.52
Yok	38	63.3	104	64.2	55	56.7	197	61.8	p= 0.46
Epizyotomi durumu									
Var	47	78.3	137	84.6	70	72.2	254	79.6	x^2= 5.98
Yok	13	21.7	25	15.4	27	27.8	65	20.4	**p= 0.05**
Bebekte herhangi bir anomali varlığı									
Var	0	0.0	3	1.9	0	0.0	3	0.9	x^2= 2.93
Yok	60	100	159	98.1	97	100	316	99.1	p= 0.23

* *: Normal Spontan Doğum*

** *: Müdehale olarak vakum uygulanmıştır.*

***: İndüksiyon, propess vb. uygulamalar yapılmıştır.*

Gebelerin toplamda %80.3'nün NSD, %19.7'sinin sezaryen ile doğum yaptığı saptanmıştır. NSD oranı II. gruptaki genç gebelerde %84.6 ile daha yüksek iken, sezaryen oranının III. Gruptaki erişkin gebelerde anlamlı olarak daha fazla (%27.8) olduğu (**p=0.05**) belirlenmiştir. Epizyotomi uygulamasının da NSD oranı fazla olan II. Gruptaki genç annelerde anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (**p=0.05**). Müdehaleli doğum, uygulamalar ve bebekte anomali açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (p>0.05) (Tablo 4.3.3).

Tablo 4.3.4. Gebelerin Doğum Eyleminde Risk Yaşama Durumları

Yaşana riskler	1. Grup n=60		2. Grup n= 162		3.Grup n=97		Total n=319		İstatistiksel Anlamlılık
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Hızlı travay	1	1.7	5	3.1	1	1.0	**7**	2.2	x^2= 1.29 P= 0.52
Uzamış travay	5	8.3	12	7.4	11	11.3	28	8.8	x^2= 1.19 P= 0.55
Doğum sonu kanama/ Yumuşak uterus	1	1.7	4	2.4	4	4.1	9	2.9	x^2= 2.54 p= 0.20
Yüksek ateş	1	1.7	2	1.2	1	1.0	4	1.3	x^2= 0.12 p= 0.94
Plasentanın erken ayrılması/ayrılamaması	1	1.7	1	0.6	0	0.0	2	0.6	x^2= 4.47 p= 0.10
Baş-pelvis uygunsuzluğu	3	5.0	2	1.2	5	5.2	10	3.1	x^2= 3.91 P= 0.14
Aşırı doğum korkusu	4	6.7	4	2.5	1	1.0	9	2.8	x^2= 4.44 P= 0.10
Mekonyum aspirasyonu	3	5.0	3	1.9	4	4.1	10	3.1	x^2= 1.87 P= 0.39
Fetal distres	2	3.3	9	5.6	3	3.1	14	4.4	x^2= 1.07 P= 0.58
Oligohidroamnios	0	0.0	2	1.2	2	2.1	4	1.3	x^2= 1.27 p= 0.52
Toplam*	18	30.0	38	23.5	26	26.8	82	25.7	x^2= 1.97 p= 0.58

**: Gebeler birden fazla risk belirttiği için "n" katlanmıştır*

Gebelerde doğum eyleminde toplamda en fazla yaşanan riskin %8.8 ile uzamış travay olduğu ve bunu %4.4 ile fetal distresin izlediği belirlenmiştir. Ancak, doğum eyleminde yaşanan riskler açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Doğum eylemine ilişkin risk yaşama durumlarının, gruplararası toplamına bakıldığında %30.0 ile I. gruptaki adölesan gebelerde anlamlı olmasada daha yüksek olduğu belirlenmiştir (p=0.58) (Tablo 4.3.4).

Tablo 4.3.5. Gebelerin Doğum Sonuna Ait Özellikleri

Doğum sonuna ait özellikler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Totalde** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Anne- bebek etkileşimi									
Pozitif	54	90.0	144	88.9	85	87.6	283	88.7	x^2= 0.21
Negatif	6	10.0	18	11.1	12	12.4	36	11.3	p= 0.89
Emzirme zamanı									
İlk 30 dk. içinde	34	56.7	107	66.0	58	59.8	199	62.4	x^2= 7.81
İlk 1 saat içinde	17	28.3	29	17.9	30	30.9	76	23.8	p= 0.09
Emziremeyen	9	15.0	26	16.0	9	9.3	44	13.8	
Kanama									x^2= 1.51
Patolojik	2	3.3	2	1.2	1	1.0	5	1.6	p= 0.47
Uterus kontraksiyonu									x^2= 0.12
Yumuşak	1	1.7	2	1.2	1	1.0	4	1.3	p= 0.94
İnvolüsyon									x^2= 4.33
Patolojik	1	1.7	0	0.0	0	0.0	1	0.3	p= 0.11

Gebelerde doğum sonu anne-bebek iletişimi, kanama durumu, uterin kontraksiyon ve involüsyona ait özellikler açısından gruplar arası anlamlı farklılığı olmadığı saptanmıştır (p>0.05). Özellikle doğum sonu emzirme zamanı açısından ilk bir saat içinde emzirmenin %30.9 ile III. Gruptaki erişkin annelerde yüksek olduğu, emzirememenin de I. ve II. Gtuptaki annelerde anlamlı olmasada yüksek olduğu belirlenmiştir (p= 0.09) (Tablo 4.3.5).

Tablo 4.3.6. Doğum Eyleminde Yenidoğana Ait Risk Yaşama Durumu

Yenidoğana ait riskler	**1. Grup** n=60		**2. Grup** n= 162		**3.Grup** n=97		**Total** n=319		**İstatistiksel Anlamlılık**
	n	%	n	%	n	%	n	%	
SGA bebek*	0	0.0	1	0.6	0	0.0	1	0.3	x^2= 0.97 p= 0.61
Mekonyum aspirasyonu	4	6.7	3	1.6	2	2.1	9	2.8	x^2= 3.99 p= 0.13
Solunum sıkıntısı	0	0.0	5	3.1	4	4.1	9	2.8	x^2= 2.38 p= 0.30
Prematüre bebek	1	1.7	4	2.5	4	4.1	9	2.8	x^2= 0.96 p= 0.61
Asfiktik bebek	1	1.7	1	0.6	0	0.0	2	0.6	x^2= 1.65 p= 0.43
Toplam**	6	10.0	14	8.6	10	10.3	30	9.4	x^2= 0.22 p= 0.89

* *: Small Gestasionel Age*

***: Gebeler birden fazla risk belirttiği için "n" katlanmıştır*

Gebelerin bebeklerinde doğum eylemi sürecinde ve genel olarak prenatal sonuçlar açısından yaşanan risk oranlarının totalde çok düşük oranlarda olduğu (en yüksek oran %2.8) belirlenmiştir. Gruplar açısından bakıldığında da anlamlı fark olmadığı saptanmıştır($p>0.05$). Yenidoğana ait risk yaşama durumlarının, gruplararası toplamına bakıldığında %10.3 ile III. gruptaki erişkin gebelerde anlamlı olmasada daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p=0.89$) (Tablo 4.3.6).

5. TARTIŞMA

Bu bölümde, araştırma sonucu elde edilen veriler bulgulara paralel olarak 3 başlık altında tartışılmıştır.

5.1. Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Gebeliğe Yönelik Bulguların Tartışması

Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bakıldığında kadının en sağlıklı çocuk doğurma yaşı 20-30 yaş arasıdır (69). Olgularımızın yarısını, 20-24 yaş (genç) grubu, üçte birini de ≥25 yaş (erişkin) grubu oluşturmaktadır (Tablo 4.1.1).

Türkiye'de evlilik, hem evliliğin ülke genelinde yaygın olması hem de doğumların neredeyse tamamının evlilik içerisinde gerçekleşmesi nedeniyle demografik açıdan oldukça önemlidir. İlk evlenme yaşı da kadının gebelik riski altına girmesini ifade etmesi nedeniyle önemli bir demografik göstergedir. Evlilik yaş ortalaması TNSA 2003'de 20, TNSA 2008'de 20.8 bulunmuştur. Çalışmamızda evlilik yaş ortalamasının 21.4 olduğu saptanmıştır. Daha önceki çalışmalara bakıldığında bizim gruplarımızdaki evlilik yaşının daha yüksek olduğu gözlenmiştir. Araştırmalarda ortanca ilk evlenme yaşında devamlı bir artış gözlenmektedir (74). Ülkemizde evlenme yaşının (17.6) düşük olması evlendikten kısa bir süre sonra çocuk sahibi olmaya özendirme, etkin bir yöntem kullanmama gibi nedenlerle 18 yaşın altı gebeliklere sık rastlanmaktadır (11). Bizim araştırmamızda minimum evlenme yaşı 14, maximum evlenme yaşı 34 bulunmuştur. Minumun evlenme yaşının 14 olması çalışmamızdaki adölesan gebe yaşının alt sınırını ortaya koymaktadır. Evlenme yaşı bölgelere göre farklılık göstermektedir. Türkiye de evlilik çok yaygın olup, kadınların büyük çoğunluğu doğurganlık dönemini evlilik içinde tamamlamaktadır (74). Gebelerimizin evlilik süresi ortalamaları 19.4 /ay olduğu saptanmıştır. Maximum evlilik süresi 264 ay, minimum 7 ay olduğu belirlenmiştir. Bu durum gebelerimizin evlilik sonrası hemen çocuk düşündüklerini ortaya koymaktadır (Tablo 4.1.2).

Günümüzde ki doğurgan yaşlarda olan kadınlar 10 yıl öncesine göre daha fazla eğitimlidir. Fakat hala istenen seviye ulaşılamamıştır. Türkiye'de nüfusun çoğunluğu okula gitmiştir. Okula gidenler arasında hem erkelerin hem de kadınların üçte biri en az ilköğretimin ikinci kademesini tamamlamıştır. En az lise mezunu olan nüfusun

oranı erkeklerde %26, kadınlarda %18'dir (74). Gebelerimizin eğitim seviyesinin ortaöğretimde toplanması, üniversite öğrenim seviyesinin düşük (%8.5) olması ülkemizde ilk 5 yıllık eğitim sonrası kız çocuklarının eğitime devam etmesinin düştüğü yönündeki verileri desteklemektedir. Gebelerimizde orta öğretim seviyesinin olması da ilköğretimde 8 yılın zorunlu olması ile de açıklanabilir. TNSA-2003 araştırmasında daha ileri yaş kadınların genç kadınlara göre eğitim seviyesinin düşük olduğu belirlenmiştir (74). Bizim çalışmamızda ise gebelerin gruplar arasında eğitim seviyesine bakıldığında erişkin gebelerin eğitim seviyesinin daha yüksek (üniversite eğitimi %20.6) olduğu belirlenmiştir. Erken yaşta çocuk doğurmak, kadınların eğitim olanaklarından ve ekonomik faaliyetlerinden faydalanmasını kısıtlamaktadır (74). Literatür bilgisine uyumlu olarak bizim çalışmamızda da adölesan grubu gebelerimizin üniversite eğitimi almadığı, genç grubun da erişkin gruptan daha az aldığı ortaya çıkmıştır. Çalışmamızda eğitim seviyesi arttıkça evlenme ve çocuk doğurma yaşının da yükseldiği gözlenmiştir (Tablo 4.1.3).

Düşük sosyo-ekonomik düzey perinatal mortalite, preterm doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi çeşitli olumsuz gebelik sonuçları riskinde artma ile ilişkilidir (41). Çalışmamızda sosyo-ekonomik seviyenin de erişkin grupta yüksek bulunması bize bu durumun eğitim seviyesi ve çalışma durumu ile paralellik gösterdiğini düşündürmüştür (Tablo 4.1.3).

Gebelerimizin aile yapısında, çekirdek ve geniş aile modeli oranları (%55.8-44.2) çok yakın bulunmuştur. TNSA 2003 verilerine göre, ülkemizde aile tipinin çoğunlukta çekirdek aile olduğu bildirilmektedir(74). Araştırmada da görüldüğü gibi çekirdek aile oranının fazla olması literatürü destekler yöndedir (Tablo 4.1.3).

5.2. Gebeliğe ve Gebelikteki Prenatal Risklere Yönelik Bulguların Tartışması

Gebelik biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimin yaşandığı ve uyum gerektiren önemli bir dönemdir (9). Çalışmamız sadece primipar gebelikleri içermektedir. Bundan dolayı gravida, abortus ve kürtaj ele alınacaktır. İlk gebeliği deneyimleyen anne adaylarımız %90.6 olup, gebeliğinin ilk gebelik olma oranı %98.3 ile adölesan grubudur. TNSA 2008'e göre 100 gebelikten 21'i abortusla sonuçlanmıştır (74). Bizim çalışmamızda abortus (%6.6 bir kez yaşayan) ve kürtaj (%2.2) oranı düşük bulunmuştur. Abortus oranının genç, kürtaj oranının erişkin grupta daha fazla

gerçekleştiği belirlenmiştir. TNSA 2008'e göre 100 gebelikten 21'i abortusla sonuçlanmıştır (74). Bizim çalışmamızda abortus (%6.6 bir kez yaşayan) ve kürtaj (%2.2) oranı düşük bulunmuştur. Abortus oranının genç, kürtaj oranının erişkin grupta daha fazla gerçekleştiği belirlenmiştir. Bu durum evlilik süresi ile alakalı olarak adölesan gebelerimizin abortus ve kürtaj durumlarını daha az yaşadığını ortaya koymaktadır. Gebelerimizin eşiyle gebeliği planlama durumu %93.7 olarak bulunmuştur. Bu oranın yüksek olmasının önemli nedenlerinden biri, gebelerimizin ilk gebelikleri olma oranının yüksek olmasından kaynaklanmaktadır (Tablo 4.2.1).

Gebelerimizin doğum öncesi BKİ'sine bakıldığında, yarısından çoğunun (%66.1) normal kilo aralığından olduğu belirlenmiştir. Gebelerin obezite oranı anlamlı olmasa da en fazla (%9.3) erişkin grubunda bulunmuştur. Obezite çoğu hastalık açısından morbitide ve mortaliteyi arttırdığı gibi gebelikte de olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Obez kadınlar normal ağırlıkta olan kadınlara oranla, gestasyonel diabetes mellitus, hipertansiyon, sezaryen doğum ve doğum sonrası sorunlar gibi, gebelik komplikasyonları açısından daha risklidir (78). Bir çalışma sonucuna göre gebelik öncesi BKI değerleri arttıkça baş-pelvis uygunsuzluğu nedeniyle sezaryen, doğum sonrası laserasyon oranlarının arttığını ve bebeğin de yenidoğan ünitesine girme oranlarının arttığını saptamıştır (67). Adölesan grubunda obezite hiç görülmemiştir. Yaş ilerledikçe metabolizmanın yavaşlaması sonucu kilo artışı olmaktadır. Çalışmamızda da yaş ilerledikçe obezite oranının (%9.3) artışı bununla ilişkilendirilebilir (Tablo 4.2.1).

Doğum öncesi eğitimin önemi her geçen gün artmaktadır. Prenatal eğitim ile anne adayının gebelik, doğum ve doğum sonu döneme ilişkin bilgisi artar ve yeni durumuyla baş etmesi kolaylaşır (51). Gebeliğe ilişkin hiç eğitim almayan gebe sayısı %82.1, doğum eylemine ilişkin eğitim almayan sayısı da %82.8 olarak bulunmuştur. Prenatal dönemdeki eğitimin önemine bakıldığında bu oranın çok yüksek olduğu görülmüştür. Oranın yüksekliği, bölgede ki birinci basamak sağlık kurumlarından gebelerin yeterince yararlanamadığını düşündürmektedir (Tablo 4.2.2).

Gebelerimizin genelde %50.5'i prenatal kontrollerin yeterli yapıldığını ve sağlık çalışanlarının gebelerle yeterli ilgilendiğini düşünmektedir. Gebelerin %16.6'sı ise prenatal kontrollerin bebeğinin sağlığı için önemli olduğu görüşündedir. Gebelerin beşte ikisinin prenatal kontrollere düzenli gitmediği halde prenatal kontrollerin yeterli yapıldığını düşündüğünü ifade etmesi bir çelişkidir ve bu çelişkili durum gebelerin prenatal kontroller hakkında bilgi sahibi olmadığını göstermektedir (Tablo 4.2.3).

Gebelerin sağlıklı gebelik ile ilgili görüşlerinde, bilmiyorum oranı %29.2 olarak bulunmuştur. Sağlıklı gebeliği bilmeyen gebe sayısının fazla olması gebelikle ilgili donanımının ve kendine güvensizliğin göstergesidir. Gebelerin kendi ve bebeğinin sağlığı için önem arz eden bir durum hakkında görüş belirtmemesi de düşündürücüdür (Tablo 4.2.4).

Günümüzde teratojenik etkilerin olduğu kesinleşmiştir. Ancak hala bu etkilerin bir kısmında bu gibi faktörlerin sağladığı değişiklikler ve onların dereceleri tam olarak aydınlatılamamıştır (16). Gebelerin gebeliğe zarar veren faktörler arasında en çok belirttikleri ile %67.4 sigara ve %52.0 ile de alkol olmuştur. Araştırmalarda 15-49 yaş arasındaki evlenmiş kadınların yüzde 28'i ara sıra ya da düzenli olarak sigara içtiklerini belirtmişlerdir (23). Araştırmalarda sigara içme oranının kadınlarda yüksek olduğunu belirtilmektedir. Gebeler arasında da sigara içme oranı (%10) azımsanamayacak kadar yüksektir. İngiltere'de kadınların %19'u gebelikleri boyunca sigara içtikleri bildirilmektedir (17). Gebelerimizin %67.4'ü sigarayı zararlı bulması kadınların bu konuda bilinçli olduğunu göstermektedir. Gebelikte alkol kullanımı bebekte gelişimsel kusurlara yol açtığı düşünülmektedir (51). Alkolün gebeliğe zara vereceğini düşünen gebe oranı çalışmamızda yüksek bulunmuştur (Tablo 4.2.5).

Yüzde 99'u gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere her yıl dünyada 585.000 civarında genç yaşta kadının gebelik nedeniyle öldüğü belirtilmektedir. Anne ölümlerinin yüksek olmasında önemli nedenler birisi gebeliğin yüksek riskli gebelik olmasıdır. Annenin fetüsün veya yenidoğan döneminde bebeğin sağlığının veya yaşamının tamamen ya da kısmen tehlikede olduğu gebelik durumları ''yüksek riskli gebelik'' olarak tanımlanır(61). Prenatal risk yaşama durumuna bakıldığında

gebelerimizin 7.2'si düşük tehditi yaşamıştır. Araştırmalarda evlenmiş kadınların yaklaşık beşte birinin kendiliğinden ve %24'ünün isteyerek düşük yaptığı görülmektedir. TNSA 2008'e göre 100 gebelikten 21'i abortusla sonuçlanmaktadır. Çalışmamızda düşük tehditi oranı en fazla genç grubumuzda ve istatistiksel olarak gruplar arasında anlamlı fark olduğu (p=0.05) saptanmıştır. Biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden en uygun çocuk doğurma yaşının 20-34 yaşları olduğu belirtilmektedir (20). Literatür bilgisi ile karşılaştırıldığında çalışmamızda 15-19 yaş grubundaki adölesan gebelerde abortus deneyiminin hiç olmaması dikkat çekicidir.

Adölesan çağ hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliğin henüz tam olgunlaşmamış olması, toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenler nedeniyle sorunlu ve fırtınalı bir dönemdir. 16-19 yaş arası kadınlar Türkiye'de toplam nüfusun %6.1'ini oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar 17 yaşına kadar her on iki kadından birinin (%8) ya anne olduğu ya da ilk çocuğuna gebe kaldığını göstermektedir (52). TNSA 2008 verilerinde adölesan gebe oranı %5.9 olarak bulunmuştur (74). Çalışmamızda gebelerimizin %5'i 18 yaşından küçük, adölesan gebe oranı %18.8 bulunmuştur. Obstetrik açıdan birçok yayın adölesan gebeliği riskli gebelik olarak kabul etmiştir. Adölesan gebeliklerde insidansı yüksek bulunan parametreler; düşük doğum ağırlığı, prematürite, gebeliğe bağlı hipertansiyon, gestasyonel diyabet ve erken membran rüptürüdür. Çalışmamızda ise hipertansif bozukluklar, prematür eylem, gestasyonel diyabet ve erken membran rüptürü gibi riskler açısından I. Gruptaki adölesan gebelerde hiç görülmemesi literatür verisini desteklememektedir. Risk analizi çalışması yapan Wessel ve arkadaşları 17 yaş ve altı gebeliklerin preterm doğum riskinin artmadığını bulmuşlardır (76). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise prematür doğum insidansı adölesanlarda anlamlı şekilde artmış olarak bulunmuştur (43). Literatüre bakıldığında adölesan gebeliklerde preterm doğum riskinin arttığı yönündeki veriler farklılıklar göstermektedir. Bizim bulgularımızda arttırmadığı yönündeki literatür verilerini destekler yöndedir.

35 yaştan hatta 40 yaştan sonra bile anneler için sağlıklı çocuk doğurma olasılığı vardır. Ancak bu gebeliklerde bir sorunun ortaya çıkma olasılığı matematiksel olarak artmaktadır (69). Çalışmamızda 35 yaş üzeri gebe oranımız %0.6 bulunmuştur. Araştırmalarda kadınlarda çalışma oranı arttıkça, evlenme ve çocuk doğurma yaşının

da yükseldiği belirtilmektedir. Çalışmamızda bu oranın düşük olması gebelerin çoğunun eğitim düzeylerinin düşük olması, tamama yakınının çalışmaması ve çalışanlarında çoğunun III. Grup olan erişkin gebelerde yer alması ile açıklanabilir. Çalışma yaptığımız bölgede doğurganlık oranının yüksek ve anne çalışma oranının (%10.1) düşük olması diye düşünülmektedir.

Tüm gebeliklerin yaklaşık % 6-8'inde preeklemsi gelişmektedir (33,56). Preeklemsi genel olarak genç ve nullipar kadınların hastalığı olarak bilinir. Gerçekten preeklemtik kadınların 2/3'ü primigravidadır (18). On dokuz yaşından küçük veya kırk yaşından büyük kadınlar ve şiddetli preeklemsi öyküsü bulunan kadınlar eklampsi için yüksek risk grubunu oluştururlar (19,33). Adölesan gebelikte ortaya çıkabilecek en büyük risk faktörü eklampsi'dir. Literatüre göre eklampsi görülme oranı, adölesan gebelikler ve ileri yaş gebeliklerde daha yüksek olarak belirtilmiştir (69). Çalışmamızda eklampsi oranı adölesan gebeliklerde hiç görülmezken, erişkin gebelerde anlamlı olmasa da diğer gruplara göre biraz daha fazla (%4.1) bulunmuştur. Literatürde eklampsi görülme oranın %6-8 olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızda ise eklampsi görülme oranı totalde %2.2 bulunmuştur. Çalışmamızdaki oranın literatür bilgisinden oldukça düşük olduğu görülmektedir.

Olgularımızda oligohidroamnios görülme oranı %2.8'dir. Gruplara bakıldığında %3.7 ile en fazla genç grupta olduğu belirlenmiştir. Literatür bilgisinde oligohidroamnios görülme oranı %0.5-5.5'dir. Bizim çalışmamızda da literatür bilgisine yakın bulunmuştur. Tıbbı açıdan en uygun yaş aralığı olan 20-24 yaş aralığı olan genç grubumuzda diğer gruplara göre daha fazla bulunması literatür bilgisine ters düşmektedir.

Literatüre göre, tüm gebeliklerin yaklaşık %8 ile %10'nun preterm eylemle sonlandığı ve preterm eylem görülme oranının adölesanlarda daha fazla olduğu bildirilmektedir (33). Bizim çalışmamızda bu oran adölesanlarda sıfırken, erişkin grubumuzda en fazla olduğu belirlenmiştir. Totalde preterm eylem görülme oranı %4.1 olarak bulunmuştur. Bu sonuç erken doğum riski açısından birçok faktörün etken olabildiğini, yalnızca adölesan olmanın tek başına anlamlı bir sonuç göstermediğini düşündürmüştür.

Erken membran rüptürü olgularıda preterm eyleme yakın sonuçlar vermektedir. En fazla erişkin gurubumuzde %4.1 olarak bulunmuştur.

Adölesan gebeler 20-34 yaştaki gebelere kıyasla daha çok risk altındadırlar (69). Obstetrik açıdan da birçok yayın adölesan gebeliği riskli gebelik olarak kabul etmiştir (52). Çalışmamızda toplamda gebeliğe bağlı en fazla risk yaşayan grup erişkin grubu (%32.0) olmuştur. Erişkin grubunu genç grup (%26.5) izlemiştir. Literatür bilgisine bakıldığında erişkin grup içindeki 35 yaş üzeri gebe oranının çok düşük (%0.6) olması da göz önüne alındığında çalışmamızda ki risk durumunun literature bilgisi ile çeliştiği düşünülmüştür (Tablo 4.2.6 A).

Son 10 yılda gebelikte uygun ve dengeli beslenmenin perinatal sonuçları olumlu yönde etkilediği görülmüştür. Literatürde yetersiz beslenme ile orantılı olarak düşük kilo en fazla adölesan gebeliklerde görüldüğü belirtilmektedir (69). Çalışmamızda gebelerin %7.8'inde düşük kilo mevcuttur. Bu oranın en fazla (%9.9) genç grupta olduğu belirlenmiştir. Düşük kilolu kadınların gestasyonel yaşa göre küçük (SGA) bebek doğurma ihtimali normal kilolu kadınlardan daha fazladır (41). Literatür bilgisi ile paralel olarak çalışmamızda da gestasyonel yaşa göre SGA bebek (%0.6) sadece genç grupta görülmüştür.

Anemi gebelikte en çok görülen komplikasyonlardandır. Sosyo-ekonomik şartları ne olursa olsun ülkemizde gebe olan kadınların genellikle gebeliğin ikinci yarısında anemi sorunu yaşadıkları çeşitli istatistiklerle saptanmıştır(23). Çalışmamızda anemi oranı %2.8 olarak bulunmuştur. Gebelerimizde yaş gruplarına bakıldığında, anemi oranı en fazla genç grupta (%3.7) bulunmuştur.

Gebelikte kilo alımı açısından gebelerimizin yarıya yakınında (%45.1) aşırı kilo alımı görülmüştür. Literatürde gebelikte 9-12 kilo alımı normal kabul edilmektedir (69). Değişik kaynaklara göre bu durum değişmektedir. (Aşırı kilo alımında, çalışmamızda kilo sınırını 15 kg olarak alımıştır). Olgularımızın çoğunluğu, sağlıklı gebeliği düzenli beslenme olarak tanımlarken, aşırı kilo alımının gebelerimizin yarısında görülmesi düşündürücü bulunmuştur. Gebelikte aşırı kilo alımı adölesan grup (%46.7) ve erişkin grupta (46.4) daha fazla bulunmuştur. Yukarıda ki bulgularımızda obez anne olarak en yüksek grup erişkin grubumuz olmuştu. Erişkin

grubunun obez gebe olgularında en yüksek oranı vermesi ve aşırı kilo alımında da oranının fazla olması erişkin grubunu risk altına sokmaktadır.

Son adet tarihini bilmeme oranları %6.3 olarak bulunmuştur. Son adet tarihini gebenin bilmesi bilinçli anne olgusu için önemlidir. Bebeğin gestasyonel yaşının hesaplanması açısından da sağlık personeline yardımcı olmaktadır. Bu durum gebelerin kendi vücutları hakkında duyarsız olduğunun göstergesini oluşturmaktadır. Gruplar arası karşılaştırmada, son adet tarihini bilmeme oranı en fazla adölesan (%8.3) gebelerde görülmüştür.

Olgularımızın %2.2'sinde öz bakım yetersizliği belirlenmiştir. Öz bakım yetersizliğinin en fazla adölesan grubunda görülmesi beklenirken genç grupta daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Adölesan grubu doğum stresi ve aşırı doğum korkusunu en fazla (%10) yaşayan grup olmuştur. Adölesan dönemi çalkantılı bir dönemdir, bu dönemde yeni bir duruma uyum sağlamak tabi ki daha zor olacaktır. Doğum eylemi sancılı bir dönemdir ve uyum gerektirir. Doğum stresi ve aşırı doğum korkusu en az (%1.0) yaşayan grup erişkin grup olmuştur.

Gebelik süresince birçok kadın çalışma yaşamına devam etmektedir (51). Olgularımızda gebelerimizin çalışma oranı düşük (%10.1) bulunmuştur. Gebelerimizin yaş grupları arasında çalışma oranına bakıldığında çalışma oranının en fazla erişkin grupta (%20.6) olduğu gözlenmektedir. Bu durum eğitim seviyesinin erişkin grupta yüksek olması ile paralellik gösterdiği düşünülebilir. Yasalarımıza göre kadınlar doğumdan sekiz hafta önce ve sekiz hafta sonra izin kullanabilmektedir. Gebenin gebelik süresince çalışmasına engel oluşturacak bir sağlık sorunu olmadığı sürece çalışma yaşamına devam edebilir (51). Literatürde çalışma hayatının tek başına gebelik sırasında risk oluşturmadığı (19,83) belirtilse de, bazı iş koşulları gebenin sağlığını tehlikeye attığı göz ardı edilmemelidir. Yoğun ve yorucu işte çalışma, artmış preterm doğum, düşük doğum ağırlığı ve gebeliğin uyardığı hipertansiyon riskini arttırmaktadır (19). Çalışma oranının en fazla erişkin grupta olmasına paralel olarak yorucu işte çalışma oranı en fazla (%4.1) erişkin grubunda olduğu belirlenmiştir.

Akraba evliliği ülkemizde yaygındır. Olgularımızda akraba evliliği (%6.0) oldukça düşük bulunmuştur. Akraba evliliği gebelerimizin eğitim ve çalışma seviyesinin daha yüksek olduğu erişkin grubunda daha fazla (%8.2) bulunması ise düşündürücüdür.

Gebelikte sigara içimi, morbitide ve mortalite için önemli fakat önlenebilir büyük bir risk faktörüdür. Araştırmalarda gebelikte sigara içimi yüksek bulunmuştur. Amerika Birleşik Devletlerinde sigara içen kadınların %12-22'si gebeliklerinde de sigara içmeyi sürdürmektedir (3). Sigara başta spontan abortus olmak üzere ablasyo plasenta previa, erken membran rüptürü gibi obstetrik komplikasyonlara yol açabildiği, santral sinir sistemi malformasyonları, hipospadias, inguinal herni, polikistik böbrek, septal defektler, göz kulak malformasyonları, gastoşizis ve yarık damak-dudak görülme riskini arttırabildiği belirtilmektedir. Gebelikte sigara içilmesi doğum sırasında bebekte siyanoz, ağlamama ve nefes alamama gibi sorunların görülmesine neden olabilmektedir (44,47). Bu kadar risk faktörü oluşturan bir teratojenik madde ne yazık ki çalışmamızda ki gebeler açısından da caydırıcı olamamıştır. 2006 yılında çalışmamızın yapıldığı ilde yapılan başka bir çalışmada gebelerin %20'sinin sigara kullandığı belirtilmiştir (62). Bizim çalışmamızda, gebelerin %10'u sigara kullandığı belirlenmiştir. Sonuçtan çıkartabileceğimize göre çalışmamızın yapıldığı bölgede, gebelerde sigara içme oranı giderek düşmektedir. Bu durum gebenin ve fetüsün sağlığı açısından olumlu bir gelişme olmuştur. Olgularımızın yarısından çoğu (%67.4) gebeliğe zarar veren faktörün sigara olduğunu belirtmiştir. Bu durum sigara kullanımı için çok fazla olmasa da caydırıcı rol oynamış olabilir. Çalışmamızda gruplar arasında ki sigara kullanımı açısından ise yaş ilerledikçe sigara kullanımının arttığını görülmüştür. Sigaranın gebeliğe zarar verdiğini düşünen gebe oranı erişkin grupta diğer gruplara göre daha fazla bulunmasına rağmen sigara kullanımının bu grupta %16.5 olarak fazla oranda olduğunun saptanması ise aradaki çelişki açısından düşündürücüdür.

Prenatal dönemde pasif sigara dumanına maruz kalma aktif içicilik gibi bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Kendisi sigara içmeyen ve günde 7 saat ya da daha fazla pasif sigara dumanına maruz kalan gebelerde düşük doğum ağırlıklı bebek dünyaya getirme riskli 1.8 kez, preterm doğum eylemi 1.6 kez ve 35 haftadan küçük gestasyonel yaşta bebek dünyaya getirme riski 2.4 kez artmıştır (34). Gruplar

arasındaki oranlara bakacak olursak, en fazla sigara dumanına maruz kalan grubumuz genç grup (35.8) olmuştur. Sigara kullanımında düşük orana (%7.4) sahip olan genç grup gebelerin, pasif içici olarak anlamlı olmasa da yüksek orana (%35.8) sahip olması genç gebelerin sigara dumanına maruz kalmanın bebeğinin ve kendisinin sağlığına zararları konusunda bilgi sahibi olmadığını ortaya çıkarmıştır. Genel anlamda sigara dumanına maruz kalma oranı sigara içme oranından daha yüksek (%31.7) bulunmuştur.

Prenatal bakım ideal olarak konsepsiyondan önce başlayan ve antenatal period boyunca uzanan medikal ve psikoseksüel tedaviye koordine bir yaklaşımı içeren geniş antenatal bir program olarak tanımlanır (48). Çalışmamızda ki gebelerimizde konsepsiyon öncesi bakım alan gebe sayısı yok denecek kadar azdır. Bu durumun gebelerimizin sosyo-ekonomik durumu %74.3 gibi yüksek oranda kötü olması ile bağlantılı olabileceği düşünülmüştür. Gebelerimizin %62.7'si düzenli prenatal kontrole gitmiştir. Araştırmalarda prenatal bakım almayan gebe oranı, 1998 yılında %31, 2003 yılında %19 olarak bulunmuştur (23). TNSA 2008 verilerine göre annelerin %92'si bir sağlık personelinden doğum öncesi bakım aldığı bildirilmiştir (74). Literatürde gebeliğe bağlı şikayeti olmayan ve/veya sağlık personeli tarafından herhangi bir risk tespit edilmeyen bir gebe için en az dört izlemde verilen kaliteli doğum öncesi bakım; gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde oluşabilecek sorunların sayısını ve şiddetini azalttığı belirtilmektedir (18). Çalışmamızda 4 izleminin altında bakım alan gebe %4.1 olarak bulunmuştur. Literatür bilgisi ve sosyo-ekonomik durum olarak bakıldığında düşük olan bu oran sevindirici bulunmaktadır. Yapılan araştırmalarda da bu oranın giderek azaldığı görülmektedir. Minumum prenatal kontrole ilk gitme zamanı 4 hafta, en geç gitme zamanı 34. hafta olarak bulunmuştur. 34. hafta prenatal bakım için geç kalınmış olduğunu göstermektedir.

Prenatal kontroller annenin ve bebeğin sağlığı için önemlidir. Prenatal kontrollere geç kalındığında önlenebilecek riskler için de geç kalınmış olur. Prenatal kontroller için geç sayılan 14. haftadan sonra ilk kontrolünün yaptıran gebe sayımız %7.5 bulunmuştur. Prenatal bakım ve eğitimin oldukça düşük bulunduğu çalışmamızda bu oranda bizi şaşırtmamıştır. İlk muayeneye geç kalınma oranı en fazla (%18.3) adölesan grupta bulunmuştur. Son adet tarihini bilmeme ve prenatal kontrole düzenli

gitmeme oranı da adölesan gebelerde diğer gebelere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. Prenatal takibe gitmeme oranı %1.0 ile sadece erişkin grupta görülmüştür.

Adölesan dönemi aynı zamanda büyüme dönemidir. Adölesan gebelerimizin gelişme çağında olmaları nedeniyle boyun 150 cm kısa olma riski adölesan gebelerde daha fazla olabileceği düşünülebilir. Çalışmamızda boyun 150 cm den kısa olma durumu adölesan gebelerde hiç görülmemiştir. Bu oran az da olsa en fazla genç grubumuzda görülmüştür.

Obezite çoğu hastalık açısından morbitide ve mortaliteyi arttırdığı gibi gebelikte de olumsuz etkilere sebep olmaktadır. Obez kadınlar normal ağırlıkta olan kadınlara oranla, gestasyonel diabetes mellitus, hipertansiyon, sezaryen doğum ve doğum sonrası sorunlar gibi, gebelik komplikasyonları açısından daha risklidir (78). Gebelerimizde obezite oranı en fazla erişkin grupta bulunmuştur. Yukarıda bahsettiğimiz riskler gestasyonel diyabet gruplarımız arasında sadece erişkin grupta görülmüştür ve aynı zamanda eklampsi oranı erişkin grupta diğer gruplara göre daha fazladır.

Bütün gebe kadınlarda az veya çok psikolojik dengesizlik görülür. Bu durum adölesanlarda daha da belirginleşir. Çünkü bağımsızlık mücadelesi verdiği bir çağda gebelik onu daha bağımlı hale getirecektir. Adölesan eğer çevreden destek bulamazsa bu dengesizlikleri daha da fazla artabilir (69). Cinsel yolla bulaşan hastalıklar ve psikiyatrik hastalıklar adölesan grubunda diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur. Psikiyatrik hastalıkların adölesan gebelerde daha fazla görülmesi literatür bilgisi ile uyumlu diyebiliriz. Kendi kimliğini daha tanımadan farklı roller üstlenmesi ona ağır gelebilir. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından adölesan gebelikler risk altında bulunmuştur.

Gebelikte risk oluşturan durumların toplamına bakıldığında gruplar arası oranların birbirine yakın olduğu ortaya çıkmıştır. Yakın olmakla birlikte en fazla adölesan grubu (%81.7) onu küçük bir farkla genç grubu (%81.5) izlediği görülmüştür. Prenatal risklerin eğitim, sosyo-ekonomik durum ve gruplar arası ilişkisine bakıldığında, sadece grupların prenatal riskler üzerinde etkisi olduğu

bulunmuştur. Çalışmamızda ki bu olgumuz bize yaş gruplarının riskler üzerinde etkili olduğunu göstermiştir (Tablo 4.2.6 B).

5.3. Doğum Sürecine ve Prenatal Sonuçlara Ait Tartışma

Gebelerin doğum sürecine ilişkin görüşlerinde, kendini doğuma hazır hissetmeyen gebe %36.1 olarak bulunmuştur. Adölesan çağı hızlı büyüme, cinsel dürtü artışı, kimliği henüz tam olgunlaşmamış olması, toplumsal yerin henüz kesinleşmemesi, aileye bağımlılığın sürmesi gibi etkenler nedeniyle sorunlu ve fırtınalı bir dönemdir(52). Fiziksel, sosyal ve psikolojik değişikliklerin olduğu bir diğer dönem de gebelik dönemidir. Bu iki dönemin üst üste gelmesi organizmayı riske sokar(55). Literatür bilgisine bakıldığında da adölesan döneminde kişi gebeliğin getirdiği sorumluluklara hazır değildir. Bu nedenle kendini doğuma hazır hissetmeme, adölesanlarda en fazla (%53.3) bulunmuştur.

Doğum eyleminin başlangıç belirtilerini %8.2 gebe bilememiştir. Doğum olayının yaygın görüldüğü toplumumuzda bu oranın yüksek olduğu düşünülmektedir. Vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi sahibi olmama durumu %66.5 olarak bulunmuştur. Prenatal kontrole gitme ve prenatal eğitim oranları olgularımızda düşük bulunmuştur. Bu sonuca bağlı olarak da doğum eyleminin başlangıç belirtileri bilme ve vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi sahibi olma durumu da düşüktür. Araştırmalarda prenatal bakım oranı gün geçtikçe arttığı belirtilse de çalışmamızda prenatal eğitim oranının düşük olduğu, eğitim almama durumu yüksek olduğu belirlenmiştir. Doğum eylemi konusunda eğitimsiz olan gebelerin doğumda yapması gerekenleri bilmeme oranı da haliyle yüksek (%86.8) olacaktır. Prenatal kontrollere gitme oranı ve prenatal eğitim alma oranının diğer gruplara göre daha yüksek olduğu erişkin grubunda doğum eyleminin başlangıç belirtilerini bilme (%25.8), vajinal doğum ve sezaryen hakkında bilgi sahibi olma (%11.3) ve doğum eyleminde yapması gerekenleri bilme (%6.2) oranı erişkin gebelerimizde daha yüksek bulunmuştur. Doğum eylemine ilişkin eğitim alma durumu en fazla bulunan adölesanlarda, doğum eyleminde yapması gerekenleri bilme oranının düşük oldu gözlenmiştir. Bu iki çelişkili duruma göre, gebelerin verilen eğitimi yeterli algılayamadığı ortaya çıkmaktadır (Tablo 4.3.1).

Gebelerimizin doğum eylemine uyumunda, %18.5'i kötü fizyolojik uyum, %14.7'si kötü psikolojik uyum göstermiştir. Doğum eylemine fizyolojik uyumu en iyi grup (%45.7) genç grup psikolojik olarak en iyi uyumu (%36.7) adölesan grup göstermiştir. Fizyolojik uyumu en kötü olan grup (%21.6) ve doğum eyleminde en fazla uygulama yapılan grup erişkin grubu olmuştur. Yukarıda da belirttiğimiz gibi 35 yaş gebe oranı bu grupta az olmasına rağmen, risklerin, problemlerin bu grupta daha yüksek çıkması literatür bilgisi hususunda şaşırtıcı bulunmuştur (Tablo 4.3.2).

Gebelerimizin %80.3'ünün normal spontan doğum, %19.7'sinin sezaryen ile doğumu gerçekleştirilmiştir. Son yıllarda Türkiye'de sezaryen oranlarının artmasından çalışmamızı yaptığımız kurumda nasibini almıştır. En fazla normal doğum sayısı (%84.6) genç grubumuzda bulunmuştur. Ecker ve ark'nın yaptıkları çalışmada 35 yaş ve üzeri gebeliklerde sezaryen oranı daha yüksek olarak bulunmuştur (24). Bizim çalışmamızda da en fazla sezaryen oranı (%27.8) erişkin grup gebelerimizde görülmüştür. Müdehaleli doğum oranı da en fazla (%2.1) erişkin grubumuzda bulunmuştur. Müdehaleli doğum oranının en fazla erişkin grubunda olması, doğum eyleminde en fazla uygulamanın erişkin grubuna yapılması ile paralellik göstermektedir. Normal doğum oranı ile orantılı olarak epizyotomi %79.6 olarak bulunmuştur. Gebelerimizin primipar olması ile alakalı olarak epizyotomi oranı da yüksektir. Adölesanlarda NSD oranı %81.7, epizyotomi oranı %78.3 olarak bulunmuştur. %2.4 adölesan grubu gebenin epizyotomisiz normal spontan doğum yaptığı ortaya çıkmaktadır. Yenidoğanların %0.9'unda herhangi bir anomaliye rastlanılmıştır. Yenidoğanda anomali sadece genç grubumuzda görülmüştür (Tablo 4.3.3).

Doğum eylemi esnasında yaşanan riskler çok düşük bulunmuştur. Bu nedenle gruplar arası bakıldığında anlamlılık bulunamamıştır. Gebelerin en fazla uzamış travayı (%8.8) deneyimledikleri görülmektedir. Uzamış travay en fazla (%11.3) erişkin grubumuzda bulunmuştur. Doğum eylemi sürecinde en fazla uygulamanın erişkin grubumuza uygulanması bu bulguyu desteklemektedir. Uzamış travayın çeşitli nedenleri(baş-pelvis uygunsuzluğu, iri fetüs, aşırı doğum korkusu gibi) vardır. Hızlı travay oranı en fazla (%3.1) genç grupta görülmüştür.

Doğum sonu kanama ve yüksek ateş en fazla adölesan grubunda bulunmuştur. Doğum sonu kanamanın ve yüksek ateşin çeşitli nedenleri vardır. Plasentanın geç ayrılması, EMR, mekonyum aspirasyonu, uzamış travay, hızlı travay, oligohidroamnios ve yumuşak uterus gibi. Adölesan grubunda plasentanın geç ayrılması, EMR, oligohidroamnios ve yumuşak uterus hiç görülmemiştir. Yüksek ateş açısından mekonyum aspirasyonu %5.0 ve uzamış travay %8.3 bulunmuştur. Adölesanlarda doğum sonu kanamanın nedenleri arasında uzamış travay ve hızlı travay olabilir.

Uzun yıllar 15 yaş ve altı gebeliklerde kemik pelvisin gelişimini tamamlamamış olmasının bu gebeliklerde baş- pelvis uyuşmazlığı insidansını arttırdığı ve bunun da adölesan gebeliklerde abdominal doğum hızının arttığı ileri sürülmüştür (34). Çalışmamızda baş-pelvis uyuşmazlığı oranı %3.1 olarak bulunmuştur. Başka bir araştırmada 15 yaş ve altı adölesan gebelerde abdominal doğum hızının erişkinlerden farksız olduğunu hatta 15 yaş ve altı adölesanlar ile 19 yaşın altındaki gebeliklerde abdominal doğum hızının erişkinlerden düşük olduğu ileri sürülmektedir (34). Baş-pelvis uyuşmazlığının en fazla görüldüğü grup (%5.2) erişkin grubu olmuştur. Bu durum uzamış travay, müdehaleli doğum ve sonuçta sezaryen oranlarının en fazla erişkin grubunda görülmesi ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Adölesanlarda ise bu oran %5.0 olarak erişkin grubuna yakın bulunmuştur.

Aşırı doğum korkusu, yüksek bir farkla(%6.7) adölesan grubunda görülmüştür. Adölesan grubunun psikolojik durumunu ile ilgili literatür bilgilerine daha önceki bulgularımızda yer vermiştik. Buna dayanarak adölesanın aşırı doğum korkusu bulgusunun fazla olması gayet normal kabul edilmektedir. Plasentanın erken ayrılma bulgusu sadece adölesanlarda görülmüştür.

Fetal distres oranları gruplar arasında birbirine yakın bulunmuştur. En fazla fetal distres oranı %5.6 ile genç grupta görülmektedir. Fetal distresin çeşitli nedenleri vardır. Bu nedenler arasında aşırı doğum korkusu, oligohidroamnios, uzamış travay, yüksek ateş ve mekonyum aspirasyonu sayılabilir. Genç grup gebelerde aşırı doğum korkusu %2.5, oligohidroamnios ve yüksek ateş %1.2, uzamış travay %7.4 ve mekonyum aspirasyonu %1.9 bulunmuştur.

Doğum eyleminde risk yaşama durumlarının toplamına bakıldığında en fazla (%30.0) adölesan grubunun risk yaşadığı ortaya çıkmıştır. Bu durumda literatür bilgisi ile uyuşmaktadır (Tablo 4.3.4).

Doğum sonu anne bebek iletişimi, gebelerimizde %87.7 olarak bulunmuştur. Bu durumu etkileyen farklı nedenler (bebeğin yenidoğan servisinde olması gibi) olabilmektedir. Gruplar arasında anne bebek iletişimi en fazla (%90) adölesan grubunda olduğu belirlenmiştir. Bu bulgumuzda literatüre bilgisi ile çatışmaktadır.

Doğum sonu emzirme durumu ilk 30 dakika içinde %62.4 olarak bulunmuştur. Emzirmenin önemini göz önüne aldığımızda bu durumun çok düşük olduğu ortaya çıkmaktadır. Emzirmeyen anne sayısı %13.8'dir. Tabi bu oranın içinde yenidoğan servisinde olup ememeyen bebek oranı da bulunmaktadır. Bebeğini ilk 30 dakika içinde emziren anne oranı (%66.0) ve hiç emzirmeyen anne oranı (%16.0) diğer gruplara göre genç grupta daha fazla olduğu görülmüştür.

Doğum sonu kanamanın patolojik olması(%3.3) en fazla adölesan grubunda, doğum sonu uterus kontraksiyonu yumuşak olması (%3.1) ve involüsyonunun patolojik olması (%1.0) erişkin grupta diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur. Adölesan gebeliklerin risk faktörü olması nedeniyle bu durum literatür ile uyum göstermektedir. Yumuşak uterus ve patolojik involüsyonun erişkin grupta diğer gruplara göre fazla olmasının nedenlerinden uzamış travayın bu grupta fazla olması sayılabilir (Tablo 4.3.5).

Yenidoğana ait risklerde çok düşük bulunmuştur. Bu nedenle gruplar arası bakıldığında anlamlı fark bulunamamıştır. Çalışmamızda en fazla görülen problemler mekonyum aspirasyonu, solunum sıkıntısı ve prematür bebek oranlarıdır (%2.8). Yenidoğan açısından yaşanan problemlere gruplar arası bakıldığında en fazla problemi adölesan ve erişkin grup gebelerin bebeklerinin yaşadığı ortaya çıkmıştır. Solunum sıkıntısının mekonyum aspirasyonu ile yakından ilişkisi vardır. Çalışmamızda solunum sıkıntısı en fazla erişkin grup gebelerin bebeklerinde rastlanırken mekonyum aspirasyonu en fazla adölesan grupta görülmüştür. Prenatal riskler bölümünde adölesan gebeliklerde prematür bebeklere daha çok rastlanıldığı belirtilmiştir. Çalışmamızda prematüre bebek oranı en az adölesan grupta görülmüştür. En fazla prematüre bebek (%4.1) erişkin grubunda olduğu

görülmektedir. Yine prenatal risklerde düşük kilolu annelerin SGA bebek doğurma oranının fazla olacağı belirtilmiştir. Olgularımızda düşük kilo oranı en fazla genç grup gebelerimizde saptanmıştır, literatür bilgisine uyumlu olarak SGA bebek sadece genç grupta olduğu görülmüştür (Tablo 4.3.6).

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Gebelerin Tanımlayıcı Özellikleri ve Gebeliğe Yönelik Sonuçlar

- Çalışmamızda doğurganlık yaş aralığı sağlıklı çocuk doğurma yaş aralığında sayılan 20-24 yaşlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir.
- Evlilik yaş ortalaması daha önceki araştırmalara göre yüksek bulunmuştur. Eğitim seviyesinin ortaöğretimde toplandığı belirlenmiştir. Üniversite eğitim oranı en fazla erişkin grupta bulunmuştur.
- Sosyo-ekonomik durum eğitim ve çalışma oranına paralel olarak erişkin grubunda daha fazla bulunmuştur.

Gebeliğe ve Gebelikteki Prenatal Risklere Yönelik Sonuçlar

- Çalışmamızda abortus ve kürtaj oranı düşük bulunmuştur. Abortus oranının genç, kürtaj oranının erişkin grupta daha fazla gerçekleştiği belirlenmiştir.
- Gebelerimizin doğum öncesi BKİ'sine bakıldığında, yarısından çoğunun normal kilo aralığından olduğu belirlenmiştir. Obezite oranı anlamlı olmasa da erişkin grubunda fazla bulunmuştur.
- Gebelerde toplamda gebeliğe ve doğum eylemine ilişkin eğitim almayan sayısı yüksek bulunmuştur.
- Gebelerimizin toplamda yarısı prenatal kontrollerin yeterli yapıldığını ve sağlık çalışanlarının ilgilenmelerini yeterli bulduklarını belirtmişlerdir. Bu oran erişkin grubunda daha fazla bulunmuştur.
- Gebelerin sağlıklı gebelik ile ilgili görüşlerinde, totalde bilmiyorum oranı yüksek bulunmuş ve bu oranın en fazla adölesan grubunda olduğu belirlenmiştir.
- Gebeliğe zarar veren faktörler arasında gebelerin en fazla sigara ve alkolü belirttikleri saptanmıştır. Gebeliğe zarar veren faktörleri tanımlayabilme oranı en fazla erişkin grubunda bulunmuştur.

- Çalışmamızda toplamda gebelerin düşük tehtidi oranı %7.2 olarak bulunmuştur. Gruplar açısından da bu oranın en fazla genç grubumuzda olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda literatürden farklı olarak adölesan gebelerde eklampsi hiç görülmezken, literatüre uygun olarak erişkin gebelerde anlamlı olmasa da diğer gruplara göre biraz daha fazla bulunmuştur.
- Çalışmamızda oligohidroamnios görülme oranı literatür bilgisine yakın bulunmuş ve en fazla genç grupta olduğu saptanmıştır.
- Çalışmamızda literatürden farklı olarak adölesanlarda preterm eylem gelişmemiştir, tersine erişkin grubumuzda en fazla olduğu belirlenmiştir. EMR riskinin gelişme durumu açısından da preterm eyleme yakın sonuçlar bulunmuş ve en fazla erişkin grubunda olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda toplamda gebeliğe bağlı en fazla risk yaşayan grup erişkin grubu (%32.0) olmuştur. Erişkin grubunu genç grup (%26.5) izlemiştir.
- Genç gruptaki gebelerin daha fazla oranda düşük kilolu olduğu belirlenmiştir.
- Çalışmamızda anemi oranı %2.8 olarak bulunmuştur. Yaş grupları arasında, aneminin en fazla genç grupta olduğu saptanmıştır.
- Gebelikte kilo alımı açısından gebelerimizin yarıya yakınında aşırı kilo alımı görülmüştür. Aşırı kilo alımı oranları gruplar arası yakın bulunmuştur. Gebelerimizde obezite oranı en fazla erişkin grubunda bulunmuştur.
- Son adet tarihini bilmeme oranları %6.3 olup, en fazla adölesan grubunda olduğu saptanmıştır.
- Öz bakım yetersizliğinin kendi bakımının otonomisini kazanmamış olan adölesan grubunda en fazla görülmesi beklenirken genç grupta daha fazla olduğu belirlenmiştir. Adölesan grubu doğum stresi ve aşırı doğum korkusunu en fazla (%10) yaşayan grup olmuştur.
- Olgularımızda gebelerimizin çalışma oranı düşük bulunmuştur. Yorucu işte çalışma oranı en fazla (%4.1) erişkin gruptadır.

- Akraba evliliği ülkemizde yaygındır. Olgularımızda akraba evliliği (%6.0) oldukça düşük bulunmuştur.
- Çalışmamızda, gebelerin %10'u sigara kullandığı ve bu oranın erişkin gebelerde daha fazla olduğu belirlenmiştir. Gruplar arasında en fazla sigara dumanına maruz kalan grubumuz genç grup olmuştur.
- Prenatal kontroller için geç sayılan 14. haftadan sonra ilk kontrolünün yaptıran gebe sayımız %7.5 bulunmuştur. İlk muayeneye geç kalınma oranı en fazla adölesan grupta bulunmuştur.
- Gebelikte risk oluşturan durumların toplamına bakıldığında gruplar arası oranların birbirine yakın olduğu bulunmuştur. Yakın olmakla birlikte en fazla adölesan grubun (%81.7) onu küçük bir farkla genç grubun (%81.5) izlediği görülmüştür. Prenatal risklerin eğitim, sosyo-ekonomik duruma göre değişmediği özellikle yaş gruplarına göre prenatal risklerde farklılık olduğu saptanmıştır.

Doğum Sürecine ve Prenatal Sonuçlara Ait Sonuçlar

- Kendini doğuma hazır hissetmeme, adölesanlarda daha fazla olduğu belirlenmiştir.
- Olguların NSD-sezaryen doğum ve doğum eyleminde yapması gerekenleri bilme oranı düşük bulunmuştur. Bilgi düzeyi en fazla erişkin grupta olduğu saptanmıştır.
- Gebelikte risk faktörü olarak bilinen adölesan yaş grubu en iyi fizyolojik uyumu göstermiştir. Psikolojik uyum genç grup gebelerde daha fazladır. Fizyolojik uyumu en kötü olup, doğumda en fazla uygulama yapılan grup erişkin grubu olmuştur.
- En fazla normal doğum sayısı genç grubumuzda bulunmuştur. Çalışmamızda en fazla sezaryen oranı erişkin grup gebelerimizde görülmüştür. Gebelerimizin primipar olması ile alakalı olarak epizyotomi oranı da yüksektir.

- Gebelerin en fazla uzamış travayı deneyimledikleri görülmektedir. Uzamış travay en fazla erişkin grubumuzda bulunmuştur. Doğum sonu kanama ve yüksek ateş en fazla adölesan grubunda saptanmıştır.
- Baş-pelvis uyuşmazlığının en fazla görüldüğü grup erişkin grubu olmuştur. Aşırı doğum korkusu, yüksek bir farkla adölesan grubunda görülmüştür.
- Fetal distres oranları gruplar arasında birbirine yakın bulunmuştur. En fazla fetal distres oranı %5.6 ile genç grupta görülmektedir.
- Doğum eyleminde risk yaşama durumlarının toplamına bakıldığında en fazla (%30.0) adölesan grubunun risk yaşadığı ortaya çıkmıştır.
- Gruplar arasında anne bebek iletişimi en fazla adölesan grubunda olduğu belirlenmiştir.
- Bebeğini ilk 30 dakika içinde emziren anne oranı ve hiç emzirmeyen anne oranı diğer gruplara göre genç grupta daha fazla olduğu görülmüştür.
- Doğum sonu uterus kontraksiyonu yumuşak, involüsyonunun ve kanamanın patolojik olması adölesan grubunda, diğer gruplara göre daha fazla bulunmuştur.
- Çalışmamızda en fazla görülen problemler mekonyum aspirasyonu, solunum sıkıntısı ve prematür bebek oranlarıdır.
- Yenidoğan açısından yaşanan problemlere gruplar arası bakıldığında en fazla problemi adölesan (%10.0) ve erişkin grup (%10.3) gebelerin bebeklerinin yaşadığı ortaya çıkmıştır.

ÖNERİLER

- Çalışmamızda prenatal riskler açısından aşırı kilo alımı ve düşük kilo gibi beslenme ile ilgili riskler yüksek bulunmuştur. Gebelikte beslenme konusunda ki eğitimlere daha fazla önem verilmeli ve bütün gebelerin bu eğitimlerden yararlanması sağlanmalıdır.

- Gebelikte sigara içimi, morbitide ve mortalite için önemli fakat önlenebilir büyük bir risk faktörüdür. Çalışmamızda gebeliğe riske sokan faktörler arasında en fazla belirtilen risk faktörü sigara olmasına rağmen gebelerimizde sigara kullanımı fazla bulunmuştur. Sigara kullanımının gebenin ve bebeğinin sağlığı üzerindeki zararlı etkileri konusunda gebeler bilinçlendirilmelidir.

- Prenatal dönemde pasif sigara dumanına maruz kalma aktif içicilik gibi bebeğin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Gebelerimizim pasif içicilik konusunda bilgi sahibi olmadığı ortaya çıkmıştır. Sigara dumanının zararları konusunda gebelere bilgi düzeyleri arttırılmalıdır.

- Genel olarak gebelik, kadın hayatının fizyolojik olarak normal eşsiz bir dönemi olarak değerlendirilmelidir. Bununla birlikte annenin ya da fetüsün önceden var olan veya beklenmeyen bir hastalığı gebeliği komplike edebilir. Riskli gebeliklerin takiplerine önem verilmeli ve anne adayları bu konuda bilgilendirilmelidir.

- Biyolojik, psikolojik ve sosyolojik açıdan bakıldığında kadının en sağlıklı çocuk doğurma yaşı 20-30 yaş arasıdır. Bu yaşlar kadının fertilitesinin en yüksek olduğu devredir. İstatistikler bu dönemde daha önce veya daha sonraki gebeliklerde hem anne hem de fetus için morbidite ve mortalite hızlarının yükseldiğini göstermektedir. Bu nedenle 19 yaşın altındaki adölesan gebelikler ve 35 yaş üzerindeki gebelikler özel olarak izlenmelidir.

7. EKLER

ANKET FORMU **EK 1**

Gebenin tanıtıcı özelliklerini ve gebeliği ile ilişkin soruları içeren form.

SORU NO	SORUNUN İÇERİĞİ	İTEM SAYISI	KOLON
( ) 1	Yaş (……)		1
( ) 2	Yaş grupları □ 1. 15-19 yaş (I. Grup) □ 2. 20- 24 yaş (II. Grup) □ 3. 25 yaş ve üzeri (III. Grup)	1-3	2
( ) 3	Eşinin Yaşı (……)		3
( ) 4	Eğitim durumu □ 1. Okur yazar değil-Okur yazar □ 2. İlkokul □ 3. Ortaokul □ 4. Lise □ 5. Yüksekokul (Önlisans / Lisans)	1-5	4
( ) 5	Partner/Eşinin eğitim durumu □ 1. Okur yazar değil-Okur yazar □ 2. İlkokul □ 3. Ortaokul □ 4. Lise □ 5. Yüksekokul (Önlisans / Lisans)	1-4	6
( ) 6	Medeni hali □ 1. Resmi nikah □ 2. Dini nikah □ 3. Birlikte yaşayan (Nikah yok) □ 4. Bekar	1-4	5
( ) 7	Çalışma durumu □ 1. Evet (Ne iş yaptığı:…….....) □ 2. Hayır	1-2	7
( ) 8	Eğer çalışıyorsa işinin stres ve yoğunluğuna/yoruculuğuna ilişkin yorumları (…… ……. ……)		8
( ) 9	Eşinin çalışma durumu □ 1. İşsiz □ 2. İşçi □ 3. Memur □ 4. Serbest meslek □ 5. Diğer(……)	1-5	9

( )10	Sosyal güvencesi □ 1. Var (Ne: ……..) □ 2. Yok	1-2	10
( )11	Evlilik süresi (……..)		11
( )12	Evlilik yaşı (…….....)		12
( )13	Aile yapısı □ 1. Çekirdek □ 2. Geniş (Kimler:……..)	1-2	13
( )14	Gelir düzeyi □ 1. 600 ve altı TL □ 2. 601 – 1000 TL □ 3. 1001 – 1500 TL □ 4. 1600 ve üzeri TL	1-4	14
( )15	Yaşadığı mekanın alt yapı koşullarında sorun yaşama durumu (tuvalet, su kaynakları gibi) □ 1.Var (Ne ile ilgili: ……) □ 2. Yok	1-2	15
( )16	Ev kira mı □ 1. Evet □ 2. Hayır	1-2	16
( )17	Yaşadığı mekanın elektrik ve ısınma kaynağı konusunda sorun yaşama durumu □ 1.Var (Ne ile ilgili: ……) □ 2. Yok	1-2	17
( )18	Gebelik ile ilgili sorular Gravida: (……)		18
( )19	Abortus: (……)		19
( )20	Kürtaj : (……)		20
( )21	Gebelik oluşumu □ 1. Tedavi ile (infertilite) □ 2. Doğal/Spontan	1-2	21
( )22	Gebe kalmadan önce eşiyle gebeliği planlanma durumu □ 1. Kendisinin ve eşinin ortak kararı □ 2. Eşinin isteği sonra kendisi de istedi □ 3. Kendisinin isteği sonra eşi de istedi □ 4. Kendisi istedi eşi hala istemiyor □ 5. Eşi istedi kendisi istemiyor □ 6. Aileler istedi □ 7. Diğer (Belirtiniz:…….)	1-7	22

( )23	En fazla tükettiği besin türü □ 1. Et/Balık □ 2. Kuru baklagiller □ 3. Tahıl □ 4. Meyve – Sebze □ 5. Süt ve süt ürünleri □ 6. Diğer (…….)	1-6	23
( )24	Her gün ya da düzenli almaya özen gösterdiği besin (…….)		24
( )25	Tüketmekten kaçındığı besin varlığı (Ne: ……..)		25
( )26	Gebelik öncesi kilo ve boy (……..……..)		26
( )27	Şimdiki kilo (……..)		27
( )28	Gebelikte aldığı kilo (……)		28
( )29	BKI □ 1. 18.5 kg / m²'nin altında olanlar Zayıf □ 2. 18.5-24.9 kg / m² arasında olanlar Normal kilolu □ 3. 25-29.9 kg / m² arasında olanlar Hafif Şişman □ 4. 30-39.9 kg / m² arasında olanlar Obez (1. Derece şişman) □ 5. 40 kg / m²'nin üzerinde olanlar İleri derecede obez	1-5	29
( )30	Prenatal takip/bakıma ilişkin görüşleri (……..)		30
( )31	Prenatal kontrole gitme durumu □ 1. Hiç gitmeyen □ 2. Düzensiz giden (sayı:…….) □ 3. Düzenli (her ay)giden	1-3	31
( )32	Prenatal kontrole ilk kez gitme zamanı ……./ gestasyon hft	1-3	32
( )33	Gebeliğe ilişkin eğitim alma durumu □ 1. Evet (Hangi konuda:……) (Kimden:……) □ 2. Hayır	1-2	33

( )34	Doğum ve doğum sonuna ilişkin eğitim alma durumu □ 1. Evet (Hangi konuda:……....) (Kimden:…….....) □ 2. Hayır	1-2	34
( )35	Sağlıklı gebelik size ne ifade eder? (…… …… …….)		35
( )36	Gebe kalmadan önce sağlıklı bir gebelik için girişimde bulunma durumu □ 1. Evet (Ne:…….) □ 2. Hayır		36
( )37	Gebeliğe sizce neler zarar verir? (…… …… …….)		37
( )38	Gebelikte risk faktörlerini tanımlayabilme durumu □ 1. Evet □ 2. Hayır □ 3. Kısmen	1-3	38
( )39	Gebeliğini sağlıklı geçirmek için yaşamında değişiklik yapma durumu □ 1. Evet (Neler:…….) □ 2. Hayır	1-2	39
( )40	Gebelikte yaşadığı yakınmalar □ 1. Bulantı kusma □ 2. Sık idrara çıkma □ 3. Bacak krampları □ 5. Pika □ 6. Mastodini □ 7. Kabızlık □ 8. Mide yanması □ 9. Nefes darlığı □ 10.Diğer(……)	1-10	40
( )41	Gebelikte ki yakınmalara karşı baş etme yöntemleri (…… …… …….)		41
( )42	Gebelik sürecinde eşin desteği □ 1. Var (Hangi konularda:……) □ 2. Yok	1-2	42
( )43	Gebeliğinde sağlık kontrollerine gitmede/sağlık hizmeti almada engellenme durumu		

	□ 1. Evet (Kim tarafından:……) □ 2. Kısmen(Kim tarafından:……) □ 3. Hayır	1-3	43
( )44	Gebeliğinde cinselliğe ilişkin değişiklik yaşama durumu □ 1. Evet (……) □ 2. Hayır	1-2	44
( )45	Gebeliği süresince bir problem ile karşılaştığında sağlık kurumuna başvurma durumu □ 1. Evet (Ne:……) □ 2. Hayır	1-2	45
( )46	Gebelikte fizyolojik ve psikolojik değişikliklerin farkında olma □ 1. Evet □ 2. Hayır □ 3. Kısmen	1-3	46
( )47	Kendini doğuma hazır hissetme □ 1. Evet □ 2. Hayır (Neden:……) □ 3. Kısmen	1-3	47
( )48	Doğum eyleminin başlangıç belirtilerini bilme □ 1. Evet(Ne:……) □ 2. Hayır □ 3. Kısmen(Ne:……..)	1-3	48
( )49	Vajinal doğum ve sezeryan hakkında bilgi sahibi olma □ 1. Evet □ 2. Hayır □ 3. Kısmen	1-3	49
( )50	Doğru solunum, ıkınma teknikleri vb. doğum eyleminde yapması gerekenleri bilme durumu □ 1. Evet(Ne:……) □ 2. Hayır □ 3. Kısmen(Ne:……..)	1-3	50

PRENATAL RİSK DEĞERLENDİRME FORMU **EK 2**

Uygun olanı işaretleyiniz.

Obstetrik Öykü

□ 1. Elektif abortus
□ 2. Spontan abortus
□ 3. Servikal konizasyon
□ 4. Eklampsi veya preekampsi
□ 5. Serviks yetersizliği
□ 6. Ektopik gebelik öyküsü

Şimdiki Gebelik

□ 7. Abdominal cerrahi
□ 8. 18 yaştan küçük
□ 9. 35 yaştan büyük
□ 10. Anemi, hemogram 10'dan az, Hct. % 30'den düşük
□ 11. Eklampsi (hafif / orta / ağır) veya preeklampsi (hafif / orta / ağır)
□ 12. Proteinüri (24 saatte, 2.5 gr. ve üzeri = (+) 2 ve üzeri)
□ 13. Kanama, 12 hafta sonrasında belirgin olan
□ 14. Serviks dilatasyonu, 29 hafta öncesinde 1.5 cm'den daha fazla olan
□ 15. Astım, ilaç kullanımı
□ 16. Kronik bronşit
□ 17. Diabet, insulin kullanımı
□ 18. Kalp hastalığı
□ 19. Hipertansiyon
□ 20. İrrite uterus, saatte 6 kontraksiyondan daha fazla tespit edilmiş
□ 21. Kanser ya da lösemi
□ 22. Çoğul gebelik
□ 23. Polihidroamnios (2000 ml'den fazla)
□ 24. Oligohidroamnios (500 ml'den az)
□ 25. Preterm eylem (EDT)
□ 26. EMR, kanıtlanmış
□ 27. Böbrek hastalığı
□ 28. İYE
□ 29. Travma
□ 30. Düşük kilo (Zayıf gebelerde 15 kg az)
□ 31. Aşırı kilo alımı(Kilolu gebelerde 8-10 kg fazla)
□ 32. Uterus anomalisi veya myomu
□ 33. Kilo kaybı
□ 34. Aile içi şiddet
□ 35. Son adet tarihini bilmeme
□ 36. Gebeliğe uyumsuzluk inkar/red
□ 37. Gebenin öz bakım yetersizliği
□ 38. Stresli olma, aşırı doğum korkusu
□ 39. Yorucu işte çalışma
□ 40. Uzun yorucu seyahat
□ 41. Akraba evliliği
□ 42. Sigara kullanımı (……)
□ 43. Evde sigara içen kişi varlığı
□ 44. Alkol kullanımı(……..)
□ 45. Uyuşturucu madde kullanımı

□ 46. İlk doktor muayenesine 14. haftadan sonra gelmesi
□ 47. Prenatal takibe gitmemesi
□ 48. Diğer (Lütfen belirtiniz)…….

Şimdiki Gebelik

□ 49. Anesteziye bağlı allerjiler
□ 50. Derin ven trombozu
□ 51. Diabet, gestasyonel diabet, diyet kontrollü
□ 52. Diabet, gestasyonel diabet, insuline bağımlı
□ 53. Epilepsi veya antikonvüzyon kullanımı
□ 54. Genetik hastalık, kanıtlanmış
□ 55. Grup B streptokok hastalığı
□ 56. Boy boyun 150 cm kısa olması
□ 57. Hepatit veya kronik karaciğer hastalığı
□ 58. HIV/AIDS
□ 59. Rh uygunsuzluğu
□ 60. Mental reterdasyon
□ 61. Obesite, boyun kiloya göre orantısı % 20'den fazla olması
□ 62. 1 yıldan daha kısa süre içinde ikinci gebelik
□ 63. CYBH herhangi biri
□ 64. Troid hastalığı, kanıtlanmış
□ 65. Psikiyatrik hastalık
□ 66. Diğer(Lütfen belirtiniz)…….

DOĞUM EYLEMİ SÜRECİNİ DEĞERLENDİRME FORMU EK 3

A. DİLATASYON

1. Fizyolojik uyumu	□ Kötü □ Orta □ İyi □ Çok iyi
2. Psikolojik uyumu	□ Kötü □ Orta □ İyi □ Çok iyi
3. Uygulamalar	…… ……
4. NST	□ Aktif □ Nonreaktif
5. Vital bulguları	Ateş: ……. Nabız:…… TA: ……... ÇKS:……
7. Gereksinimler	…… ……
8. Süre	……..

B. EKSPULSİYON DÖNEMİ

9. Doğum sürecinde hastanın uyumu	□ Solunum egzersizi □ Uygun pozisyon □ Ikınma □ Sağlık ekibi ile uyumu
10. Gereksinimleri	……. …….
11. Uygulamalar	…….
12. Süre	……
13. Doğum tarihi ve saati	……
14. Doğum şekli	□ NSD □ C&S
15. Müdehaleli doğum	□ Var ○ Vakum ○ Forseps □ Yok
16. Müdehaleli doğum endikasyonu	……
17. Epizyotomi durumu	□ Var □ Yok
18. Apgar puanı	…….
19. Kilo	……
20. Boy	…….
21. Gestasyonel haftası	……..
22.Bebekte herhangi bir anomali durumu	□ Var (…….) □ Yok

C. HALAS

24. Uygulamalar	…….
24. Süre	……
26. TOTAL DOĞUM EYLEMİ SÜRESİ	……

D. KANAMA KONTROL

27. Doğum sonu ilk 30 dakika içinde anne bebek iletişimi	□ (+) □ (-)
28. Doğum sonrası emzirme durumu	□ İlk 30 dakika içinde □ İlk 1 saat içinde □ Emzirmedi
29. Doğum sonu kanama durumu	□ Rengi:…… □ Miktarı:……(Normal / Patolojik)
30. Doğum sonu uterus kontraksiyonu /involüsyunu	□ Kontrakte □ Yumuşak □ İnvolüsyon:…….

Genel olarak doğum eylemi sürecinde ortaya çıkan risk durumları:

Anneye ilişkin:
Bebeğe ilişkin

Risk durumlarında yapılan girişimler:

HASTA BİLGİLENDİRME FORMU EK 4

Gebelerin, gebeliklerinde deneyimledikleri riskli durumları belirlemek ve bu riskli durumların sonuçları izlemek için yeni bir araştırma yapmaktayız. Araştırmanın ismi, yaş gruplarına göre ilk doğum yapacak olan gebelerin deneyimledikleri doğum öncesi riskler ve sonuçları'dır.

Sizin de bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni ilk doğum deneyimi yaşayacak gebe olmanız ve bizim aradığımız kriterlere uygun olmanızdır. Araştırmamızda size ayrıca hiçbir tıbbı uygulama yapılmayacaktır. Önce kişisel bilgi ve gebelik dönemi ile ilgili bilgilerinizi içerecek olan bilgi formumuz ardından, gebelikte deneyimlediğiniz risk durumlarını belirlemek için oluşturduğumuz formumuzu uygulayacağız. Bu aşamadan sonra sadece sizin doğum süreciniz gözlemlenecek size araştırmacı tarafından hiçbir uygulama yapılmayacaktır. Doğum ağrılarınızı olduğu dönem, doğumunuz ve doğum sonunda bebeğinizin ve sizin özellikleriniz gözlemlenecektir. Doğum sonunda sadece iki saat gözlem yapılacak sonra araştırma sona erecektir.

Bu araştırma sizin ve bebeğiniz açısından hiçbir risk oluşturmayacaktır. Çalışmanın devamı sırasında ortaya çıkabilecek sorunlar katılımcının kendisine iletilecektir.

Yapılacak araştırmanın getireceği olası yararlar: Böyle bir analizle, gebelik sürecinde riskli durumların erken dönemde fark edilmesinin gebeliğin sağlıklı geçmesi için erkenden önlem almanın önemi ortaya çıkmış olacaktır. Şu anda bu çalışmanın hemen size bir fayda olarak dönüp dönmeyeceğini bilmiyoruz. Ancak toplumumuzda gebelik düşünen çiftlerin ebeveyn olmaya karar vermeden olası risklerin farkında olmasını sağlayacaktır.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra kliniğimizde size karşı davranışlarımızda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

HASTA ONAY FORMU

Sayın Hemşire İlknur ÜÇÜNCÜ tarafından, Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Doğum servisinde sağlık araştırması yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam hemşire ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun hemşire bakımıma ve hemşire ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel.
İmza

Katılımcı ile görüşen Hemşire
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel.
İmza

8. KAYNAKLAR

1. Akgül C, Baysal B, Buyru F, Büyükören A, Büyükkurt S, Dağoğlu T, Ergun B, Ermiş H, Güngör F, Has R, İbrahimoğlu L, Kovancı E, Saygılı H, Sezer H, Topuz S, Yalçın Ö, Yıldırım A, Yüksek A. (2004). Doğum Bilgileri. Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, s. 118-167.
2. Aktaş S. (Mayıs 2006). Gebelik Boyunca Sigara İçiminin Perinatal Dönemde Anne ve Bebek Sağlığı Üzerine Etkisi. Yüksek Lisans Tezi, C.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. H. Güler), s.7.
3. Akyol A, Gedikbaşı A, Mağar V, Ark C, Ceylan Y. (2006). 40 yaş Üstü Gebeliklerin Perinatal Sonuçları. Perinatoloji Dergisi, 14(1), s.1-6.
4. Arslan H, Korkmaz N. (Eylül 1996). Kısmi Yatak İstirahati ile Hastanede Yatan Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Fiziksel ve Psikolojik Sorunlar. Perinatoloji Dergisi, 4(3), s.188.
5. Atasü T, Öçer F. (2000). Gebelikte Fetüse ve Yenidoğana Zararlı Etkenler. 2.Baskı, Nobel Tıp Kitapevi, İstanbul, s. 13-26.
6. Ayhan A, Durukan T, Günalp S, Gürgan T, Önderoğlu LS, Yaralı H, Yüce K. (2008). Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. İkinci Baskı. Güneş Tıp , Kitabevleri, İstanbul, s. 265-490.
7. Berenson AB, Wiemann CM, McCombs SL. (1997). Adverse Perinatal Outcomes in Young Adolescents. Reprod Med, 52. s.559-560.
8. Berkman S, Has R. (2004). Doğum Bilgileri. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul. s. 9-17.
9. Berkowitz GS. (1995). Employement –Related Physical Activity and Pregnancy Outcome I am Womens Assoc. s.67-68.
10. Bianco A, Stone J, Lynch L, Lapinski R, Berkowitz G, Berkowitz RL. (1996). Prenancy Outcome at Age 40 and Older. Obstet Gynecol, 87, s.197-198.
11. Bulut A, Gökçay G, Neyzi O, Uzel N. (1994). Anne ve Çocuk Sağlığında Öncelikler. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s.7-36.
12. Cagnacci A, Lendi S, Volpe A. (1999). Rhythmic Variation in the Rate of Ectopic Pregnancy Throughout the Year. Am J Obstet Gynecol, s.1067-1071.
13. Carey JG, Rayburn WF. (2006). Obstetrik & Jinekoloji. Dördüncü Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 82-105.
14. Cesur B. (Temmuz 2007). Sivas İl Merkezinde Sigara İçen ve İçmeyen Annelerin ve Bebeklerinin Bazı Özelliklerinin Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, E.Ü. Sağlık

Bilimleri Enstitüsü, Kayseri, (Danışman: Yrd. Doç. Dr.İ.Gün), s. 2.

15. Coşkun A, Ekizler H, İnanç N, Karanisoğlu H, Yılmaz D. Taşkın L, Okumuş H, Kömürcü N, Pasinlioğlu T. (1996). Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Birinci baskı, İstanbul, s.31-70.
16. Coşkun A. (Eylül 1996). Perinatal Hemşirelik Yaklaşımı ve Ekip Çalışmasının Önemi. Peinatoloji Dergisi, 4(3). s.181-184.
17. Coşkun A. (1996). Prenatal Risk Faktörlerinin Tanılanmasında Ölçme Araçı Geliştirme. Perinatoloji Dergisi, 4(3), s.188-192.
18. Çicek N, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A. (2006). Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, Güneş Tıp Kitapevleri, İstanbul, s.187-202.
19. Çoban A. (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, 522.
20. Dağoğlu T, Görak G. (2008). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, s. 59-64.
21. David KJ, Philip JS, Carl PW, Bernard G. (2008). Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri. Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara.
22. Deborah G, Davis MSN. (January 1996). Discomforts of Pregnancy. JOGNN, 25 (1), s. 73-74.
23. Demir N. (2005). Tanı ve Tedavi Klavuzları 2005. Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Dergisi, Güneş Kitapevi, Ankara, s.1-9.
24. Ecker JL, Chen KT, Cohen AP, Riley LE, Lieberman ES. (2001). Increased Risk Of Cesaren Delivery with Advancing Maternal Age: İndications and Associated Factors in Nulliparous Women. Am J Obstet Gynecol, s.883.
25. Ekşi B. (2005). Evliliğe Hazırlık Aşamasındaki Karı-Koca Adaylarının Evlilik ve Anne Baba Olma Üzerindeki Düşünceleri. Aile ve Toplum Dergisi, 2(8), **s.**75.
26. Ekşi Z. (2010). Kömürcü N. (Ed). Perinatoloji Hemşireliği. 1.Baskı. Sağlık Bakanlığı, İstanbul Sağlık Müdürlüğü, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği ABD. s. 91-117.
27. Esen E. (2005). TNSA 2003, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Seminer, **s.**65-67.
28. Fraser AM, Brockert JE, Ward RH. (1995). Associtiation of Young Maternal Age with Adverse Reproductive Outcomes. N Engl J Med, s. 334
29. Fortner BK, Szymanski LM, Fox EH, Wallact E. (2008). Johns Hopkins Jinekoloji ve Obstetri El Kitabı. Üçüncü Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri. İstanbul, s. 180-535.
30. Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. (2009). Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler.

Nobel & Güneş Kitabevleri, s. 119-976.

31. Gambone HM. (2009). Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri. Nobel Tıp Kitabevleri İstanbul, s. 85-325.
32. Gibbs RS, Karlan BY, Haney AF, Nygaard J. (2010). Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Onuncu Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. İstanbul. s. 1-197.
33. Gilbert SE, Harmon SJ.(2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Palme Yayıncılık, Ankara.
34. Gökçe Ö. (2000). Adölesan gebelikler. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, Nisan.
35. Gökşin E. (1996). Normal Gebelik ve Prenatal Bakım Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. s. 252-256.
36. Gözüküçük M, Kahraman K, Çetinkaya E, Sezginkurt E, Sönmezer M, Berker B, Dökmeci F. (1999). Ektopik Gebelik Olgularında Tanı Kriterlerinin Tedavi Seçimine Etkisi. Ankara Üniversitesi Mecmuası, 62(3), s.135-136.
37. Gürel SA, Gürel H, Balcan E. (2006). Doğum Öncesi Bakım Esnasında Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrası Döneme İlişkin Bilgi Edinme Durumu. Perinatoloji Dergisi, 14(2), s.90-95.
38. Gürban G. (2006). Erken Membran Rüptürü Olgularında Tanı ve Klinik izlemlerinde Servikovajinal Sekresyonda IGFBP-1 Tayini Nitrazin Test ve Amniotik Sıvı İndeks Ölçümü Sonuçları ile Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi.
39. İnanç N. (2003). New Orleans (ABD) ve Ankara'daki Çeşitli Hastanelerde Prenatal Bakım Veren Hemşirelerin Eğitim Rollerinin Tanılanması ve Karşılaştırılması. Doktora Tezi, Ankara.
40. Jacobsson B, Ladfors L, Nilsom B. (Oct. 2004). Advanced Maternal Age and Adverse Perinatal Outcome. Obstet Gynecol, 104(4), s.727.
41. James DK, Ster PJ, Weinwr CP, Gonik B. (2008). Yüksek Riskli Gebelikler Yönetim Seçenekleri. Üçüncü Baskı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara. s.3-30.
42. Keleş E. (2007). Gebelikte Sigara Kullanımının Bazı Obstetrik Durumların ve Sosyodemografik Özelliklerin Postpartum Depresyon Üzerine Etkisi. Yüksel Lisans Tezi, H.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Şanlıurfa, (Danışman: Doç. Dr. MA. Kurçer), s.21.
43. Kesim M, Erdem H, Keklioğlu M, Karlık İ. (1993). Adölesan Geblerde Prematürite ve Düşük Doğum Ağırlığı Görülme Sıklığı. Jin Obstet Derg, s. 111.
44. Kısacık G. (Eylül 2007). Gebe Kadınların Sigara İçme Davranışları ve Gebelikte Sigaranın Etkilerine Yönelik Bilgilerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, C.Ü.

Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sivas, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. Z. Gölbaşı).

45. Konje JC, Palmer A, Watson A, Hay RH, Imrie A. (1992). Early Teenage Pregnancies in Hull. Br J Obstet Gynecol, , s. 99-969.
46. Kopal Ş, Acer A, Girişkin Ü. (1999). Erken Doğumlarda Mediko-Sosyal Risk Faktörleri. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 6(3), s.27.
47. Köse MR. (2002). Ana ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi, Türk Neonatoloji Derneği Bülteni, s. 2-4.
48. Leveno K, Cunningham G, Gant N, Alexander J, Blomm S, Casey B, Dashe J, Sheffield J, Yost N. (2004). Williams Doğum Bilgisi El Kitabı. 21 Baskı, Güneş Kitabevi, Ankara, s.3-27.
49. Leveno K, Cunningham G, Alexander JM, Blomm SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Robert SW. (2010). Williams Obstetrik El Kitabı, Gebelik Komplikasyonları. Yirmi ikinci Baskı. Güneş Tıp Kitabevleri. İstanbul. s. 3-295.
50. Ling FW, Duff P. (2006). Obstetrik Jinekoloji. Nobel Tıp Kitabevleri, s. 462-467.
51. Mete S. (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Basın Yayıncılık, İstanbul, s. 489-499.
52. Meydanlı MM, Çalışkan E, Ecemiş T, Arlıer S, Dölen İ, Haberal A. (2000). Adölesanlarda Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi. T Klin Jinekol Obs, s.99-102.
53. Ocak V. (2005). Tanı ve Tedavi Klavuzları 2005. Maternal ve Fetal Tıp ve Perinatoloji Dergisi, Güneş Kitapevi, Ankara, s.20.
54. Oskay Ü. (Mart 2004). Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı. Perinatoloji Dergisi, 2, s.11-15.
55. Özçelik S, Kale A, Karaman O, Bayhan G, Yayla M. (2004). Kırk Yaş ve Üzeri Gebeliklerin On Yıllık Retrospektif Analizi. Perinatoloji Dergisi, 12(4), s.179-183.
56. Öztekin K. (2005). Ege Kadın Doğum. İzmir Güven Kitabevi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Doğum Ders Notları, İzmir, s. 137-315.
57. Pernoll ML. (2008). Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı. Palme yayıncılık, Ankara, s.211-307.
58. Pritchard JAD, Gant NF. (1991). Williamns Obstetrics ‘, Appieton Century Croft. s. 110-117.
59. Queenan TJ, Hobbins CJ, Spong YC. (**2004**). Protocols for High-Risk Pregnancies. America,s.3-107.
60. Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum Öncesi Bakım İzlem Protokolü (19 Şubat 2008).
61. Saka G, Ertem M, İlcin E. (Haziran 2001). Diyarbakır Doğumevi Hastanesi’nde

Doğum Yapan Gebelerde Risk Faktörleri. Perinatoloji Dergisi, 9(2), s.108-115.

62. Semiz O, Sözeri C, Cevahir R, Şahin S, Kılıçoğlu S. (2006). Sakarya'da Bir Sağlık Kuruluşuna Başvuran Gebelerin Sigara İçme Durumlarıyla İlgili Bazı Özellikleri Sürekli Tıp Eğitim Dergisi,15(8):149.
63. Sevil Ü, Bakıcı A. (Temmuz-Eylül 2002). Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi.Sağlık ve Toplum, 12(3), s.56-57.
64. Sevil Ü, Saruhan A, Ertem G, Kavlak O. (Nisan 2004). Kadınların Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Anksiyete ve Depresyon Düzeylerinin ve Bunlara Etki Eden Faktörlerin İncelenmesi. DEÜ Tıp Fakültesi Dergisi, 18(2), s.69.
65. Sözeri Ç, Cevahir R, Şahin S, Semiz O. (2006). Gebelerin Gebelik Süreci ile İlgili Bilgi ve Davranışları. Sakarya.
66. Sunal N, Demiryay A. (2009). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4(12), Uşak, s. 101 -102.
67. Şahsuvar Ş. (2007). Riskli Gebeliklerde Depresyon ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi. Uzmanlık Tezi, Konya, (Danışman: Yrd. Doç. Dr. K. Marakoğlu), s. 7-8.
68. Şen C, Yayla M, Levene M. (2002). Perinatal Bakım Antalya Sonuç Bildirgesi. Perinatoloji Dergisi, 10(4), 300-307.
69. Taşkın L. (2007). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8 Baskı, Sistem ofset matbaacılık, Ankara, s.85-274
70. Taşkın L, Koç G. (2006). 1 Basamak Sağlık Kuruluşlarında Verilen Perinatoloji Hizmetlerinde Ebe ve Hemşireler. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, s. 48-49.
71. Taşpınar A. (2008). Kadın Sağlığı. Bedray Yayıncılık, İstanbul s. 454-470.
72. Tosun M, Kaya A, Kökçü A, Malatyalıoğlu E, Çetinkaya MB, Alper T. (2007). Ektopik Gebelik Olgularında Tedavi Yaklaşımları. OMÜ Tıp Dergisi 24(2): 37-38.
73. Turan C, Özcan T, Kaleli B, Danışman N, Alpaslan S, Gökmen O. (Mart-Haziran 1995). Preterm Erken Membran Rüptüründe Risk Faktörler. Perinatoloji Dergisi, 3(1). s.30.
74. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2003-2008).
75. Uskun E. (2000). Pasif içicilik. Sürekli Tıp Eğitim Dergisi.
76. Wessel H, Cnattingius S, Bengstorm S, Dupret A, Reitmaier P. (1996). Maternal Risk Faktors for Preterm Birth and Lowbirthweight in Cape Verde. Acta Obstet Gynecol Scand,75 s.360.
77. Yalınkaya A, Akdeniz N, Akay H, Yayla M, Yıldırım Z. (2004). Plasenta Previa;

Obstetrik Risk Faktörleri ve Perinatal Sonuçlar. Perinatoloji Dergisi, 12(3), s.145-148.

78. Yamaç K, Gürsoy R, Çakır N.(Eds), (2002). Gebelik ve Sistemik Hastalıklar. MN Medikal Nobel, İstanbul.
79. Yenen MC, Dede M, Göktolga Ü, Küçük T, Alabay İ, Pabuççu R. (2003). Ektopik Gebelik de Risk Faktörleri. Gülhane Tıp Dergisi, 45(3):244-248.
80. Yıldızoğlu İ, Ökten S. (2001). Gebelerin DÖB hizmetlerinden yararlanma durumları. Hemşirelik Forumu Dergisi. 4(6):51-55.

9. ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	İlknur	**Soyadı**	ÜÇÜNCÜ
Doğum Yeri	AKÇAABAT	**Doğum Tarihi**	1981
Uyruğu	T.C	**TC Kimlik No**	44524896350
E-mail	i6161hotmail.com	**Tel**	05304094062

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	**Mezuniyet Yılı**
Doktora/Uzmanlık		
Yüksek Lisans		
Lisans	İ.Ü Florence Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu	2006
Lise	Trabzon Atatürk Sağlık Meslek Lisesi	1999

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	**Kurum**	**Süre (Yıl - Yıl)**
1.	Hemşire	Antalya Atatürk Devlet Hastanesi	Kasım-2009
2.	Ebe	Sakarya Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi	Ocak-2005

Yabancı Dilleri	**Okuduğunu Anlama**	**Konuşma**	**Yazma**
İngilizce	Orta	Orta	Orta

	Sayısal	**Eşit Ağırlık**	**Sözel**
ALES Puanı	80	80	80

Bilgisayar Bilgisi

Program	**Kullanma becerisi**
Microsoft Office 2003	İyi

MARMARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ARAŞTIRMA ETİK KURULU

SAYI: B.30.2.MAR.0.01.02/AEK/201
İLGİ :

03.04.2009

Sayın : Yrd.Doç.Dr. Hatice YILDIZ ERYILMAZ

MAR-YÇ-2009-0082 protokol nolu " Yaş gruplarına göre primipar gebelerin deneyimledikleri prenatal riskler ve sonuçları " isimli projeniz Fakültemiz Araştırma Etik Kurulu tarafından incelenerek onaylanmıştır.

Prof. Dr Haner DİRESKENELİ
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Araştırma Etik Kurul Başkanı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAKARYA KADIN DOĞUM VE
ÇOCUK HASTANESİ BAŞTABİPLİĞİ

K-Q
TSE-ISO-EN
9000

Sayı : B.10.4.ISM.4.54.00-15 -500 23.03.2009

Konu : Tez Çalışması

T.C.
MARMARA ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Bilimleri Fakültesi

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Ana Bilim Dalı Başkanlığı Yüksek lisans öğrencisi İlknur ÜÇÜNCÜ' nın Kurumumuzda Yaş Gruplarına Göre Primipar Gebelerin Deneyimledikleri Prenetal Riskler ve Sonuçları başlıklı tez çalışmasını Hastanemizde yapabilir.

Gereği arz ve rica olunur.

Uz.Dr.Aydın SARI
Hastane Baştabibi

Yenidoğan Mh.Fabrika Cad. 54100 Adapazarı/SAKARYA www.sdc.gov.tr
Telefon: (0264) 2745080-85 (6 hat) Faks: (0264) 2745086