



Doğumevlerinde Riskli Gebelik Profili: İzmir İli Örneği

Risky Pregnancy Profile in Maternity Hospitals: Sample of Izmir Province

Neriman SOĞUKPINAR¹, Zehra BAYKAL AKMEŞE¹, Aytül HADIMLI¹, Melek BALÇIK², Bihter AKIN²

¹Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Ana Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

²Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Bornova, İzmir, Türkiye

ÖZ

Amaç: Bu araştırma, hastanede yatarak bakım gereksinimleri karşılanan riskli gebelere yönelik hazırlanacak bakım protokollerine alt yapı oluşturmak üzere ağırlıklı olarak hangi riskli gebeliklerin hospitalize edildiğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilmiş tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Yöntem: Araştırmaya İzmir ilinde yer alan iki doğumevinde riskli gebelik nedeniyle yatan 261 gebe dahil edilmiştir. Gebelerin sosyodemografik özellikleri ile risk profilleri sayı ve yüzde dağılımları ile verilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamına alınan gebelerin %27,6'sı 20-24 yaş arasında %37,5'i ise ilkökul mezunudur. Gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması $2,18 \pm 1,48$, gebelik haftası ortalaması $28,91 \pm 9,28$ olarak bulunmuştur. Gebelerin hospitalizasyon endikasyonları %32,2 erken doğum tehdidi, %9,1 gestasyonel diyabetes mellitus, %7,3 olarak da abortus imminens olarak saptanmıştır.

Sonuç: Riskli bir gebede hospitalizasyon, riskin anne ve fetus üzerinde yarattığı olumsuz etkilere göre değişmektedir. Gebelikte görülen risk durumları ayrı ayrı incelenerek her risk durumu için spesifik bakım protokolleri geliştirilmelidir.

Anahtar kelimeler: Riskli gebelik, ebelik, profil

ABSTRACT

Objective: This research is a descriptive study that has been realized for the purpose of formulating a background for health care maintenance protocols that will be prepared to meet the maintenance requirements of risky hospitalized pregnant and to determine the risky pregnancies that should be hospitalized.

Methods: A total of 261 pregnant hospitalized in two maternity hospitals in İzmir because of risky pregnancies were included in the study. Socio-demographic characteristics of the pregnant with their risk profiles have been supplied along with distribution of their percentages and counts.

Results: The 27.6% of the pregnant who were included in the research were between 20-24 years of age and 37.5% were primary school graduates. It has been determined that the mean total number of pregnancies per pregnant woman was 2.18 ± 1.48 and they gave birth at a mean 28.91 ± 9.28 gestational weeks. The indications for hospitalization threat of premature birth in 32.2%, gestational diabetes mellitus in 9.1% and abortus imminence in 7.3% of the pregnant.

Conclusion: The hospitalization for a risky pregnant varies according to the negative effect of the relevant risk on the mother and fetus. The risky situations during pregnancy should be examined individually and specific maintenance protocols for each risky situation must be developed.

Keywords: Risky pregnancy, midwifery, profile

GİRİŞ

Kadınlar ve çocuklar her toplumda sağlık açısından risk grubundadır. Dünyada her yıl 200 milyon kadın gebe kalmakta, yaklaşık 120 milyon bebek doğmakta

ve 7 milyona yakın bebek beş yaşına gelmeden ölmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2010 yılı verilerine göre 287.000 kadın gebeliğe bağlı komplikasyonlar nedeni ile yaşamını kaybetmiştir ⁽¹⁾. Ülkemizde anne ölüm oranı 2002 yılında yüz bin

Alındığı tarih: 10.10.2017

Kabul tarihi: 23.03.2018

Yazışma adresi: Dr. Zehra Baykal Akmeşe, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Bornova - İzmir - Türkiye

e-posta: zehra.akmese@gmail.com

doi: 10.5222/jaren.2018.037

canlı doğumda 64 iken, 2005 yılında yapılan “Ulusal Anne Ölümleri Çalışması”nda 28.5 olarak belirtilmiştir. Yürütülen birçok program ile 2013 yılında bu oran yüz bin canlı doğumda 20’ye düşürülmüştür. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 yılı verilerine göre ise, Türkiye’de meydana gelen doğumların %63’ünün herhangi bir yüksek risk kategorisinde olduğu saptanmıştır. Tüm sonuçlar anne ve bebek sağlığı açısından olumlu görünmekle birlikte, anne ölüm oranlarının daha da düşürülmesi gerektiği açıktır ⁽²⁾.

Dünyada her gün yaklaşık 800 kadın gebelikte ya da doğumda ortaya çıkan ve genellikle önlenemez olan nedenler ile yaşamını kaybetmekte ve tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de kanama, enfeksiyon, gebeliğe bağlı yüksek tansiyon (preeklampsi - eklampsi) anne ölüm nedenleri arasında ilk sırada yer almaktadır. Gebelikte doğum öncesi izlemlerin düzenli yapılmasıyla saptanan risklerin tedavisi, bu komplikasyonların önüne geçmeyi sağlamaktadır ⁽³⁾.

Genel olarak gebelikte riski önleyici doğum öncesi bakım programı, gebeliğin yedinci ayına kadar her ay, 36. haftaya kadar iki haftada bir ve daha sonra 40. haftaya veya doğuma kadar her hafta şeklindedir ⁽⁴⁾. Bu da gebelik süresince en az on doğum öncesi bakım anlamına gelmektedir. Ülkemizde doğum öncesi bakım alma oranı, Doğu bölgesinde %70, diğer bölgelerde %90’nın üzerindedir ⁽²⁾. Ancak yapılan araştırmalarda, en az bir kez doğum öncesi bakım alan herkes bakımın niteliğine bakılmaksızın doğum öncesi bakım almış kabul edilmektedir. Sütü ve ark. ⁽⁵⁾ yaptıkları araştırmada, tüm gebelerin bakım aldığını ancak verilen bakımın parametrelerine bakıldığında Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan rehberde öngörülen değerlerden daha düşük olduğunu belirlemiştir. Gebelere verilen bakımın niteliği özellikle risk grubunda olan gebelerin erken dönemde belirlenmesi ve gereken önlemlerin zamanında alınması açısından önemlidir.

Tanım olarak yüksek riskli gebelik annenin, fetüsün veya yeni doğanın yaşamını ve sağlığını tehlikeye sokan, morbidite ve mortalite oranını arttıran, fizyolojik ve psikososyal bir durumdur ⁽⁶⁾. Gebeyi, “Yüksek riskli gebe” grubuna alan komplikasyonlar; sistemik hastalıklar (diyabet, hipertansiyon, HIV), obezite, çoğul gebelik, adölesan ya da ileri yaş gebeliği vb. pek çok nedenden kaynaklanabilmektedir ⁽¹⁾.

Yüksek riskli durumların bazılarında gebelere, hem hastaneye yatmaları hem de yatak istirahati yapmaları önerilmektedir. Kesin ya da kısmi olarak önerilen yatak istirahati, yüksek riskli gebelik tanısı aldıktan sonra bebek doğuncaya kadar sürebilmektedir. Yatak istirahati sıklıkla, 20.-36. gebelik haftaları arasındaki riskli gebelere önerilmektedir ^(7,8). Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) her yıl yaklaşık 700.000 yüksek riskli gebeye yatak istirahati önerilmektedir ⁽⁹⁾. Yatak istirahatinin riskli gebelikler açısından yararı, istirahatın, uterus perfüzyonunu ve fetal dolaşımı düzenlemesi, serviks üzerindeki baskıyı azaltması ve gebeye dinlenme fırsatı yaratması şeklinde gerçekleşmektedir ⁽¹⁰⁾. Ancak gebelik döneminde yatak istirahati fetüsü olumlu yönde etkilerken, gebede fiziksel-psikososyal stres nedeni olduğu için de tüm sistemleri baskılayarak olumsuz sonuçlara yol açabilmektedir ⁽⁶⁾.

Sıvı elektrolit kaybı, kan volümünde azalma, kalsiyum kaybı, kemik kitle kaybı, kardiyak out-put ve atım hacminde azalma, kaslarda atrofi, glikoz intoleransı, pıhtılaşma faktörlerinde artma, kilo kaybı, gibi olumsuz etkiler ortaya çıkmakta ve bu etkiler gebede hazımsızlık, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, görme işitme değişiklikleri, yorgunluk, konstipasyon, özofajial reflü gibi birçok fiziksel yakınmaya neden olmaktadır ⁽¹¹⁾. Meher & Duley hipertansiyonu olan, çoğullukla hastanede ya da evde yatak istirahati önerilen 449 gebeyi inceleyen 4 araştırmayı analiz etmişlerdir. Analizin sonucunda hipertansiyonu olan gebelerde yatak istirahatinin gebe ve fetüs üzerinde olumlu etkisi olduğunu düşündüren yeterli kanıtlar elde edilememiş, aksine uzun süre yatak istirahatinin gebelerde strese yol açabileceği belirtilmiştir ⁽¹²⁾.

Gebelik, kadının biyo-psikososyal dengesinin bozulduğu, aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanmaktadır. Bu kriz, yüksek riskli gebeliklerde daha çarpıcı olarak kendini göstermektedir ⁽⁷⁾.

Riskli gebelikler; nedenlerinin çok çeşitli olduğu ve bu nedenle sınıflandırılmasının oldukça güç olduğu gebeliklerdir. Ancak riskli gebelik tanısı konmuş gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun süre hastaneye yatabilmektedirler ⁽⁸⁾. Bunun sonucunda da hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fizik-

sel ortam değişikliği, gebenin kendisinin ve bebeğin sağlık durumunda sapma, yatak istirahati nedeniyle aktivitelerinin kısıtlanması, başkalarına bağımlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler, aileden ayrılma ve belirsizlik yüksek riskli gebelerde fiziksel ve psikososyal birçok soruna da yol açmaktadır⁽⁸⁾. Yatak istirahatindeki riskli gebelerle çalışan ebe ve hemşirelerin, gebelerin yatak istirahatine bağlı olarak yaşayabilecekleri fiziksel ve psikolojik sorunları bilmesi ve bu sorunları önleyebilecek veya en aza indirecek bakım girişimlerini uygulamaları gerekmektedir⁽¹³⁾. Bu nedenle klinik gözlem ve tedavinin gerekli olduğu riskli gebelerde standart bakımı sağlayan bakım protokollerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu noktadan hareketle “Hangi gebelerin daha çok hospitalize edildiği?” sorusu araştırma sorusu olarak belirlenmiştir.

Bu araştırma, hizmet alanı gebe izlem ve bakımı olan sağlık profesyonellerine bakım protokolü geliştirme aşamasında gereksinim analizine katkıda bulunacak bir veri tabanı oluşturmak amacı ile planlanmıştır.

YÖNTEM

Araştırma, Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ile Ege Doğumevi Perinatoloji servislerinde yatan riskli gebelerin, risk profilini değerlendirmek amacıyla planlanmış kesitsel ve tanımlayıcı tipte bir araştırmadır. Araştırmanın evrenini iki doğum evinde perinatoloji servislerinde yatan riskli gebelerin tamamı oluşturmuştur. Araştırmada, örneklem seçimine gidilmemiştir. Örneklemi, 01.08.2012-31.12.2012 tarihleri arasında Buca Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi ile Ege Doğumevi Perinatoloji servislerinde yatan, araştırmanın amacı anlatıldıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul eden 261 riskli gebe oluşturmuştur.

Verinin toplanmasında araştırmacılar tarafından literatür ışığında hazırlanan anket formu kullanılmıştır. Bu anket formu; sosyodemografik verileri tanımlamaya yönelik 13 soru, tıbbi öyküyü belirlemeye yönelik 7 soru ve obstetrik öyküyü belirlemeye yönelik 15 soru olmak üzere toplam 35 sorudan oluşmaktadır. Anketler, araştırmacılar tarafından riskli gebelere yazılı onamları alındıktan sonra, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden gebelere ait veriler alınırken, gebenin araştırmaya katılmak istememesi durumunda araştırma dışı tutulmuştur. Araştırmadan elde edilen verilerin analizi bilgisayarda Statistical Package for Social Science (SPSS) 15.0 paket programı ile yapılmıştır.

Gebelerin sosyodemografik özellikleri ve tanıtıcı bilgileri ve doğumevlerine başvuran gebelerin risk profilleri sayı ve yüzde dağılımı olarak verilmiştir. Araştırma için, T.C. Sağlık Bakanlığı İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Baştabipliği Yerel Etik Kurulu’ndan yazılı izin (Tarih:13.07.2012, Karar No: 5) alınmıştır. Gebelere araştırmanın amacı anlatılmış, yazılı onamları alındıktan sonra anketler uygulanmıştır.

BULGULAR

Araştırmaya katılan gebelerin %27,6’sı 20-24 yaş grubunda, %97,3’ü evli, %58,6’sı ilk-ortaokul mezunu, %83,5’i ev hanımı, %90,8’i sosyal güvence kapsamında ve %65,1’inin gelir giderinin denk olduğu saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Bazı Sosyodemografik Özelliklerine Göre Dağılımları (N=261).

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yaş Grubu (yıl)		
15-19 yaş	29	11.1
20-24 yaş	72	27.6
25-29 yaş	58	22.2
30-34 yaş	67	25.7
35-39 yaş	22	8.4
40-44 yaş	13	5.0
Medeni Durum		
Evli	254	97.3
Bekar	7	2.7
Eğitim Düzeyi		
Okuryazar	17	6.6
İlk-Ortaokul Mezunu	143	58.6
Lise Mezunu	69	26.4
Yüksekokul/Fakülte ve Üzeri Mezun	22	8.4
Çalışma Durumu		
Ev Hanımı	218	83.5
İşçi	17	6.5
Memur	14	5.4
Serbest Çalışıyor	6	2.3
Diğer	6	2.3
Sosyal Güvence Durumu		
Evet	237	90.8
Hayır	24	9.2
Gelir Durumu		
Gelir-Giderden Düşük	72	27.6
Gelir-Gidere Denk	170	65.1
Gelir-Giderden Yüksek	19	7.3
Toplam	261	100.0

Tablo 2’de, gebelerin obstetrik özelliklerinin ortalamalarına göre dağılımları görülmektedir. Araştırmada, gebelerin toplam gebelik sayısı ortalaması 2,18±1,48, ilk gebelik yaşı ortalaması 23,02±4,89, şimdiki gebelik haftası ortalaması 28,91±9,28, toplam doğum sayısı ortalaması 1,52±1,21 olarak bulundu.

Tablo 2. Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Ortalamalarına Göre Dağılımları (N=261).

Değişkenler	n	Ort/Sd	Min-Max
Toplam gebelik sayısı	261	2.18±1.48	1.00-8.00
İlk gebelik yaşı	261	23.02±4.89	14.00-38.00
Şimdiki gebelik haftası	261	28.91±9.28	5.00-42.00
Toplam doğum sayısı	144	1.52±1.21	0.00-6.00
Yaşayan çocuk sayısı	137	1.43±1.11	0.00-6.00
Ölü doğum sayısı	18	1.27±0.46	1.00-2.00
Düşük sayısı	50	1.34±0.62	1.00-3.00
Küretaj sayısı	33	1.25±0.61	1.00-3.00

Gebelerin gebelik öncesi dönemde herhangi bir hastalık durumunun olup olmadığı değerlendirildiğinde %13,4’ünün gebelikten önce herhangi bir hastalığının olduğu, bu gebelerde en yüksek oranla sırasıyla troid hastalığı (%4,3), diyabetes mellitus (%2,3) ve hipertansiyon (%1,6) olduğu saptandı (Tablo 3).

Tablo 3. Gebelerin Gebelik Öncesi Hastalık Durumlarına Göre Dağılımları (N=261).

Değişkenler	Sayı (n)	Yüzde (%)
Gebelik Öncesi Herhangi Bir Hastalık Durumu		
Evet	35	13.4
Hayır	226	86.6
Hastalık Türü*		
Troid Hastalığı	11	4.3
Diyabetes Mellitus	6	2.3
Hipertansiyon	4	1.6
Astım	3	1.1
Bel Fıtığı	2	0.8
GİS Hastalığı	2	0.8
Epilepsi	2	0.8
Karaciğer Hastalığı	2	0.8
Kalp Hastalığı	1	0.3
Migren	1	0.3
Kan Hastalığı	1	0.3
Gebelik Öncesi Cerrahi Operasyon Geçirme Durumu		
Evet	83	31.8
Hayır	178	68.2
Toplam	261	100.0

*Yalnızca hasta olanlar alınmıştır.

Gebelerin risk durumlarına göre dağılımları incelendiğinde ise, sırasıyla en yüksek oranla %32,2’sine erken doğum tehdidi, %9,1’ine gestasyonel diyabetes

mellitus, %7,3’üne ise abortus imminens tanısı konduğu saptandı (Tablo 4).

Tablo 4. Gebelerin Risk Durumlarına Göre Dağılımları (N=261).

Riskin Durumu	Sayı (n)	Yüzde (%)
Erken Doğum Tehditi	84	32.2
Gestasyonel Diyabetes Mellitus	24	9.1
Abortus İmmineans	19	7.3
Erken Membran Ruptürü	17	6.4
Oligohidroamnios	15	5.9
Preeklampsi	15	5.7
Vajinal Kanama	14	5.2
Hipertansiyon	13	5.0
Hiperezis Gravidarum	12	4.8
Diğer Obstetrik nedenler	22	8.5
Non-obstetrik nedenler	26	9.9
Toplam	261	100.0

TARTIŞMA

Riskli gebelik tanısı konmuş gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun süre hastaneye yatabilmektedirler. Klinik gözlem ve tedavinin gerekli olduğu riskli gebelerde standart bakımı sağlayan bakım protokollerinin geliştirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu kapsamda, hangi riskli gebelik durumunun hastaneye yatışı gerektirdiği önemlidir.

Araştırmada gebelerin en fazla (%32,2) erken doğum tehdidi nedeni ile hastanede yattığı saptanmıştır. Gazmararian ve ark.’nın⁽¹⁴⁾ araştırmasında, gebelerin erken doğum tehdidi nedeni ile hastanede yatma oranları %24 olarak bulunmuştur. Erken doğumların prevalansının araştırıldığı bir araştırmada, prevalans %11,8 olarak bulunmuştur⁽¹⁵⁾. Diğer bir literatürde prevalans %5-10 olarak verilmektedir⁽¹⁶⁾. Crowther ve Han⁽¹⁷⁾, erken doğum tehdidi olan çoğul gebeliklerin ele alındığı yedi adet randomize kontrollü araştırmadan sürekli yatak istirahatinin preterm doğum ya da perinatal mortalite oranlarını azaltmadığı sonucuna ulaşmışlardır. Preterm doğum sonuçlarının değerlendirildiği bir hastane araştırmasında, erken doğum tehdidi ile hastaneye yatan gebelerin bebeklerinin %30,1’inin öldüğü, bebek ölümlerinde gebelik haftası ile fetal ağırlığın belirleyici olduğu, anneye ait enfeksiyon, hipertansiyon, kanama ve anamnezindeki önceki preterm eylemin etiolojide önemli yer tuttuğu belirtilmiştir⁽¹⁸⁾. Bu araştırmada elde edilen veriler yapılan araştırmalarla benzerlik göstermekle birlikte, erken doğum tehdidin de klinik bakım ve desteğin gerekli olduğu ve önemli bir obstetrik sorun olduğu ortaya çıkmaktadır.

Erken doğum tehdidinden sonra gebelerin en çok %9,1 oranında gestasyonel diyabet mellitus (GDM) nedeniyle hastanede yattığı görülmektedir. Genel popülasyon için verilen prevalans değeri %3-8 iken, son on yıldır giderek artış gösteren obezitenin gestasyonel diyabetin artışına da neden olduğu vurgulanmaktadır⁽¹⁹⁾. Görülme sıklığının farklı toplumlarda %1-14 olduğu GDM giderek artmaktadır^(20,21). Ülkemizde Batukan ve ark.'nın⁽²²⁾ araştırmalarında %6,2, Turgut ve ark.'nın⁽²³⁾ araştırmalarında %4,2, Özdemir ve ark.'nın⁽²⁴⁾ araştırmalarında ise bu oran %8,4 olarak bulunmuştur. Yapılan araştırmalarda, GDM tanısının oranının arttığı görülmektedir. Bunun nedeninin GDM'nin gebe ve fetus açısından meydana getireceği riskler konusunda, hem sağlık çalışanları hem de gebelerin bilinçlenmesi ve paralelinde OGTT yapılan gebelerin sayısının artmasıyla GDM'li gebelerin hemen belirlenmesi düşünülebilir. Gestasyonel diyabette erken tanı konularak kan şekerinin erken dönemde regüle edilmesi, perinatal mortalite ve morbidite oranlarını azaltmaktadır⁽²⁵⁾. Gebelikte yapılan rutin glukoz yükleme testine kadar herhangi bir semptom vermeyen GDM'nin yapılan bir araştırmada, %17 makrozomi, %10,4 hipoglisemi, %10,4 konjenital anomali ve %4,3 yenidoğan mortalitesi saptanmıştır. Bu nedenlerle GDM erken tanılanması gereken, hastanede yakın izlem ve bakım gerektiren önemli diğer bir obstetrik sorundur⁽²⁶⁾.

Gebelik süresince ortaya çıkabilecek en önemli risk durumlarından biri de preeklampsidir. Özdemir ve ark.⁽²⁴⁾ riskli gebelikler arasında preeklampsi görülme oranını %6,4, Hadımlı ve ark.⁽²⁷⁾ bu oranı %10,7 olarak belirtmişlerdir. Diğer araştırmalara göre bu araştırmada preeklampsi görülme oranının %5,6 olarak daha düşük bulunma nedeni, araştırmanın yapıldığı hastanelerin ikinci basamak kamu hastaneleri olması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Preeklampsi tüm perinatal ölümlerin %20-25'inden sorumlu tutulmaktadır. Keleş ve ark.⁽²⁸⁾ yoğun bakım ünitesine alınan obstetrik olguları inceledikleri araştırmalarında, gebelerin en çok %38,7 oranında preeklampsi nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yattıklarını belirtmişlerdir. Preeklampsi olguları komplikasyonları ile perinatal mortaliteye neden olabilmektedir. Bu nedenle genelde kapsamlı yoğun bakım üniteleri olan hastanelerde yatırılmakta ya da sevk edilmektedir. Gebelikte hipertansif bozuklukların perinatal ve fetal sonuçlarını inceleyen bir araştırmada; perinatal ve

fetal sonuçların tıbbi tanıdan çok doğum sırasındaki gebelik haftası ile belirlendiğini ortaya koymuştur⁽²⁹⁾. Bu nedenle erken doğum riski olan bu gebelerin yakın izlemi için hospitalize edilmesi özellikle fetal akciğer maturasyonu için steroid uygulaması açısından da önemlidir.

Gebeliğin ilk trimesterinde kanama ile görülen abortus imminens nedeni ile hastanede yatma oranı %7,3 olarak bulunmuştur. Literatürde de bu oranın %10-15 olduğu görülmektedir. ABD'de 2011 yılında düşük oranı doğurgan çağdaki her 1.000 kadında 16,9'dur⁽³⁰⁾. Genel olarak düşük tehdidi ile hastaneye yatan gebelere human koryonik gonadotropin, progesteron ve uterus kas gevşetici tedavi uygulanmaktadır⁽³¹⁾. Ancak, Aleman ve ark.⁽³²⁾ araştırmalarında, sürekli yatak istirahatinin abortusu önlemede etkili olmadığını belirtmişlerdir.

Erken membran rüptürü (EMR) etiyolojisi tam olarak bilinmeyen tanı ve tedavisi zor, önemli maternal, fetal ve neonatal riskler taşıyan, yaklaşım stratejileri çok çeşitli ve tartışmalı olan obstetrik bir sorundur^(33,34). Erken membran rüptürü durumunda gebenin mutlaka hastaneye yatırılarak takip ve tedavi edilmesi gerekmektedir. EMR insidansı literatürdeki araştırmalarda %3-%18,5⁽³⁵⁾ olmakla birlikte, araştırmada da hastanede yatan riskli gebelikler arasında %6,4 oranında olduğu görülmektedir. EMR nedeniyle hastanede yatış oranları literatürle paralellik göstermektedir. EMR tedavisinde kullanılan tokolitiklerin kanıta dayalı araştırmalarda maternal korioamnionitisi arttırdığı ve neonatal morbiditeyi arttırdığı bildirilmektedir⁽³⁶⁾. Bu nedenle EMR olgularında daha çok tokoliz nedeni ile yapılan hospitalizasyon da tartışılmalıdır.

Fetusün yaşamsal aktiviteleri açısından önemli bir yere sahip olan amnios mayiinin azaldığı durumlarda fetal iyilik durumu açısından gebenin hastanede yatırılarak takip edilmesi önerilmektedir⁽³⁷⁾. Araştırmada oligohidroamnios nedeniyle hastanede yatan gebelerin oranı %5,0 olarak bulunmuştur. Oligohidraamnios görülen gebelerde sezaryen ile doğum yapma, düşük doğum ağırlıklı yenidoğan ve Apgar skorunun düşük olması gibi riskler görülmektedir^(37,38). Gebenin sol lateral pozisyonda iken sağlanan maternal hidrasyonun amnion mayi miktarı üzerindeki etkisinin araştırıldığı bir araştırmada, yalnız sol yan pozisyonda

yatmanın tek başına yeterli olmadığı, yatak istirahati ile beraber oral sıvı alımının olduğu grupta amnion mayi volümünün hızla arttığını ortaya koymuştur. Bu nedenle fetüsün optimal iyilik durumu açısından oligohidroamnios görülen gebelerin hospitalizasyonunun sağlanmasının daha yararlı olacağı düşünülmektedir⁽³⁹⁾.

Erken gebelik haftalarında en sık hastaneye yatış endikasyonu olarak bildirilen hiperemesis olguları literatürde her 1.000 doğumda 14 olarak bildirilmiştir⁽¹⁵⁾. Bu gebelerde görülen metabolik ve elektrolit denge bozukluğu nedeni ile intravenöz yerine koyma tedavisi hastaneye yatışı gerektirmektedir⁽⁴⁰⁾. Araştırmada, gebelerin %4,8 oranında hiperemesis gravidarum nedeniyle hastaneye yattıkları görülmektedir. Gazmararian ve ark.'nın⁽¹⁵⁾ yaptığı araştırmada, da gebelerin hiperemesis gravidarum nedeniyle hastaneye yatış oranı %9 olarak bulunmuştur.

Gebelikte özellikle fetüs açısından ortaya çıkabilecek riskli durumlardan biri de İntrauterin Gelişme Geriliği (IUGR)'dir. Metabolik ve hematolojik bozukluklar, termoregülasyonda bozulmalar, respiratuar distres, prematüre doğum gibi akut neonatal sonuçlar nedeni ile perinatal mortaliteye ve morbiditeye nedeni olan bu durum gebenin klinikte izlemine gerektiren önemli bir obstetrik risktir⁽⁴¹⁾. Kesim ve ark.⁽⁴²⁾ araştırmalarında, tüm gebeler arasında IUGR görülme sıklığını %7,0, Yaşar ve ark.⁽⁴³⁾ prematüre doğan bebekler arasında IUGR görülme sıklığını %13,5 olarak belirtmiştir. Araştırmada IUGR görülme sıklığı %2,6 olarak bulunmuş olup, bu oranın düşük olmasının nedeni araştırmanın yalnızca hastanede yatan gebeleri kapsamı olduğu düşünülmektedir.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Doğumevlerinde riskli gebelik profilini belirlemek amacıyla yapılan bu araştırmada, gebelerin daha çok erken doğum tehdidi, gestasyonel diyabetes mellitus ve abortus imminens nedenleriyle hastanede yattıkları görülmektedir. Ancak literatür incelendiğinde, hospitalizasyonunun, gebe ve fetüs sağlığı açısından etkilerinin gebelikteki risk durumuna göre değişmekte olduğu görülmektedir. Gestasyonel diyabetes mellitusta kan şekerinin regülasyonu açısından hospitalizasyon önemli bir yere sahipken, hiperemesis gravidarum durumunda hospitalizasyonun gebe-

lerde bulantı ataklarının artmasına neden olduğu belirtilmiştir.

Araştırmanın yapıldığı hastanelerde erken doğum tehdidi, gestasyonel diyabetes mellitus, abortus imminens ve hiperemesis gravidarum tanılarına yönelik uygulanan standart bir ebelik/hemşirelik bakımı olmadığı yalnızca doktor önerileri doğrultusunda bakım gereksinimlerinin karşılandığı saptanmıştır. İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından 2014 yılında "Hemşirelik Bakım Standartları" oluşturulmuştur. Ancak "Hemşirelik Bakım Standartları" arasında riskli gebelik tanılarına özgü oluşturulmuş bakım standartları bulunmamaktadır. Bu nedenlerle gebelikte görülen risk durumları ayrı ayrı incelenerek her risk durumu için spesifik bakım protokollerinin geliştirilmesiyle gebe ve fetüsün iyilik durumunun optimum düzeye çıkarılabileceği, hem de ebelik bilimine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Hounton S, De Bernis L, Hussein J, Graham WJ, Danel I, Byass P, et al. Towards elimination of maternal deaths: maternal deaths surveillance and response. *Reprod Health* [Internet]. 2013; 10(1): 1. Available from: <http://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/1742-4755-10-1>. [CrossRef]
2. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2014), "2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması". Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Kalkınma Bakanlığı ve TÜBİTAK, Ankara, Türkiye.
3. WHO. Maternal Mortality Fact sheet [Internet]. Vol. 2015, World Health Organisation. 2015. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/> Erişim Tarihi: 10.09.2017
4. Carter EB, Tuuli MG, Caughey AB, Odibo AO, Macones GA, Cahill AG. Number of prenatal visits and pregnancy outcomes in low-risk women. *J Perinatol*. 2016; 36(3): 178-81. [CrossRef]
5. Sütlü S, Çatak B, Kılınç AS, Taşdemir B, Dinç M, Ayaş H ve ark. Doğum öncesi bakımın neresindeyiz? Toplum tabanlı bir araştırma. *Sted* 2012; 21(5): 264-70.
6. Gilbert E, Harmon, J. Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. In: Taşkın L, Ed. Ankara: Palme Yayıncılık; 2011, s.582-97.
7. Oskay YÜ. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Dergisi*. 2004; 12(1): 11-6.

8. Aydemir A, Hazar HU. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebeinin rolü. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(2): 815-33.
9. Maloni JA, Kane JH, Suen LJ, Wang KK. Dysphoria among high-risk pregnant hospitalized women on bed rest: a longitudinal study. Nurs Res. 2002; 51(2): 92-9. [\[CrossRef\]](#)
10. Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. Perinatoloji Dergisi. 2005; 13(2): 1-11.
11. Pamuk S, Arslan H. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi. 2009; 2(2): 23-32.
12. Meher S, Duley L. Rest during pregnancy for preventing pre-eclampsia and its complications in women with normal blood pressure (review) Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; (2): CD005939. [\[CrossRef\]](#)
13. Erken S, Beyece İncazlı S, Güney Kızıl E, Çevik Yöntem S, Tokem Y, Özkan B. Hemşirelik bakım standartları. İzmir İli Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, Ankara: Akademisyen Tıp Kitabevi; 2014, s.81-271.
14. Gazmararian JA, Petersen R, Jamieson DJ, Schild L, Adams MM, Deshpande AD, et al. Hospitalizations during pregnancy among managed care enrollees. Obstet Gynecol. 2002; 100(1): 94-100.
15. Mokuolu OA, Suleiman B, Adesiyun O, Adeniyi A. Prevalence and determinants of pre-term deliveries in the university of Ilorin teaching hospital, Ilorin, Nigeria. Pediatr Rep. 2010;18; 2(1): 11-4.
16. Steer P. The Epidemiology of preterm labour. BJOG. 2005; 112(1): 1-3. [\[CrossRef\]](#)
17. Crowther CA, Han S. Hospitalisation and bed rest for multiple pregnancy (review), Cochrane Database of Systematic Reviews. 2001; (1): CD000110. [\[CrossRef\]](#)
18. Onankpa BO, Isezuo K. Pattern of preterm delivery and their outcome in a tertiary hospital. International Journal of Health Sciences and Research. 2014; 4(3): 59-65.
19. Dabelea D, Snell-Bergeon JK, Hartsfield CL, Bischoff KJ, Hamman RF, McDuffie RS. Increasing prevalence of gestational diabetes mellitus (gdm) over time and by birth cohort: kaiser permanente of Colorado GDM screening program. Diabetes Care. 2005; 28(3): 579-84. [\[CrossRef\]](#)
20. Karakurt F, Çarlıoğlu A, Kasapoğlu B, Gümüş İİ. Gestasyonel diabetes mellitus tanı ve tedavisi. Yeni Tıp Dergisi. 2009; 37(26): 134-38.
21. Çakır E. Gestasyonel diabetes mellitus tanısı. Selçuk Tıp Derg. 2014; 30(1): 9-41.
22. Batukan C, Gürel C, Özgün MT, Başbuğ M. Erciyes üniversitesi tıp fakültesi hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. Erciyes Tıp Dergisi. 2009; 31(4): 323-30.
23. Turgut A, Boran SÜ, Dolgun ZN, Acioğlu H, Görük NY. Bir doğumevi gebe izlem polikliniğinde gestasyonel diyabetes mellitus sıklığı. Dicle Tıp Dergisi. 2011; 38(3): 325-28. [\[CrossRef\]](#)
24. Özdemir Ö, Sarı ME, Ertuğrul FA, Şakar VS, Özcanlı G, Atalay C. Ankara numune eğitim ve araştırma hastanesi kadın hastalıkları ve doğum kliniğine başvuran gebelerde gestasyonel diyabet sıklığı. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 2014; 24(1): 24-9.
25. Şener T. Diabetes mellitus perinatal morbidite ve mortalite. Perinatoloji Dergisi. 1993; 1: 82-9.
26. Mahalakshmi MM, Bhavadharini B, Kumar M, Anjana RM, Shah SS, Bridgette A et al. Clinical profile, outcomes and progression to type 2 diabetes among indian women with gestational diabetes mellitus seen at a diabetes center in South India. Indian J Endocrinol Metab. 2014; 18(3): 400-6. [\[CrossRef\]](#)
27. Hadımlı A, Can HÖ, Bozkurt ÖD, Saydam KB, Soğukpınar N. Ebelik öğrencilerinin klinik uygulamalarda karşılaştıkları riskli gebelikler ve bunun teorik çerçeveye uyumu. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi. 2012; 7(21): 1-17.
28. Keleş GT, Topçu İ, Kefi A, Ekici Z, Sakarya M. Yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular. Fırat Tıp Dergisi. 2006; 11(1): 62-5.
29. Yıldırım G, Güngördük K, Aslan H, Gül A, Bayraktar M, Ceylan Y. Comparison of perinatal and maternal outcomes of severe preeclampsia, eclampsia, and HELLP syndrome. J Turk Ger Gynecol Assoc. 2011, 1; 12(2): 90-6.
30. Jones RK, Jerman J. Abortion incidence and service availability in The United States, 2011. Perspect Sex Reprod Health. 2014; 46(1): 3-14. [\[CrossRef\]](#)
31. Murtaza UI, Ortmann MJ, Mando-Vandrick J, Lee AS. Management of first-trimester complications in the emergency department. Am J Health Syst Pharm. 2013;15; 70(2): 99-111.
32. Aleman A, Althabe F, Belizán JM, Bergel E., Bed rest during pregnancy for preventing miscarriage. Cochrane Database Syst Rev. 2005; 91: 200-2. [\[CrossRef\]](#)
33. Nas T, Korucuoğlu Ü, Yılmaz E. Preterm doğum ve erken membran rüptürü. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics. 2008; 1(2): 13-7.
34. Kimya Y, Uysal N, Cengiz C. Preterm erken membran rüptürü olan gebelerde kliniğimizin perinatal sonuçları. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi. 2008; 34(2): 71-7.



35. Garite TJ. Premature rupture of the membranes. In: Creasy RK, Rcsnik R, Eds. *Maternal and fetal medicine, principles and practice*. Philadelphia: WB Saunders; 1994, p.625-38.
36. Mackeen AD, Seibel-Seamon J, Grimes-Dennis J, Baxter JK, Berghella V. Tocolytics for preterm premature rupture of membranes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011; (10): CD007062. [\[CrossRef\]](#)
37. Bhagat M, Chawla I. Correlation of amniotic fluid index with perinatal outcome. *J Obstet Gynaecol India*. 2014; 64(1): 32-5. [\[CrossRef\]](#)
38. Souza AS, de Andrade LR, da Silva FL, Cavalcanti AN, Guerra GV. Maternal and perinatal outcomes in women with decreased amniotic fluid. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2013; 35(8): 342-8. [\[CrossRef\]](#)
39. Ülker K, Çiçek M. Effect of maternal hydration on the amniotic fluid volume during maternal rest in the left lateral decubitus position a randomized prospective study. *Journal of Ultrasound in Medicine*. 2013; 32(6): 955-61. [\[CrossRef\]](#)
40. Boelig RC, Berghella V, Kelly AJ, Barton SJ, Edwards SJ. Interventions for treating hyperemesis gravidarum (protocol). *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2013; (6): CD010607.
41. Longo S, Bollani L, Decembrino L, Di Comite A, Angelini M, Stronati M. Short-Term and long-term sequelae in intrauterine growth retardation (IUGR). *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2013; 26(3): 222-5. [\[CrossRef\]](#)
42. Kesim M, Karlık İ, Ustaoglu M, Erdoğan H. Kliniğimizdeki düşük doğum ağırlıklı bebeklerin saptanması. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*. 1997; 7(3): 143-8.
43. Yaşar F, Aygün AD, Soylu F, Kocabay K, Güvenç H. Prematüre bebeklerde intrauterin büyüme geriliği ve sıklığı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr*. 1997; 6(1): 9-12.