

**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ PINARBAŞI İLÇE DEVLET HASTANESİ  
ACİL SERVİSİNDE VE PINARBAŞI 112 MERKEZİNDE  
ÇALIŞAN HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİNE  
VERİLEN ACİL OBSTETRİK BAKIM EĞİTİMİNİN  
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hazırlayan  
Yeter ŞENER**

**Danışman  
Yrd. Doç. Dr. Evrim BAYRAKTAR**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Mart 2018  
KAYSERİ**

**T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**

**KAYSERİ PINARBAŞI İLÇE DEVLET HASTANESİ  
ACİL SERVİSİNDE VE PINARBAŞI 112 MERKEZİNDE  
ÇALIŞAN HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİNE  
VERİLEN ACİL OBSTETRİK BAKIM EĞİTİMİNİN  
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Hazırlayan  
Yeter ŞENER**

**Danışman  
Yrd. Doç. Dr. Evrim BAYRAKTAR**

**Yüksek Lisans Tezi**

**Mart 2018  
KAYSERİ**

## BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi, bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Adı-Soyadı: Yeter ŞENER

İmza:



**YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI**

**“Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisinde ve Pınarbaşı 112 Merkezinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personeline Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi”** isimli Yüksek Lisans Tezi Erciyes Üniversitesi Lisansüstü Tez Önerisi ve Tez Yazma Yönergesi'ne uygun olarak hazırlanmıştır.

**Tezi Hazırlayan****Yeter ŞENER****Danışman****Yrd. Doç. Dr. Evrim BAYRAKTAR****Anabilim Dalı Başkanı****Prof. Dr. Sultan TAŞÇI**



## KABUL ve ONAY SAYFASI

Yrd. Doç. Dr. Evrim BAYRAKTAR danışmanlığında Yeter ŞENER tarafından hazırlanan “Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisinde ve Pınarbaşı 112 Merkezinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personeline Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalında **Yüksek lisans Tezi** olarak kabul edilmiştir.

..... / ..... / 2018

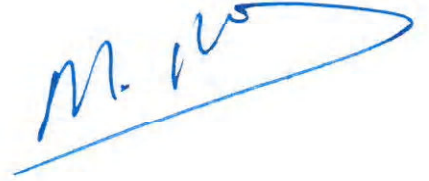
### JÜRİ :

Danışman: Yrd. Doç. Dr. Evrim BAYRAKTAR  
(Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A. B.D)

### İmza:



Üye: Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER  
(Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi  
Doğum- Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği A. B.D)



Üye: Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK  
(Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi  
Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu)



### ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun .....tarih ve.....sayılı kararı ile onaylanmıştır.

**Prof.Dr. Aykut ÖZDARENDELİ**  
Enstitü Müdürü

## TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın gerçekleőmesine katkılarından dolayı baőta değerli danıőmanım Yrd. Doç. Dr. Evrim Bayraktar olmak üzere Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği oğretim üyelerine, tezime uzman görüşleriyle katkı sağlayan Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER, Op. Dr. Mustafa Kemal DERMAN, Yrd. Doç. Dr. şenay TOPUZ, Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK, Yrd. Doç. Dr. Figen Alp YILMAZ' a, tezimin istatistikleri için desteklerinden dolayı Doç. Dr. Ferhan ELMALI' ya, çalışmanın yürütülmesine izin veren Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi ve Pınarbaşı 112 Merkez istasyonuna, emeklerini ve desteklerini esirgemeyen mesai arkadaşlarıma, çalıőmalarım süresince birçok fedakârlıklar gösterip beni destekleyerek her an yanımda olduklarını hissettiren anneme ve Yrd. Doç. Dr. Ayşe şENER TAPLAK' a teőekkürlerimi sunuyorum.

**KAYSERİ PINARBAŞI İLÇE DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİSİNDE VE  
PINARBAŞI 112 MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİM DIŞI SAĞLIK  
PERSONELİNE VERİLEN ACİL OBSTETRİK BAKIM EĞİTİMİNİN  
ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

**Yeter ŞENER**

**Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Yüksek Lisans Tezi, Mart 2018**

**Danışman: Yrd. Doç. Dr. Evrim BAYRAKTAR**

**ÖZET**

Anne ve fetus yaşamını tehdit eden, acil müdahale gerektiren durumda verilen hizmetler bütünü olarak tanımlanan Acil Obstetrik Bakım (AOB), her yıl dünyada 9 milyondan fazla kadında obstetrik komplikasyonlar gelişmesi ve bunların pek çoğunda da kalıcı sekeller oluşması nedeniyle oldukça önemlidir. AOB sistemi, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü)' nün anne ölümlerini azaltmak amacıyla ülkeler tarafından kurulmasını önerdiği en önemli alt yapı modeli olmakla birlikte güvenli annelik programı da sık görülen obstetrik ölüm nedenlerinin yönetiminde AOB hizmetlerine ulaşılabilirliğin önemini vurgulamaktadır. Sağlık çalışanları AOB vermede anne ve bebek için birincil göreve sahiptir. Bu nedenle sağlık çalışanlarının, AOB' da anne ve fetus sağlığının korunması, komplikasyonların önlenmesi, gerektiğinde hızlı bir şekilde müdahale edebilmeleri için bilgi düzeylerinin yeterli olması gerekmektedir. Bu araştırma, acil serviste ve 112 istasyonunda çalışan hekim dışı sağlık personeline acil obstetrik bakıma ilişkin verilen eğitimin bilgi düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla ön test- son test yarı deneysel desende yapılan bir çalışmadır. Araştırmanın örneklemini serviste ve merkez istasyonunda aktif olarak çalışan 30 kişi oluşturmuştur. Çalışma için etik kurul onayı ve hekim dışı sağlık personellerinden bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Hekim dışı sağlık personellerine Acil Obstetrik Bakım eğitimi verilmiştir. Veriler, hekim dışı sağlık personellerinin tanıtıcı bilgilerini içeren "Tanıtıcı özellikler Formu" eğitim öncesi ve sonrası uygulanan acil obstetrik bakıma ilişkin bilgi düzeylerini sorgulayan "Acil Obstetrik Bakım Bilgi Düzeyi Soru Formu" kullanılarak toplanmıştır ve eğitim öncesi AOB eğitim broşürü dağıtılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırmalar için McNemar testi kullanılmıştır. Çalışmaya katılan sağlık personelinin eğitim öncesi ve sonrası AOB' ye ilişkin bilgi düzeyleri değerlendirilmiş olup, eğitim öncesi bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Eğitim sonrasında ise bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Daha önceden eğitim alan ve daha önceden eğitim almayan sağlık personellerinin eğitim öncesi bilgi düzeyleri incelendiğinde, bilgi düzeylerinin düşük olduğu tespit edilmiştir. Verilen eğitim sonrasında ise AOB' ye ilişkin bilgi düzeylerinin arttığı belirlenmiştir. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıdır ( $p<0.05$ ). Daha önceden eğitim alan sağlık personelleriyle daha önceden eğitim almayan sağlık personelleri arasındaki eğitim öncesi ve eğitim sonrası bilgi düzeylerinin karşılaştırılmasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).

Sonuç olarak sağlık personellerine verilen AOB eğitiminin bilgi düzeyleri üzerine etkili olduğu söylenebilir.

**Anahtar kelimeler:** Acil obstetrik bakım; eğitim; fetus; obstetrik komplikasyonlar.

**EVALUATION OF THE EFFECT OF EMERGENCY OBSTETRIC CARE  
TRAINING PROVIDED TO NON-PHYSICIAN HEALTHCARE  
PROFESSIONALS WORKING IN THE KAYSERİ PROVINCE PINARBAŞI  
DISTRICT STATE HOSPITAL'S EMERGENCY DEPARTMENT AND  
PINARBAŞI 112 EMERGENCY CALL CENTER**

**Yeter ŞENER**

**Erciyes University, Institute of Health Sciences**

**Master's Thesis, March 2018**

**Supervisor: Assist. Prof. Dr. Evrim BAYRAKTAR**

**ABSTRACT**

Emergency Obstetric Care (EmOC), which is defined as the services provided in conditions that threaten the life of mother and fetus and which requires emergency intervention, is of great importance due to the development of obstetric complications in more than 9 million women every year in the world, causing permanent disabilities in most of them. The EmOC system is the most important model of infrastructure that WHO (World Health Organization) recommends to be implemented by countries in order to reduce maternal mortality, and the safe motherhood program emphasizes the importance of accessibility to EmOC services in the management of common causes of obstetric mortality. Healthcare professionals have the primary mission in the provision of EmOC for the mother and the baby. For this reason, it is necessary for the health professionals to have adequate knowledge to protect the health of the mother and fetus, to prevent complications, and to intervene quickly when necessary. This study was conducted in a pretest-posttest quasi-experimental research design to determine the effect of training on emergency obstetric care provided to health professionals other than physicians working in the 112-emergency call center station. The sample of the study consisted of 30 people working actively in the service and central station. Ethics committee approval and informed consent health personnel other than physicians were obtained for the study. Emergency Obstetric Care training was provided to non-physician health personnel. The data were collected using the "Introductory Characteristics Form" about the non-physician healthcare workers's introductory characteristics, "Emergency Obstetric Care Knowledge Level Questionnaire", which questions their levels of knowledge about the emergency obstetric care before and after the training, and an EmOC training brochure was distributed before the training. In the evaluation of the data, McNemar test was used for pre- and post-training comparisons. The EmOC-related knowledge levels of the health personnel participating in the study were evaluated before and after the training and it was found that although the pre-training knowledge levels were low, their knowledge levels were high after the training with a statistically significant difference ( $p < 0.05$ ). When the pre-training knowledge levels of the healthcare workers with and without a previous training experience in this regard, their levels of knowledge were found to be low. After the training, however, their knowledge levels were found to be high and the difference was statistically significant ( $p < 0.05$ ). And no statistically significant difference between the pre- and post-training levels of knowledge between health personnel who had and hadn't received training previously ( $p > 0.05$ ). As a result, it can be said that the EmOC training given to the healthcare professionals is effective on their level of knowledge.

**Keywords:** Emergency obstetric care; training; fetus; obstetric complications

## İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK.....	i
YÖNERGEYE UYGUNLUK ONAYI.....	ii
KABUL ve ONAY SAYFASI .....	iii
TEŞEKKÜR .....	iv
ÖZET .....	v
ABSTRACT .....	vi
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR ve SİMGELER.....	ix
TABLolar LİSTESİ.....	x
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xii
1. GİRİŞ ve AMAÇ .....	1
2. GENEL BİLGİLER .....	4
2. 1. ACİL OBSTETRİK BAKIM .....	4
2. 2. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR.....	4
2. 3. ACİL OBSTETRİK BAKIMDA EKİP YAKLAŞIMI.....	6
2.4. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETLERİNDE VERİ TOPLAMA ve KAYIT .....	6
2. 5. ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK.....	7
2. 6. ACİL AMBULANS HİZMETİ.....	7
2. 7. ACİL OBSTETRİK BAKIM GEREKTİREN DURUMLAR ve YÖNETİMİ.....	8
2. 7. 1. Kanamalar .....	8
2. 7. 2. Amniotik Sıvı Embolisi .....	12
2. 7. 3. Gebelikte Hipertansif Durumlar .....	13
2. 7. 4. Enfeksiyon ve Sepsis .....	14

2. 7. 5. Erken Memran Ruptürü .....	15
2. 7. 6. Gebelikte Karın Ağrısı.....	16
2. 7. 7. Abortuslar.....	17
2. 7. 8. Doğum Komplikasyonları.....	18
2. 8. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETİ SUNUMUNDA KARŞILAŞILAN ENGELLER .....	19
2. 8. 1. Acil Obstetrik Bakım Hizmeti Almada Gecikme Modelleri .....	19
3. GEREÇ ve YÖNTEM.....	21
3. 1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ.....	21
3. 2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERLER VE ÖZELLİKLERİ.....	21
3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ.....	21
3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI .....	21
3. 5. ÇALIŞMADA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER .....	26
3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ .....	26
3. 7. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ.....	27
3. 8. ÇALIŞMA TAKVİMİ .....	28
4. BULGULAR .....	29
5. TARTIŞMA ve SONUÇ.....	42
6. KAYNAKLAR.....	48
EKLER	
ÖZGEÇMİŞ	

**KISALTMALAR ve SİMGELER**

<b>AOB:</b>	Acil Obsetrik Bakım
<b>ATT:</b>	Acil Tıp Teknisyeni
<b>CVP:</b>	Santral venöz basınç
<b>DSÖ:</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DIC:</b>	Dissemine intravasküler koagülasyon
<b>EMR:</b>	Erken membran rüptürü
<b>KB:</b>	Kan Basıncı
<b>Rh:</b>	Rhesus faktörü
<b>Paramedik:</b>	Ambulans ve acil bakım teknikeri
<b>USG:</b>	Ultrasonografi

## TABLOLAR LİSTESİ

<b>Tablo 2. 1.</b> Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakımında Hedeflenen İşlevler.....	5
<b>Tablo 2. 2.</b> Erken Gebelik Döneminde Kanamaya Neden Olabilecek Olası Durumlar .....	9
<b>Tablo 2. 3.</b> Postpartum Kanama Etiyolojisi ve Risk Faktörleri.....	11
<b>Tablo 2. 4.</b> Gebelikte Hipertansif Hastalıkların Sınıflandırılması .....	13
<b>Tablo 2. 5.</b> Gebelikte Akut Karının Obstetrik Nedenleri .....	17
<b>Tablo 3.1:</b> Acil Obstetrik Bakım Bilgi Düzeyi Soru Formundaki Bazı Sorular ve Cevapları.....	27
<b>Tablo 4.1.</b> Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı .....	30
<b>Tablo 4. 2.</b> Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'la İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı .....	31
<b>Tablo 4.3.</b> Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'nin Tanımı ve Kapsamına İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı .....	32
<b>Tablo 4.4.</b> Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı.....	33
<b>Tablo 4.4.</b> Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı (Devamı).....	34
<b>Tablo 4.5.</b> Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Sırası ve Sonrası Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı .....	35
<b>Tablo 4.6.</b> Daha Önce AOB Eğitimi Alan ve Almayan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'ye ve Doğum Öncesi Dönemde AOB Gerektiren Durumlara İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı .....	36
<b>Tablo 4.6.</b> Daha Önce AOB Eğitimi Alan ve Almayan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'ye ve Doğum Öncesi Dönemde AOB Gerektiren Durumlara İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı (devamı).....	37



- Tablo 4.7.** Daha Önce AOB Eğitimi Alan ve Almayan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Sırası ve Sonrası Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı..... 39
- Tablo 4.8.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası AOB Bilgi Düzeylerinin Dağılımı ..... 41



**ŞEKİLLER LİSTESİ**

<b>Şekil 3.1.</b> Araştırmanın Akış Şeması.....	23
---	----



## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Kadın hayatının önemli gelişimsel dönemlerinden biri olan gebelik ve doğum her ne kadar fizyolojik bir süreç olsa da doğum öncesi, sırası ve sonrasında anne ölümleri görülebilmektedir (1-3). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) her gün 800 kadının, doğum komplikasyonları nedeni ile hayatını kaybettiğini bildirmektedir (4). Binyıl Kalkınma hedeflerinden beşincisi olan 'Anne sağlığını iyileştirmek' hedefinde, dünyada anne ölümlerini 1990-2015 yılları arasında %75 oranında azaltmak ve üreme sağlığı hizmetlerine evrensel erişimin sağlanması olmasına karşın bu süreçte anne ölümlerinin sadece %45 oranında azaldığı belirlenmiştir (5, 6). Anne ölüm oranlarında düşüşler olmasına rağmen bu düşüşün, Binyıl Kalkınma Hedefleri'nden oldukça uzak olduğu ve anne ölüm oranlarının dünyada halen yüksek olduğu bildirilmektedir (7). Anne ölüm nedenleri özellikle gelişmekte olan ülkelerde şiddetli kanama, hipertansiyon, sepsis, güvensiz kürtaj ve emboli gibi özenli bir doğum öncesi/sonrası bakım ya da basit hayat kurtarıcı tedbirlerle büyük ölçüde engellenmesi mümkün olan obstetrik komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır (8). Gebe kadınların %15'inin acil obstetrik bakıma ihtiyaç duyan obstetrik komplikasyonlar yaşadığı ve dünyada her yıl 9 milyondan fazla kadının obstetrik komplikasyonlar nedeniyle yaşamını yitirdiği bildirilmektedir (9-12). Bu nedenle özellikle düşük gelirli ülkelerde anne sağlığı programlarının acil obstetrik bakıma (AOB) odaklanması vurgulanmaktadır (12-14). AOB gebelerin sağlık kuruluşlarına başvurduklarında hızlı bir şekilde ilk değerlendirmelerinin yapılmasını, kendilerinin ya da bebeklerinin hayatlarını tehdit eden belirti ve bulguların varlığında ilk tedavilerini almalarını, gerekli ise durumları stabilize edildikten sonra daha üst düzey bir sağlık kuruluşuna sevk edilmesini kapsamaktadır (15, 16).

Acil obstetrik komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerdeki anne ölümlerinin ana nedenlerinden biridir (12). Ülkemiz doğurgan çağdaki kadın nüfusunun fazla olduğu gelişmekte olan bir ülkedir. Sağlık Bakanlığının 2016 yılı Sağlık İstatistiği verilerine göre ülkemizde anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 14.7 ile gelişmiş ülkelerin oldukça gerisindedir (17,18). Ülkemizdeki maternal mortalite nedenlerine bakıldığında %19.2'sinin kanama, %13.6'sının toksemi, %12.2'sinin emboli, %6.6'sının doğrudan enfeksiyon; %20.7'sinin kardiyovasküler, %3.8'sinin serebrovasküler, %9.9'unun dolaylı enfeksiyon hastalıkları, %1.4'ünün neoplazmlar, %8.5'inin diğer dolaylı nedenler ve %2.8'inin tanı konulamayan nedenlerden kaynaklandığı tespit edilmiştir (19). Anne ölümlerinin %27.5'inin ikinci basamak, %62.9'unun üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, %2.3'ünün ise sevk esnasında meydana geldiği saptanmıştır (10).

Anne ölümlerini azaltmak amacıyla dünyada ve ülkemizde çeşitli programlar uygulanmaktadır. Bunlardan biri olan “Güvenli annelik” programında, ilerlemeyen doğum eylemi, kanama, güvensiz düşük, eklampsi, enfeksiyon ve benzeri sıklıkla görülen obstetrik ölüm sebeplerinin yönetiminde AOB hizmetlerine ulaşılabilirliğin önemi vurgulanmaktadır (20). Bu doğrultuda her gebe kadının AOB sağlayan sağlık tesislerine erişiminin sağlanması büyük önem taşımaktadır. AOB mevcut değilse, erişilemiyorsa ya da kullanılmıyorsa ne etkin prenatal bakım ne de risk tanımlama, anne ölümlerini azaltmaya yardımcı olamaz. Kanıtlar, doğumda kalifiye olan sağlık personeline ulaşmanın ve AOB hizmetlerine sevk hizmetinin zamanında sağlanmasının anne ölümlerini ve morbiditeyi radikal bir şekilde azaltabileceğini göstermektedir (11, 21- 24).

Acil servis hizmetleri bireylerin her türlü şikâyetinde acil başvuru yapabileceği birinci basamak sağlık kuruluşları olmaları nedeniyle sağlık hizmetleri içinde önemli bir yere sahiptir (25). Bu nedenle acil servislerde ve 112 merkezlerinde görev yapan sağlık çalışanları AOB sunmada anne ve bebek için birincil göreve sahiptir. (15). Obstetrik hizmetlerin sunumunda acil durumların tanı ve tedavisinde gecikme, acil sevk sırasında ortaya çıkan sorunlar, hasta ve ailesini aydınlatma eksikliği, onam eksikliği, kayıt tutulmasında eksiklikler ve hastayı yetkisiz kişiye devretmek gibi durumlar sağlık personeli tarafından yapılan hatalı uygulamalar arasında yer almaktadır (26). Yapılan çalışmalar, en fazla malpraktis davasının doğum alanında olduğunu göstermektedir (27). Bununla birlikte AOB hizmetlerine erişimin sağlanması ve konu ile ilgili sağlık personelinin eğitilmesinin anne ölümlerini azalttığı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur

(21-24). Spitzer; Kenya'da sağlık uzmanları için AOB eğitim programının maternal ve neonatal morbidite ve mortalite üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada, eğitimden sonra oksitosin kullanımı ve doğum sonu kanamaların doğru yönetiminde artış olduğunu belirlemişlerdir (28). Austin ve arkadaşları; çalışmalarında kaliteli acil obstetrik bakım sunumunun önündeki en büyük engellerden birinin sağlık personelinin hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim yetersizliği olduğunu bildirmişlerdir (29).

Bu doğrultuda AOB'de anne ve dolayısıyla fetüs sağlığının korunması, komplikasyonların önlenmesi, gerektiğinde hızlı bir şekilde müdahale edilip mortalite ve morbiditenin önlenmesi için sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin yeterli olması beklenmektedir (15). Yapılan literatür taramasında Türkiye'de acil servislerde ve istasyonlarda çalışan sağlık personelinin AOB' a ilişkin bilgi düzeylerini belirleyen ve bilgi eksikliklerini gidermeye yönelik bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu alışma hekim dışı sağlık personeline verilen acil obstetrik bakım eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2. 1. ACİL OBSTETRİK BAKIM

Acil obstetrik bakım gebelik süreci, doğum ve doğumdan sonraki ilk 42 gün içerisinde anne ve fetüs yaşamını tehdit eden ve acil müdahale yapılması gerekli durumlarda verilen hizmetlerin bütünüdür (30). AOB gebelik nedeniyle gelişen komplikasyonlarda anne ve bebeğin hayatının kurtarılmasını amaçlamaktadır (10).

### 2. 2. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETİ SUNAN KURULUŞLAR

Acil obstetrik bakım, sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin ilk değerlendirmelerinin yapılmasını; mümkünse başvurduğu sağlık kuruluşunda ilk tedavileri almalarını; gerekli ise durumları stabilize edildikten sonra daha üst düzey bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelerini, sağlığı tehdit eden komplikasyonlara müdahaleyi ve güvenli kan naklini içermektedir (31). AOB hizmetlerinin kabul edilebilir minimum düzeyinin sağlanması için her 500.000 nüfusa en az dört temel acil obstetrik bakım ve bir adet kapsamlı acil obstetrik bakım tesisi önerilmektedir (12, 32). AOB hizmeti veren kuruluşlar üç kısma ayrılmaktadır;

**a) İlk Yardım/Sevk Kuruluşları:** İlk basamak sağlık kuruluşlarıdır. Ayaktan ilk yardım ve sevk hizmetleri verilir (15).

**b) Temel AOB Kuruluşları:** Bu kuruluşlarda komplike olmayan travay takibi ve doğum yönetimi, ayrıca 24 saat temel obstetrik ultrasonografi (USG), non-stress test (NST) ve rutin laboratuvar tetkikleri ve zorunlu durumlarda ise riskli doğumların takibi yapılır. Buna ek olarak gerektiğinde kan transfüzyonu ve sağlıklı yenidoğan bakımı gerçekleştirilir. Bu kuruluşlar tam zamanlı kadın hastalıkları ve doğum uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve ebenin yanı sıra bir anestezi teknisyeni ile birlikte 7 gün/24 saat temel AOB hizmeti verip, ilk yardımı sağlayarak ve gerekli durumlarda hastayı kapsamlı bir AOB kuruluşuna sevk edebilmelidir (10).

**c) Kapsamlı AOB Kuruluşları:** Bu kuruluşlarda hastane bünyesinde en az bir veya yeterli sayıda kadın hastalıkları ve doğum, çocuk sağlığı ve hastalıkları, anestezi uzmanı/

teknisyeni bulunur. Hastane bünyesinde en az ikinci basamak yenidoğan ve aynı ilde 2. basamak erişkin yoğun bakım ünitesi bulunur. Bunun yanı sıra kritik kan stok seviyesinin korunduğu transfüzyon merkezi yer alır (33). Bu kuruluşlarda tüm komplikasyonlu doğumlar ve sezaryen/sezaryen dışı diğer obstetrik ameliyatlara yapılır. Bu kuruluşlar kuvöz ile donatılmış bir yenidoğan servisi bulundurmalı, güvenli kan nakli yapabilmeli ve 7 gün/24 saat hizmet sağlayabilmelidir (15).

Acil obstetrik ve yenidoğan bakımında hedeflenen işlevler Tablo 2.1'de yer almaktadır (34, 35).

**Tablo 2. 1.** Acil Obstetrik ve Yenidoğan Bakımında Hedeflenen İşlevler

Boyut	Obstetrik Bakım	Yenidoğan Bakımı
<b>Sağlık Kurumu özellikleri</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 7gün/24 saat sağlık hizmeti sunumu</li> <li>✓ Yeterli yetenekli personel</li> <li>✓ Üst düzey bakıma sevk hizmeti</li> <li>✓ İletişim araçları</li> <li>✓ Güvenilir elektrik ve su temini, ısıtma ve temiz tuvaletler vs.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Obstetrik bakımda olduğu gibi</li> </ul>
<b>Rutin (acil olmayan) bakım</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Partograph'ları kullanarak doğumun izlenmesi ve yönetimi</li> <li>✓ Enfeksiyon önleme tedbirleri</li> <li>✓ Doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimi</li> <li>✓ Termal koruma</li> <li>✓ Anında emzirme ve bireysel emzirme</li> <li>✓ Hijyenik kord bakımı dahil enfeksiyon önleme</li> <li>✓ Preeklampsi için parenteral magnezyum sülfat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Termal koruma</li> <li>✓ Anında emzirme ve özel emzirme</li> <li>✓ Hijyenik kord bakımı dahil enfeksiyon önleme</li> </ul>
<b>Temel acil bakım</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Yardımlı vajinal doğum</li> <li>✓ Anne enfeksiyonu için parenteral antibiyotikler</li> <li>✓ Kanama için parenteral oksitosikler</li> <li>✓ Plasentanın manuel olarak çıkarılması</li> <li>✓ Aile planlaması ürünlerin çıkarılması</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Yenidoğan resüsitasyonu</li> <li>✓ Preterm doğumda kortikosteroidler</li> <li>✓ Preterm veya uzun süreli Erken membran rüptürü (EMR) için antibiyotikler</li> <li>✓ Düşük doğum ağırlıklı prematüre yenidoğanlar/term yenidoğanlar için kanguru bakımı</li> <li>✓ Emzirmeyle ilgili alternatifler</li> <li>✓ Yenidoğan sepsisinde enjekte edilebilir antibiyotikler</li> </ul>
<b>Kapsamlı acil bakım</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Cerrahi, anestezi dâhil</li> <li>✓ Kan nakli</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ İntravenöz sıvılar</li> <li>✓ Oksijen uygulaması</li> </ul>

### 2.3. ACİL OBSTETRİK BAKIMDA EKİP YAKLAŞIMI

Acil obstetrik bakım hizmetleri üreme sağlığı içerisinde yer alır ve farklı bilgi ve beceriye sahip bireylerin iş birliği içerisinde olmasını gerektiren karmaşık bir süreci ifade etmektedir. Bu süreç AOB hizmetini alan kişilerin acil olarak sağlık kuruluşuna gelişi, değerlendirilmesi, durumunun stabilize edilmesi, kesin tedavi alması veya gerekiyorsa bir üst kuruluşa sevk edilmesi, iyileşmesi ve taburcu edilmesini içermektedir (36). Kurumun etkin ve hızlı bir şekilde acil hizmetleri sunabilmesi çok önemlidir ve bu nedenle AOB personelinin birbirleriyle uyum içerisinde ekip anlayışıyla hareket etmesi gerekmektedir (37). AOB hizmetlerinde kurumsal ve acil hizmet ekibi yer almaktadır;

**Kurumsal Ekip:** Kurumu acil duruma hazırlar. Bu ekip içerisinde AOB hastası ile destek ve klinik personelden oluşan kayıt memuru, danışma memuru, kapı görevlisi, şoför, temizlik personeli, laboratuvar teknisyeni, hemşire, ebe ve doktorlar yer almaktadır.

**Acil Hizmet Ekibi:** Yenidoğan ve obstetriyle ilgili acil bir durum olduğunda harekete geçer. Hemşire, ebe, anestezi uzmanı, laboratuvar teknisyeni, sağlık memuru, doktor, acil tıp teknisyeni (ATT), ambulans ve acil bakım teknikeri (paramedik), şoför ve ilgili diğer kişileri içeren klinik ve destek personelinden oluşan ekibi içerir. Acil hizmet birimi, kurumsal ekibin alt grubu olarak işlev yapar (36).

### 2.4. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETLERİNDE VERİ TOPLAMA ve KAYIT

AOB hizmetlerinde gebelik ve doğum kayıtlarının tutulması çok önemlidir. DSÖ, AOB hastasının hastaneye yatışından taburcu olana kadar tüm bilgilerinin tek bir kayıt olarak “Anne Kaydı” adı altında toplanmasını önermektedir (16). DSÖ, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA) ve Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) bu sorunu ortadan kaldırmak için süreç göstergesi oluşturulmasını önermiştir. Bu göstergelerin geniş araştırmalarda ve seçilmiş hastanelerdeki hizmetlerin değerlendirilmesinde kullanılmasının; AOB hizmetlerinin ulaşılabilirliği, kullanımı, değerlendirmesi ve kalitesindeki değişimlerin izlenmesinde oldukça yararlı oldukları belirlenmiştir (38). Altı adet olan bu süreç göstergeleri; AOB hizmeti veren kuruluşların sayısını ve yoğunluğunu, kuruluşların yerleşimlerinin uygunluğu bakımından değerlendirilmesini, AOB hizmeti veren kuruluşlardaki doğumların bütün doğumlara oranını, karşılanmış olan AOB hizmet ihtiyacını, sezeryanla olan doğumların bütün doğumlara oranını ve doğumlara bağlı vaka ölüm hızını içermektedir (39).



## **Ülkemizde hastanelerde tutulan veri ve kayıtlar şunlardır;**

**Hasta kişisel kayıtları:** Annenin kişisel bilgileri, öyküsü, tanısı, obstetrik komplikasyonları (kanama, pre-eklampsi vb.), uygulanan tedavisi, gebeliğin sonlanma şekli, doğumun sonucu ve bebeğin kilosunu içeren kayıtlardır (16).

**Acil Polikliniği Kayıtları:** Poliklinik muayene defteri, hasta kabul kayıt defteri, non-stress test sonuçları dosyası, adli vaka işlemleri dosyası, doğum odası, hasta protokol defteri, normal doğum formu, hepatit B ve K vitamini aşı formları, doğum sonrası sevk kayıt defteri, bebek ölüm bildirim defteri, bebek ölümü kayıt defteri kadın-doğum servisi, hasta protokol defteri, doktor istemi ve tedavi kayıtları defterinden oluşturulan kayıtlardır (16).

### **2. 5. ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK**

Acil obstetrik bakımda yapılan sevkler doğum öncesi, doğum eylemi sırasında ve doğumdan sonraki dönemde yapılan sevkleri içermektedir. Obstetrik komplikasyonların olduğu durumlarda hizmetlerin 7 gün/ 24 saat alınabilmesini sağladığından anne ölümlerinin azaltılmasındaki en önemli adımlardan biri sevk sisteminin iyileştirilmesidir (16).

### **2. 6. ACİL AMBULANS HİZMETİ**

Sağlık kuruluşlarına ulaşım aracı olarak tanımlanan 112 acil ambulans sistemi, faaliyetlerini 3 bölüm altında devam ettirmektedir (36):

**1) A Tipi 112 Acil Ambulans Hizmetleri:** 24 saat boyunca aralıksız bir şekilde yalnızca ambulans hizmeti verir. Gereksinime göre birden fazla ekip ve ambulans bulundurur. Ekip içerisinde hekim varsa A1 tipi istasyon, ekip içerisinde hekim yoksa A2 tipi istasyon olarak adlandırılır.

**2) B Tipi 112 Acil Ambulans Hizmetleri:** Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak aralıksız ambulans ve acil servis hizmeti verilir. Hastane acil servisi ile entegre olanlar B1 tipi istasyon, birinci basamak sağlık kuruluşları ile entegre olanlar ise B2 tipi istasyon olarak adlandırılır.

**3) C Tipi 112 Acil Ambulans Hizmetleri:** Gereksinime göre günün belirlenen saatlerinde yalnızca ambulans hizmeti verilir (40).

## **2. 7. ACİL OBSTETRİK BAKIM GEREKTİREN DURUMLAR ve YÖNETİMİ**

Acil obstetrik bakım gerektiren durumlar başlıklar halinde aşağıda özetlenmiştir:

### **2. 7. 1. Kanamalar**

Obstetrik kanamalar, dünya çapında maternal mortalitenin önde gelen nedenidir. 2013 yılında DSÖ, 78.000 kadının obstetrik kanamadan öldüğünü ve bu oranın tüm anne ölümlerinin %27'sini oluşturduğunu bildirmiştir (41).

#### **a) Gebelik döneminde kanamalar**

Gebelik dönemi kanamaları, görüldüğü gebelik haftasına göre erken dönem (ilk 22 hafta içerisinde) ve geç dönem gebelik kanamaları (22 haftadan sonra görülen) olarak adlandırılmaktadır. Bu süreçte meydana gelen hafif kanamalar çoğunlukla düşük tehditi, tam düşük ve dış gebelik nedeniyle görülürken, şiddetli kanamalar önlenemeyen düşük, tam düşük ya da molar gebelik nedeniyle meydana gelmektedir (42, 43). Bu durumları düşündürebilecek bulgular Tablo 2.2'de yer almaktadır (42).

**Tablo 2. 2.** Erken Gebelik Döneminde Kanamaya Neden Olabilecek Olası Durumlar

Mevcut ve tipik olarak bulunan belirti ve bulgular	Bazen bulunan belirti ve bulgular	Olası tanı
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hafif kanama</li> <li>• Serviks kapalı</li> <li>• Gebeliğin haftasıyla uyumlu uterus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alt karın bölgesinde ve kramp şeklinde ağrı</li> <li>• Beklenenden fazla yumuşak uterus</li> <li>• Adetin gecikmesi</li> </ul>	<b>Düşük tehdidi</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hafif kanama</li> <li>• Karında ağrı</li> <li>• Serviks kapalı</li> <li>• Ağrılı serviks hareketleri</li> <li>• Normalden az büyük ve yumuşak uterus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bayılma</li> <li>• Adneksiyel kitlede hassaslık</li> <li>• Karın bölgesinde yaygın hassasiyet</li> <li>• Adetin gecikmesi</li> <li>• Ağrılı serviks hareketleri</li> <li>• Şok</li> </ul>	<b>Ektopik gebelik</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hafif kanama</li> <li>• Serviks kapalı</li> <li>• Beklenenden küçük ve normale göre yumuşak uterus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hafif kramp şeklinde ağrı</li> <li>• Alt karın bölgesinde ağrı</li> <li>• Parça düşürme öyküsü</li> <li>• Adetin gecikmesi</li> </ul>	<b>Tam düşük</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aşırı kanama</li> <li>• Serviks dilate</li> <li>• Beklenen normal büyüklükte uterus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kramp şeklinde ağrı</li> <li>• Alt karın bölgesinde ağrı</li> <li>• Parça düşürme öyküsü mevcut değil</li> <li>• Adetin gecikmesi</li> </ul>	<b>Önlenemeyen düşük</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aşırı kanama</li> <li>• Serviks dilate</li> <li>• Beklenenden küçük uterus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kramp şeklinde ağrı</li> <li>• Alt karın bölgesinde ağrı</li> <li>• Kısmi parça düşürme</li> <li>• Serviksde mevcut olan gebelik materyali parçaları</li> <li>• Adetin gecikmesi</li> </ul>	<b>Tam olmayan düşük</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aşırı kanama</li> <li>• Serviks dilate</li> <li>• Her zaman olmamakla birlikte beklenenden büyük uterus</li> <li>• Normalden yumuşak uterus</li> <li>• Üzüm benzeri parça düşürme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bulantı ve kusma</li> <li>• Kendiliğinden düşük</li> <li>• Kramp şeklinde ağrı</li> <li>• Alt karın bölgesinde ağrı</li> <li>• Over kisti</li> <li>• Adetin gecikmesi</li> <li>• Erken başlayan preeklampsi</li> <li>• Fetüse ait bulgunun mevcut olmaması (USG bulgusu)</li> </ul>	<b>Molar gebelik</b>

Plesenta previa, ablasio plesenta ve vasa previa gibi plesenta yapışma ve erken ayrılma bozuklukları genellikle gebelikte son trimester kanama nedenleri arasındadır (44, 45). Son yıllarda sezaryan oranlarının artması nedeniyle geçirilmiş sezeryan sayısı ile doğru orantılı olarak sonraki gebeliklerde plasenta yapışma anomalilerinin görülme insidansında artış olmuştur (46). İngiltere obstetrik tarama sistemi verilerine göre

hastaların %39'una plasenta yapışma anomalileri nedeniyle histerektomi yapılmaktadır (47).

### **b) Uterus rüptürü**

Uterus rüptürü maternal ve fetal ölüm ve sekel/sakatlığa sebep olan önemli bir komplikasyondur (48). Uterus rüptürü risk faktörleri ve prevalansı ülkenin ekonomik durumuna ve sağlık sistemine göre değişmektedir. Hollanda'da prospektif bir popülasyona dayalı çalışma, 210 vakaya dayanan 10.000 doğumda 5.9'luk uterin rüptür sıklığı olduğunu bildirmiştir (49). DSÖ tarafından yapılan sistematik bir derlemede yüksek gelirli ülkelerde uterus rüptürü insidansı 10.000 doğumda 5.3 olarak belirlenmiştir (50). ABD'de ise uterus rüptürü oranının % 0.2 ile % 7 arasında değiştiği belirtilmektedir (51). Rüptür sonucu kontrol edilmeyen kanama hemorajik şok ve ölüm ile sonuçlanabilmektedir (10). Uterin rüptür tedavisinde başarılı olmanın yolu, gecikmeden tanının konulması ve kesin cerrahi tedaviye kadar geçen sürenin kısaltılmasıdır (10-37 dakika idealdir). Uterus rüptüründe kontraksiyonların kaybı veya kontraksiyonlar arası ağrının geçmemesi, akut karın semptomları, bandlı halkası, prezente olan bebek kısmının yukarı çıkması, bebek kalp atımının kaybolması veya bozulması gibi belirtiler yer almaktadır (52).

### **Kanamaya Yönetimi**

Gebelik dönemi kanamalarında kanamaya yönetiminde yapılacaklar arasında;

- Vital bulguların hızlı bir şekilde değerlendirilmesi,
- Fundus yüksekliği, uterin kontraksiyon varlığı ve fetal kalp atımının belirlenmesi,
- Doğum eylemiyse haftasına göre tedavisinin yapılması,
- Doğum eylemi başlangıcıysa doğum takibinin ve normal doğum eyleminin yapılması,
- **Plasenta dekolmanı, plasenta previa, uterus rüptüründen dolayı olabileceği düşünülüyorsa:**
- Acil IV sıvı tedavisinin başlanması (ringer laktat veya izotonik sıvısı),
- Bir üst basamağa acil bir şekilde sevk edilmesi uygulamaları yer almaktadır (42, 53).

### c) Postpartum Kanamalar

Postpartum kanama doğumdan sonraki ilk 24 saat içerisinde meydana gelen hemodinamide bozukluğa neden olarak anne hayatını tehdit eden, kan ve kan ürünlerinin replasmanını gerektiren obstetrik kanamalar şeklinde tanımlanmaktadır (54). Geleneksel olarak postpartum kanama, vajinal doğum sonrası  $\geq 500$  ml, sezaryen ile doğum sonrası  $\geq 1000$  ml kanamanın olması şeklinde tanımlanırken, mevcut kanamanın klinisyen tarafından olduğundan daha az tahmin edilmesi ve gözle görülemeyen kanamanın varlığı bu tanımlamanın klinikte kullanımını zorlaştırmaktadır (55-58). Postpartum kanama etiyojisi ve risk faktörleri Tablo 2.3.'de görülmektedir (56).

**Tablo 2. 3.** Postpartum Kanama Etiyojisi ve Risk Faktörleri

<b>Anormal uterin kontraksiyon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Uterin distansiyon (polihidroamnios, çoğul gebelik, makrozomi)</li> <li>✓ Uterusun anatomik/fonksiyonel distorsiyonu (presipite eylem, uzamış eylem, yüksek parite, uterin anomaliler, myoma uteri, plasenta previa)</li> <li>✓ İntraamniyotik enfeksiyon (ateş, uzamış membran rüptürü)</li> <li>✓ Uterin relaksasyona yol açan ajanlar (magnezyum, nifedipin, halotan)</li> <li>✓ Mesane distansiyonu</li> </ul>
<b>Gebelik ürünlerinin retansiyonu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Kotiledon/ suksentriat lob retansiyonu</li> <li>✓ Plasenta insersiyon anomalileri</li> <li>✓ Koagulum retansiyonu</li> </ul>
<b>Genital yol travması</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Serviks, vajen ve perine laserasyonu (presipite eylem, operatif doğum)</li> <li>✓ Sezaryen kesisinin uzaması (malpozisyon)</li> <li>✓ Uterin rüptür (uterin rüptür ve cerrahi öyküsü)</li> <li>✓ Uterin inversiyon (fundal plasenta, yüksek parite, kontrolsüz traksiyon)</li> </ul>
<b>Koagülasyon bozuklukları</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Hemofili A</li> <li>✓ İdiopatik trombositopenik purpura</li> <li>✓ Von Willebrand hastalığı</li> <li>✓ Gestasyonel trombositopeni</li> <li>✓ Preeklampsi nedenli trombositopeni</li> <li>✓ Yaygın damar içi pıhtılaşma</li> <li>✓ Terapotik antikoagülasyon kullanımı</li> </ul>

Postpartum kanama durumunda hastanın genel durumu hızlıca değerlendirilmeli ve vital bulguları kontrol edilirken aynı zamanda kadından ya da yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsü ve kan grubuna ilişkin bilgiler alınmalıdır (42).

DSÖ postpartum kanamanın önlenmesi ve tedavisine ilişkin yayınladığı rehberde kanamanın önlenmesinde oksitosin uygulamasını önermekle birlikte alternatif

uterotonikler üzerinde de durmaktadır. Oksitosin bulunmadığı durumda misoprostol ve ergot türevlerinin kullanılabilmesi ancak bu ilaçların hipertansif hastalığı olan kadınlarda kontraendikasyonları olabileceğinden, tıbbi öyküsünün bilinmediği hastalarda dikkatli olunması gerektiğini vurgulamaktadır. Yetkili doğum görevlilerinin bulunmadığı ve oksitosin kullanılmadığı durumlarda postpartum kanamanın önlenmesi için sağlık görevlileri tarafından misoprostol (600 µg oral) uygulanması önerilmektedir (59).

#### **d) Güvenli Kan Nakli**

Güvenli kan naklini DSÖ; “Verildiği kişide herhangi bir tehlike ya da hastalık oluşturmayan, enfeksiyon etkenlerini veya zararlı yabancı maddeleri içermeyen kan” şeklinde tanımını yapmaktadır (60). Güvenli kan nakli, kanamaya bağlı gelişen hastalıkların ve ölümlerin azaltılması, kan nakli komplikasyonları sonucu anne hastalıklarının hatta anne ölümlerinin azaltılmasını amaçlamaktadır. AOB vakalarında şoka sebep olan postpartum kanamalarda, operatif doğumda yüksek miktarda kanamalarda, şiddetli anemi ya da kalp yetmezliği ile birlikte olan anemilerde ve benzeri durumlarda kan nakli gerçekleştirilmektedir (16).

#### **2. 7. 2. Amniotik Sıvı Embolisi**

Amniyotik sıvı embolisi, doğum ve doğum sonrası dönemde maternal ölüme sebep olan komplikasyon şeklinde ifade edilmektedir (61). Gebelerde insidansı 1.9-2.5/100000 olup mortalitesi %11-44 arasında değişen obstetrik ölümcül klinik bir durumdur (62). Amniotik sıvı embolisi plasenta zarlarında yırtılma ve uterus venlerinin açılması sonucu, amniyon sıvısının anne kanına geçmesiyle meydana gelmektedir. Emboli, ani şiddetli dispne, siyanoz, hipotansif şok ile kendini göstermekte ve bu durumu takiben nöbetler ve koma görülebilmektedir (61). Amniotik sıvı embolisinin hemoraji ile başlayarak Dissemine İntravasküler Koagülasyonla (DİC) sonuçlanan formu daha az bilinmekle birlikte bu vakalarının %83’ü doğumdan sonra ortalama 3-4. saatlerde kanama belirtilerine neden olan DİC gelişimi ile kendini göstermektedir (63). Amniotik sıvı embolisinin kesin tanısı sağ ventrikülden aspire edilen kan örneğinde, bronkoalveolar lavaj mataryelinde ve otopside histopatolojik çalışmalarda lanugo, fetal skuamöz hücreler ve saç görülmesi ile konulmaktadır (64). Bu durumda hastalar ivedilikle yoğun bakıma alınmalı, kardiyopulmoner destek verilerek koagülopatiye karşı tedbirler alınmalıdır (65).

### 2. 7. 3. Gebelikte Hipertansif Durumlar

Gebelikte hipertansiyon tüm gebeliklerin %12-15'inde görülmektedir. Bunun çoğunluğunu preeklampsi, geriye kalanını ise kronik hipertansiyon oluşturmaktadır (45). Preeklampsi, gebeliklerin %5-8'ini etkileyen bir hastalıktır (13). İsveç'te 111 preeklampşik vakanın retrospektif bir analizi diyastolik kan basıncının HELLP sendromu, oligüri, eklampsi ve plasental ani duruş ile ilişkili olduğunu göstermiştir (66). Gebelikte hipertansif hastalıkların sınıflandırılması Tablo 2.4'de görülmektedir (67).

**Tablo 2. 4.** Gebelikte Hipertansif Hastalıkların Sınıflandırılması

DURUM	KRİTER
<b>Kronik Hipertansiyon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistolik kan basıncı (KB) 140 mmHg ve / veya diyastolik KB 90 mmHg olması</li> <li>✓ KB iki kez, en az 4 saat sonra ölçülmüş olması</li> <li>✓ Gebeliğin &lt;20. hafta olması</li> <li>✓ Laboratuvar testleri tanı ile alakalı değildir</li> </ul>
<b>Gestasyonel Hipertansiyon</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistolik KB 140 mmHg ve / veya diyastolik KB 90 mmHg olması</li> <li>✓ KB iki kez, en az 4 saat sonra ölçülmüş olması</li> <li>✓ Gebeliğin &lt;20. hafta olması</li> <li>✓ Protein üri yok</li> <li>✓ Serum kreatinin, AST, ALT ve trombositler normaldir.</li> <li>✓ Pulmoner ödem yok</li> <li>✓ Yeni başlanan baş ağrısı veya görsel değişiklik yok</li> </ul>
<b>Preeklampsi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sistolik KB 140 mmHg ve/veya diyastolik KB 90 mmHg</li> <li>✓ KB iki kez, en az 4 saat sonra ölçülmesi</li> <li>✓ Gebelik haftası <math>\geq 20</math> hafta</li> <li>✓ Protein urisi: Protein 300 mg / 24 saat, idrar toplama Protein / kreatinin oranı 0.3, idrar ölçüm çubuğundaki protein 30 mg / dL veya +1</li> </ul>
<b>Ciddi durumların eşlik ettiği preeklampsi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Aşağıdakilerden biri olması şartıyla (proteiniüri gerekli değildir)</li> <li>✓ Preeklampsi ile aynı özellikler: Sistolik KB 160 mmHg, en az 15 dakika arayla iki kez ölçülür. Diyastolik KB 110 mmHg, en az 15 dakika arayla iki kez ölçülmelidir.</li> <li>✓ Trombositopeni: trombosit sayısı 100.000/mikrolitre</li> <li>✓ Impaired Karaciğer fonksiyonu: AST veya ALT 70 ünite/L veya normal konsantrasyonunun iki katı olması</li> <li>✓ Böbrek yetmezliği: serum kreatinin 1.1 mg/dL veya bazal değerlerden iki katına çıkması</li> <li>✓ Pulmoner ödem Serebral veya nörolojik tutulum olasılığını belirten semptomlar: Baş ağrısı veya görsel değişiklikler</li> </ul>
<b>Eklampsi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Nöbet</li> <li>✓ Sistolik KB'nın 140 mmHg ve/veya diyastolik KB'nın 90 mmHg olması</li> <li>✓ Gebelik haftası <math>\geq 20</math> hafta</li> </ul>

Şiddetli preeklampsi ya da eklampsi nedeniyle gelen hasta yönetimi aşağıda özetlenmiştir:

**1. Hızlı bir şekilde hastanın genel durumu değerlendirilir.**

- Vital bulguları ölçülürken ailesinden geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsü de sorgulanır.

**2. Hasta yüzeysel nefes alıyor ya da nefes almıyorsa;**

- Derhal havayolu açılarak gerekli durumda entübe edilir.

**3. Konvülsiyon meydana gelmiş ise;**

- Hastanın olası yaralanmalarına karşı tedbir alınır ve dilini ısırıp ısırmadığı kontrol edilir.
- Kusmuk, sekresyon ve benzeri durumlarda aspire etme olasılığını en aza indirmek için hasta yan yatırılır.
- Ağız ve boğazı konvülsiyondan sonra aspire edilir.
- Magnezyum sülfat IV olarak 10 dakikada gidecek şekilde verilir.

**4. Kan basıncı;**

- Antihipertansif ilaç diastolik 110 mmHg üstünde ise verilir. Ancak diastolik kan basıncı 90 mmHg'nın altına düşürülmez. Hasta monitörize edilerek stabilize olana dek kan basıncı 15 dakikada bir, daha sonra ise saatte bir takibe devam edilir.

**5. Sıvılar;**

- IV infüzyona başlanarak aldığı-çıkardığı takibi yapılır ve kaydedilir.
- İdrar sondası takılarak idrar çıkışı ve proteinüri kontrol edilir.
- Şiddetli kalp ve renal hastalıklarda, pulmoner ödemde, dirençli hipertansiyonda ve oligoanüri durumlarında CVP kateterizasyonu yapılır.
- Gerekğinde bir üst basmağa sevki gerçekleştirilir (53, 68).

**2. 7. 4. Enfeksiyon ve Sepsis**

Dünya genelinde, maternal morbidite ve mortalitenin en yaygın nedenlerinden birini de enfeksiyon ve sepsis komplikasyonları oluşturmaktadır (69). Gebelik döneminde anne ve fetusun sağlığını etkileyen viral, bakteriyel çeşitli enfeksiyonlar etkenin tipi ve gebelik süresine bağlı olarak hem anne hem de bebeğin yaşamını tehdit eden olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (70-73). Bu enfeksiyonlara gebelik döneminde olabileceği gibi postpartum periodda da rastlanabilir (45). Bazen hasta sadece yüksek ateş şikâyeti ile başvurabilir. Bu durumda hastanın öyküsü alınırken ateşe eşlik eden tonsiller ve farenkste



enfeksiyon bulguları, akciğer seslerinde patolojik bulgular, ekstremitelerinde şişlik, hassasiyet, karında hassasiyet, uterin hassasiyet, sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma/ağrı gibi diğer bulguların sorgulanması doğru teşhisin konulabilmesi açısından büyük önem taşır (53). Bununla birlikte hasta sepsis belirti ve bulguları ile de acil servislere başvurabilir. Sepsis gebelik sırası ya da sonrası herhangi bir zamanda görülebilir. Bir çalışmada, vakaların %21.8'inin gebeliğin 26. haftasından önce, % 21.8'inin gebeliğin 26. haftasından sonra, % 10.3'ünün intrapartum ve %46.2'sinin doğum sonrası ortaya çıktığı bildirilmiştir (74). Septik şok durumunda yapılması gerekenler aşağıda özetlenmiştir:

- ✓ Serum laktat ölçümü yapılır,
- ✓ Antibiyotik uygulamasından önce kan kültürleri alınır,
- ✓ Yerel protokole bağlı olarak şiddetli sepsis ve septik şokun tanınmasının ilk saatinde geniş spektrumlu antibiyotik (ler) uygulanır.

**Hipotansiyon, laktat 4 mmol / l'den fazla veya her ikisinde birden ise;**

- ✓ Başlangıçta en az 20 ml/kg kristaloid veya kolloid sağlanır,
- ✓ Yeterli miktarda sıvı desteği sağlandıktan sonra, 65 mmHg üzerindeki ortalama arter basıncını korumak için bir vazopressör (örn., Norepinefrin, epinefrin), inotrop (ör. Dobutamin) veya her ikisi kullanılabilir,
- ✓ Yüz oksijen ile oksijen saturasyonu korunur,
- ✓ Hemoglobin 7 g/dl'nin altındaysa transfüzyon düşünülür (75-78).

**2. 7. 5. Erken Membran Rüptürü**

Erken membran rüptürü, gebeliğin 37. haftasından önce zarların spontan rüptürüdür ve membran rüptürü ile kontraksiyonların başlangıcı arasında en az bir saat vardır. Gebelik yaşı; orta trimester EMR (24 ay önce), erken EMR (24 ila 34 hafta) ve kısa vadeli EMR (34 ila 37 hafta) olarak sınıflandırılır. Gebeliklerin %3'ünde gerçekleşir ve tüm preterm doğumların yaklaşık üçte birinden sorumludur (79-81). EMR'ye yol açan fizyolojik mekanizmalar tam olarak anlaşılammış olmakla birlikte aşırı membran gerilmesi, kollagen içeriğini azaltan membran kusurları, plasental abruption veya enfeksiyondan doğan sorunlar sebep olabilmektedir. EMR'li kadınların çoğunda enfeksiyon vardır (82, 83).

EMR'de sağlık personelleri 6-12 saat arasında eylem başlamaz ve bishop uygunsu oksitosinle eylemi başlatmalı ve uygun antibiyotik vermelidir. Hasta termde değilse

damar yolunu açarak yenidoğan bakım ve tedavisinin yapılması için sevk edilmesini sağlamalıdır (42, 53).

### **2. 7. 6. Gebelikte Karın Ağrısı**

Gebelikte akut karın ağrısının tanı ve tedavidisi zordur (84). Gebelik sırasında obstetrik, genitoüriner, gastrointestinal, hepatobiliyer ve vasküler sistem bozuklukları da dahil olmak üzere birçok hastalığa bağlı olarak ağrı görülebilir (85, 86). Tanı, spesifik olmayan ağrı, mide bulantısı ve kusma dahil olmak üzere normal gebeliğin birkaç ortak özelliği ile karıştırılabilir. Klinik muayene daha zordur ve abdominal ve pelvik yapıların gravit uterus tarafından yer değiştirmesi söz konusudur (87-89). Radyasyonun fetüs üzerine olan olumsuz etkileri nedeniyle, ultrason ve manyetik rezonans görüntüleme (MRI) tercih edilen görüntüleme yöntemleridir (90, 91).

Karın ağrısına eşlik eden vajinal kanama bir jinekolojik veya obstetrik problemi işaret etmektedir. Buna karşın unutulmaması gereken rüptüre ektopik gebelik ve abruptio plasenta gizli hemoroji ile vajinal kanama olmaksızın başvurulabileceğidir. Gebeliğin geç dönemlerinde ana problem obstetrik olup olmadığına bakılmaksızın şüphe edilse bile erken dönemde kadın doğum uzmanının değerlendirmesi gerekmektedir (92). Karın ağrısı durumunda sağlık personelleri, hastanın genel durumunu hızla değerlendirmeli, vital bulgularını kontrol etmeli, kontraksiyon takibi yapmalı, çocuk kalp sesini dinlemeli, gebelikle ilgili diğer olası tanıları dikkate almalı, (Uterus rüptürü, erken doğum eylemi vs.), damar yolunu açarak sıvı tedavisine başlamalıdır. Ateş 38°C'den yüksek ise uygun antibiyotik(ler) verilmeli ve gerekli durumda bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmesi sağlanmalıdır (42, 53). Gebelikte akut karının obstetrik nedenleri Tablo 2.5'de yer almaktadır (86).

**Tablo 2. 5.** Gebelikte Akut Karının Obstetrik Nedenleri

<b>Obstetrik Nedenler</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Spontan abortuslar</li> <li>• Dış gebelik</li> <li>• Over kistleri</li> <li>• Myom dejenerasyonu</li> <li>• Erken doğum</li> <li>• Ablasyo Plasenta</li> <li>• Korioamnionitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uterin rüptür</li> <li>• Adneksiyal torsiyon</li> <li>• Şiddetli preeklampsi</li> <li>• HELLP sendromu</li> <li>• İntraamniyotik enfeksiyonlar</li> <li>• Gebeliğin akut yağlı karaciğeri</li> </ul>

### 2. 7. 7. Abortuslar

Gebeliğin yirminci haftasından önce veya fetüsün ağırlığı 500 gramın altındayken gebeliğin sonlanması şeklinde tanımlanır (93). Abortusların %80 kadarı ilk 12 hafta içerisinde ortaya çıkmakta ve genellikle bu durum fetal sebeplere bağlı olarak gerçekleşmektedir. Gebeliğin 12. haftasının üzerindeki abortuslarda ise sıklıkla enfeksiyonlar, endokrin hastalıklar, beslenme bozuklukları, ilaç ve çevresel faktörler, immünolojik faktörler, trombofili, uterus patolojileri ve servikal yetmezlik gibi maternal faktörlere bağlı olarak görülmektedir (8). Her yıl 22 milyon güvensiz düşüğün meydana geldiği tahmin edilmektedir. Güvenli olmayan düşüklerin tamamına yakını (%98) gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Güvenli olmayan düşüğün komplikasyonlarına bağlı olarak yaklaşık 47. 000 kadının öldüğü ve 5 milyon kadının sakat kaldığı tahmin edilmektedir (94).

Düşükler klinik belirtilerine göre aşağıdaki gibi gruplandırılır;

- **Erken abortus:** Gebeliğin 12. haftasından önce meydana gelen düşüklerdir.
- **Geç abortus:** 12-20. haftalarda olan düşüklerdir.
- **Durdurulabilir düşük (abortus imminens):** 20. haftanın altındaki gebeliğin sonlanmasını takiben intrauterin kanamanın olmasını tanımlamaktadır. Bu durumda uterus kontraksiyonlar olabilir/ olmayabilir, servikal dilatasyon yoktur, konsepsiyon ürünleri görülmez.
- **Durdurulamayan düşük (abortus insipiens):** 20. haftadan önce sonlanmış gebelikte intrauterin kanamanın olması, sürekli servikal dilatasyonun olması ve konsepsiyon ürünlerinin gözlenmemesi durumudur.

- **Tam düşük (kompleyrt abortus):** Tüm konsepsiyon ürünlerinin 20. haftadan önce atılmasıdır. Kanama ve ağrı durmuş, serviks kapanmıştır (95).
- **Tam olmayan düşük (inkompleyrt abortus):** 20. haftanın altında konsepsiyon ürünlerinin belli bir miktarının atılmasıdır.
- **Kaçırılmış düşük (Missed abortus):** Genellikle durdurulabilir düşüklerden sonra ortaya çıkan bir durumdur. Kanama durmuş olmasına karşın fetüs ölmüş ve uterin kavite içerisinde kalmıştır.
- **Septik düşük:** Maternal sirkülasyondan geçerek bakterilerin disseminasyonu ile oluşan enfekte abortustur (44).

### **Abortuslara Yaklaşım:**

- Abortus imminenste serviks kapalıdır, kanama klinik olarak hafiftir ve ağrı olabilir. Hastalara yatak istirahati önerilir.
- Abortus incipienste daha çok vajinal kanama, daha fazla ağrı, servikal açıklık ve silinme vardır. Düşük kaçınılmazdır, bu yüzden küretaj ile gebeliğe son verilmelidir.
- İnkomplet ve komplet abortusta ağırlı bir şekilde vajinal kanama ve parça düşürme şikâyeti mevcuttur. Hastaya hızlı bir şekilde revizyone küretaj uygulanarak gebelik materyali temizlenip kanamasının durması sağlanır.
- Missed abortus ve blighted ovumda (boş gebelik) hastanın şikâyeti klinik olarak mevcut değil ya da minimal kanaması vardır. USG ile tanı konularak gecikmeden küretaj yapılmalıdır.
- Tüm bu hastalarda eğer hasta Rh negatif ve gebeliği 6 haftanın üzerinde ise mutlaka anti-D immunglobulin yapılmalıdır (10, 96).

## **2. 7. 8. Doğum Komplikasyonları**

### **a) Fetal Distress**

Fetal distress oksijen yetersizliği durumu nedeniyle asidoz belirtileri olan fetüsün gösterdiği tepkilerin tamamıdır (93). Fetüsün fetal kalp hızının izlenmesi intrauterin sağlığının değerlendirilmesinde en önemli yöntemdir. Özellikle kontraksiyonu takiben fetal kalp hızında yavaşlama ve düzensizlik, amniyotik mayinin mekonyumlu olması ve fetüsün aşırı hareketi fetal distress için üç önemli bulgudur (44).

Fetal distress durumunda sağlık personeli kadını dik duruma getirmeli ya da sol yanına yatırılmalı, oksitosin infüzyonu veriliyorsa durdurulmalıdır. Anneye ait bir neden söz konusu

ise (ör. yüksek ateş, ilaçlar) uygun tedavisini vermeli, anneden kaynaklanan bir neden söz konusu değilse, en azından üç kasılma süresince fetüs kalp atım hızı anormalse sıkıntı nedeninin anlaşılması için vajinal muayene yapmalıdır. Fetüs kalp atım hızındaki anormalliğin devam etmesi ya da ilave bulguların olması (kalın mekonyumlu amnion sıvısı) durumunda sezeryan veya normal doğumu planlamalıdır (68).

### **b) Zor (Anormal) Doğum**

Zor doğum olarak bilinen distozi primer sezaryen doğum için en yaygın endikasyon nedenidir. 35 yaş üstü, gebeliğin 41 hafta üzerinde olması, epidural anestezi ile tam servikal açıklığın arasındaki sürenin 6 saatten fazla olması, tam servikal açıklıkta kafa seviyesinin +2' nin üzerinde olması gibi durumlar distosi için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Anormal doğum eylemi dört farklı anomalinin tek tek ya da birlikte görülmesiyle oluşur (97). Birincisi itici güçlerdeki anormalliklerden kaynaklanır. Yetersiz uterin kontraksiyonları veya doğumun ikinci aşamasındaki yeterli olmayan istemli kas eforu serviksin dilate olmasını veya silinmesini gerçekleştirememektedir. İkincisi maternal kemik pelvis anormallikleridir. Üçüncüsü fetüs gelişim, pozisyon ya da prezantasyon anormallikleridir. Dördüncüsü fetüsün ilerlemesine engel olan ürogenital sistem yumuşak doku anormallikleridir. Anormal doğum eyleminde uzamış latent fazda yatak istirahati, acil problemler için ise oksitosin veya sezeryan doğum yapılabilir. Aktif faz dilatasyonunun uzamasında destek tedavi verilebilir. Deselerasyon fazının uzamasında sefalopelvik uygunsuzluk yoksa oksitosin yapılabilir ve yatak istirahati sağlanır. Dilatasyonda sekonder duraklamada sefalopelvik uygunsuzluk varsa sezeryana alınır. İnışin duraklaması ya da yetersizliğinde hastaya göre karar verilir (98).

## **2. 8. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETİ SUNUMUNDA KARŞILAŞILAN ENGELLER**

### **2. 8. 1. Acil Obstetrik Bakım Hizmeti Almada Gecikme Modelleri**

Kadının AOB hizmetlerine ulaşmasında zorluğa yol açabilecek birçok durum mevcuttur. Bu durum üç bölümde gruplandırılarak 'Üç Gecikme Modeli' olarak tanımlanmaktadır (99).

**1) Gecikme Modeli:** Hizmetin alınmasına karar vermede yaşanan gecikmedir. Kadının karar verme aşamasında hastalığının özellikleri, verilen bakımın kalitesini anlama, sağlık sistemi ile ilgili önceki deneyimleri, tehlike belirtileri ve işaretleri hakkında bilgisinin

yetersiz olması, yanlış inanışlar gibi birçok durum bu gecikme modeline neden olmaktadır (100, 101). Koşum ve Yurdakul'un (102) çalışmasında ülkemizde antenatal kanama yaşayan gebe kadınların acil obstetrik bakım hizmetlerine erişimden değil, sağlık bakımı aramaya karar vermemelerinden kaynaklı zorluklarla karşılaştıkları saptanmıştır.

**2) Gecikme Modeli:** Hizmete ulaşmada yaşanan gecikmedir. Bu gecikme modelinde ekonomik yetersizlikler, yerel sağlık kuruluşu sayısının az olması, ulaşım ile ilgili sorunlar gibi durumlar yer almaktadır (100, 101). Murthy ve arkadaşlarının (103) yaptığı çalışmada az gelişmiş bölgelerde ikinci gecikme modeli nedeniyle önlenebilir anne ölümlerinin daha fazla olduğunu tespit etmişlerdir.

**3) Gecikme Modeli:** Sağlık kuruluşundaki hizmetin alınmasında yaşanan gecikmedir. Bu gecikme modelinde personelin yetersizliği ve eğitimsizliği, malzeme, ekipman sıkıntısının olması, hizmet verenlerin kapasite eksikliğinin olması ve hizmeti sağlayan kurumlar arasında etkin bir sevk sisteminin olmaması gibi durumlarda görülen gecikme modelidir (100, 101). Austin ve arkadaşlarının (29) çalışmasında kaliteli acil obstetrik bakımın önündeki engelleri; ulaşım ve iletişim altyapı eksikliği, sevk hastanesinde aşırı kalabalık, hizmet öncesi ve hizmet içi eğitim yetersizliği ile destekleyici denetimin bulunmaması olarak tespit etmişlerdir.

### **3. GEREÇ ve YÖNTEM**

#### **3. 1. ARAŞTIRMANIN ŞEKLİ**

Bu araştırma öntest-sontest yarı deneysel desende yapılmıştır.

#### **3. 2. ARAŞTIRMANIN YAPILDIĞI YERLER VE ÖZELLİKLERİ**

Bu araştırma 01.04.2017-11.04.2017 tarihleri arasında Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Acil Servisi'nde ve Pınarbaşı 112 Merkez İstasyonunda yürütülmüştür. Pınarbaşı Devlet Hastanesi acil servisi 7 yataklı olup, çalışmanın yapıldığı tarihlerde ayda ortalama 3900 hastaya hizmet verilmiştir. Acil serviste 9 hemşire, 2 ATT, 7 ebe, 1 Paramedik ve 3 anestezi teknisyeni çalışmaktadır. Acil serviste muayene odası, resüsitasyon odası ve gözlem odası bulunmaktadır. Hekim dışı sağlık personeli 08.00-16.00, 16.00-08.00 24 saat boyunca nöbet şeklinde görev yapmaktadır. Pınarbaşı 112 Merkez İstasyonunda 4 ATT ve 4 Paramedik görev yapmakta ve 24 saat nöbet şeklinde görev yapmaktadır. Ayda ortalama 120 vaka görülen merkezde, 70 sevk işlemi gerçekleştirilmektedir.

#### **3. 3. ARAŞTIRMANIN EVRENİ VE ÖRNEKLEMİ**

Araştırmanın evrenini Kayseri ilinde yer alan Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi ve Pınarbaşı 112 Merkez İstasyonunda görev yapan hekim dışı sağlık personeli oluşturmuştur. Pınarbaşı Devlet Hastanesi acil servisinde çalışan sağlık personeli sayısı 2017 yılı ocak ayı itibariyle 22'dir. Pınarbaşı 112 Merkez İstasyonunda çalışan sağlık personeli sayısı ise 8'dir. Çalışmada örneklem seçimine gidilmemiş araştırmanın yapıldığı tarihlerde serviste ve merkez istasyonunda çalışan tüm hekim dışı sağlık personeli (n=30) örneklem kapsamına alınmıştır.

#### **3.4. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI**

Araştırmanın verileri tanıtıcı özellikler formu ve acil obstetrik bakım bilgi düzeyi soru formu aracılığıyla toplanmıştır.

**3.4.1 Tanıtıcı Özellikler Formu:** Sağlık personeline ilişkin tanıtıcı özellikleri içeren (yaş, cinsiyet, öğrenim durumu gibi) 19 sorudan oluşan form sağlık personeli ile yüz yüze görüşülerek doldurulmuştur (EK 1).

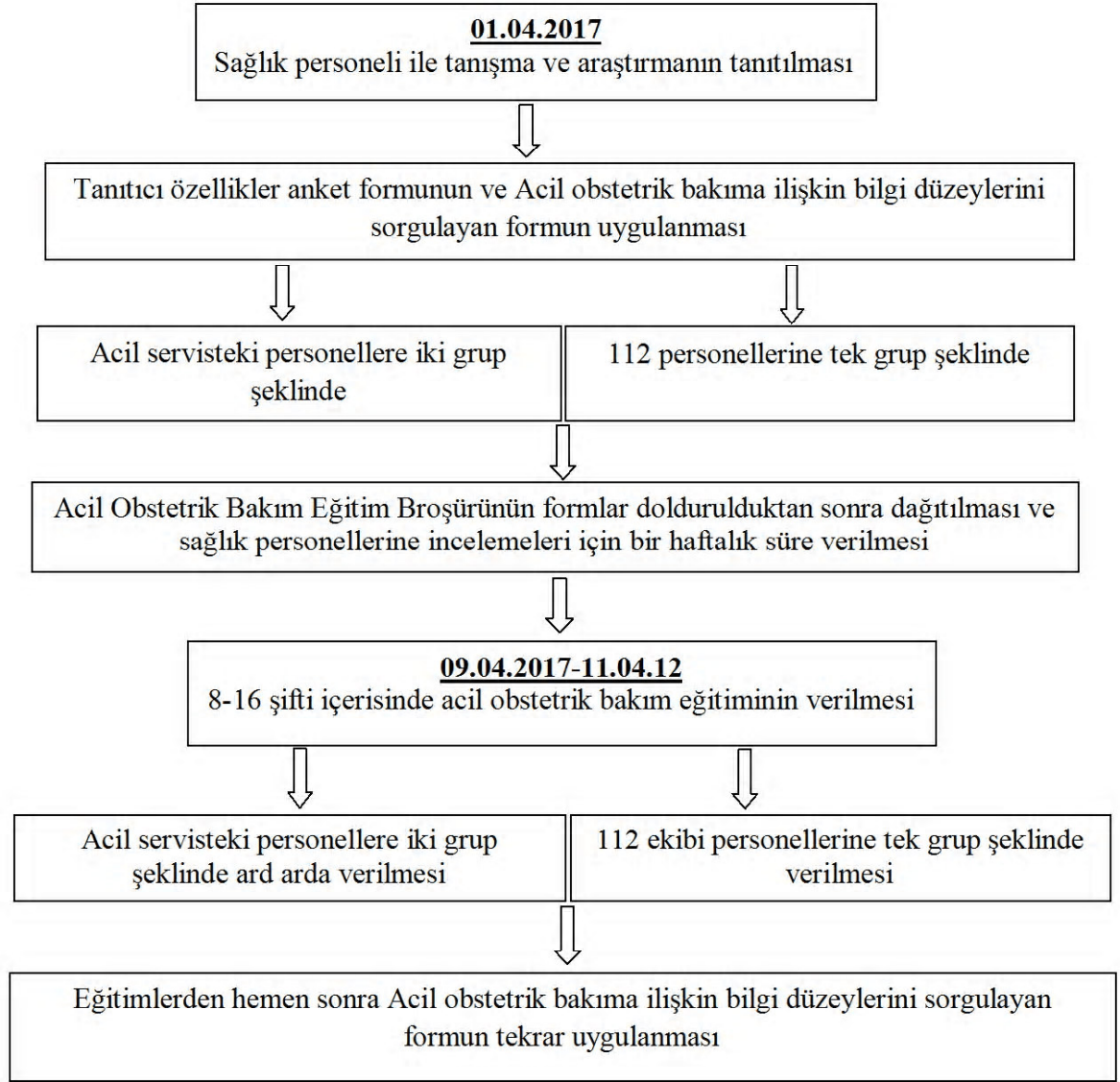
**3.4.2 Acil Obstetrik Bakım Bilgi Düzeyi Soru Formu:** Araştırmacı tarafından hazırlanan, literatür (104-108) ve 5 uzman görüşü (EK 2) doğrultusunda düzenlenen form, hekim dışı sağlık personelinin acil obstetrik bakıma ilişkin bilgi düzeyini belirleyen 34 sorudan oluşmuştur (EK 3).

**3.4.3. Verilerin toplanması:** Araştırmanın uygulanmasına Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi ve 112 Merkez İstasyonunun bağlı bulunduğu Kurum-Başhekim-Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğünden gerekli resmi izinler (EK 4, 5) alındıktan sonra başlanmıştır.

Araştırmacı veri toplamadan önce, hekim dışı sağlık personellerine kendini tanıtarak araştırmanın amacını açıklamıştır. Daha sonra sağlık personeline çalışmanın tanıtımı yapılarak bilgilendirilmiş gönüllü olur formu (EK 6) imzalatılmıştır. Çalışmaya katılan sağlık personellerine veri toplama araçlarının nasıl doldurulacağı ile ilgili gerekli açıklamalar yapılmıştır. 01.04.2017 tarihinde acil servis sağlık personelleri iki grup şeklinde acil servisin çalışma düzeninin etkilenmemesi açısından eğitim odasında toplanmış, Tanıtıcı özellikler formu ve Acil obstetrik bakım bilgi düzeyi soru formu doldurtulmuş ve araştırmacı tarafından hazırlanan, literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda düzenlenen eğitim broşürü (EK 7) dağıtılmıştır. Daha sonra 112 istasyonuna geçilerek ilgili formlar orada da doldurtulmuş ve eğitim broşürü dağıtılmıştır. Dağıtılan eğitim broşürlerinin incelenmesi için sağlık personeline bir hafta süre verilmiştir. Bir hafta sonunda eğitim acil servisteki personellerle iki grup şeklinde, 112 ekibi personellerine ise tek grup şeklinde gerçekleştirilmiş ve eğitimden hemen sonra formlar eğitim verilen gruplara tekrar uygulanarak üç bölümde toplanılmıştır. Sağlık personelinin birbirinden etkilenmesinin önlenmesi açısından; formların doldurulması araştırmacı gözetiminde gerçekleştirilmiş ve oturma düzenine dikkat edilmiştir.



### ARAŞTIRMANIN AKIŞ ŞEMASI



**Şekil 3.1.** Araştırmanın Akış Şeması

#### **3.4.4. Acil Obstetrik Bakım Eğitimi**

Acil obstetrik bakıma yönelik olarak oluşturulan eğitimin içeriği, literatür ve uzman görüşleri doğrultusunda şekillendirilmiştir. Eğitim planı (EK 8) hazırlanarak 09.04.2017-11.04.2017 tarihleri arasında AOB eğitimi verilmiştir. Çalışmaya alınan personele, önce eğitim içeriğinde yer alan obstetrik aciller tanımlanmış ve bu acillerde neler yaptıkları sorulmuş ve sonra yapılması gereken uygun girişimler anlatılmıştır. Eğitimde en sık

karşılaşılan obstetrik acillere vurgulama yapılmış ve personelin bu konudaki soruları yanıtlanmıştır. Uygun geri bildirim alındıktan sonra eğitim sonlandırılmıştır.

#### **3.4.4.1. Eğitim Programının Amacı**

Eğitim programı, hekim dışı sağlık personeline acil servise başvuru yapılan ya da 112 istasyonunun aranmasına neden olan obstetrik aciller ve bu acillere müdahalede kullanılacak uygun girişimler hakkında bilgilendirme yapmak amacıyla planlanmıştır. Eğitimde; acil ve 112 personelinin obstetrik bir acili tanımlayabilmesi, uygun müdahale yönetimine karar verebilmesi ve hastanın bakımını, sevkini sorunsuz gerçekleştirebilecek kadar bilgilendirilmesi hedeflenmiştir.

#### **3.4.4.2. Eğitimin İçeriğinin Başlığı**

Acil obstetrik bakım eğitimi

**3.4.4.3. Eğitimin İçeriği:** Acil obstetrik bakım tanımı, obstetrik aciller, müdahale yöntemleri ve tedavi seçeneklerinden oluşmaktadır. Bunlar aşağıda belirtilen başlıklardan oluşmaktadır:

- ✓ Acil obstetrik bakım
- ✓ Acil obstetrik bakım hizmeti almada gecikme modelleri
- ✓ Acil obstetrik bakım hizmetleri sunumunda ekip yaklaşımı
- ✓ Acil obstetrik bakım hizmetlerinde veri toplama ve kayıt
- ✓ Acil obstetrik bakımda sevk
- ✓ Güvenli kan nakli
- ✓ Obstetrik acilleri çözme yaklaşımı
  - Anormal doğum
  - Fetal distress
  - Gün aşımı gebeliği
  - Uterus rüptürü
  - Preeklampsi ve eklampsi
  - Ciddi kronik anemi
  - Preterm eylem
  - Membran rüptürü
  - Fetal ölüm
  - Dehidratasyon

- Erken gebelikte kanama (İlk 22 haftada olan kanama)
  - Hafif Kanamalara Yaklaşım
    - Düşük tehdidi
    - Tam düşük
    - Dış gebelik
  - Şiddetli kanamalara yaklaşım
    - Önlenebilen düşük
    - Tam olmayan düşük
    - Molar gebelik
- Geç gebelikte kanama (22 haftadan sonra olan kanama)
  - Plasenta previa
  - Ablasyo plasenta
  - Vasa Previa
- Postpartum kanama yönetimi
- Yüksek ateş (Koltuk altı 38°C ve üzeri)
- Enfeksiyon
- Sepsis
- Şiddetli karın ağrısı
- Batın içi travma

#### **3.4.4.4. Eğitimin yapıldığı yer:**

Eğitim sağlık çalışanlarının uygun olduğu bir zamanda, gürültü ve bölünmeleri önlemek için seminer salonunda gerçekleştirilmiştir.

#### **3.4.5. Veri Toplama Araçlarının Ön Uygulaması**

Veri toplama araçlarının ön uygulaması Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Servisinde çalışan ve çalışma kapsamına alınmayan 10 hekim dışı sağlık personeli ile yapılmıştır. Ön uygulama sürecinde; ankette kullanılan soruların netliği ve uygulanabilirliği değerlendirilmiştir. Ön uygulama sonrasında araştırmada kullanılan formların açık ve anlaşılır olduğu saptandığından herhangi bir düzeltmeye gerek olmaksızın araştırmanın uygulaması gerçekleştirilmiştir. Ön uygulamaya katılan sağlık personelleri araştırmaya dahil edilmemiştir.

### 3. 5. ÇALIŞMADA KARŞILAŞILAN GÜÇLÜKLER

-Çalışmanın acilde ve 112 merkezinde çalışan personelle yapılması nedeniyle anketlerin doldurulması ve toplu olarak eğitim verilmesi için zaman bulunmasında güçlük yaşanmıştır. Bu nedenle eğitim ve eğitimden sonra uygulanan anket formlarının toplanması gruplar halinde gerçekleştirilmiştir. Ayrıca;

-Personelin çalışma saatleri dışında eğitim için hastaneye gelmek için isteksiz olması,

-Hastane bünyesinde farklı konularda hizmet içi eğitimlerin olması nedeniyle personelin yeni bir eğitime isteksiz olması çalışmada güçlüğü neden olmuştur.

### 3.6. VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Veriler IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp., Armonk, New York, ABD) istatistik paket programında değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler olarak birim sayısı ( $n$ ), yüzde (%), ortalama±standart sapma ( $\bar{x} \pm ss$ ), en küçük değer ( $ekd$ ), en büyük değer ( $ebd$ ) olarak verilmiştir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası karşılaştırmalar McNemar testi ile değerlendirilmiştir. 2X2 tablo düzeninde hesaplama yapan McNemar testinde eğitim sonrası tüm cevaplar doğru olduğu zaman tablo düzeni 1x2'ye dönüştüğü için bu tip tablolar için birinci tip hata değeri verilememiştir. Böyle durumlarda verilen eğitimin etkili olduğuna karar verilmiştir.  $p<0,05$  değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Tanıtıcı özelliklere göre karşılaştırmalarda Wilcoxon testi kullanılmıştır ve doğru sayıları medyan(min-max) değerleri olarak verilmiştir. Anlamlı çıkmayanların nedeni sayının 2 ya da 3 olmasından kaynaklanmıştır.

Gereç ve yöntemde verilen bazı tablolarda net anlaşılabilmesi amacıyla bazı soruların cevapları tablolarda gösterilmiştir. Cevapları gösterilen bazı sorular aşağıdaki Tablo 3.1' de yer almaktadır:

**Tablo 3.1:** Acil Obstetrik Bakım Bilgi Düzeyi Soru Formundaki Bazı Sorular ve Cevapları

SORULAR	CEVAPLARI
Kadının AOB hizmetlerine ulaşmasında zorluğa sebep olabilecek birçok faktör vardır. Bu faktörler gruplandırılarak aşağıdakilerden hangisi olarak tanımlanır?	Üç Gecikme Modeli
Diastolik kan basıncı >90 mmHg, ödem, proteinüri, fazla ve hızlı kilo alımı (haftada 1 kg.'dan fazla) olan bir gebenin tanısı aşağıdakilerden hangisi olabilir?	Preeklamsi
Acil servise tansiyon düşüklüğü, taşikardi, idrarda azalma, susuzluk, çökük gözler, ağız kuruluğu, ciltte turgor tonus azalması belirtileri ile gelen hastada aşağıdaki tanılardan hangisi düşünülmelidir?	Dehidratasyon
Doğum ve doğum sonrası dönemde görülebilen maternal ölüme sebep olan bir komplikasyonu olan plasenta zarlarında yırtılma ve uterus venlerinin açılması sonucunda anne kanına geçmesiyle oluşan muhtemel durum aşağıdakilerden hangisidir?	Amniotik sıvı embolisi

### 3. 7. ARAŞTIRMANIN ETİĞİ

Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (EK 9) ve kurumlardan araştırmanın ön uygulaması ve uygulamasının yapılabilmesi için yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan hekim dışı sağlık personeline araştırmanın amacı açıklanıp araştırmanın yapılabilmesi için sözel onamları alınıp "Bilgilendirilmiş gönüllü olur formu" imzalatılmıştır.

### 3. 8. ÇALIŞMA TAKVİMİ

<b>YAPILAN ÇALIŞMALAR</b>	<b>Haziran- Eylül 2016</b>	<b>Eylül- Ekim 2016</b>	<b>Kasım- Aralık 2016</b>	<b>Nisan 2017- Mayıs 2017</b>	<b>Temmuz- Aralık 2017</b>
Literatür Tarama	x	x	x	x	x
Tez Önerisi Sunumu		x			
Etik Kurul Onayı ve Kurum İzni Alınması		x	x		
Verilerin Toplanması				x	
Verilerin Analizi ve Değerlendirmesi					x
Tezin Yazılması ve Sunulması					x

## **4. BULGULAR**

Acil Obstetrik Bakıma ilişkin verilen eğitimin hekim dışı sağlık personelinin bilgi düzeylerine etkisini değerlendirmek amacıyla yürütülen çalışmadan elde edilen veriler bu bölümde incelenmiştir.

**Tablo 4.1.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Sosyodemografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtcı özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Cinsiyet</b>		
Kadın	19	63.3
Erkek	11	36.7
<b>Yaş Grubu</b>		
21-30	19	63.3
31-40	7	23.3
41>	4	13.3
Yaş Ortalama (x±sd)	29.7±7.2	
<b>Eğitim Durumu</b>		
Sağlık Meslek Lisesi	5	16.7
Önlisans	16	53.3
Lisans	7	23.3
Yüksek Lisans	2	6.7
<b>Meslek</b>		
Hemşire	9	30.0
Ebe	7	23.3
ATT	6	20.0
Paramedik	5	16.7
Anestezi Teknisyeni	3	10.0
<b>Bu meslekte görev yapma süresi</b>		
0-6 yıl	12	40.0
6 yıl ve üzeri	18	60.0
<b>Bu kurumda görev yapma süresi</b>		
0-6 yıl	27	90.0
6 yıl ve üzeri	3	10.0
<b>Acil serviste çalışma süresi</b>		
0-6 yıl	21	70.0
6 yıl ve üzeri	9	30.0
<b>Toplam</b>	30	100.0

Tablo 4.1’de çalışmaya katılan hekim dışı sağlık personelinin sosyodemografik özelliklerinin dağılımı yer almaktadır. Sağlık personelinin %63.3’ünün kadın ve 21-30 yaş grubunda, %53.3’ünün önlisans mezunu olduğu saptanmıştır. Çalışma kapsamına alınan sağlık personelinin %53.3’ünün hemşire ve ebeden olduğu, %90’ının bu kurumda görev yapma süresinin ve %70’inin acil serviste çalışma süresinin 0-6 yıl olduğu, %60’ının meslekte görev yapma süresinin 6 yıl ve üzeri olduğu tespit edilmiştir.



**Tablo 4. 2.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'la İlgili Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı (n)	Yüzde (%)
<b>Çalıştığı birimde kurum içi düzenli hizmet içi eğitim verilme durumu</b>		
Evet	-	-
Hayır	30	100
<b>Daha önceden AOB eğitimi alma durumları</b>		
Alan	13	43.3
Almayan	17	56.7
<b>AOB'a yönelik sertifikası olma durumu (n=13)</b>		
Var	8	61.5
Yok	5	38.5
<b>Son bir ay içinde obstetrik acillerle karşılaşma sayısı</b>		
0-1 kez	6	20.0
2-5 kez	23	76.7
6-9 kez	1	3.3
<b>Şu ana kadar obstetrik acillere müdahalede sorun yaşama durumu</b>		
Yaşayan	-	-
Yaşamayan	30	100.0
<b>Kendini AOB ekibi içerisinde hissetme durumu</b>		
Evet	17	56.7
Hayır	7	23.3
Emin değil	6	20,0
<b>Obstetrik acillere müdahalede kendini yeterli hissetme durumu</b>		
Yeterli	11	36.7
Yetersiz	10	33.3
Emin değil	9	30.0
<b>AOB'la ilgili herhangi bir yayın/dergi takip etme durumu</b>		
Takip eden	1	3.3
Takip etmeyen	29	96.7

Tablo 4.2'de hekim dışı sağlık personelinin AOB'la ilgili bazı özelliklerinin dağılımı görülmektedir. Sağlık personelinin %56.7'sinin daha önce AOB'ye ilişkin eğitim almadığı ve tamamının çalıştığı kurumda AOB'ye ilişkin hizmet içi eğitim almadığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan sağlık personelinin önceden AOB eğitimi alanların %61.5'nin AOB sertifikası vardır. Katılımcıların %76.7'sinin son bir ay içinde 2-5 kez obstetrik acillerle karşılaştığı ve tamamının obstetrik acillere müdahalede sorun yaşamadığını bildirdiği belirlenmiştir. Çalışmaya katılan sağlık personelinin %56.7'sinin, acil serviste çalışan sağlık personelinin AOB ekibi içerisinde yer aldığını düşündüğü ve

%36.7'sinin obstetrik acillere müdahalede kendisini yeterli hissettiği bulunmuştur. Çalışma kapsamına alınan sağlık personelinin %96.7'sinin AOB ile ilgili herhangi bir yayın/dergi takip etmediği tespit edilmiştir.

**Tablo 4.3.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'nin Tanımı ve Kapsamına İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	AOB BİLGİ DÜZEYİ				p
	ÖNTEST		SONTEST		
	Doğru	Yanlış	Doğru	Yanlış	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>AOB tanımı ve kapsamı</b>					
Tanımını yapabilme	11 (36.7)	19 (63.3)	28 (93.3)	2 (6.7)	<0.001
Amacını açıklayabilme	23 (76.7)	7 (23.3)	28 (93.3)	2 (6.7)	0.063
Üç gecikme modelini belirleyebilme	6 (20.0)	24 (80.0)	25 (83.3)	5 (16.7)	<0.001
Gebenin sevkinin gerekmediği koşulları belirleyebilme	10 (33.3)	20 (66.7)	26 (86.7)	4 (13.3)	<0.001
Kan naklinin yapılmasının gerekmediği koşulları belirleyebilme	20 (66.7)	10 (33.3)	29 (96.7)	1 (3.3)	0.004

Çalışmaya katılan hekim dışı sağlık personelinin AOB' nin tanımı ve kapsamına ilişkin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri Tablo 4.3' te yer almaktadır. Buna göre katılımcıların AOB' in tanımı ve kapsamına ilişkin soruları eğitim sonrasında, eğitim öncesine göre doğru cevaplama oranlarının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ancak AOB' nin amacına ilişkin eğitim öncesi ile eğitim sonrası verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.4.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	AOB BİLGİ DÜZEYİ				p
	ÖNTEST		SONTEST		
	Doğru	Yanlış	Doğru	Yanlış	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlar</b>					
Acil servis fetal distres vakasına ilişkin girişimlerden yapılması uygun olmayan koşulları belirleyebilme	15 (50.0)	15 (50.0)	28 (93.3)	2 (6.7)	<0.001
Gün aşımı gebeliğin bulguları arasında yer alan koşulları belirleyebilme	12 (40.0)	18 (60.0)	27 (90.0)	3 (10.0)	<0.001
Preeklampsi tanısını belirleyebilme	22 (73.3)	8 (26.7)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
Eklampsiyi tanımlayabilme	24 (80.0)	6 (20.0)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
Eklampitik konvülsiyonları hızlı bir şekilde kontrol altına almanın en etkili yolunu tanımlayabilme	7 (23.3)	23 (76.7)	26 (86.7)	4 (13.3)	<0.001
Ciddi kronik anemi bulgularını belirleyebilme	25 (83.3)	5 (16.7)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
Hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekli koşulları sayabilme	12 (40.0)	18 (60.0)	23 (76.7)	7 (23.3)	0.003
Dehidratasyon tanısını belirleyebilme	26 (86.7)	4 (13.3)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
Dış gebeliğin belirti ve bulgularından olmayan seçenekleri belirleyebilme	9 (30.0)	21 (70.0)	26 (86.7)	4 (13.3)	<0.001
Molar gebeliğin belirti ve bulgularından olmayan seçenekleri belirleyebilme	14 (46.7)	16 (53.3)	28 (93.4)	2 (6.6)	<0.001
Plasenta previanın belirtilerinden olmayan seçenekleri belirleyebilme	12 (40.0)	18 (60.0)	26 (86.7)	4 (13.3)	<0.001
Acile yüksek ateş şikâyeti ile başvuran gebe için yapılması gerekli girişimleri belirleyebilme	15 (50.0)	15 (50.0)	27 (90.0)	3 (10.0)	0.002

**Tablo 4.4.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı (Devamı)

ÖZELLİKLER	AOB BİLGİ DÜZEYİ				p
	ÖNTEST		SONTEST		
	Doğru	Yanlış	Doğru	Yanlış	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlar (devamı)</b>					
Amniyotik sıvı embolisini belirleyebilme	23 (76.7)	7 (23.3)	28 (93.4)	2 (6.6)	0.063
Fetal ölüm kesin tanısı bulguları arasında yer almayan durumları belirleyebilme	1 (3.3)	29 (96.7)	23 (76.7)	7 (23.3)	<0.001
Şiddetli preeklampsi tanısı ile acil servise başvuran hasta için yapılması uygun olmayan girişimleri belirleyebilme	16 (53.3)	14 (46.7)	28 (93.3)	2 (6.7)	<0.001
Fetal hareketlerin ve fetal kalp sesinin olmadığı durumda yapılması gerekli girişimleri belirleyebilme	22 (73.3)	8 (26.7)	28 (93.3)	2 (6.7)	0.031
Abortus imminens (Düşük tehdidi) tanısı alan gebe için yapılması gerekli girişimleri tanımlayabilme	6 (20.0)	24 (80.0)	28 (93.3)	2 (6.7)	<0.001
Servikal os dilate ve aktif kanaması tespit edilen 16 haftalık gebe için yapılması uygun olmayan müdahaleyi tanımlayabilme	7 (23.3)	23 (76.7)	23 (76.7)	7 (23.3)	<0.001
Sepsisten şüphelenilerek getirilen gebe için yapılması gerekli müdahaleyi tanımlayabilme	7 (23.3)	23 (76.7)	23 (76.7)	7 (23.3)	<0.001
Akut batın şüphesi olan hasta için hastaneye nakledilinceye kadar yapılması doğru olmayan acil müdahaleyi belirleyebilme	21 (70.0)	9 (30.0)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
Batın içi travmadan şüphelenilerek yatırılan hasta için yapılması doğru olmayan müdahaleyi belirleyebilme	17 (56.7)	13 (43.3)	30 (100.0)	0 (0.0)	-

Çalışmaya katılan hekim dışı sağlık personelinin doğum öncesi dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara yönelik eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri Tablo 4.4' te yer almaktadır. Buna göre eğitim sonrasında katılımcıların doğum öncesi dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara yönelik soruları doğru cevaplama oranlarının, eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ancak amniyotik sıvı embolisi ile ilgili soruyu doğru

cevaplama oranları açısından eğitim öncesi ile sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

**Tablo 4.5.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Sırası ve Sonrası Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	AOB BİLGİ DÜZEYİ				p
	ÖNTEST		SONTEST		
	Doğru	Yanlış	Doğru	Yanlış	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
<b>Doğumda gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlar</b>					
Anormal doğumun en ciddi komplikasyonunu belirleyebilme	22 (73.3)	8 (26.7)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
Uterus rupture belirtilerini belirleyebilme	16 (53.3)	14 (46.7)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
34 haftalık gebenin doğum eyleminin başladığı ve doğum kaçınılmaz olduğu durumda yapılması doğru olmayan müdahaleyi belirleyebilme	27 (90.0)	3 (10.0)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
<b>Doğum sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlar</b>					
Postpartum hemorajinin nedenlerinden olmayan seçenekleri belirleyebilme	13 (43.3)	17 (56.7)	27 (90.0)	3 (10.0)	<0.001
Plasentanın doğumundan sonra aktif kanama devam ederse, sağlık personelinin ilk olarak yapması gerekenleri belirleyebilme	15 (50.0)	15 (50.0)	29 (96.7)	1 (3.3)	<0.001
Enfeksiyon açısından antibiyotik tedavisi gerektirmeyen koşulları belirleyebilme	15 (50.0)	15 (50.0)	30 (100.0)	0 (0.0)	-
Düşük sonrası yönetimde yapılmaması gerekenleri tanımlayabilme	6 (20.0)	24 (80.0)	23 (76.7)	7 (23.3)	<0.001
Postpartum kanaması olan hasta için yapılması doğru olmayan müdahaleyi belirleyebilme	11 (36.7)	19 (63.3)	28 (93.3)	2 (6.7)	<0.001

Çalışmaya katılan hekim dışı sağlık personelinin doğum sırası ve sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara yönelik eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri Tablo 4.5'te yer almaktadır. Buna göre katılımcıların doğum sırasında AOB gerektiren durumlara ilişkin soruların tamamını eğitim sonrasında doğru olarak cevaplandıkları ve eğitim öncesi ile sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Çalışma kapsamına alınan sağlık personelinin doğum sonrası dönemde gelişebilecek postpartum kanama, enfeksiyon gibi AOB gerektiren durumlara ilişkin soruları doğru cevaplandırma oranının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre daha yüksek olduğu ve aralarındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.6.** Daha Önce AOB Eğitimi Alan ve Almayan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'ye ve Doğum Öncesi Dönemde AOB Gerektiren Durumlara İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	AOB BİLGİ DÜZEYİ												p
	Daha önce eğitim alanlar (n=13)						Daha önce eğitim almayanlar (n=17)						
	ÖNTEST			SONTEST			ÖNTEST			SONTEST			
	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	p	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	p	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	p	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	p	
<b>AOB tanımı ve kapsamı</b>													
Tanımları yapabileme	4 (30.8)	9 (69.2)	13 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	7 (41.1)	10 (58.9)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.008		
Amacını açıklayabilme	10 (76.9)	3 (23.1)	13 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	13 (76.4)	4 (23.6)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.500		
Üç gecikme modelini belirleyebilme	4 (30.8)	9 (69.2)	12 (92.3)	1 (7.7)	0.008	0.008	2 (11.8)	15 (88.2)	13 (76.5)	4 (23.5)	<0.001		
Gebenin sevkinin gerekmediği koşulları belirleyebilme	5 (38.5)	8 (61.5)	12 (92.3)	1 (7.7)	0.016	0.016	5 (29.4)	12 (70.6)	14 (82.4)	3 (17.6)	0.004		
Kan naklinin yapılmasını gerekmediği koşulları belirleyebilme	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100)	0 (0.0)	-	-	11 (64.7)	6 (35.3)	16 (94.1)	1 (5.9)	0.063		
<b>Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerektiren Durumlar</b>													
Acı servis fetal distres vakasına ilişkin girişimlerden yapılması uygun olmayan koşulları belirleyebilme	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	8 (47.1)	9 (52.9)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.016		
Gün aşımı gebeliğin bulguları arasında yer alan koşulları belirleyebilme	6 (46.2)	7 (53.8)	13 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	6 (35.3)	11 (64.7)	14 (82.4)	3 (17.6)	0.008		
Preeklampsisi tanımsını belirleyebilme	11 (84.6)	2 (15.4)	13 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	11 (64.7)	6 (35.3)	17 (100)	0 (0.0)	-		
Eklampsiyi tanımlayabilme	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	15 (88.2)	2 (11.8)	17 (100)	0 (0.0)	-		
Eklampatik konvülsiyonları hızlı bir şekilde kontrol altına almanın en etkili yolunu tanımlayabilme	3 (23.1)	10 (76.9)	12 (92.3)	1 (7.7)	0.004	0.004	4 (23.5)	13 (76.5)	14 (82.4)	3 (17.6)	0.002		
Ciddi kronik anemi bulgularını belirleyebilme	11 (84.6)	2 (15.4)	13 (100)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	14 (82.4)	3 (17.6)	17 (100)	0 (0.0)	-		
Hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekli koşulları sayabilme	3 (23.1)	10 (76.9)	11 (84.6)	2 (15.4)	0.008	0.008	9 (53.0)	8 (47.0)	12 (70.6)	5 (29.4)	0.375		
Dehidratasyon tanısını belirleyebilme	11 (84.6)	2 (15.4)	13 (100)	0 (0.0)	-	-	15 (88.2)	2 (11.8)	17 (100)	0 (0.0)	-		
Dış gebeliğin belirti ve bulgularından olmayan seçenekleri belirleyebilme	6 (46.2)	7 (53.8)	12 (92.4)	1 (7.6)	0.031	0.031	3 (17.6)	14 (82.4)	14 (82.4)	3 (17.6)	<0.001		
Molar gebeliğin belirti ve bulgularından olmayan seçenekleri belirleyebilme	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100)	0 (0.0)	-	-	5 (29.4)	12 (70.6)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.002		

**Tablo 4.6.** Daha Önce AOB Eğitimi Alan ve Almayan Hekim Dışı Sağlık Personelinin AOB'ye ve Doğum Öncesi Dönemde AOB Gerekli Durumlara İlişkin Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı (devamı)

ÖZELLİKLER	AOB BİLGİ DÜZEYİ											
	Daha önce eğitim alanlar (n=13)						Daha önce eğitim almayanlar(n=17)					
	ÖNTEST			SONTEST			ÖNTEST			SONTEST		
	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	p	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	p	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	p	
<b>Doğum Öncesi Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerekli Durumlar (devamı)</b>												
Placenta previa'nın belirtilerinden olmayan seçenekleri belirleyebilme	6 (46.2)	7 (53.8)	12 (92.4)	1 (7.6)	0.031	6 (35.3)	11 (64.7)	14 (82.4)	3 (17.6)	0.008		
Yüksek ateş şikâyeti ile başurana gebe için yapılması gerekli girişimleri belirleyebilme	7 (53.8)	6 (46.2)	13 (100)	0 (0.0)	-	8 (47.1)	9 (52.9)	14 (82.4)	3 (17.6)	0.070		
Amniyotik sıvı embolisini belirleyebilme	10 (76.9)	3 (23.1)	13 (100)	0 (0.0)	-	13 (76.4)	4 (23.6)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.500		
Fetal ölüm kesin tanısı bulguları arasında yer almayan durumları belirleyebilme	1 (7.7)	12 (92.3)	11 (84.6)	2 (15.4)	0.002	0 (0.0)	17 (100)	12 (70.6)	5 (29.4)	-		
Şiddetli preeklamps tanısı ile acil servise başurana hasta için yapılması uygun olmayan girişimleri belirleyebilme	5 (38.5)	8 (61.5)	13 (100)	0 (0.0)	-	11 (64.7)	6 (35.3)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.125		
Fetal hareketlerin ve fetal kalp sesinin olmadığı durumda yapılması gerekli girişimleri belirleyebilme	11 (84.6)	2 (15.4)	13 (100)	0 (0.0)	-	11 (64.7)	6 (35.3)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.125		
Abortus imminens (Düşük tehdidi) tanısı alan hasta için yapılması gerekli girişimleri tanımlayabilme	1 (7.7)	12 (92.3)	13 (100)	0 (0.0)	-	5 (29.4)	12 (70.6)	15 (88.2)	2 (11.8)	0.002		
Servikal os dilate ve aktif kanaması tespit edilen 16 haftalık gebe için yapılması uygun olmayan müdahaleyi tanımlayabilme	6 (46.2)	7 (53.8)	11 (84.6)	2 (15.4)	0.063	1 (5.9)	16 (94.1)	12 (70.6)	5 (29.4)	<0.001		
Sepsisten şüphelenilerek getirilen gebe için yapılması gerekli müdahaleyi tanımlayabilme	3 (23.1)	10 (76.9)	10 (76.9)	3 (23.1)	0.016	4 (23.5)	13 (76.5)	13 (76.5)	4 (23.5)	0.004		
Akut batin şüphesi olan hasta için hastaneye nakledilinceye kadar yapılması doğru olmayan acil müdahaleyi belirleyebilme	9 (69.2)	4 (30.8)	13 (100)	0 (0.0)	-	12 (70.6)	5 (29.4)	17 (100)	0 (0.0)	-		
Batın içi travmadan şüphelenilerek yatırılan hasta için yapılması doğru olmayan müdahaleyi belirleyebilme	5 (38.5)	8 (61.5)	13 (100)	0 (0.0)	-	12 (70.6)	5 (29.4)	17 (100)	0 (0.0)	-		

Daha önce AOB eğitimi alan ve almayan hekim dışı sağlık personelinin AOB' ye ve doğum öncesi dönemde AOB gerektiren durumlara ilişkin eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri Tablo 4.6' da yer almaktadır.

Daha önceden eğitim alan ve almayan katılımcılardan AOB' in tanımı ve kapsamına ilişkin soruları eğitim sonrasında, eğitim öncesine göre doğru cevaplama oranlarının daha yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Ancak daha önce eğitim almayan katılımcıların AOB' nin amacı ve kan nakli gerektirmeyen durumlara ilişkin soruları eğitim sonrasında doğru cevaplama oranları artmasına karşın bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Çalışma kapsamına alınan ve AOB'ye ilişkin daha önceden eğitim alan sağlık personelinin doğum öncesi dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara ilişkin soruları doğru cevaplama oranlarının eğitim sonrasında eğitim öncesine göre anlamlı olarak arttığı saptanmıştır ( $p<0.05$ ). Ancak daha önce eğitim alan sağlık personelinin “Servikal os dilate ve aktif kanaması tespit edilen 16 haftalık gebe için yapılması uygun olmayan müdahaleyi” doğru cevaplama oranları açısından eğitim öncesi ile sonrası arasında fark olmadığı saptanmıştır ( $p>0.05$ ).

Daha önce AOB eğitimi almayan katılımcıların ise hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekli koşullar, yüksek ateş, amniyotik sıvı embolisi, şiddetli preeklampsi tanısı ile acil servise başvuran hasta için yapılması uygun olmayan girişimler, fetal hareketlerin ve fetal kalp sesinin olmadığı durumda yapılması gerekli girişimler ile ilgili soruları doğru cevaplama oranları arasında eğitim öncesine göre artış olmasına karşın bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı tespit edilmiştir ( $p>0.05$ ).



**Tablo 4.7.** Daha Önce AOB Eğitimi Alan ve Almayan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Doğum Sırası ve Sonrası Dönemde Gelişebilecek ve AOB Gerekiren Durumlara Yönelik Eğitim Öncesi ve Sonrası Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

ÖZELLİKLER	AOB BİLGİ DÜZEYİ											
	Daha önce eğitim alanlar (n=13)						Daha önce eğitim almayanlar (n=17)					
	ÖNTEST			SONTEST			ÖNTEST			SONTEST		
	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	P	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	P	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	P	Doğru n (%)	Yanlış n (%)	P
<b>Doğumda gelişebilecek ve AOB gerekiren durumlar</b>												
Anormal doğum en ciddi komplikasyonunu belirleyebilme	9 (69.2)	4 (30.8)	-	13 (100)	0 (0.0)	-	13 (76.5)	4 (23.5)	-	17 (100)	0 (0.0)	-
Uterus ruptüre belirtilerini belirleyebilme	4 (30.8)	9 (69.2)	-	13 (100)	0 (0.0)	-	12 (70.6)	5 (29.4)	-	17 (100)	0 (0.0)	-
34 haftalık gebenin doğum eyleminin başladığı ve doğum kaçınılmaz olduğu durumda yapılması doğru olmayan müdahaleyi belirleyebilme	11 (84.6)	2 (15.4)	-	13 (100)	0 (0.0)	-	16 (94.1)	1 (5.9)	-	17 (100)	0 (0.0)	-
<b>Doğum sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerekiren durumlar</b>												
Postpartum hemorajinin nedenlerinden olmayan seçenekleri belirleyebilme	4 (30.8)	9 (69.2)	0.016	11 (84.6)	2 (15.4)	0.016	9 (52.9)	8 (47.1)	0.016	16 (94.1)	1 (5.9)	0.016
Plasentanın doğumundan sonra aktif kanama devam ederse, sağlık personelinin ilk olarak yapması gerekenleri belirleyebilme	7 (53.8)	6 (46.2)	-	13 (100)	0 (0.0)	-	8 (47.1)	9 (52.9)	-	16 (94.2)	1 (5.8)	0.008
Enfeksiyon açısından antibiyotik tedavisi gerektirmeyen koşulları belirleyebilme	8 (61.5)	5 (38.5)	-	13 (100)	0 (0.0)	-	7 (41.2)	10 (58.8)	-	17 (100)	0 (0.0)	-
Düşük sonrası yönetimde yapılmaması gerekenleri tanımlayabilme	2 (15.4)	11 (84.6)	0.008	10 (76.9)	3 (23.1)	0.008	4 (23.5)	13 (76.5)	0.008	13 (76.5)	4 (23.5)	0.004
Postpartum kanaması olan hasta için yapılması doğru olmayan müdahaleyi belirleyebilme	5 (38.5)	8 (61.5)	-	13 (100)	0 (0.0)	-	6 (35.3)	11 (64.7)	-	15 (88.2)	2 (11.8)	0.004

Çalışmaya katılan daha önce AOB eğitimi alan ve almayan hekim dışı sağlık personelinin doğum sırası ve sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara yönelik eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeyleri Tablo 4.7’de yer almaktadır. Daha önceden eğitim alan ve almayan katılımcıların doğumda gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara ilişkin soruları eğitim sonrasında tamamını doğru cevaplandığı ve eğitim öncesi ile eğitim sonrası verilen cevaplar arasında aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu tespit edilmiştir ( $p<0.05$ ).

Daha önceden eğitim alan ve almayan katılımcıların doğum sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara ilişkin soruları eğitim sonrasında eğitim öncesine göre doğru cevaplama oranlarının daha yüksek olduğu ve eğitim öncesi ile sonrası verilen cevaplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

**Tablo 4.8.** Çalışmaya Katılan Hekim Dışı Sağlık Personelinin Bazı Tanıtıcı Özelliklerine Göre Eğitim Öncesi ve Sonrası AOB Bilgi Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler	AOB BİLGİ DÜZEYİ		p
	ÖNTEST	SONTEST	
	Doğru M (Ekd-Ebd)	Doğru M (Ekd-Ebd)	
<b>Cinsiyet</b>			
Kadın	19.0 (9-23)	32.0 (27-34)	<0.001
Erkek	16.0 (10-26)	31.0 (25-33)	0.003
<b>Yaş Grubu</b>			
21-30	16.0 (9-26)	31.0 (27-33)	<0.001
31-40	21.0 (10-22)	33.0 (25-34)	<0.001
41>	20.0 (12-21)	32.5 (27-34)	<0.001
Yaş Ortalama 29.7±7.2			
<b>Eğitim durumu</b>			
Sağlık Meslek Lisesi	14.0 (9-26)	31.0 (27-33)	0.043
Önlisans	18.5 (10-23)	31.0 (25-34)	<0.001
Lisans	17.0 (11-22)	32.0 (30-34)	0.018
Yüksek Lisans	19.0 (17-21)	32.0 (32-32)	0.180
<b>Meslek</b>			
Hemşire	16.0 (9-21)	32.0 (28-32)	0.008
Ebe	21.0 (18-22)	34.0 (33-34)	0.016
ATT	13.5 (10-26)	31.0 (25-33)	0.028
Paramedik	17.0 (11-23)	31.0 (28-33)	0.042
Anestezi Teknisyeni	16.0 (12-29)	27.0 (27-31)	0.109
<b>Meslekte görev yapma süresi</b>			
0-6 yıl	16.50 (10-24)	31.0 (27-33)	<0.001
6 yıl ve üzeri	19.50 (9-26)	33.0 (25-34)	<0.001
<b>Acil serviste çalışma süresi</b>			
0-6 yıl	17.0 (9-26)	31.0 (27-34)	<0.001
6 yıl ve üzeri	20.0 (11-22)	33.0 (25-34)	<0.001

Tablo 4.8’te çalışmaya katılan hekim dışı sağlık personelinin bazı tanıtıcı özelliklerine göre eğitim öncesi ve sonrası AOB bilgi düzeyleri yer almaktadır. Eğitim öncesi AOB’ye ilişkin sorulara verilen doğru cevap sayısının cinsiyet, yaş, eğitim durumu, mesleği, mestekte görev yapma süresi, acil serviste çalışma süresine göre değiştiği saptanmıştır. Eğitim sonrası AOB’ye ilişkin doğru cevap sayısının sosyodemografik özelliklere göre değişmediği belirlenmiştir.

## 5. TARTIŞMA ve SONUÇ

Gebelik fizyolojik bir süreç olmasına karşın her an anne ve fetus için acil tedavi gerektiren komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu komplikasyonların oluş zamanı ve patofizyolojisinin anlaşılması tedavinin hızlı bir şekilde yapılmasını sağlar. Obstetrik komplikasyonların çoğu önceden tahmin edilemez o nedenle komplikasyon geliştiği anda; ivedilikle anne ve fetus birlikte değerlendirilerek maternal ve fetal morbidite veya mortalite olabildiğince en aza indirilmeye çalışılmalıdır. Maternal ve fetal morbidite ve mortalitenin en aza indirilmesi AOB hizmeti veren sağlık personelinin obstetrik acilleri doğru tanılama, acil müdahale etme gibi girişimlerdeki bilgi ve başarısıyla doğrudan ilişkilidir (93).

UNICEF, doğum sırasında yetenekli doğum görevlisinin olmamasının, dünya genelinde her yıl 2 milyondan fazla maternal ve fetal ölüme yol açtığını belirtmiştir (109). Günümüzde dünyada ve ülkemizde anne ve bebek ölüm hızlarında önemli düşüşler kaydedilmiş olmasına karşın, bu sonuçlar hâla istenilen düzeyin gerisindedir. Bu nedenle bugüne kadar yapılanlardan daha fazlasının yapılabilmesi ve bu hizmetlerin daha kaliteli hale getirilmesi gerekmektedir (110). Bu nedenle sağlık profesyonellerinin postpartum dönem, doğum ve gebelik süresince meydana gelebilecek komplikasyonların tanınması ve yönetilmesi için gerekli donanımlara sahip olmaları gerekmektedir (111). Çalışmanın yapıldığı hastanede daha önce hiç maternal mortalite gözlemlenilmemiştir. Bunun nedeni olarak; ciddi obstetrik acillerin, merkez hastanelere sevk edilmesi ya da doğrudan merkez hastanelere başvuruların olması gibi nedenlerden etkilenebileceği düşünülmüştür. Bu durum sevki ve acilde ki obstetrik acillere sevkten önce ilk müdahaleyi yapan kişilerin bilgi seviyesinin önemini ortaya koymaktadır. Sevk

sırasında ya da acilde obstetrik vaka ile karşılaşan personel hemen vakayı tanıyabilmeli, vakanın ciddiyetini değerlendirebilmeli ve uygun müdahaleyi yapabilmelidir. Bu durum merkez sağlık kuruluşlarına hastanın güvenli bir şekilde ulaştırılmasını kolaylaştırır.

Çalışmaya katılan sağlık personelinin sosyodemografik özellikleri incelendiğinde; çoğunluğunun kadın, genç yaş grubu, önlisans mezunu ve ebe-hemşire meslek grubundan olduğu saptanmıştır. Sağlık personelinin çoğunluğunun acil serviste çalışma süresinin ve bu kurumda görev yapma süresinin 0-6 yıl olduğu, meslekte görev yapma süresinin ise daha fazla olduğu belirlenmiştir. Ülger ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu çalışmayla benzer şekilde acil servis ve ambulanslarda görev yapan sağlık personelinin çoğunluğunun meslekte görev süresinin 1-5 yıl arasında olduğu ve personelin yarısının acil tıp teknisyeni ve paramedikten oluştuğu saptanmıştır (112). Güner'in yaptığı çalışmada Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında çalışan personelin çoğunluğunun acil tıp teknisyeni ve paramedikten oluştuğu belirlenmiştir (113). Topçu'nun çalışmasında ise acil servislerde görev yapan sağlık personelinin yarısından fazlasının hemşire olduğu ve acil serviste toplam çalışma sürelerinin 1-5 yıl arasında olduğu tespit edilmiştir (114).

Çalışkan ve arkadaşlarının; 112 personeline verilen temel sağlık modülü eğitiminin değerlendirilmesi ile ilgili yaptıkları çalışmada kursiyerlerin yaşla ve meslekte çalışma sürelerinin artmasının, personelin tecrübe ve bilgilerini de arttırdığını bulmuştur (115). Bu çalışmada da katılımcıların eğitim öncesinde AOB'ye ilişkin verdikleri doğru cevap sayısını cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, meslekte görev yapma ve acil serviste çalışma süresinin artırdığı görülmüştür. Eğitim sonrasında ise sosyodemografik özelliklere göre doğru cevap sayıları arasında anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır. Çalışma yılı ve paralelinde yaşla birlikte iş deneyimi ve görülen vaka sayısı da artmaktadır. Bu nedenle iş tecrübesinin, acil obstetrik vakaların tanınmasını ve müdahale tekniklerine doğru yaklaşımı artırdığı söylenebilir.

Bu çalışmada sağlık personelinin çoğunluğunun son bir ay içerisinde 2-5 kez obstetrik acillerle karşılaştıkları tespit edilmiş ve tamamının obstetrik acillere müdahale ederken sorun yaşamadığını bildirdiği saptanmıştır. Sağlık personelinin yarısının kendisini AOB ekibi içinde gördüğü, üçte birinin obstetrik acillere müdahalede kendini yeterli gördüğü ve tamamına yakınının AOB ile ilgili literatür takip etmediği anlaşılmaktadır. Sağlık personelinin eğitim öncesi bilgi düzeylerinin eğitim sonrasına göre düşük olmasına

karşın acil obstetriklere müdahalede kendilerini yeterli görmelerinin nedeni sevk mekanizması içerisinde komplike bir vakanın olmaması ya da sevk sırasında müdahale gerektirecek bir durumun yaşanmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Obstetrik vakalara müdahaleler incelendiğinde, genellikle damar yolu açılması, IV infüzyona başlanması ve bir üst birime sevk yapıldığı gözlemlenilmiştir. Bu durumun ilçe devlet hastanesinde yeterli kapasitede kadın doğum servisinin ve yeterli sayıda kadın doğum uzmanının bulunmamasından kaynaklandığı düşünülebilir.

Yapılmış çalışmalar incelendiğinde obstetrik acillere ilişkin mortalite oranının yüksekliği sosyoekonomik durum, sağlık hizmetlerine ulaşmadaki güçlükler, acil kritik durumların tanı, teşhis ve sevk sırasındaki gecikmeler, evde doğumlar, prenatal ve postnatal bakımın yetersizliği gibi nedenlere bağlanmıştır (29, 102, 116). Çalışmamızda ki personelinin çoğunluğunun son bir ay içerisinde ortalama 2-5 kez obstetrik acillerle karşılaşmasına rağmen, AOB eğitimi öncesi bilgi düzeyinin düşük olmasının hastaların acil obstetrik durumlarının tanı, teşhis, müdahale ve sevk sırasındaki gecikmelere neden olabileceği düşünülmektedir. Anne ölümlerinin azaltılması ve önlenabilir nedenlerin ortadan kaldırılması büyük önem taşımaktadır. Bunu gerçekleştirmek ve sağlık personelinin doğru ve yerinde müdahale yapmasına katkı sağlamak için sağlık kuruluşlarının tıbbi donanım ve altyapı eksikliklerinin tamamlanmasının yanı sıra, hizmeti sunan personelinin önemli rollerinin olduğu acil obstetrik bakım gerektiren vakalara yaklaşım konusunda da bilgi ve becerilerinin en üst düzeyde olması gerekmektedir (10, 110).

Çalışmamızda hekim dışı sağlık personelinin yaklaşık yarısının daha önce AOB' ye yönelik eğitime katıldığı ve katılanların çoğunluğunun AOB sertifikasının olduğu ve çalıştıkları birimde kurum içi düzenli hizmet içi eğitim verilmediği anlaşılmaktadır. Daha önceden AOB eğitimi almayanların yanı sıra daha önceden AOB eğitimi alan personellerinde eğitim öncesi doğru cevaplama sayıları düşük bulunmuştur ve aralarında eğitim öncesinde soruları doğru cevaplama oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Her iki grup içinde eğitim durumu, güncel yayınları takip etmemeleri, öğrenilen bilgilerin üzerinden zaman geçmiş olması, düzenli hizmet içi eğitim almamaları nedeniyle unutulmuş olması gibi nedenlerden kaynaklandığı düşünülmüştür. Bununla doğru orantılı bir şekilde Mirkuzie ve arkadaşlarının Etiyopya'da temel acil obstetrik ve yenidoğan bakım hizmetleri

servislerinde yaptıkları çalışmalarında son beş yılda sağlık personelinin konu ile ilgili bilgi ve yetkinliklerinin belirlenmesinde hizmet içi AOB eğitimi alıp almadıklarını sorgulanmıştır. Bu çalışma kapsamında 2008 yılında 25 personelden dördünün ve 2013 yılında 24 personelden sadece üçünün eğitim aldığı ve bilgi/yetkinlik olarak aralarında fark olmadığı bildirilmiştir (117). Ayrıca Mirkuzie ve arkadaşları, temel acil obstetrik ve yenidoğan bakım hizmetleri servislerinde yaptıkları çalışmalarında bakım vericilerin doğum tanı ve tedavisi, doğum sonrası kanama, doğum asfiksisi ile ilgili bilgi puan ortalamaları ve yenidoğan resüsitasyonundaki beceri skorlarının düşük olduğunu belirlemişlerdir (117). Bogren'in Bangladesh'de hemşire-ebelerin anne ve bebek hayatını kurtarma bilgisini değerlendirdiği çalışmasında; sağlık personellerinin temel ebelik becerileri konusundaki bilgilerinde ciddi eksiklik olduğu ve çoğunluğunun doğum öncesi bakım, normal doğum eylemi ve komplikasyonların yönetimi, doğum sonrası bakımın yanı sıra, acil yenidoğan bakımıyla ilgili konularda önemli ölçüde düşük bilgi skoruna sahip oldukları bildirilmiştir (118). Puri'nin, Bugesera Bölgesi'nde yapılan obstetrik bakım vericilerin bilgi, tutum ve uygulamaları ile ilgili çalışmasında, katılımcıların soruların yarısından azını doğru cevapladığı belirlenmiş ve bu oranın profesyonel sertifika standartları için gerekli bilgi düzeyini temsil etmediği vurgulanmıştır. Aynı çalışmada katılımcıların obstetrik komplikasyonlar ve normal doğum eylemi hakkındaki bilgi düzeylerine ilişkin puan ortalamalarının düşük olduğu ve katılımcıların bu değerlerden dolayı eğitime ihtiyaçları olduğu belirlenmiştir (104). Itote Wanjugu yaptığı çalışmada, obstetrik bakım vericilerin intrapartum bakım bilgi puan ortalamalarının temel obstetrik bakımda yeterliliğini ölçmek için, kabul edilebilir seviyenin oldukça altında olduğunu belirlemiş ve AOB eğitiminin, personelin bilgi ve uygulamalarını geliştirdiğini kanıtlamıştır (119). Ameh ve arkadaşlarının bu çalışmayla benzer şekilde acil obstetrik bakım eğitiminin etkinliğini değerlendirdiği çalışmada, sağlık personelinin eğitim öncesine göre eğitim sonrasında bilgi ve becerilerinin arttığını bulmuştur (22). Van Lonkhuijzen ve arkadaşları, eğitimin sağlık personelinin acil obstetrik bakım bilgi düzeylerine etkisini değerlendirdiği çalışmasında ön teste göre son testte katılımcıların bilgi puanlarının arttığını gözlemlemiştir (120). Ameh ve arkadaşlarının konu ile ilgili bir diğer çalışmalarında; sahra altı Afrika ve Asya ülkelerinde sağlık profesyonellerinin acil obstetrik ve yenidoğan bakımına ilişkin bilgi ve becerilerinin geliştirilmesinde eğitimin etkili olduğunu saptamışlardır (121). Bu bulgular çalışma bulgularıyla benzerdir.

Bu çalışmada eğitim sonrasında katılımcıların AOB'nin tanımı ve kapsamı, doğum öncesi, doğum sırası ve sonrası dönemde gelişebilecek obstetrik acillere yönelik soruları doğru cevaplama oranlarının eğitim öncesine göre belirgin olarak arttığı ve eğitim öncesi ile sonrası doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Verilen eğitim sonrası daha önceden eğitim alan ve almayan katılımcıların doğru cevap sayılarının eğitim öncesine göre yüksek olduğu ve iki grup arasında fark olmadığı saptanmıştır ( $P>0.05$ ). Düzenli, planlı ve sağlık personelinin çalıştığı alana özgü yapılan eğitimlerin, kişilerin bilgi puan ortalamalarını artırdığı ve farkındalık sağladığını söyleyebiliriz. AOB' la ilgili daha kaliteli ve güvenilir hizmet sunulabilmesi için sağlık personelinin hizmetiçi eğitimlerle konuya ilişkin bilgilerinin belirli aralıklarla güncellenmesi, eğitim içeriğinin özellikle sık karşılaşılan komplikasyonlar, tedavi, bakım, müdahale gibi durumları içermesi ve bunların simülasyon uygulaması şeklinde uygulamalı bir eğitim programı olarak verilmesi büyük önem taşımaktadır.

### **Sonuç ve öneriler**

- ✓ Araştırmaya katılan sağlık personellerinin eğitim öncesi doğru cevaplama oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Verilen eğitim sonrası doğru cevaplama oranlarının eğitim öncesine göre yüksek olduğu tespit edilmiş ve eğitim öncesi ile sonrası arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.
- ✓ Araştırmaya katılan sağlık personellerinin eğitim öncesinde AOB'ye ilişkin bilgi düzeyi ile cinsiyet, yaş, eğitim durumu, meslek, meslekte ve acil serviste çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu saptanmıştır. Eğitim sonrasında ise sosyomedografik özelliklere göre doğru cevap sayıları arasında fark olmadığı belirlenmiştir.
- ✓ Araştırmaya katılan daha önceden eğitim alan sağlık personellerinin eğitim öncesi AOB'ye ilişkin soruları doğru cevaplama oranının düşük olduğu belirlenmiştir. Verilen eğitim sonrası doğru cevap sayılarının arttığı tespit edilmiş ve eğitim öncesi ve sonrası değerler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur.
- ✓ Araştırmaya katılan daha önceden eğitim almayan sağlık personellerinin eğitim öncesi AOB'ye ilişkin soruları doğru cevaplama oranlarının eğitim sonrasına göre düşük olduğu ve eğitim sonrasındaki artışın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur.



- ✓ Eğitim öncesi daha önce AOB'ye ilişkin eğitim alan ve almayan sağlık personelinin doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.
- ✓ Eğitim sonrası daha önce AOB'ye ilişkin eğitim alan ve almayan sağlık personelinin doğru cevap sayıları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

**Sonuçlar doğrultusunda öneriler;**

- ✓ Örneklem büyüklüğü artırılarak benzer çalışmaların yapılması önerilebilir.



## 6.KAYNAKLAR

1. İğde FAA, Gül R, Yalçın M, Karadenizli D. Anne ölümleri ve acil obstetrik bakım. Genel Tıp Derg 2008; 18:47-53.
2. Üreme Sağlığı Programı, “Türkiye ulusal anne ölümleri çalışması ana rapor”, 2005: 1-10.
3. Otolorin E, Gomez P, Currie S, Thapa K, Dao B. Essential basic and emergency obstetric and newborn care: From education and training to service delivery and quality of care. Int J Gynaecol Obstet 2015; 130:46-53.
4. World health statistics, 2014.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112738/1/9789240692671_eng.pdf)  
Erişim: 22.11.2017
5. TC. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, “Binyıl kalkınma hedefleri raporu”, Türkiye, 2010:37.
6. United Nations, “The Millennium Development Goals Report”, New York, 2015: 38-44.
7. Sungur İ, Çöl M. Mortalite ile ilgili önemli ölçütlerin dünyadaki ve Türkiye’deki durumu. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası 2016; 69: 4-5.
8. Gabbe GS, Niebyl RJ. Obstetri normal ve sorunlu gebelikler. Nobel Tıp Kitabevi 2009; 24: 628-645.
9. Cavallaro FL, Marchant TJ. Responsiveness of emergency obstetric care systems in low- and middle-income countries: a critical review of the "Third delay". Acta Obstet Gynecol Scand 2013; 92:496-507.

10. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı, 2015:1-119.
11. Lobis S, Fry D, Paxton A. Program note: applying the UN Process indicators for emergency obstetric care to the United States. BJOG 2005; 88:203–207.
12. Bhandari TR, Dangal G. Emergency obstetric care: Strategy for reducing maternal mortality in developing countries. NJOG 2014; 17:8-16.
13. Khan KS, Wojdyla D, Say L, Gulmezoglu AM, Van Look PF. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. Lancet 2006; 367:1066–1074.
14. Hossain J, Ross SR. The effect of addressing demand for as well as supply of emergency obstetric care in Dinajpur, Bangladesh. BJOG 2006; 92:320-328.
15. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Üreme Sağlığı Programı No: 3-A, Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi, Ankara, 2007:1-130.
16. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım, Destek Personel Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara, 2007:1-30.
17. TC. Sağlık Bakanlığı. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Ankara, 2017:1-17.
18. Songur C. Sağlık göstergelerine göre ekonomik kalkınma ve iş birliği örgütü ülkelerinin kümeleme analizi. Edit: Cam E, Demir S, Kaçar A. Sosyal Güvenlik Dergisi 2016; 6:197-224.
19. Şencan İ, Engin-Üstün Y, Sanisoğlu S, ve ark B. 2014 yılı Türkiye ulusal anne ölümlerinin demografik verilere göre değerlendirilmesi, Jinekoloji- Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 2016; 13: 45- 47.
20. Government of Pakistan. Economic survey 2002—03. Economic Advisers Wing, Islamabad Finance Division; 2003.
21. Moran NF, Naidoo M, Moodley J. Reducing maternal mortality on a countrywide scale: The role of emergency obstetric training. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015; 29:1102-1118.
22. Ameh C, Adegoke A, Hofman J, et al. The impact of emergency obstetric care training in Somaliland, Somalia. Int J Gynaecol Obstet 2012; 117:283-287.

23. Partamin, Kim YM, Mungia J, et al. Patterns in training, knowledge, and performance of skilled birth attendants providing emergencyobstetric and newborn care in Afghanistan. *Int J Gynaecol Obstet* 2012; 119:125-129.
24. Van Lonkhuijzen L, Dijkman A, van Roosmalen J, Zeeman G, Scherpbier A. A systematic review of the effectiveness of training in emergency obstetric care in low-resource environments. *BJOG* 2010; 117:777-787.
25. Afilalo J, Marinovich A, Afilalo M, et al. Nonurgent emergency department patient characteristics and barriers to primary care. *Acad Emerg Med* 2004; 11:1302–1310.
26. Tunalı GI. Jinekoloji ve obstetrikte karşılaşılan tıbbi uygulama hataları: Kadın doğum uzmanları açısından konuya yaklaşım, 2. Tıp Hukuku Günleri: Adli Obstetrik ve Jinekoloji (1. Baskı), 2012.
27. Şanyüz Ö, Birgen N, İçmeli ÖS, ve ark. Tıbbi uygulamalar ile ilgili tazminat davalarının uzmanlık alanlarına göre dağılımının zorunlu sağlık sigorta primlerinin kademelendirilmesi, 9. Adli Bilimler Kongresi Bildiri Özet Kitabı, ss 153-154, 14-17 Ekim 2010, İzmir.
28. Spitzer RF, Steele SJ, Caloia D, et al. One-year evaluation of the impact of an emergency obstetric and neonatal care training program in Western Kenya. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 127:189-193.
29. Austin A, Gulema H, Belizan M, et al. Barriers to providing quality emergency obstetric care in Addis Ababa, Ethiopia: Healthcare providers' perspectives on training, referrals and supervision, a mixed methods study. *BMC Pregnancy Childbirth* 2015;29; 15:74.
30. Emergency Obstetric Care, Reproductive Health Access Information and Services in Emergencies-Fact Sheet. *Raise* 2007:1-2.
31. Akdolun N. Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokul Dergisi* 2002; 6:42-49.
32. Program for Appropriate Technology in Health (PATH). Comprehensive Emergency Obstetric Care. Technology Opportunity Assessment Prepared for the Merck for Mothers Program, USA, 2012:1-8.

33. Engender Health İmproving Women's Health Worldwide, AMDD (Averting Maternal Death&Disability Program). Quality İmprovement for Emergency Obstetric Care Leadership Manuel, USA, New York 2003:2-3.
34. Gabrysch S, Civitelli G, Edmond KM, et al. New signal functions to measure the ability of health facilities to provide routine and emergency newborn care. PLoS Med 2012; 9:1001340.
35. Owens L, Semrau K, Mbewe R, et al. The state of routine and emergency obstetric and neonatal care in Southern Provinc, Zambia. Int J Gynaecol Obstet 2015; 128:53-57.
36. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Acil Obstetrik Bakım. Yönetici Kolaylaştırıcı Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara, 2007:1-32.
37. Guise JM. Teamwork in obstetric critical care. Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology 2008; 22:937-951.
38. Fauveau V and Donnay F. Can The Process İndicators For Emergency Obstetric Care Assess The Progress of Maternal Mortality Reduction Programs? An Examination of UNFPA Projects 2000-2004. International Journal of Gynecology and Obstetrics 2006; 93:308-316.
39. Integrated Management of Pregnancy and Childbirth. Pregnancy, Childbirth, Postpartum and Newborn Care: A guide for essential Practice. Department of Reproductive Health and Research, Family and Community Health, World Health Organization, Geneva, 2003.
40. Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. Resmî Gazete Tarih:11.05.2000 Sayı: 24046
41. World Health Organization. Maternal mortality: fact sheet 348 ([www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en)). Erişim Tarihi:31.06.2017.
42. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2009:18-39.
43. Dilek UK. Postpartum Kanama: Etyoloji ve Risk Faktörleri. Perinatoloji Dergisi 2011;19: 55-57.
44. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Nobel Tıp Kitapevi, Adana 2011:155-199.

45. Kızılkaya Beji N. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Nobel Tıp Kitabevleri. İstanbul, 2015:448-469.
46. Kahyaoğlu S, Çelen Ş, Kahyaoğlu İ, Mollamahmutoğlu L, Danışman N. Plasenta yapışma anomalileri: Klinik yaklaşım ve yönetim. Cumhuriyet Tıp Derg 2013; 35:618-628.
47. Knight M; UKOSS. Peripartum hysterectomy in the UK: management and outcomes of the associated haemorrhage. BJOG 2007; 114: 1380-1387.
48. Gibbins KJ, Weber T, Holmgren CM, et al. Maternal and fetal morbidity associated with uterine rupture of the unscarred uterus. Am J Obstet Gynecol 2015; 213:382. e1-6.
49. De Lau H, Gremmels H, Schuitemaker NW, Kwee A. Risk of uterine rupture in women undergoing trial of labour with a history of both a caesarean section and a vaginal delivery. Arch Gynecol Obstet 2011; 284:1053–1058
50. Hofmeyr GJ, Say L, Gülmezoglu AM. WHO systematic review of maternal mortality and morbidity: the prevalence of uterine rupture. BJOG 2005; 112:1221–1228
51. Al Qahtani N. Fertility after complete uterine rupture. Curr Opin Obstet Gynecol 2013; 25:214–219
52. Kurdoğlu M. Uterus Ruptürü. Perinatoloji Dergisi 2011;19: 32-35.
53. TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Ankara, Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, 2014.
54. WHO Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta, 2009.
55. Stafford I, Dildy GA, Clark SL, Belfort MA. Visually estimated and calculated blood loss in vaginal and cesarean delivery. Am J Obstet Gynecol 2008; 199:519. e1-7;
56. Kaya B, Sezer S. Postpartum kanamanın önlenmesi ve yönetimi. İKSST Derg 2017; 9:79-85.
57. Lockhart E. Postpartum hemorrhage: A continuing challenge. Hematology Am Soc Hematol Educ Program 2015;2015:132-137.

58. American College of Obstetricians and Gynecologists. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: postpartum hemorrhage. *Obstet Gynecol* 2006;108:1039-1047.
59. WHO, 2012, Evidence base: WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage, [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75519/1/WHO\\_RHR\\_12.29\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75519/1/WHO_RHR_12.29_eng.pdf).  
Erişim: 25.01.2018
60. World Health Organization 132 (WHO/ NHD 01.3). Iron deficiency anaemia assessment prevention and control: A Guide For Program Managers. Geneva: World Health Organization, 2001:1-114.
61. Akyıldız EÜ, Pakiş I, Turan AA, Karayel F, Yılmaz E. Amniyon sıvı embolisi. *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine* 2006; 3: 117-119.
62. Knight M, Berg C, Brocklehurst P, et al. Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes: A review and recommendations. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 3-11.
63. Oi H, Naruse K, Noguchi T, et al. Fatal factors of clinical manifestations and laboratory testing in patients with amniotic fluid embolism. *Gynecol Obstet Invest* 2010; 70:138-44.
64. Benson MD. Current concepts of immunology and diagnosis in amniotic fluid embolism. *Clin Dev Immunol* 2012; 2012:946576.
65. şentürk ř, Kara M. Amniyotik sıvı embolisi olgu sunumu. *Göztepe Tıp Dergisi* 2009;24:145-148.
66. Menzies J, Magee LA, Macnab YC, et al. Current CHS and NHBPEP criteria for severe preeclampsia do not uniformly predict adverse maternal or perinatal outcomes. *Hypertens Pregnancy* 2007; 26:447-462.
67. Syndal S. Major changes in diagnosis and management of preeclampsia. *J Midwifery Womens Health* 2014; 59:596-605.
68. Who Unfpa Unicef World Bank. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı. Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve doktorlar İçin Bir Kılavuz. Dünya Sağlık Örgütü, Geneva, 2003:1-141.

69. Cormack C. World Federation of Societies of Anaesthesiologists. Diagnosis and Management Of Maternal Sepsis and Septic Shock. Anaesthesia Tutorial Of The Week 235. University College London Hospital, United Kingdom, 2011:1-7.
70. Chin TL, MacGowan AP, Jacobson SK, Donati M. Viral infections in pregnancy: Advice for healthcare workers. *J Hosp Infect* 2014; 87:11-24.
71. Vossen AC. Viral infections in pregnancy bearing a risk for the child. *Ned Tijdschr Geneeskd* 2014;158: A7418.
72. Glaser AP, Schaeffer AJ. Urinary tract infection and bacteriuria in pregnancy. *Urol Clin North Am* 2015; 42:547-60.
73. Silasi M, Cardenas I, Kwon JY, et al. Viral infections during pregnancy. *Am J Reprod Immunol* 2015;73:199-213.
74. Kramer HM, Schutte JM, Zwart JJ, et al. Maternal mortality and severe morbidity from sepsis in the Netherlands. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; 88: 647–653.
75. Dellinger RP, Levy MM, Carlet JM, et al. Surviving Sepsis Campaign: international guidelines for management of severe sepsis and septic shock: 2008. *Crit Care Med* 2008; 36: 296–327.
76. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Bacterial sepsis in pregnancy. Green-top Guideline No. 64a, 2012.
77. Lucas DN, Robinson PN, Nel MR. Sepsis in obstetrics and the role of the anaesthetist. *Int J Obstet Anesth* 2012; 21: 56–67.
78. Bamfo JE. Managing the risks of sepsis in pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 2013; 27:583-595.
79. Beckmann CRB, Ling FW, Herbert WNP, et al. Obstetrics and Gynecology. The American College of Obstetricians and Gynecologists Women's Health Care Physicians. Seventh Edition, Lippincott Williams &Wilkins, China, 2014:169.
80. Abou El, Senoun G, Dowswell T, Mousa HA. Planned home versus hospital care for preterm prelabour rupture of the membranes (PPROM) prior to 37 weeks' gestation. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;14:CD008053.
81. Hobel JC. Obsterik Komplikasyonla preterm doğum, erken membran rüptürü, intrauterin büyüme kısıtlığı, postterm gebelik ve intrauterin fetal kayıp. İn:



Obstetrik ve Jinekolojinin Temelleri, Çeviri edit: Üstün C, Koçak İ, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009:172-174.

82. Simhan HN, Canavan TP. Preterm premature rupture of membranes: diagnosis, evaluation and management strategies. *BJOG: an international journal of obstetrics and gynaecology* 2005; 112:32–37.
83. Mohr T. Reviewers: Bolz M, Siemer RJ, Mannheim. Prenatal diagnostics and obstetrics. Premature rupture of the membranes. Premature ... *Gynakol Geburtsmed Gynakol Endokrinol* 2009; 5:28-36.
84. Sharp HT. The acute abdomen during pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45:405–413.
85. Stone K Acute abdominal emergencies associated with pregnancy. *Clin Obstet Gynecol* 2002; 45:553–561.
86. Gezginç K, Korkmaz T. Gebelik döneminde gebelikle ilişkili olmayan akut karın nedenleri ve tedavileri. *Selçuk Tıp Derg* 2013;29: 192-199.
87. Masselli G, Derchi L, McHugo J, et al. ESUR Female Pelvic Imaging Subcommittee. Acute abdominal and pelvic pain in pregnancy: ESUR recommendations. *Eur Radiol* 2013; 23:3485-500.
88. Augustin G, Majerovic M. Non-obstetrical acute abdomen during pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 131:4–12.
89. Kilpatrick CC, Monga M. Approach to the acute abdomen in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2007; 34:389–402.
90. Kanal E, Barkovich AJ, Bell C, et al. ACR guidance document for safe MR practices: 2007. *AJR Am J Roentgenol* 2007; 188:1–27.
91. De Wilde JP, Rivers AW, Price DL. A review of the current use of magnetic resonance imaging in pregnancy and safety implications for the fetus. *Prog Biophys Mol Biol* 2005; 87:335–353.
92. Wyatt J, Illingworth R, Graham C, Hogg K. Çev eds: Cander B. *Oxford Acil Tıp El Kitabı*. İstanbul Tıp Kitabevi, 2013:563-599.
93. Gezginç K, Dalkılıç EU. Obstetrik acillere yaklaşım. *JAEM* 2011: 128-32

94. World Health Organization, Safe Abortion: Technical and Policy Guidance For Health Systems, Second Edition, 2012:1-17.
95. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı, Onuncu Baskıdan Çeviri, Çeviri edit: Ayhan A, Bozdağ G, Palme yayıncılık, Ankara, 2002:295-320.
96. Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Pelikan Yayıncılık, 2004; 35: 395-401.
97. TC. Sağlık Bakanlığı, Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü. ISBN: 978-605-149-039-7 Arzu Yılmaz S. Normal doğum eylemi paternleri tanı kriterleri ve tedavi yöntemleri, Anne Ölümelerini Önlemede Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım Sempozyum Kitabı, Edit: Demir LS, Konya, 2013:69.
98. Doğum Eylemi Yönetim Rehberi. Perinatoloji Dergisi 2009; 17:49.
99. TC. Sağlık Bakanlığı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Hastamın Kendisini Görmek İstiyorum. Ankara Halk Sağlığı Dergisi 2015; 1:53-56.
100. Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı & Avrupa Komisyonu. Türkiye Üreme sağlığı programı, Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri için bir çerçeve. Ankara, 2004:1-12.
101. TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Üreme Sağlığı Modülleri. İlkey Ofset Matbaacılık, Ankara, 2008:31-57.
102. Koşum Z, Yurdakul M. Factors affecting the use of emergency obstetric care among pregnant women with antenatal bleeding. Midwifery 2013; 29:440-446.
103. Murthy BK, Murthy MB, Prabhu PM. Maternal mortality in a tertiary care hospital: A 10-year review. Int J Prev Med 2013; 4:105-9. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23411635> Erişim:22.12.2017
104. Puri R. Knowledge, attitudes and practices of obstetric care providers in bugesera district. Thesis submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Master in Science in the Duke Global Health Institute in the Graduate School of Duke University, 2011:23-30.
105. Göl K. UTS Uzmanlar Tus Serisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Soruları, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2002:266.
106. TC. Milli Eğitim Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri, Gebelik ve Komplikasyonları 723H00054. Ankara, 2011:38-40.

107. Çakıcı A, Çelik K, Çetinkaya L, ve ark. Tusdata Soru Kitapları Serisi. Jinekoloji ve Obstetrik Soruları ve Açıklamaları (7. Baskı), Edit: Selçukbiricik S, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2002:112-155.
108. [http://www.tusason.com/tus\\_notlari.php?id=6&sf=72](http://www.tusason.com/tus_notlari.php?id=6&sf=72) Erişim: 29.08.2016
109. UNICEF, “Levels and trends in child mortality report 2014”, 2014.
110. Zenginol M, Al B, Genc S, ve ark. Gaziantep ili 112 acil ambulanslarının 3 yıllık çalışma sonuçları. JAEM 2011; 10: 27-32.
111. Ameh CA, Van den Broek N. Making It Happen: Training health-care providers in emergency obstetric and newborn care. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2015; 29:1077-1091.
112. Ülger H, Deniz T, Saygun M ve ark. Ambulans personeline verilen eğitimin etkinliğinin değerlendirilmesi. TAF Preventive Medicine Bulletin 2013;12 :151-156.
113. Güner Y. Çanakkale İli 112 Acil Sağlık Hizmetleri İstasyonlarında Çalışan Personelin Afet Tıbbı Konusundaki Bilgi Düzeyleri, TC. Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Denizli, 2016:53-63.
114. Topçu ET. Acil Servislerde Çalışan Sağlık Bakım Personelinin Sık Karşılaşılan Adli Olgulara Yaklaşımlarına İlişkin Bilgi Düzeylerinin Belirlenmesi, Yüksek Lisans Tezi, TC. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı, Ankara, 2015:45-91.
115. Çalışkan C, Koçak H, Yavuz Ö. Bir İlin 112 Personeline 2012 yılında verilen temel modül eğitimi'nin değerlendirilmesi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5:60-61.
116. Bewley S, Helleur A. Rising maternal deaths in London, UK. The Lancet 2012; 379:1198.[http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(12\)60511-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(12)60511-X/fulltext). Erişim: 11.10.2017
117. Mirkuzie AH, Sisay MM, Reta AT, Bedane MM. Current evidence on basic emergency obstetric and newborn care services in Addis Ababa, Ethiopia; A cross sectional study. BMC Pregnancy and Childbirth 2014; 14:354.

- 118.** Bogren MU. Program/Course: Bachelor Degree Project in Midwifery Science. EXTENT: 15 Higher Education Credits. Saving Lives of Mothers and Babies An Assessment on Nurse-Midwives' Knowledge in Bangladesh, 2010:1-35.
- 119.** Itote Wanjugu E. Knowledge, Attitudes, and Practices Of Intrapartum Care Among Obstetric Care Providers In Rural Kenya. A Dissertation Submitted In Partial Fulfillment Of The Requirements For The Degree Of Doctor Of Philosophy At George Mason University By Master Of Science Nursing-Midwifery Wichita State University, Department of Nursing Spring Semester, 2016:44-48.
- 120.** Van Lonkhuijzen L, Ameh C, Mdegela M, et al. Life Saving Skills: Essential obstetric and newborn care training in tanzania. NTOG 2008; 121:159–161.
- 121.** Ameh CA, Kerr R, Madaj B, et al. Knowledge and skills of healthcare providers in Sub-Saharan Africa and Asia before and after competency-based training in emergency obstetric and early newborn care. PLoS One 2016; 22:11: e0167270.

**EK- 1**

**TANITICI ÖZELLİKLER FORMU SORULARI**

**1) Yaşınız.....**

**2) Cinsiyetiniz.....**

Kadın  Erkek

**3) Eğitim durumunuz nedir?.....**

Sağlık meslek lisesi  Önlisans  Lisans  Yüksek lisans

Doktora  Diğer...

**4) Mesleğiniz nedir?**

Ebe

ATT (Acil Tıp Teknisyeni)

Hemşire

Paramedik (Ambulans ve Acil Bakım Teknikeri)

Sağlık memuru

Diğer .....

**5) Kaç yıldır bu meslekte çalışıyorsunuz ?**

0-6 yıl  6 yıl ve üzeri

**6) Kaç yıldan beri bu kurumda görev yapıyorsunuz?**

0-6 yıl  6-yıl ve üzeri

**7) Acil serviste çalışma süreniz .....**

0-6 yıl  6-yıl ve üzeri

**8) Şimdiye kadar Acil Obstetrik Bakıma (AOB) yönelik eğitim aldınız mı?**

Evet  Hayır (ise 12. soruya geçiniz)

**9) Eğitimi kim/ hangi kurumdan aldınız.....**

**10) Kaç defa AOB'a yönelik eğitime katıldınız?**

Bir defa  İki defa  Üç defa  Dört defa  Dört ve daha fazla

**11) AOB'a yönelik sertifikanız var mı?**

Evet  Hayır

**12) Çalıştığınız birimde kurum içi (hizmet içi) AOB'a yönelik düzenli eğitimler veriliyor mu?**

Evet  Hayır (ise 14. soruya geçiniz)

**13) Kurum içi (hizmet içi) AOB'a yönelik eğitimi ne sıklıkla alıyorsunuz?**

Haftada bir  İki haftada bir  Ayda bir  Diğer .....

**14) Son bir ay içerisinde kaç kez obstetrik acillerle karşılaştınız?**

0-1 kez  2-5 kez  6-9 kez  9 ve üzeri

**15) Şu ana kadar obstetrik acillere müdahale ederken yaşadığınız herhangi bir sorun oldu mu?**

Evet  Hayır (ise 17. soruya geçiniz)

**16) Yaşadığınız sorunu belirtiniz.....**

**17) Acilde çalışan sağlık personellerinin AOB ekibi içinde olduğunu düşünüyor musunuz?**

Evet  Hayır  Emin değilim

**18) Obstetrik acillere müdahalede kendinizi yeterli görüyor musunuz?**

Evet  Hayır  Emin değilim

**19) AOB' la ilgili herhangi bir yayın-dergi takip ediyor musunuz?**

Evet  Hayır

**EK -2****GÖRÜŞLERİ ALINAN UZMANLAR**

<b>İsimler</b>	<b>Çalıştığı kurum</b>
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Op. Dr. Mustafa Kemal DERMAN	Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi
Yrd. Doç. Dr. Şenay TOPUZ	Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
Yrd. Doç. Dr. Aynur KIZILIRMAK	Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Semra ve Vefa Küçük Sağlık Yüksekokulu
Yrd. Doç. Dr. Figen Alp YILMAZ	Bozok Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

**EK- 3**

**ACİL OBSTETRİK BAKIM BİLGİ DÜZEYİ SORU FORMU**  
(Aşağıda verilen sorularda doktor istemi olduğu varsayılacaktır.)

**A. Aşağıda AOB tanım ve kapsamına yönelik hazırlanan sorular yer almaktadır. Lütfen soruları en uygun şekilde yanıtlayınız.**

**1. Aşağıda yer alan maddeleri göz önüne alarak Acil Obstetrik Bakım (AOB)'ı hangisi tam olarak tanımlamaktadır?**

- I. Gebelerin sağlık kuruluşlarına başvurduklarında hızla ilk değerlendirmelerinin yapılmasıdır.
- II. Kendilerinin veya bebeklerinin yaşamlarını tehdit eden belirti ve işaretlerin varlığında ilk tedavilerini almalarıdır.
- III. Mümkün ise tedavilerinin başvurdukları sağlık kuruluşunda yapılmasıdır.
- IV. Eğer gerekiyorsa, durumları stabilize edildikten sonra daha üst düzey sağlık kuruluşuna gönderilmeleridir.
- V. Gerektiğinde sağlık kuruluşlarında güvenli kan nakli yapılmasıdır.

- a. I      b. I, II      c. I, II, III ve IV      d. II, IV ve V      e. I, II, III, IV ve V

**2. AOB (Acil Obstetrik Bakım)'ın amacı nedir?**

- a) Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda annenin yaşamını kurtarmak
- b) Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda annenin yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini önlemek
- c) Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda annenin ve bebeğin yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini önlemek
- d) Gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda bebeğin yaşamını kurtarmak
- e) Gebeliğe bağlı ya da bağlı olmaksızın gelişen komplikasyonlarda bebeğin yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini önlemek

**3. Kadının AOB hizmetlerine ulaşmasında zorluğa sebep olabilecek birçok faktör vardır. Bu faktörler gruplandırılarak aşağıdakilerden hangisi olarak tanımlanır?**

- a) Üç Gecikme Modeli
- b) Üç Faktörlü grup
- c) Riskli durumlar
- d) Sevki gerektirecek durumlar
- e) Mali durumlar

**4. Aşağıdaki durumlardan hangisinin varlığında gebenin sevki gerekmez?**

- a) Eklampsi
- b) Komplikasyonsuz hafif preeklampsi
- c) Gestasyonel trofoblastik hastalık
- d) Uzamış doğum eylemi
- e) Son trimester kanamaları

**5. Aşağıdaki durumlardan hangisi kan nakli yapılmasını gerektirmez?**

- a) Şoka neden olan postpartum kanamalar
- b) Preeklampsi ölçütlerine ek olarak gerçekleşen tonik ve klonik kasılmaların gerçekleştiği durumlar
- c) Operatif doğumda fazla miktardaki kanamalar
- d) Kalp yetmezliği ile birlikte olan ya da özellikle gebeliğin ileri dönemlerindeki şiddetli anemiler
- e) Uzamış kontraktilite olamayan atoniler

**B. Aşağıda doğum öncesi dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara yönelik hazırlanan sorular yer almaktadır. Lütfen soruları en uygun şekilde yanıtlayınız.**

**6. Acil serviste fetal distres vakasıyla karşı karşıya kaldınız. Bu vaka için aşağıdaki girişimlerden hangisinin yapılması uygun değildir?**

- a) Vital bulgular takip edilir ve hastanın damar yolu açılır.
- b) ÇKS takibi yapılır.
- c) % 0.9 NaCl solüsyon içine 2 ampul oksitosin katılarak hızlıca gönderilir.
- d) Doğum eyleminin birinci evresindeyse gebe sol yan tarafına yatırılır.
- e) Doğum eyleminin ikinci evresiyse hızlandırılarak doğum gerçekleştirilir.

**7. Aşağıdakilerden hangisi gün aşımı gebeliğin bulguları arasında yer alır?**

- a) Vajinal kanama
- b) Amniyon sıvısında artma
- c) Karın çevresinde büyüme
- d) Fetal hareketlerde azalma
- e) Parça düşürme



**8.** Diastolik kan basıncı >90 mmHg, ödem, proteinüri, fazla ve hızlı kilo alımı (haftada 1 kg.'dan fazla) olan bir gebenin tanısı aşağıdakilerden hangisi olabilir?

- a) Ciddi anemi
- b) Erken membran rüptürü
- c) Preeklamsi
- d) Düşük (Abortus)
- e) Ektopik gebelik

**9.** Şiddetli preeklamsi tanısı ile acil servise başvuran, genel durumu iyi olmayan hastanın tansiyonu 200/120 mm/Hg, nabızı 94 satürasyonu 95 solunumu 20 olduğu belirleniyor. Hastanın idrar çıkımı normal olup yapılan muayenede pateller refleksi mevcut olduğu tesbit edilmiştir. Bu hasta için aşağıdaki girişimlerden yapılmaması gereken hangisidir?

- a) Hastaya maske veya nasal kanül yardımı ile dakikada 4-6 litre oksijen verilir.
- b) Damar yolu açılarak hastaya gerekli replasman tedavisi olarak 1000 cc Ringer Laktat veya % 0.9 NaCl takılır.
- c) Magnezyum sülfat 10 dak. içinde gidecek şekilde IV olarak verilir.
- d) Hastanın diastolik kan basıncı 110 mmHg üstünde olduğundan dolayı antihipertansif ilaç verilir.
- e) Mümkünse hasta monitörize edilir ve kan basıncı 15 dk' da bir ölçülür.

**10.** Aşağıdaki ifadelerden hangisi eklampsiyi en doğru şekilde tanımlar?

- a) Pre-eklampsi ölçütlerine ek olarak tonik ve klonik kasılmaların olmasıdır.
- b) Gebelikte alt ekstremitelerde oluşan varisleşmeye ve ödeme verilen tanımdır.
- c) Gebelikte görülen bulantı kusmanın ileri safhasıdır.
- d) Epilepsi hastası gebelerde tonik ve klonik kasılmaların olmasına verilen tanımdır.
- e) Gebelikte erken dönemde travma sonrasında görülen vajinal kanamalardır.

**11.** Eklampitik konvülsiyonları hızlı bir şekilde kontrol altına almanın en etkili yolu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Diazepam vermek
- b) Magnezyum sülfat vermek
- c) Bebeği mümkün olan en kısa sürede doğurtmak
- d) Nifedipin vermek
- e) Kalsiyum glukonat vermek

**12.** Aşağıdaki ifadelerden hangisi ciddi kronik anemi bulgularındandır?

- a) Gebeliğin ilk trimestrinde abortus gerçekleşmesi
- b) Sistolik kan basıncının 140/90 mmHg diastolik kan basıncının 90 mmHg aralığında seyretmesi
- c) Konvülsiyon görülmesi
- d) Ciddi avuç içi ve konjunktiva solukluğu ve/veya hemoglobin < 7g/dl olması
- e) Krap tarzında alt karın ağrısı olması

**13.** Aşağıdaki durumlardan hangisinde hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi gerekir?

- a) Membran rüptürü
- b) Vajinal enfeksiyon varlığı
- c) Karpal tunel sendromu
- d) Son bir saat içinde fetüsün ondan az hareket etmesi
- e) Akut Bronşit

**14.** Acil servise başvuran 39 haftalık gebenin muayenesinde; fetal hareketlerin ve fetal kalp sesinin olmadığı tespit edilmiş ve USG tarafından doğrulanmıştır. Aşağıdakilerden hangisi bu hasta için yapılacak girişimler arasında yer alır?

- I) Bebeğin canlı olmadığından emin olunmuşsa hemen hasta ve yakınlarına bildirilir.
- II) Doğum sonrası bebekte herhangi bir malformasyon varsa kayıtlara geçirilir ve aile bilgilendirilir.
- III) Ölümden önce ve sonra meydana gelen olaylarla ve bunun muhtemel nedenleri ile ilgili aile bilgilendirilir.
- IV) Hasta sevk edilir.
- V) Hasta bilgilendirildikten sonra eve gönderilir.

**a. I      b. I, II      c. I, II, III ve IV      d. II, IV ve V      e. I, II, III ve V**

**15.** Acil servise tansiyon düşüklüğü, taşikardi, idrarda azalma, susuzluk, çökük gözler, ağız kuruluğu, ciltte turgor tonus azalması belirtileri ile gelen hastada aşağıdaki tanılardan hangisi düşünülmelidir?

- a) Preeklampsi
- b) Konvülsiyon
- c) Dehidratasyon
- d) Düşük
- e) Molar gebelik

**16.** 18 yaşında bir bayan acil servise vajinal kanama şikâyeti ile başvuruyor. En son 2 ay önce adet gören hasta başka bir şikâyeti olmadığını ifade etmiştir. Abortus imminens (Düşük tehdidi) tanısı alan hastaya aşağıda belirtilen girişimlerden hangileri yapılabilir?

I) Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirilir.

II) Kanamada azalma olmazsa fetüs canlılığı kontrol edilir ve bir üst basamağa damar yolunu açarak ve gerekli önlemleri alarak sevk edilir.

III) Zorlayıcı hareketlerden ve cinsel ilişkiden uzak durması önerilir.

IV) Kanama azalırsa gebe evine gönderilir ve kontrole gelmesi önerilir.

V) Hepsisi

a. I

b. I, II

c. I, II, III

d. II, IV ve V

e. I, II, III, IV ve V

**17.** Acil servise şiddetli kramp tarzı kasık ağrısı, kanama ve parça düşürme yakınması ile başvuran 28 yaşındaki hasta son adet tarihine göre 16 haftalık gebedir. Vajinal muayenede servikal os 2 cm dilate ve aktif kanama tesbit edilmiştir. Bu hasta için yapılması uygun olmayan girişim aşağıdakilerden hangisidir?

a) Vital bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirilir.

b) Hastanın NST'si çekilir.

c) Tetanoz profilaksisi uygulanır.

d) Hastaya pozisyon verilir.

e) Uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolu açarak uygun şekilde bir üst basamağa sevk edilir.

**18.** Aşağıdakilerden hangisi dış gebeliğin belirti ve bulgularından değildir?

a) Uterus normalden yumuşak

b) Uterus normalden az büyük

c) Hafif kanama

d) Parça düşürme öyküsü

e) Karında yaygın hassasiyet

**19.** Aşağıdakilerden hangisi molar gebeliğin belirti ve bulgularından değildir?

a) Fetal kalp atımı pozitif

b) Uterus beklenenden büyük ve yumuşak

c) Üzüm benzeri parça düşürme

d) Kramp, alt karın ağrısı

e) Bulantı kusma

**20.** Aşağıdakilerden hangisi Plasenta previanın belirtilerinden değildir?

- a) Uterus kontrakte değildir ve yumuşaktır.
- b) Gebenin tansiyonu >140/90'dan büyük seyrediyor.
- c) Gebeliğin 22. haftasından sonra ani kanama olabilir.
- d) Uterusun alt segmentinde fetüs bulunmamaktadır.
- e) Ağrısız kanamaya neden olur.

**21.** Aşağıdakilerden hangisi acile 39,5 ° yüksek ateş şikayeti ile başvuran gebe için yapılacak olan girişimlerdenidir?

- I) Hastanın genel durumunu hızla değerlendirilir ve yaşam bulguları kontrol edilir.
- II) Hastanın sistemik muayenesi yapılır ve yüksek ateşin diğer nedenleri araştırıldıktan sonra gebeliğe bağlı nedenlerine yönelinilir.
- III) Ateşle beraber diğer eşlik eden bulguları değerlendirilir (Tonsiller ve farinkste enfeksiyon bulguları, akciğer seslerinde patolojik bulgular, karında hassasiyet vs).
- IV) İlk müdahale yapılır. Damar yolu açılır ve tercihen %5'lik dekstroz başlanır. Gerekli laboratuvar testleri (idrar ve kan tahlili) yapılır ve eğer gerekiyorsa uygun doz antibiyotik(ler)in ilk dozuna IV/İM olarak başlanır.
- V) Hastanın abdominal ve vajinal muayenesi kesinlikle yapılmaz.

**a. I      b. I, II      c. I, II, III ve IV      d. II, IV ve V      e. I, II, III, IV ve V**

**22.** Üşüme, terleme, yüksek ateş (>38.5°), solunum sıkıntısı, şuur bulanıklığı şikayetleri olan ve 112 ambulansı ile acil servise getirilen 6 aylık gebede sepsisten şüphelenilmektedir. Bu hasta için aşağıdakilerden hangisi yapılabilir?

- a) IV 20 dakikada 150 cc mannitol takılır.
- b) Son altı ay içinde yapılmamışsa tetanus toksoidi yapılır.
- c) Kesinlikle hastaya mesane sondası takılmaz.
- d) Hastaya sadece SF yada Ringer Laktat takılır, IV /İM antibiyotik başlanmaz.
- e) Hastaya soğuk uygulama yapılmaz, antipiretik ilaçlar verilir.

**23.** Doğum ve doğum sonrası dönemde görülebilen maternal ölüme sebep olan bir komplikasyonu olan plasenta zarlarında yırtılma ve uterus venlerinin açılması sonucunda anne kanına geçmesiyle oluşan muhtemel durum aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Amniotik sıvı embolisi
- b) Fetal distress
- c) Uterus rüptürü
- d) Trofoblastik hastalık
- e) Preeklampsi

**24.** Komuta kontrol merkezi tarafından vaka anons edilerek adres verilmiş ve vakanın ön değerlendirmesinin akut batın şüphesi olduğunu belirtilmiştir. Ekip hızlı ve dikkatli bir şekilde olay yerine ulaşmış ve vakanın öyküsünü SAMLE (Hasta/yaralının Kişisel Özgeçmişi) ve PORST (Ağrının Şiddeti ve Niteliğinin Öğrenilmesi)'a göre değerlendirmiştir. 29 yaşında olan Ayşe hanım, son adet tarihinin 2 hafta geciktiğini, damla kanama olduğunu ve aralıklarla kanamanın şiddetlendiğini, karın alt kadranda şiddetli ağrının olduğunu belirtmiştir. Karın muayenesinde alt kadranda hassasiyet ve sertlik hissedildiği görülmüş ve tansiyonun 100/60 mmHg olduğu ve nabzının 96 olduğu belirlenmiştir. Aşağıdakilerden hangisi, vaka hastaneye nakledilinceye kadar hastane öncesi yapılması gereken acil bakım uygulamalarından değildir?

- a) Bilinç ve ABC'si değerlendirilir.
- b) Vital bulguları sık aralıklarla takip edilip kaydedilir.
- c) Damar yolu açılır ve danışman hekimin onayı alınarak SF başlanır, hızı gereksinime göre ayarlanır.
- d) Hastaya maske veya nasal kanül yardımı ile oksijen verilir.
- e) 250 cc % 0.9 NaCl içerisine analjezik koyularak hastaneye kadar hastanın ağrısının hafiflemesi sağlanır.

25. Acile gergin batın, bulantı, kusma, bağırsak seslerinde azalma, omuz ağrısı, ateş, rebound hassasiyet, karın ağrısı, kramp tarzı ağrı ile başvuran hasta için batın içi travmadan süphelenilmiştir. Aşağıdakilerden hangisi bu hasta için yapılacak olan girişimlerden biri değildir?

- a) Havayolunu açık tutulur ve vital bulguları kontrol edilir.
- b) 20 dakika içinde 1lt gidecek şekilde İzotonik veya Ringer Laktat başlanır.
- c) Hb, Hct, kan grubu ve crossmatch için kan alınır, idrar miktarı ölçülür, ayakta düz batın grafisi çekilir.
- d) Hemen antibiyotik başlanır (IV veya IM, tercihan IV) gerekiyorsa Tetanoz toksoidi ve antitoksini yapılır.
- e) Ağızdan sıvı verilir.

26. Aşağıdakilerden hangisi kesin tanısı konulan fetal ölüm bulguları arasında yer almaz?

- a) Sıklıkla uterin kanama ile birlikte görülür.
- b) Tekrarlayan muayenelerde fetal kalp sesi duyulmaz.
- c) Röntgende; kafatası kemiklerinde üst üste binme, omurgada aşırı fleksiyon, kalp ve büyük damarlarda gaz kabarcıkları ile saçlı deride ödem vardır.
- d) Fetal hareket yoktur.
- e) Annenin kontraksiyonları olmaz.

**G. Aşağıda doğumda gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara yönelik hazırlanan sorular yer almaktadır. Lütfen soruları en uygun şekilde yanıtlayınız.**

27. Anormal doğumun en ciddi komplikasyonu aşağıdakilerden hangisidir?

- a) Uterus rüptürü
- b) Preeklampsi
- c) Plasenta retansiyonu
- d) Plasenta dekolmanı
- e) Membran rüptürü

28. Doğum esnasında uterus ruptüre olan hastada aşağıdaki belirtilerden hangisi/hangileri görülür?

- I) Hızlı nabız
- II) Sürekli karın ağrısı ve suprapubik hassasiyet
- III) Fetal sıkıntı
- IV) Hipertansiyon
- V) Şuur bulanıklığı

a. I      b. I, II      c. I, II, III ve V      d. II, IV ve V      e. I, II, III, IV ve V

**29.** Acile başvuran 34 haftalık gebenin doğum eyleminin başladığı tespit edilmiştir. Doğum kaçınılmaz ise aşağıdaki girişimlerden hangisi yapılmamalıdır?

- a) Başın hızlı doğumu engellenir ve kontrollü bir doğum yapılır.
- b) Yenidoğan resüsitasyonu için hazırlık yapılır.
- c) Bebek doğar doğmaz hasta yakınlarına teslim edilir ve annenin işlemleri tamamlanır.
- d) Bebek ısıtılır, apgar-skoru değerlendirilir, solunumu yeterli değilse oksijen verilir, aspire edilir.
- e) İlk müdahaleden sonra gerekirse bebeğin sevki için hazırlık yapılır.

**H. Aşağıda doğum sonrası dönemde gelişebilecek ve AOB gerektiren durumlara yönelik olarak hazırlanan sorular yer almaktadır. Lütfen soruları en uygun şekilde yanıtlayınız.**

**30.** Aşağıdaki ifadelerden hangisi postpartum hemorajinin nedenlerinden değildir?

- I) Uterus atoni
- II) Genital travma
- III) Çekilen plasenta
- IV) Plasenta retansiyonu
- V) Tam boşaltılmış mesane

a. I      b. I, II      c. I, II, III ve IV      d. V.      e. II, IV ve V

**31.** Plasentanın doğumundan sonra aktif kanama devam ederse, sağlık personeli ilk olarak aşağıdakilerden hangisini yapmalıdır?

- a) Bir IV başlamalıdır
- b) Yardım çağırmalı ve uterus masajı yapmalıdır
- c) Üriner kateter takmalıdır
- d) Plasentanın tamamlandığından emin olmak için çekmelidir
- e) Önceliği bebek sağlığı olmalıdır

**32.** 44 yaşında gravidası 10, parası 8 ve abortusu 1 olan gebe, 4650 gramlık bir bebek doğurmuştur. Doğumdan sonra postpartum kanamasının olduğu tesbit edilmiştir. Aşağıdakilerden hangisi bu hasta için yapılacak olan girişimler arasında yer almaz?

- a) Durumu stabilize edecek ilk müdahaleleri yapılır (damar yolu aç, 4-6 O2 litre/dak, kardiyak monitörizasyon vs.).
- b) Emboli riskine karşılık hastaya clexane 4000 anti-Xa IU yapılır.
- c) Şok bulguları varsa şok tedavisine başlanır.

**d)** Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygulanır, uygulanamıyorsa 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde verilir.

**e)** Kanama nedeni uterin atoni ise; uterus masajı yapılır.

**33.** Aşağıdaki ifadelerden hangisi, enfeksiyon açısından antibiyotik tedavisi gerektirmez?

**a)** Meme absesi

**b)** Düşük/kürtaj komplikasyonu

**c)** Hyperemezis gravidarum

**d)** Plasenta veya parçalarının elle çıkarılması/Kavite kontrolü

**e)** Yüksek ateş/febril hastalık

**34.** Düşük sonrası yönetimde aşağıdakilerden hangisi yapılmamalıdır?

**a)** Eğer gerekli ise Rh ve immunoglobulin D uygulanması.

**b)** Septik vakalarda tetanos toksoidi ve antibiyotik uygulanması.

**c)** Antibiyotik kullanımı hakkında hastaya bilgi verilmesi, eğer gerekli ise yatak istirahati ve normal yaşama dönüşü için destek verilmesi.

**d)** Hastanın HCG düzeyinin bir yıl süreyle düzenli bir şekilde belirli aralıklarla kontrol edilmesi

**e)** Hijyen konularında abortus sonrası eğitim verilmesi



## EK-4-5 KURUM İZİNLERİ



T.C  
KAYSERİ VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Sayı : 93079172/663.08  
Konu : Hemş. Yeter ŞENER'in Araştırma İzni

### ERCİYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi: 16.12.2016 tarih ve E.21126 sayılı yazı.

İlgi tarih ve sayılı yazı ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı Yüksek Lisans programı öğrencisi Yeter ŞENER'in "Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Acil Servislerinde ve Pınarbaşı 112 Merkezinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personeline Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi" adlı yüksek lisans tezi ilgili olarak yapılmak istenilen anketi Müdürlüğümüz Bilimsel Danışma Kurulunda değerlendirilmiş olup, çalışmanın yapılabilmesinde tarafımızca sakınca görülmemiştir. Çalışmanın Etik Kurul onayının alınması ve kurumumuza gönderilmesi sonucunda uygulanmaya başlanılmasına karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

Dr. İsmail KILIÇ  
Vali a.  
İl Sağlık Müdürü

  
Esra KOÇTÜRK  
Tıbbi Sekreter

Güvenli Elektronik İmza  
Aslı ile Aynıdır.

Kayseri İl Sağlık Müdürlüğü

Faks No:03522211151

e-Posta:selma.durmus@saglik.gov.tr İnt.Adresi: Selma DURMUŞ

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Evrakın elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden 0afb795a-1087-4b4a-8453-a49a0e9e12e1 kodu ile erişebilirsiniz.

Bilgi için:Selma DURMUŞ SARIKAHYA

Unvan:HEMŞİRE

Telefon No:0 352 222 69 96 /204



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
Kayseri İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

KAYSERİ İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL  
SEKRETERLİĞİ - KAYSERİ İLİ KİBİGS İDARI  
HİZMETLER BAŞKANLIĞI  
03/01/2017 16:37 - 27268541 - 044 - E 67  
00036631918

Sayı : 27268541/044

Konu : Anket İzni

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)

İlgi : 16.12.2016 tarihli ve E.21126 sayılı yazınız.

Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans programı öğrencisi Yeter ŞENER'in "Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Acil Servislerinde ve Pınarbaşı 112 Merkezinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personeline Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli yüksek lisans tezi kapsamında anket çalışmasını Pınarbaşı Devlet Hastanesinde yapma talebi uygun görülmüştür.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 19.06.2013 tarih ve 95796091/010/4683 sayılı yazısında belirtilen konuları kapsayan ekte gönderilen taahhünamenin çalışmaya başlamadan önce ilgililer tarafından imzalanarak Genel Sekreterliğimize gönderilmesi hususunda;

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

Uzm. Dr. Cem TURANOĞLU  
Genel Sekreter V.

Ek: Taahhütname (1 adet)

Sanayi Mah. Atatürk Bul. Hastane Cad. No:78 Kocasinan/KAYSERİ

Faks No:0 352 320 73 13

e-Posta:mahmut.kaledibi@saglik.gov.tr İnt.Adresi: <http://kayseri.khb.saglik.gov.tr/>

Evrakin elektronik imzalı suretine <http://e-belge.saglik.gov.tr> adresinden d8dd245e-2578-42b8-acee-fa209fed001e kodu ile erişebilirsiniz.

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Bilgi için:Mahmut KALEDİBİ

Unvan:UZMAN

Telefon No:0352 3200096 / 1123

T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ  
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
AKADEMİK KURUL KARARLARI

Toplantı Tarihi	Toplantı Sayısı	Karar Sayısı
06.12.2016	2016 / 28	28

Anabilim Dalımız Akademik Kurulu 06.12.2016 Salı günü saat 09.00 da Anabilim Dalı Başkanı Prof.Dr.Sultan TAŞCI Başkanlığında toplanarak aşağıdaki kararı almıştır.

Anabilim Dalımız Yüksek Lisans öğrencisi Yeter ŞENER'in "Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Acil Servislerinde ve Pınarbaşı 112 Merkezinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personeline Verilen Acil Obstetrik Bakım Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi" isimli tez çalışmasını Yrd.Doç.Dr.Evrin BAYRAKTAR danışmanlığında yapmasına oy birliği ile karar verilmiştir.

Öğretim Üyesi	Görevi	İmza
Prof. Dr. Sultan TAŞCI	Anabilim Dalı Başkanı	
Prof. Dr. Mürüvvet BAŞER	Üye	
Doç. Dr. Emine ERDEM	Üye	
Doç. Dr. Handan ZİNCİR	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Nuray ŞİMŞEK	Üye	
Yrd. Doç. Dr. Özlem CEYHAN	Üye	 Evrin BAYRAKTAR Memur
Yrd. Doç. Dr. Sevil BİÇER	Üye	

**EK- 6**

## **BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

### **BİLGİLENDİRME**

Bu araştırma, Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi ve Pınarbaşı 112 Merkezde yapılacak bir araştırma olup 'Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi Acil Servislerinde ve Pınarbaşı 112 Merkezinde Çalışan Hekim Dışı Sağlık Personeline Verilen Acil Obstetrik Bakım (AOB) Eğitiminin Etkisinin Değerlendirilmesi' adını taşımaktadır. Acil Obstetrik Bakım sistemi, Dünya Sağlık Örgütü'nün anne ölümlerini azaltmak amacıyla her ülkede kurulmasını önerdiği en önemli alt yapı modelidir. Çünkü dünyada gebelik süreci, doğum eylemi ve doğum sonu dönemde gelişen riskli durumlar sonucunda gerçekleşen komplikasyonlar nedeniyle sayısı azımsanamayacak kadar anne ölümü gerçekleşmektedir. Bu doğrultuda Acil obstetrik bakıma yönelik olarak verilecek bu eğitimin içeriği; anne ve fetüs sağlığının korunması, gerçekleşebilecek komplikasyonların önlenmesi, gerektiğinde hızlı bir şekilde müdahale edip ölüm ve sakatlanmaların önlenmesi için gerekli bilgilerinin kazandırılması esasına dayanacaktır.

AOB eğitimi tanışmadan bir hafta sonra çalışmaya katılmayı kabul eden hekim dışı sağlık personeli ile çalışma saatleri dışında uygun oldukları bir zamanda hastane konferans salonunda gerçekleştirilecektir. Eğitimden önce sağlık personellerine araştırmacı tarafından hazırlanan eğitim broşürü dağıtılacaktır. Eğitimin iki grup şeklinde gerçekleştirilmesi, 45-60 dakika sürmesi planlanmaktadır.

Bu araştırmaya iştirak etmeniz, sizin isteğinize bağlıdır ve tamamen gönüllülük esasına dayalıdır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında, hiçbir neden göstermeden, olurunuzu çekmek hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme de yapılmayacaktır. Bu çalışmada kimlik bilgileriniz gizli tutulacak; kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçları yayımlandığında da kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır.

## GÖNÜLLÜ OLURU

Kayseri Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi ve Pınarbaşı 112 Merkezde yapılacak belirtilen bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya 'gönüllü' olarak davet edildim. Bu araştırmaya katılırsam araştırmacı ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının bilimsel amaçla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağını bilincindeyim).

Araştırma sırasında bir sorunla karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Yeter Şener'i 05067945285 no' lu telefondan arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan açıklamaları tüm ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırmaya 'gönüllü' olarak katılmayı kabul ediyorum. Bu formun imzalı bir kopyası bana da verilecektir.

### Görüşme tarihi ve saati:

### Katılımcının/Hastanın Beyanı

#### Katılımcı

Adı:

Soyadı:

Adres:

Tel:

İmza

**Görüşme tanığı** Adı, soyadı

Adres:

#### Katılımcı ile görüşen hemşire

Adı soyadı, unvanı: YeterŞener

Tel:

Adres:

İmza

**(EK7)ACİL OBSTETRİK BAKIM EĞİTİM  
BROŞÜRÜ**

**Danışman**

**Yrd. Doç. Dr. Evrim BAYRAKTAR**

**Hazırlayan**

**Yeter ŞENER**

**KAYSERİ 2017**

## 1. ACİL OBSTETRİK BAKIM

Acil Obstetrik Bakım (AOB) gebeliğin başlangıcından itibaren doğum ile sonlanması ve doğumdan sonraki ilk kırk iki günü içeren zaman diliminde meydana gelen, tüm anne ve fetus yaşamını tehdit ederek acil müdahale yapılması gerekli durumlarda verilen hizmetlerin bütünüdür (1, 2). AOB gebeliğe bağlı gelişen komplikasyonlarda anne ve bebeğin hayatının kurtarılması ve onların zarar görmesini önlemeyi amaçlamaktadır (1). AOB, sağlık kuruluşlarına başvuran gebelerin hızlı bir şekilde ilk değerlendirmelerinin yapılmasını; gebenin ve bebeğinin hayatını tehdit eden semptomlarda ilk tedavilerini almalarını; mümkünse o sağlık kuruluşunda tedavilerinin sağlanmasını, gerekli ise durumları stabilize edildikten sonra daha üst düzey bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelerini ve gerekli olan durumlarda sağlık kuruluşlarında yapılacak olan güvenli kan naklini içermektedir (2).

## 2. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETİ ALMADA GECİKME MODELLERİ

Kadının AOB hizmetlerine ulaşabilmesinde zorluğa yol açabilecek birçok durum mevcuttur. Bunlar gruplandırılarak 'Üç Gecikme Modeli' olarak tanımlanmıştır.

**1. Gecikme Modeli:** Hizmetin alınmasında karar vermede yaşanan gecikmedir. Kadının karar verme aşamasında hastalığının özellikleri, verilen bakımın kalitesini anlama, sağlık sistemi ile ilgili önceki deneyimleri, tehlike belirtileri ve işaretleri hakkında yetersiz bilgisi olması, yanlış inanışlar gibi birçok durum bu gecikme modeline neden olmaktadır.

**2. Gecikme Modeli:** Hizmete ulaşılmasında yaşanan gecikmedir. Bu gecikme modelinde ekonomik yetersizlikler, yerel sağlık kuruluşu sayısının az olması, ulaşım ile ilgili sorunlar gibi durumlar yer almaktadır.

**3. Gecikme Modeli:** Sağlık kuruluşundaki hizmetin alınmasında yaşanan gecikmedir. Bu gecikme modelinde personelin yetersizliği ve eğitimsizliği, malzeme, ekipman sıkıntısının olması, hizmet verenlerin kapasite eksikliğinin olması ve hizmeti sağlayan kurumlar arasında etkin bir sevk sisteminin olmaması ve benzeri durumlarda görülen gecikme modelidir (1, 3-6).

### **3. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETLERİ SUNUMUNDA EKİP YAKLAŞIMI**

Acil obstetrik bakım hizmetleri Üreme Sağlığı içerisinde yer alır ve farklı bilgi ve beceriye sahip bireylerin iş birliği içerisinde olmasını gerektiren karmaşık bir süreci ifade eder. Bahsedilen süreç içerisinde AOB hizmetini alan kişilerin acil olarak sağlık kuruluşuna gelişi, değerlendirilmesi, durumunun stabilize edilmesi, kesin tedavi alması veya gerekiyorsa bir üst kuruluşa sevk edilmesi, iyileşmesi ve taburcu edilmesi yer alır (7, 8).

### **4. ACİL OBSTETRİK BAKIM HİZMETLERİNDE VERİ TOPLAMA VE KAYIT**

AOB hizmetlerinde gebelik ve doğum kayıtlarının tutulması büyük önem taşır. Verilen hizmetlerin aylık bildirim ve aylık/yıllık değerlendirmelerinin hazırlanması gereklidir. Zamanında kaydı tutulan, güvenilir ve sağlıklı veriler verilen hizmetin takip edilmesinde ve yapılacak olan çalışmalarda çok önemli bir yere sahiptir ve bu uygulama AOB hizmetlerinin etkililiğinin artırılmasında son derece önemlidir (1, 2, 7, 8).

### **5. ACİL OBSTETRİK BAKIMDA SEVK**

Bir sağlık kuruluşundan daha üst düzeyde sağlık hizmeti verilen bir diğer sağlık kuruluşuna, ambulans ile gerektiğinde refakatçi ve bir sağlık personeli eşliğinde hastanın gönderilmesidir (7, 9). Anne ölümlerinin azaltılmasındaki en önemli adımlardan biri sevk sisteminin iyileştirilmesidir. Çünkü obstetrik komplikasyonların olduğu durumlarda hizmetlerin yedi gün yirmi dört saat alınabilmesini sağlamaktadır. Acil obstetrik bakımda yapılan sevkler gebeliğin durumuna göre; hastaların doğum öncesi, doğum eylemi sırasında ve doğumdan sonraki dönemde yapılan sevkleri içermektedir (8).

### **6. GÜVENLİ KAN NAKLİ**

Güvenli kan nakli, ölüm veya sakatlığa sebep olan bir durumun tedavisinde eğer başka bir yol yok ise güvenli kan ürünlerinin kullanımına denir. AOB'da şoka neden olan postpartum kanamalar, operatif doğumda yüksek miktardaki kanamalar, özellikle gebeliğin ileri dönemlerinde şiddetli anemi veya kalp yetmezliği ile birlikte olan anemiler gibi durumlarda kan nakli gerekebilir (8).



## 7. OBSTETRİK ACİLLERİ ÇÖZME YAKLAŞIMI

TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Obstetrik problemlerin ne olduğunun bilinmesi için belirli konuları vurgulamıştır. Bunlar:

- Gün aşımı,
- Erken doğum eylemi,
- Hipertansiyon-preeklampsi,
- Erken membran rüptürü (preterm ve term),
- Vajinal kanama (erken, geç ve postpartum),
- Derin ven trombozu,
- Tromboflebit ve pulmoner emboli,
- Ciddi anemi,
- Karın ağrısı,
- İntra uerine gelişme geriliği (IUGG) tespit ve yönetimi,
- Yüksek ateş,
- Fetal ölüm,
- Dehidratasyon,
- Doğum komplikasyonu (fetal distres, anormal doğum),
- Sistemik hastalıklara bağlı gelişen acil durumlar (10, 11).

### 7. 1. ANORMAL DOĞUM

Doğum eyleminin normalden saptığı durumları tanımlamak için kullanılır (12). Annenin doğum kanalı, fetus ve rahimdeki anormalliklere bağlı olarak gelişebilir (13). Anormal doğumun en ciddi komplikasyonu uterus rüptürüdür (10, 11).

### 7. 2. FETAL DİSTRESS

**Tanım:** Uterus içindeki fetüsün, plasenta dolaşımının bozulmasına bağlı olarak oksijensiz kalmasıdır. Kontraksiyon sırasında, 30 saniyeden uzun süren fetal kalp hızında azalma olarak tanımlanır. Bradikardinin 5 dakikadan uzun sürmesi acil sezaryen endikasyonudur.

### **Tedavi ve Öneriler:**

- ❖ Olay yeri değerlendirilip eğer gerekli ise güvenlik önlemleri alındıktan sonra hastanın bilinci AVPU skalasına (Alert: uyanıklık, Verbal: sesli uyarılara cevap, Pain: ağrıya tepki, Unresponsive: tepkisizlik) göre değerlendirilir.
- ❖ Hastanın, ABC'si değerlendirilir ve geri dönüşümsüz maske ile 10-15 L/dk. O<sub>2</sub> verilir.
- ❖ Hastanın damar yolu açılır. Damar yolu açık kalacak şekilde (DAKŞ) IV % 0.9 NaCl solüsyon uygulanır.
- ❖ Vital bulgular takip edilir ve Çocuk Kalp Sesi (ÇKS) takibi yapılır.
- ❖ Doğum eyleminin birinci evresindeyse hasta sol yan tarafına yatırılır.
- ❖ Doğum eyleminin ikinci evresindeyse hızlandırılarak doğum gerçekleştirilir.
- ❖ Komuta Kontrol Merkezi tarafından bildirilen sağlık kuruluşuna hastanın nakli sağlanır.
- ❖ Vaka kayıt formu, eksiksiz doldurulur (14).

### **7. 3. GÜN AŞIMI GEBELİĞİ**

**Tanım:**42. gestasyonel haftadan sonra gebeliğin devam etmesidir. Bunun sonucunda plasental yetmezliğe bağlı olarak fetal distres, ölü doğum, doğum travmaları ve bebek ölümleri gerçekleşebilir.

#### **Bulgular:**

- ◆ Amniyon sıvısında azalma
- ◆ Karın çevresi ve fundus-pubis yüksekliğinde küçülme
- ◆ İçerisine mekonyum karışması nedeniyle amniyon sıvısının rengi koyu sarı veya yeşilimsi kahverengi olma
- ◆ Fetal hareketlerde azalma

#### **Tedavi ve Öneriler:**

- Tanı ultrasonografi ile konulur.
- İndüksiyon (suni sancı) ile doğum başlatılır.
- İndüksiyona rağmen doğum başlamazsa sezaryen ile doğum gerçekleştirilir (15).

### **7. 4. UTERUS RÜPTÜRÜ**

**Tanım:** Fetüs doğmadan önce, doğumda veya doğumdan sonra anne ve/veya fetüsün hayatını tehlikeye sokacak şekilde uterus duvarının tamamen ayrılmasıdır (15).

#### **Bulgular:**

- ◆ Kontraksiyonların kaybı veya kontraksiyonlar arası ağrının geçmemesi

- ◆ Akut karın semptomları (karında hassasiyet, rebound)
- ◆ Alt karında yatay uzanan çöküklük (bandl halkası)
- ◆ Prezente olan bebek kısmının yukarı çıkması
- ◆ Bebek kalp atımının kaybolması veya bozulması

#### **Tedavi ve Öneriler:**

- ◆ Hastanın damar yolu açılarak özel bir durum yoksa tercihen %5 dekstroz takılır.
- ◆ Uzamış eylemlerde risk varsa hasta için uygun antibiyotik uygulanır.
- ◆ Acil olarak hastaneye sevk kriterlerine uygun bir şekilde sevk edilir (10, 11).

### **7. 5. PREEKLAMPSİ VE EKLAMPSİ**

**Tanım:** Preeklampsi, gebeliğin 20. haftasından sonra ortaya çıkan, genellikle proteinüri ve ödemin eşlik ettiği kan basıncı yüksekliğidir. Eklampsi ise preeklampsili hastalarda, başka bir nedene bağlanamayan konvülsiyonların oluşmasıdır (16).

#### **Bulgular:**

- ◆ Hastanın sistolik kan basıncının 140 mmHg'nin üzerinde veya diastolik kan basıncının 90 mmHg'nin üzerinde olması
- ◆ Proteinüri, ödem, fazla ve hızlı kilo alımının olması (haftada 1 kg'dan fazla) (11)

#### **Tedavi ve Öneriler:**

**Hafif preeklampsi:** Hafif preeklampsi tanısı konulup fetal iyilik hali testleri normal sınırlar içerisinde olan preterm gebelerde yakın takip ile 38. gebelik haftasına kadar izlenebilir. Yakın takibe alınabilecek ve iyi koopere hafif preeklampsili gebeler ayakta takip edilebilirler. Stabil gebelerde kan basıncı 4-6 saatte bir ölçülmelidir ve bazal labarotuar tetkikleri haftada bir kez incelenmelidir. Fetal iyilik hali testleri haftada bir kez değerlendirilmelidir. Fetal büyüme ve amniotik sıvı miktarını değerlendirmek için 2-3 haftada bir ultrasonografi yapılmalıdır. Ayaktan takibe alınan gebelerin kan basıncı mümkünse günde en az iki kez kontrol edilmelidir (10, 11).

#### **Şiddetli preeklampsi veya eklampsi:**

- ◆ Gebenin genel durumu hızlı bir şekilde değerlendirilir. Yaşam bulguları kontrol edilir ve yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsü alınır. Mümkünse gebe sol yan yatırılır. Ateşi ve ense sertliği kontrol edilir.
- ◆ Eğer gebe nefes almıyor veya yüzeysel nefes alıyorsa; havayolu açılır ve eğer gerekirse entübe edilir. Ambu ve maske kullanarak ventilasyona yardımcı olunur. Dakikada 4-6 litre oksijen verilir. Eğer nefes alıyorsa maske veya nasal kanül yardımı ile dakikada 4-6 litre oksijen verilir.

- ◆ Eğer konvülsiyonları varsa herhangi bir yaralanmaya karşı kadın korunur. Aspire etme riskini azaltmak için yan yatırılır. Konvülsiyondan sonra ağız ve boğazı aspire edilir. Dilin ısırılıp ısırılmadığı kontrol edilir.
- ◆ Magnezyum sülfat 10 dak. içinde gidecek şekilde IV olarak verilir.
- ◆ Eğer diastolik kan basıncı 110 mm. Hg üstünde ise antihipertansif ilaç verilir. Diastolik kan basıncı 100 mm. Hg' nın altına düşürülür ancak mümkün olduğunca 90 mm. Hg' nın altına düşürülmez. Mümkünse gebe monitörize edilir. Kan basıncı stabilize olana dek 15 dakikada bir, daha sonra saatte bir takip edilir.
- ◆ IV infüzyona başlanır. Aldığı-çıkardığı izlemi yapılır ve kaydedilir. Verilen sıvı miktarı ile idrar çıkışı kontrol edilir ve aşırı sıvı yüklemesi olmadığından emin olunmalıdır. İdrar çıkışı ve proteinüriyi kontrol etmek için idrar sondası takılır. Mümkünse santral venöz basınç (CVP) kateterizasyonu yapılır.
- ◆ Eğer idrar çıkışı saatte 30 ml'den az ise; idrar çıkışı düzelene kadar Magnezyum sülfat verilmemelidir. Fetal kalp atımı izlenir. CVP'ye göre sıvı tedavisi ayarlanır, eğer kateter takılmamışsa 8 saatte 1 litre olacak şekilde idame doz IV sıvı infüzyonuna devam edilir. Pulmoner ödem gelişimi açısından izlenir (nefes darlığı vb.). Gebe asla yalnız bırakılmamalıdır. Konvülsiyonun ardından sekresyonların aspirasyonu anne ve fetüsün ölümüne neden olabilir.
- ◆ Saatte bir vital bulgular, refleksler ile fetal kalp atımı gözlemlenir ve kaydedilir.
- ◆ Mümkün olan en kısa sürede doğumun gerçekleşmesi için gerekli tedbirler alınır.

#### **Antikonvülsif İlaçlar:**

- ◆ Ağır preeklampsi ve eklampsinin yönetiminde “magnezyum sülfat” birinci seçenek ilaçtır.
- ◆ Bu hastaların tüm tedavisi boyunca acil tepsisi yanında olmalı ve içinde mutlaka magnezyum antidotu olan “kalsiyum glukonat” bulunmalıdır.

#### **Magnezyum Sülfat kullanım şeması**

- ◆ *Yükleme dozu:* 4-6 gram olarak belirlenmiştir. Her biri 10 ml olan % 1.5' luk ampuller 1.5 gr MgSO<sub>4</sub> içerirler. Bu ampullerden toplam 3 adet 150 ml %5 dekstroz içerisinde IV olarak yavaş infüzyon şeklinde 15-20 dakikada verilir. IV verilemediği durumlarda aynı doz IM olarak verilebilir.
- ◆ *İdame dozu:* MgSO<sub>4</sub>; 1.5 gram/saat olacak şekilde sıvı içinde devamlı infüzyon şeklinde veya saat başı 1.5 gr. 10 dakikada gidecek şekilde IV verilir. Alternatif

olarak IV tedavinin verilemeyeceği durumlarda saatlik 1.5 gr MgSO<sub>4</sub> (1 ampul/10 ml) 2 doza bölünerek intra musküler olarak 5'er ml yapılır.

- ◆ Doğumdan veya son konvülsiyonun üzerinden en az 24 saat geçene kadar tedaviye devam edilir.

MgSO<sub>4</sub> infüzyonu devam ederken solunum sayısının en azından dakikada 16 olmalı, patellar refleksleri olmalı ve idrar çıkışının son 4 saatlik periyotta en azından saatte 30 ml olduğundan emin olunmalıdır. Bu bulguların bozulması durumunda MgSO<sub>4</sub> tedavisi kesilmeli veya geciktirilmelidir.

MgSO<sub>4</sub> terapötik kan düzeyi 4-8 mg/dl'dir. Kan düzeyi 9-12 mg/dl'ye ulaştığında bulantı, sıcaklık, çift görme, uyku hali, ateş basması, güçsüzlük, derin tendon refleksi kaybı, 15-17 mg/dl'ye ulaştığında musküler paralizi ve solunum depresyonu, 30-35 mg/dl'ye ulaştığında kardiyak arrest gelişebilir.

Solunum arresti olduğunda; solunuma yardımcı (maske, ambu, entübasyon vs) olunmalıdır.

1 gr kalsiyum glukonat (10 ml %10 solüsyon) IV yoldan yavaş olarak 5 dakikadan daha kısa sürede verilmemelidir. EKG monitarizasyonu veya nabız kontrolü altında verilir. Bu işleme, MgSO<sub>4</sub> etkisini antagonize edene ve solunum başlayana kadar devam edilir.

*MgSO<sub>4</sub>'ın Yan Etkileri:* Hem annede ve hem de fetüste nöromusküler depresyon olabilir. Bu durum genellikle uzun süren IV tedavilerde annenin böbrek fonksiyon bozuklukları ile birlikte görülmektedir. Mg'un yüksek serum düzeyleri solunum depresyonuna yol açabilir. Hipokalsemi, yüksek serum Mg düzeylerine sekonder olarak gelişebilir.

Magnezyum Sülfat'ın bulunmadığı durumlarda "diazepam" ikinci seçenek ilaçtır. *Diazepamın yükleme dozu;* 10 mg Diazepam IV yoldan yavaşça 2 dakikada verilir. Eğer konvülsiyon tekrarlırsa yükleme dozu yeniden verilir.

*Diazepamın idame dozu;* 40 mg Diazepam'ın 500 ml IV sıvı (normal salin veya ringer laktat) içinde 12 saatte verilmesi hastayı uyanık ama sakin tutar.24 saat içinde 100 mg'dan fazla verilmemelidir.

- ◆ **Antihipertansif İlaçlar;** *Nifedipin* (10 mg) kapsül oral olarak kullanılabilir. Kan basıncı düşene kadar her 30 dakikada bir tekrarlanır. Ancak maksimum 5 uygulamadan (50 mg) sonra halen başarılı olunamazsa başka bir tedavi seçeneği düşünülmelidir.

Nifedipinin etkili olmadığı olgularda *Sodyum nitroprussid* 0.25 mcg/kg/dakika IV infüzyon şeklinde başlanır. Bu tedavi sırasında kan basıncı 10 dakikada bir izlenir. Diastolik basınç 90 mmHg altına düştüğü durumlarda Sodyum nitroprussid'i sonlandırılır ve hasta izlenir. Tansiyon tekrar yükselirse yarı dozda Sodyum nitroprussid uygulamasına devam edilir. Eğer başlangıç dozu 5 mcg/kg/dakika ise diastolik basınç 90 mmHg altına düştüğü durumlarda Sodyum nitroprussid'i azaltarak sonlandırılır ve hasta izlenir. Yan etkileri fazla olan tehlikeli ve uygulanması dikkat isteyen bir tedavidir. Bu tedavilerle kan basıncı kontrolü sağlanamayan hastalarda parenteral antihipertansif tedavi alternatiflerinin uygulanması için kardiyoloji veya dahiliye konsültasyonu istenebilir. Nifedipin ile MgSO<sub>4</sub>'ün beraber kullanımında ani hipotansiyon açısından dikkatli olunmalıdır (1, 10, 11, 17).

## 7. 6. CİDDİ KRONİK ANEMİ

### **Bulgular:**

- ◆ Ciddi avuç içi ve konjunktiva solukluğu ve/veya hemoglobin<7g/dl olması

### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Anemi protokolüne uygun tedavi verilir (10, 11).

## 7. 7. PRETERM EYLEM

**Tanım:** Gebeliğin 28-37. gestasyon haftaları arasında gerçekleşen doğum eylemidir (14).

### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Fetal kalp atımı değerlendirilir.
- ◆ Servikal açıklığa bakılır ve prezentasyon tekrar değerlendirilir.
- ◆ Erken membran rüptürü olup olmadığı değerlendirilir.
- ◆ Hastanın damar yolu açılarak hidrasyonu sağlanır.

Doğum kaçınılmaz ise:

- ◆ Başın hızlı doğumu engellenir, kontrollü doğum olmasına dikkat edilmelidir.
- ◆ Yenidoğan resüsitasyonu için hazırlık yapılır, malzemeler hazırlanır.
- ◆ İlk müdahaleden sonra gerekirse bebeğin sevki için hazırlık yapılır.
- ◆ Bebek ısıtılır, apgar-skoru değerlendirilir, solunumu yeterli değilse oksijen verilir, aspire edilir.
- ◆ Tokoliz yapılabilecek ise sevk edilir (10, 11).

## 7. 8. MEMBRAN RÜPTÜRÜ

**Tanım:** Erken membran rüptürü zarların eylem başlamadan yırtılmasıdır (18).

### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Termde, ancak eylem başlamadan önce membran rüptürü olmuşsa: 6-12 saat içinde kendiliğinden eylem başlamamışsa ve bishop uygunsu oksitosinle eylem başlatılır. Aynı zamanda profilaktik uygun antibiyotik (penisilin alerjisi yoksa 2 gr ampisilin) verilir. 24 saatten uzun sürmüş ve doğum olmamışsa yenidoğan sepsis riski vardır.
- ◆ Termde değilse preterm erken membran rüptürü olarak tanımlanır. Damar yolu açarak yenidoğan bakımının ve tedavisinin planlanacağı kuruluşa sevk edilir (10, 11).

## 7.9. FETAL ÖLÜM

### **Bulgular:**

- ◆ Fetal hareketler mevcut değildir ve tekrarlayan muayenelerde fetal kalp sesi duyulmaz.
- ◆ USG'de fetal kalp atımı yoktur (10). Kafanın normal olmayan şekli, amnion mayisinde azalma veya olmaması, iki büklüm olmuş fetüs görüntüsü görülebilir (17).

### **Tedaviler ve öneriler:**

- ◆ Bebeğin canlı olmadığından emin olunmuşsa hemen hasta ve yakınlarına bildirilir.
- ◆ Doğum sonrası bebekte herhangi bir malformasyon varsa kayıtlara geçirilir ve aile bu konuda bilgilendirilir.
- ◆ Ölümden önce ve sonra meydana gelen olaylar ve bunun muhtemel nedenleri ile ilgili olarak aile bilgilendirilir.
  - ◆ Hasta sevk edilir (10, 11).

## 7. 10. DEHİDRATASYON

**Tanım ve Bulgular:** Tansiyon düşüklüğü, taşikardi, idrarda azalma, susuzluk, çökük gözler, ağız kuruluğu, ciltte turgor tonus azalması gibi belirti ve bulgulardan iki veya daha fazlasının olduğu durumlarda bahsedilir.

### **Tedaviler ve öneriler:**

- ◆ Hasta hafif dehidrate ise oral sıvı verilir eğer oral alamıyorsa veya ciddi dehidrate ise ve kalp yetmezliği yoksa 3 saatte 1000 cc serum fizyolojik verilir.

- ◆ Tedaviye cevap vermiyor veya idrar çıkışı yeterli değilse bir üst basamağa damar yolu açılarak ve gerekli önlemler alınarak sevk edilir (10, 11).

## **7.11. ERKEN GEBELİKTE KANAMA (İlk 22 haftada olan kanama)**

### **7.11.1. Hafif Kanamalara Yaklaşım**

- 🔒 Düşük tehdidi
- 🔒 Tam düşük
- 🔒 Dış gebelik (10, 11).

#### **7.11.1.1. Düşük Tehdidi**

##### **Bulgular:**

Gebede serviksin kapalı, uterusun beklenen büyüklükte ve daha yumuşak, kramp tarzında alt karın ağrısı düşüğü düşündürmelidir (10, 11, 17).

##### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın vital bulguları hızla değerlendirilir.
- ◆ Kanama azalırse gebe evine gönderilir ve zorlayıcı hareketlerden ve cinsel ilişkiden uzak durması önerilir. Ancak kanama artarsa tekrar başvurması söylenir.
- ◆ Kanamada azalma olmazsa fetüs canlılığı kontrol edilir ve bir üst basamağa hastanın damar yolu açılarak ve gerekli önlemler alınarak sevk edilir.
- ◆ 48 saat sonra durumunu bildirmesi istenir (10, 11).

#### **7. 11. 1. 2. Tam Düşük:**

**Tanım:** Fetüs ve fetüse ait tüm konsepsiyon ürünlerinin 20. haftadan önce atılmasıdır (19).

##### **Bulgular:**

Serviks kapalı, uterus beklenenden küçük, yumuşak, hafif kramp, alt karın ağrısı, parça düşürme öyküsü (10, 11), hafif kanama tam düşüğü düşündürmelidir (17).

##### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın vital bulguları hızla değerlendirilir.
- ◆ Şiddetli kanama açısından izlenir.
- ◆ Uterus tahliyesi genellikle gerekmez.
- ◆ Tedaviden sonra kontrol zamanı planlanır (10, 11).
- ◆ Profilaktik amaçlı antibiyotik uygulanır (10).



### 7. 11. 1. 3. Dış Gebelik:

**Tanım:** Fertilize ovumun uterus kavitesi dışında veya kavite içerisinde anormal lokalizasyonda (interstisial, servikal vs.) yerleşmesidir (20).

#### **Bulgular:**

Serviks kapalı, uterus beklenenden az büyük, karın ağrısı, baygınlık, adnekslerde hassasiyet, ağrılı serviks hareketleri (21), adet gecikmesi, şok tablosu dış gebelik bulgularındandır (11).

#### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın vital bulguları hızla değerlendirilir.
- ◆ Dış gebelik ön tanısı durumunda hastanın damar yolu açılarak (şok durumu varsa 16-18 nolu kanülle damar yolu açarak ringer laktat veya izotonik sıvı hızlı infüzyon olacak şekilde tedaviye başlanır) bir üst basamağa sevk edilir.

#### 2. Basamakta:

- ◆ Kanda veya idrarda  $\beta$  HCG bakılır.
- ◆ Düşük tehdidi, akut kronik PID, torsiyone veya rüptüre olmuş over kisti, akut apendisit ile ayırıcı tanısı yapılır.
- ◆ Rüptüre olmayan dış gebelik yakınmaları değerlendirilir.
- ◆ Erken gebelik yakınmaları (düzensiz lekelenme veya kanama, bulantı, memede dolgunluk, vajen ve servikste mavimsi renk değişikliği, servikste yumuşama, uterusu hafif büyüme, sık idrara çıkma) değerlendirilir.
- ◆ Karın ve kasık ağrısı rüptürü olmayan ve akut batın olmayan vakalarda izlem, medikal ve cerrahi tedavi yönünden değerlendirilir.
- ◆ Rüptüre olan dış gebelik yakınmaları değerlendirilir.
- ◆ Acil cerrahi girişim hazırlığı yapılır.
- ◆ Kan cross yapılır, cerrahi işleme başlayana kadar kanın hazır olması sağlanır.
- ◆ Uygun cerrahi girişimi yapılır.
- ◆ Tedavi sonrası izlem yapılır.
- ◆ Fertilite prognozu ile ilgili danışmanlık verilir.
- ◆ Aile planlaması danışmanlığı verilir.
- ◆ Demir desteği verilir (50-60 mg/gün oral).
- ◆ Bilgilendirme yapılır ve kontrole çağrılır (10, 11).

## 7.11.2. ŞİDDETLİ KANAMALARA YAKLAŞIM

- 🔒 Önlenemeyen düşük
- 🔒 Tam olmayan düşük
- 🔒 Molar gebelik (10, 11)

### 7. 11. 2. 1. Önlenemeyen Düşük:

#### **Bulgular:**

- ◆ Serviks dilatedir. Uterus beklenen büyüklükte ve kramp tarzında alt karın ağrısı olup, parça düşürme öyküsü genellikle bulunmaz (10), aşırı kanama, adet gecikmesi görülür (11).

#### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın vital bulguları hızla değerlendirilir.
- ◆ Önlenemeyen düşük tanısının konması durumunda kuruluştta uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolu açılarak uygun şekilde bir üst basamağa sevk edilir.

#### 2. Basamakta:

- ◆ Gebelik 12 haftadan küçük ise: Hasta bilgilendirilerek onayı alınır. Hastanın uterusu tahliye edilir. Eğer hastanın uterus tahliyesi hemen mümkün değilse 1000 cc sıvı içine (serum fizyolojik ve ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başlanır ve en kısa sürede uterus tahliyesi planlanır (10). Cevap alınamayan vakalarda ergot deriveleri 0,2 mg. İM verilir ve en kısa sürede uterus tahliyesi planlanır (11).
- ◆ Gebelik 12 haftadan büyük ise: Gebelik ürününün kendiliğinden atılması için bekleyip daha sonra uterus tahliyesi yapılır. Gebelik ürününün atılmasını kolaylaştırmak için, gerektiğinde 1000 cc sıvı içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk. hızında infüzyona başlanır) (10). Abortus sonrası kalan gebelik ürünü küretaj ile boşaltılır. Rh uygunsuzluğunda Anti-D IgG uygulanır. Tedaviden sonra kontrol zamanı planlanır. Aile Planlaması danışmanlığı verilir. Demir desteği verilir (10, 11).

### 7. 11. 2. 2. Tam Olmayan Düşük:

**Tanım:** Fetüs ve fetüse ait konsepsiyon ürünlerinin belirli miktarının atılmasıdır (22).

**Bulgular:** Genellikle serviks dilatedir. Uterus beklenenden küçük, kramp alt karın ağrısı, kısmi parça düşürme mevcuttur (11). Genelde fetüs atılmış, plasenta içerdedir. Kanama giderek azalmaz ve serviks açık kalır (12).

### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın vital bulguları hızla değerlendirilir, septik abortus ihtimali araştırılır.
- ◆ Tetanoz profilaksisi uygulanır.
- ◆ AP danışmanlığı verilir, demir desteği verilir (50-60 mg/gün oral).
- ◆ Tam olmayan düşük tanısının konması durumunda kuruluşunuzda uterus tahliyesi yapılamıyorsa hastanın vital bulgularına göre damar yolu açılarak uygun şekilde bir üst basamağa sevk edilir.

### **2. Basamakta:**

- ◆ Gebelik 12 haftadan küçük ise; Kanama hafif veya orta şiddette ise serviksten dışarı uzanan gebelik ürünü ring forceps ile alınır. Kanama şiddetli ise uterusu tahliye edilir.
- ◆ Gebelik 12 haftadan büyük ise; Gebelik ürününün kendiliğinden atılması için bekleyip daha sonra uterus tahliyesi yapılır. Gebelik ürününün atılmasını kolaylaştırmak için, gerektiğinde 1000cc sıvı içine (serum fizyolojik veya ringer laktat) 40 ünite oksitosin koyarak 40 damla/dk hızında infüzyona başlanır. Abortus sonrası kalan gebelik ürünü küretaj ile boşaltılır. Rh uygunsuzluğunda Anti-D IgG uygulanır. Tedaviden sonra kontrol zamanı planlanır. Gebeliği önleyici yöntem danışmanlığı verilir. Demir desteği verilir (10).

### **7. 11. 2. 3. Molar Gebelik:**

**Tanım:** Zigot oluşumu esnasında genlerdeki hatalı aktarım sonucunda, plasentanın anormal gelişerek, bol miktarda vezikül oluşumları içermesiyle karakterize bir durumdur (15).

### **Bulgular:**

Serviks dilatedir, uterus beklenenden büyük ve yumuşak, üzüm benzeri parça düşürme, bulantı kusma, kendiliğinden düşük, kramp alt karın ağrısı mevcuttur, fetüse ait bulgu bulunmaz.

### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın vital bulguları hızla değerlendirilir.
- ◆ Molar gebelik tanısının konması durumunda hastanın vital bulgularına göre damar yolu açılarak ve gerekli önlemler alınarak uygun şekilde üst basamağa sevk edilir.

### **2. Basamakta:**

- ◆ Tahliye sırasında gerekli analjezi ve anesteziyi sağlanır.
- ◆ Vakum aspirasyon ile uterus tahliye edilir ve materyali patolojiye gönderilir.

- ◆ Tahliye sırasında kanamayı önlemek için 1000 cc sıvı içine (ringer, salin) 20 ü. Oksitosin koyarak 60 damla/dakika hızında infüzyona başlanır.
- ◆ Keskin küretajla kavite kontrolü yapılır, alınan materyali patolojiye gönderilir.
- ◆ Uterus tahliyesi esnasında kullanılmak üzere negatif basınç oluşturulmuş mümkünse birden fazla vakum aspiratörü hazır bulundurulur.
- ◆ Bilgilendirme yapılır ve en az bir yıl süre ile gebeliği önlemek için hormonal aile planlaması yöntemi başlanır.
- ◆ Dirençli trofoblastik hastalık veya koryokarsinom riski nedeni ile bir yıl süre ile kantitatif  $\beta$ -HCG ve USG ile takip edilir, yapılamıyorsa bir üst basamağa sevk edilir.
- ◆ Kadın yeterli çocuğa sahip ise aileye gönüllü tüp ligasyonu veya vazektomi önerilir.
- ◆ Kemoterapi gereken vakalar üçüncü basamağa sevk edilir (10, 11).

## 7. 12. GEÇ GEBELİKTE KANAMA (22 haftadan sonra olan kanama)

### Tanım:

**7. 12. 3. 1. Plasenta previa:** Plasentanın servikal internal os üzerinde veya çok yakınında yerleşmesine plasenta previa adı verilir (23). Üç derecesi vardır: a. Total plasenta previa: Plasenta internal servikal osu tamamen kapatmaktadır. b. Parsiyel plasenta previa: Plasenta internal osu kısmen kapatmaktadır. c. Marjinal plasenta previa: Plasentanın kenarı servikal internal os sınırına 2 cm uzaklıktadır (24).

**Bulgular:** Ağrısız kanama (25), 22. gebelik haftasından sonra kanama (kanama cinsel temas ile artmış olabilir), şok, gevşek uterus, fetal prezentasyon yok/alt uterin segment boş, normal fetal durumunda hasta plasenta previa açısından değerlendirilmelidir (17).

### Tanım:

**7. 12. 3. 2. Ablasyo plasenta:** Normal yerleşimli plasentanın uterus duvarından erken ayrılmasıdır (26, 27). Ablasyo plasentada kanama iki şekilde ortaya çıkar. Bunlar içe kanama ve dışa kanamadır. İçe kanama daha tehlikelidir. Çünkü kanama ayrılan plasenta yüzeyinin hızla artmasına neden olur, dolayısıyla kanama da hızla artar (12).

### Bulgular:

Ağrılı kanama (24) Koyu renkli vajinal kanama, plasentanın arkasından kan birikmesine bağlı uterusta hassasiyet ve sertleşme, şiddetli karın ağrısı, fetüs kalp seslerinde yavaşlama, kanama miktarına bağlı olarak annede hipovolemi belirtileri (hipotansiyon, renk solukluğu, oligüri, takipne vb.) (15).

**Tanım:**

**7. 12. 3. 3. Vasa Previa:** Umbilikal kordun velamentöz insersiyonuna bağlı olarak fetal damarların prezente olan kısımla serviks arasında yer almasıdır (26). (Plasental diskten uzaklaşan umbilikal kord orijinini oluşturur. Fetal damarlar birbirlerine katılmadan önce membranları değişik mesafelerde kat ederler. Damarlar, internal servikal os üzerinde yerleşen membranları çaprazlarlar. Membranların rüptürü fetal damarların yırtılmasına neden olur. Fetüs hemen doğmazsa, hızla kansız bir hal alır (25).

**Bulgular:**

Vasa previa; membran rüptürü, kanama ve fetal bradikardi klasik triadını içerir.

**Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın vital bulguları hızla değerlendirilir. Fundus yüksekliği, uterin kontraksiyon varlığı ve fetal kalp atımını belirlenir.
- ◆ Doğum eylemi ise haftasına göre tedavisi yapılır.
- ◆ Doğum eylemi başlangıcı düşünülüyorsa normal doğum eylemi ve doğum takibi yapılır.
- ◆ Plasenta previa, plasenta dekolmanı, uterus rüptürü kaynaklı olabileceği düşünülüyorsa: Acil sıvı tedavisi başlanır (16-18 nolu kanülle damar yolunu açarak, ringe laktat veya izotonik sıvısı ile). Acilen bir üst basamağa sevk edilir (10).

**7. 13. POSTPARTUM KANAMA YÖNETİMİ**

**Tanım:** Doğumdan sonra ilk 24 saat içerisinde oluşan 500 ml'den fazla hemodinamide bozukluğa yol açan ve anne hayatını tehdit eden, kan ve kan ürünlerinin replasmanını gerektirecek obstetrik kanamalar postpartum kanamalardır (28).

**Erken postpartum kanama:** Vajinal doğum sonrası ilk 24 saat içerisinde oluşan 500 ml den fazla kanamadır.

**Geç postpartum kanama:** 24 saat-6 hafta arasında olan kanamalardır (29).

**Tedavi ve Öneriler:**

1.Hastanın genel durumunu hızla değerlendirilir ve yaşam bulguları hızlıca alınır. Kadından veya yakınlarından geçmiş ve şimdiki hastalıklarının öyküsünü alınır, doğumun gerçekleştiği yer ve zaman öğrenilir. Kanama miktarı değerlendirilir: (Hafif kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha uzun sürer. Şiddetli kanama: Temiz ped veya giysinin ıslanması 5 dakikadan daha kısa sürer.) Hasta muayene edilir ve kan grubu ve tam kan sayımı için örnek alınır. Postpartum kanamanın ayırıcı tanısı yapılır ve gerekli durumlarda kullanılmak üzere uygun kan temin edilir.

Durumu stabilize edecek ilk müdahaleleri yapılır (damar yolu aç, 4-6 O2 litre/dak, kardiyak monitörizasyon) ve vital bulguları düzenli olarak kontrol edilir ve kaydedilir.

2.Kanama nedeni uterin atoni ise; Uterus masajı yapılır. Tercihen 10 IU oksitosin IM yapılır, takip edilir, 5 dakika içinde uterus kontrakte değilse 0.2 mg ergot alkaloidi (metilergobasine) (I.M) yapılır. (Eklampsi, preeklampsi ve bilinen hipertansiyon hastalığı olan kadınlara ergot deriveleri VERİLMEZ!) IV damar yolu açılır ve 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk. olacak şekilde verilir. Mesaneyi boşaltmak gerekirse sonda takılır. Her 15 dakikada bir nabız ve kan basıncını kontrol edilir. Uterus sert hale gelene kadar masaja devam edilir. 1 saat süreyle uterusun sert olduğundan emin olunur.

3.Uterusu değerlendirilir. Müdahaleye rağmen uterus kontrakte olmuyor ise; enfeksiyon kontrol basamaklarına dikkat ederek elle uterin kavite kontrol edilir (Rüptür kontrolü). Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygulanır, uygulanamıyorsa 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde verilir. Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa Ringer laktat yoksa SF) ile doktor eşliğinde sevk edilir.

4. Plasenta değerlendirilir. Plasenta çıkarılmamış ise: Plasenta kontrollü kord traksiyonu ile çıkarılır. Eğer başarısız olunur ve kanama devam ederse plasenta el yardımı ile çıkarılır ve kavite bütünlüğü kontrol edilir. Uygun antibiyotik tedavisine IV/IM (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) olarak başlanır. Eğer plasenta çıkarılamaz ise cerrahi müdahale planlanır, cerrahi müdahale yapılamıyorsa ameliyathane koşulları olan bir üst basamağa acil olarak sevk edilir. Sevk sırasında 1000 cc IV sıvı içinde 20 IU oksitosin olacak şekilde, 30 damla/dk. olarak başlanır, gerekirse artırılır. Eğer plasenta çıkarılmış ise plasenta muayene edilir. Plasenta ve ekleri tam ise; kanama açısından takip edilir. Eğer uterus yumuşak ise uterus masajı yapılır. 2. Maddedeki kurallar uygulanır. Eğer plasenta ve ekleri tam değilse; serviksin durumuna göre, plasenta parçaları manuel veya Bumm küret yardımıyla çıkartılır. Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başlanır. Eğer çıkarılamıyorsa hasta bir üst basamağa acil olarak sevk edilir.

5. Perine, serviks ve vajen yırtıklarını kontrol edilir. Yırtık muayene edilerek yeri ve derecesi belirlenir. Yırtıktan sonra olan kanama kontrol altına alınır. Eğer yırtık bulunan birimde onarılamayacak durumda ise bir üst basamağa acil olarak sevk edilir. Sevk sırasında yırtığa tampon uygulamaya devam edilir, kanama uterus kaynaklı değilse

1000 cc sıvı (ringer laktat) içinde 10 IU oksitosin 30 damla/dk. olacak şekilde verilir (10, 11).

6. Uterusu rüptür ve plasenta retansiyonu açısından değerlendirilir. Müdahaleye rağmen uterus kontrakte olmuyor ise; enfeksiyon kontrol basamaklarına dikkat ederek elle uterin kavite kontrol edilir (Rüptür kontrolü). Uterusta rüptür varsa acil cerrahi uygulanır, uygulanamıyorsa 500 cc serum içinde 20 IU oksitosin 60 damla/dk olacak şekilde verilir. Bu sıvının dışında hızlı sıvı replasmanı (varsa ringer laktat yoksa SF) ile doktor eşliğinde sevk edilir (10).

7. Tüm müdahalelerden sonra kanama kontrol edilir. 1 saat içerisinde; eğer hala kanama çok miktarda devam ediyor ise: 1000 cc içinde 40 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 60 damla/dk. da olacak şekilde devam edilir ve ikinci IV damar yolu açılır (10, 11). Misopristol (cytotec) uygulanır. (1000 mcg rectal veya hasta müsait ise 600 mcg sublingual) (10). Kan transfüzyonuna başlanır, temin edilemiyorsa kolloid bir sıvı infüzyonuna başlanır. Bimanuel uterus veya aort kompresyonu uygulanır. Kanama durmazsa kavite içerisine bakri balon uygulanır. Uygun antibiyotik tedavisine (alerjisi yoksa ampisilin veya sulbaktam/ampisilin veya 1-2. Jenerasyon sefalosporin) IV/IM olarak başlanır. Uygun koşullar var ise cerrahi seçeneklere başvurulur (histerektomi vs), uygun koşullar yoksa hastaya gerekli önlemler alınarak bir üst basamağa acil olarak sevk edilir. Eğer kanama kontrol altında ise: Kanama sona erdikten bir saat sonra kadar içinde 20 IU oksitosin bulunan IV sıvı vermeye 20 damla/dk olacak şekilde devam edilir. 4 saat boyunca her yarım saatte bir hastanın vital bulguları (TA, nabız, solunum, ateş) ve aldığı çıkardığı sıvı takibi yapılır. Hasta 24 saat yakın takibe alınır. Eğer saatte 30 cc.den az idrar çıkarırsa veya Hb'i 7 gr/dl.nin altına düşerse ve/veya ciddi solukluğu olursa bir üst basamağa sevk edilir (10, 11).

## 7. 14. YÜKSEK ATEŞ (Koltuk Altı 38°C ve Üzeri)

### Tedavi ve Öneriler:

- ◆ Hastanın genel durumunu hızla değerlendirilir. Yaşam bulguları kontrol edilir.
- ◆ Hastanın sistemik muayenesi yapılır. Yüksek ateşin diğer nedenleri araştırıldıktan sonra gebeliğe bağlı nedenlerine yönelinilir, abdominal ve vajinal muayenesi yapılır.
- ◆ Ateşle beraber diğer eşlik eden bulguları değerlendirilir (Tonsiller ve farenkste enfeksiyon bulguları, akciğer seslerinde patolojik bulgular, karında hassasiyet, uterin hassasiyet, kötü kokulu akıntı, memede kızarıklık ve hassasiyet, sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma/ağrı vs).
- ◆ Olası tanılar gözden geçirilir (Solunum yolu enfeksiyonu, karın içi enfeksiyonlar, sepsis, Üriner sistem enfeksiyonu vs).
- ◆ İlk müdahale yapılır. Damar yolu açılır ve tercihen %5'lik dekstroz başlanır (1. basamak) Gerekli laboratuvar testleri (idrara ve kan tahlili) yapılır ve uygun doz antibiyotik (ler)in ilk dozuna IV/IM olarak başlanır.
- ◆ Tansiyon düşük (90/60), nabız 100'ün üstü, şuur bulanıklığı varsa ve hastada mastit ve üriner enfeksiyon dışında bir tanı düşünülüyorsa gerekli önlemler alınarak ve damar yolu açık olacak şekilde sevk edilir.
- ◆ İkinci basamak: Ayırıcı tanı yapıldıktan sonra tanıya göre ilave tetkikler ve tedaviler düzenlenir. Tanının şüpheli olması halinde üçüncü basamağa gerekli önlemleri alınarak ve damar yolu açık olacak şekilde sevk edilir (10).



## 7. 15. ENFEKSİYON

Durum	Antibiyotik
<ul style="list-style-type: none"><li>Şiddetli karın ağrısı</li><li>Yüksek ateş/febril hastalık</li><li>Düşük/kürtaj komplikasyonu</li><li>Uterus veya fetal enfeksiyon</li><li>Meme absesi</li></ul>	3lü tedavi <ul style="list-style-type: none"><li>Ampisilin</li><li>Gentamisin</li><li>Metronidazol veya Klindamisin</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Postpartum kanama (24 saatten uzun süren, Doğumdan 24 saat sonra olan)</li><li>Üst üriner sistem enfeksiyonu</li><li>Mastit</li></ul>	2'li tedavi <ul style="list-style-type: none"><li>Ampisilin</li><li>Gentamisin</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Plasenta veya parçalarının elle çıkarılması, Kavite kontrolü</li><li>Uterus veya fetal enfeksiyon riski</li><li>Uzamış doğum eylemi (risk varsa)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tek antibiyotik</li><li>Ampisilin veya I. Kuşak Sefalosporin</li></ul>

### Tedavi ve öneriler:

- ◆ İlk dozları sevkten önce verin. Eğer sevk gecikir veya olmazsa antibiyotiklere IM/IV olarak 48 saat devam edilir, bu süre içinde ateş düşerse ateş düştükten 72 saat sonrasına kadar tedaviye parenteral devam edilir. Daha sonra amoksisiline veya II. kuşak sefalosporine oral 3x500 mg olarak 7 günlük tedavi tamamlanıncaya kadar geçilir.
- ◆ Ateş 48 saat içinde düşmüyor veya 72 saat içerisinde tekrar yükseliyorsa II. Kuşak sefalosporin + metranidazole geçilir.
- ◆ Eğer bulgular devam eder veya annenin sağlığı giderek daha da kötüleşirse veya doğum sonrası karın ağrısı gelişirse hemen hastaneye sevk edilir (10, 11).

## 7. 16. SEPSİS

### Bulgular:

Üşüme, ateş, terleme, kötü kokulu akıntı, karın ağrısı, memede hassasiyet/ısı artışı, bitkinlik, solunum sıkıntısı, şuur bulanıklığı/kaybı, kanama diyatezi, dolaşım bozukluğu bulgularında ağır enfeksiyon ve sepsis düşünülmelidir.

### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Vital bulguların kontrol edilir. Gestasyon süresi, meme muayenesi, pelvik enfeksiyon bulgularının gözden geçirilmesi, vajende yabancı cisim bulunması, Serviks veya vajende iltihap görülmesi, lokal pelvik enfeksiyon bulgusu (adneksiyal hassasiyet, rahim hassasiyeti serviks hareketlerinde hassasiyet, alt karın hassasiyeti, kötü kokulu vajinal akıntı, vajenden idrar veya gaita gelmesi vs.) değerlendirilir.
- ◆ Havayolunu açık tutulur. Uygun IV sıvı verilir ve IV yoldan antibiyotik yapılır. Tetanoz toksoidi ve tetanoz antitoksi sorgulanır ve son altı ay içinde yapılmamışsa uygulanır. Ağrı kontrolü sağlanır ve soğuk uygulama ile ateş düşürülür (10, 11).

## **7. 17. ŞİDDETLİ KARIN AĞRISI**

### **Tedavi ve öneriler:**

- ◆ Hastanın genel durumunu hızla değerlendirilir. Vital bulguları kontrol edilir.
- ◆ Sistemik muayenesi yapılır. Kontraksiyon takibi yapılır. ÇKS'si dinlenir.
- ◆ Olası tanılar dikkate alınır (Uterus rüptürü, erken doğum eylemi, plasenta dekolmanı, puerpural veya postpartum sepsis, ektopik gebelik, akut apandisit, akut gastroenterit, üriner enfeksiyon vs).
- ◆ İlk müdahale yapılır. IV damar yolu açılır ve sıvı tedavisine başlanır.
- ◆ Ateş>38°C ise uygun antibiyotik(ler) tedavisinin ilk dozu IV/IM olarak verilir.
- ◆ Gerekirse bir üst basamağa sevk edilir (10, 11).

## **7. 18. BATIN İÇİ TRAVMA**

### **Bulgular:**

Gergin batın, bulantı, kusma, bağırsak seslerinde azalma, omuz ağrısı, sert batın, ateş, rebound hassasiyet, karın ağrısı, kramp batın içi travma ve kanamayı düşündürmelidir. Rijid batın, akut karın ağrısı, sürekli düşük kan basıncı ve batın filminde periton boşluğunda gaz görülmesi durumunda ise acil cerrahi önerilir.

### **Tedavi ve Öneriler:**

- 🔒 Havayolunu açık tutulur ve vital bulguları kontrol edilir.
- 🔒 Oksijen:6-8 lt/dak'dan verilir.
- 🔒 20 dakika içinde 1lt gidecek şekilde İzotonik veya Ringer Laktat başlanır.
- 🔒 Ağızdan sıvı verilmez.
- 🔒 Hb<5g/100ml veya Hct<%15 ise kan transfüzyonu yapılır.
- 🔒 Hemen antibiyotik başlanır (IV veya IM, tercihan IV) gerekiyorsa Tetanoz toksoidi ve antitoksini yapılır.

⌚ Hb, Hct, kan grubu ve crossmatch için kan alınır, idrar miktarı ölçülür, ayakta düz batın grafisi çekilir.

Acil cerrahi bulgularında;

⌚ Acil laparotomi batın drenajı için, doku tamiri ve gerekiyorsa histerektomi yapılır. İdame tedavide: Vital bulguları, idrar çıkışı ve şok belirtileri izlenir. IV sıvı, antibiyotik ve oksijene devam edilir. Ağrı kontrolü yapılır. Hasta stabil ise; eğer X-ray negatif, batın serbest, ektopik gebelik bulgusu yoksa uterusu tahliye edilir. Stabil değilse; şok tedavisi uygulanır.

⌚ Eğer laparotomi yapılamıyorsa: Ağrı kontrolü yapılır. IV sıvıya, antibiyotiğe, oksijene devam edilir. Bir üst basamağa sevk edilir (10, 11).

## 7. 19. AMNİOTİK SIVI EMBOLİSİ

**Tanım:** Plasenta zarlarında yırtılma ve uterus venlerinin açılması sonucu, amniyon sıvısının anne kanına geçmesi sonucu meydana gelir. (30).

**Bulgular:** Emboli; ani şiddetli dispne, siyanoz, hipotansif şok ile kendini gösterir ve bu durumu takiben nöbetler ve koma görülebilir (30). Amniotik sıvı embolisinin hemoraji ile başlayarak dissemine intravasküler koagülasyonla (DİK) sonuçlanan formu daha az bilinmektedir (31).

**Tedavi ve Öneriler:** Amniotik sıvı embolisinin kesin tanısı sağ ventrikülden aspire edilen kan örneğinde, bronkoalveolar lavaj mataryelinde ve otopside histopatolojik çalışmalarda lanugo, fetal skuamöz hücreler ve saç görülmesi ile konur (32). ASE olan hastalar çok hızlı bir şekilde yoğun bakıma alınarak kardiyopulmoner destek verilmeli ve koagülopatiye karşı tedbirler alınmalıdır (33).

## **7. 20. KAYNAKLAR**

- 1.** TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı, Ankara, 2015:1-119.
- 2.** Türkiye Üreme Sağlığı Programı No: 3-A. TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü Acil Obstetrik Bakım Klinisyen Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara, 2007:3-130.
- 3.** The Reproductive Health Response in Conflict Consortium. Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs. Women's Commission for Refugee Women and Children on behalf of the Reproductive Health Response in Conflict Consortium, New York, 2005:10-14.
- 4.** Holmes W, Kennedy E. COMPASS (Women's and Children's Health Knowledge Hub) Briefing Paper. Reaching Emergency Obstetric Care: Overcoming The 'Second Delay', Melbourne, Australia, 2010:2-3.
- 5.** Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı & Avrupa Komisyonu. Türkiye Üreme Sağlığı Programı, Hizmet Çerçevesi Raporu Haziran 2004, Ankara, Türkiye.
- 6.** TC. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi, Üreme Sağlığı Modülleri, Ankara, 2008:31-57.
- 7.** TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım, Yönetici Kolaylaştırıcı Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara, 2007:1-32.
- 8.** TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Türkiye Üreme Sağlığı Programı Acil Obstetrik Bakım, Destek Personel Uyum Eğitimi Katılımcı Rehberi, Ankara, 2007:1-30.
- 9.** TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı NO: 2-B, Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı, Ankara, 2010:2-191.
- 10.** TC. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2014:1-61.
- 11.** TC. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi, Ankara, 2009:7-61.
- 12.** Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Nobel Tıp Kitapevi, Ankara 1998:155-281.

13. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Cesarean section and postpartum hysterectomy In: Williams Obstetrics, (21st Ed), 2001:537- 65.
14. TC. Millî Eğitim Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Doğum ve Komplikasyonları 723H00053, Ankara, 2011:40-49.
15. TC. Millî Eğitim Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Gebelik ve Doğumla İlgili Riskli Durumlar, Ankara, 2016:13-35.
16. İlerigelen B. Gebelik ve Hipertansiyon. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sistemik Arter Hipertansiyonu Sempozyumu, İstanbul, 1997:59-76.
17. Who, Unfpa, Unicef, World Bank. Gebelik ve Doğumun Entegre Yönetimi. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi: Ebeler ve Doktorlar İçin Bir Kılavuz, Dünya Sağlık Örgütü, Geneva, 2003:1-141.
18. Modena AB, Kaihura C, Fieni S. Prelabour Rupture Of The Membranes: Recent Evidence. Acta Biomed 2004; 75:5-10.
19. Thomas J, Bader MD. Obstetrik Jinekolojinin Sırları, çeviri edit: Erk A, Yılanlıoğlu C, Demirtürk F, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 2009:100-113.
20. Kurban Y. Tus-Vize ve Sınavlar İçin Kadın Hastalıkları ve Doğum, (3. Baskı), Pelikan Yayıncılık, Ankara, 2003:23-387.
21. The Miscarriage Association, Ectopic pregnancy, Registered Charity Number 1076829 (England & Wales) SC039790 (Scotland), 2014:1-20.
22. Pernoll ML. Obstetrik ve Jinekoloji El Kitabı (Onuncu Baskı), çeviri edit: Ayhan A, Bozdağ G, Palme Yayıncılık, Ankara, 2002:295-320.
23. Obstetric/Bleeding In Late Pregnancy And Intra-Partum Period. 2. Bleeding In Late Pregnancy and Intra-Partum Period, İn: Ministry Of Health, Gynecology and Obstetrics Clinical Protocols & Treatment Guidelines, 2012:17-22.
24. Karadeniz RS, Selçukbiricik S. Klinisyen Konu Kitaplar Serisi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Klinisyen Tıp Kitabevleri, Ankara, 2006:286-380.
25. Sakala EP. Board Review Serisi Obstetrik ve Jinekoloji, çeviri edit: Alper M, Selçukbiricik S, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul, 1999:76-83.
26. Kıran G. Geç Gebelik Kanamaları, İn: Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji, edit: Çiçek MN, Mungan MT, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, 2007:345-351.
27. Lambrou NC, Morse AN, Wallach EE. John Hopkins Jinekoloji ve Obstetrik El Kitabı (Birinci Baskı), çeviri edit: Vicdan K, Işık AZ, Danışman N, John Hopkins medicine, Atlas Kitapçılık, Ankara, 2000:97-110.

- 28.** WHO Guidelines for the management of postpartum haemorrhage and retained placenta. World Health Organization, 2009:1.
- 29.** TC. Millî Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Doğum, Riskli Durumlar ve Bakım, Ankara, 2012:30-55.
- 30.** Akyıldız EÜ, Pakiş I, Turan AA, Karayel F, Yılmaz E. Amniyon sıvı embolisi. Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine 2006; 3: 117-119.
- 31.** Oi H, Naruse K, Noguchi T. Fatal factors of clinical manifestations and laboratory testing in patients with amniotic fluid embolism. Gynecol Obstet Invest 2010; 70: 138-144.
- 32.** Benson MD. Current concepts of immunology and diagnosis in amniotic fluid embolism. Clin Dev Immunol 2012; 2012:946576.
- 33.** Şentürk Ş, Kara M. Amniyotik sıvı embolisi olgu sunumu. Göztepe Tıp Dergisi 2009; 24:145-148.

## **EK -8**

### **EĞİTİM PLANI**

**Amaç:** Hekim dışı sağlık personelinin AOB'a ilişkin bilgi düzeyini artırmak

#### **Konular:**

- ✓ Acil obstetrik bakım
- ✓ Acil obstetrik bakım hizmeti almada gecikme modelleri
- ✓ Acil obstetrik bakım hizmetleri sunumunda ekip yaklaşımı
- ✓ Acil obstetrik bakım hizmetlerinde veri toplama ve kayıt
- ✓ Acil obstetrik bakımda sevk
- ✓ Güvenli kan nakli
- ✓ Obstetrik acilleri çözme yaklaşımı

**Süre:** 45 -60 dk.

#### **ÖĞRENİM HEDEFLERİ**

- ✓ Acil obstetrik bakımın tanımını, hizmeti almada gecikme modellerini, sevk ve güvenli kan naklinin önemini açıklayabilme
- ✓ Acil obstetrik bakım hizmetleri sunumunda ekip yaklaşımı, veri toplama ve kayıt tutmanın önemini bilme
- ✓ Anormal doğum, fetal distress, gün aşımı gebeliğin yönetimi ve AOB için yapılabilecek girişimleri sayabilme
- ✓ Preeklampsi, eklampsinin yönetimi ve AOB için yapılabilecek girişimleri sayabilme
- ✓ Preterm eylem, membran rüptürü, fetal ölüm yönetimi ve AOB için yapılabilecek girişimleri sayabilme
- ✓ Erken gebelikte ve geç gebelikte kanama yönetimi ve AOB için yapılabilecek girişimleri sayabilme
- ✓ Şiddetli kanamalar, uterus rüptürü, postpartum kanama, ciddi kronik anemi, dehidratasyonun yönetimi ve AOB için yapılabilecek girişimleri sayabilme
- ✓ Yüksek ateş, enfeksiyon, sepsisin yönetimi ve AOB için yapılabilecek girişimleri sayabilme
- ✓ Şiddetli karın ağrısı, batın içi travmanın yönetimi ve AOB için yapılabilecek girişimleri sayabilme

## **EĞİTİM YÖNTEMLERİ**

- ✓ Anlatma / Tartışma
- ✓ Soru-cevap
- ✓ Yüz yüze
- ✓ Beyin fırtınası

## **ARAÇ GEREÇ MATERYAL**

- ✓ Dizüstü bilgisayar
- ✓ Eğitim broşürü
- ✓ Projeksiyon





## EK-9 ETİK KURUL

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU (2011 - KAER-30)			
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kayseri Pınarbaşı İlçe devlet hastanesi acil servislerinde ve Pınarbaşı 112 merkezinde çalışan hekim dışı sağlık personeline verilen acil obstetrik bakım eğitiminin etkililiği değerlendirilmesi.		
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU			
ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
	AÇIK ADRES	Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Melikgazi/KAYSERİ	
	TELEFON	0 352 437 40 10 - 11	
	FAKS	0 352 437 52 85	
	E-POSTA	byancar@erciyes.edu.tr	
BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATOR / SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI / ADI / SOYADI	Yrd Doç.Dr Evrim Bayraktar	
	KOORDİNATOR SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	
	KOORDİNATOR / SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Erciyes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Anabilim Dalı, Kayseri	
	VARSA İDARI SORUMLU UNVANI/ ADI SOYADI		
	DESTEKLEYİCİ		
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)		
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMCİLCİSİ		
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TURU	FAZ 1	<input type="checkbox"/>
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>
FAZ 4		<input type="checkbox"/>	
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>	
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>	
In vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>	
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>	
Diğer ise belirtiniz	Yüksek Lisans Tezi		
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEKMERKEZ <input type="checkbox"/> ÇOKMERKEZ <input checked="" type="checkbox"/> ULUSAL <input checked="" type="checkbox"/> ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>		

Etik Kurul Başkanının  
Ünvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL  
İmza:



**ASLI GIBİDİR**

Funda HASTIZMECI  
Etik Kurul Sekreteri



Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmaktadır

## KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Kayseri Pınarbaşı İlçe devlet hastanesi acil servislerinde ve Pınarbaşı 112 merkezinde çalışan hekim dışı sağlık personeline verilen acil obstetrik bakım eğitiminin etkisinin değerlendirilmesi.
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	

DEĞERLEN DIRİLEN BELGELER	BELGE ADI	Tarihli	Versiyon Numarası	DİLİ		
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	OLGU RAPOR FORMU			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>
	ARAŞTIRMA BROŞÜRÜ			Türkçe <input type="checkbox"/>	İngilizce <input type="checkbox"/>	Diğer <input type="checkbox"/>

DEĞERLENİRİLEN DİĞER BELGELER	BELGE ADI	Açıklama
	SIGORTA	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	
	İLAN	
	YILLIK BİLDİRİM	
	SONUÇ RAPORU	
	GÜVENLİK BİLDİRİMLERİ	
DİĞER		

Karar No : 2017/66	Tarih : 03.02.2017
Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gereği, amaç, kapsam ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir.	

### KLİNİK ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU

ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İy Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL BAŞKANI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL

Unvanı / Adı Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyeti		Araştırma ile İlişki				Katılım (*)	İmza		
			E	K	E	H	E	H				
Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL	Çocuk, Sağ ve Hast.	E.Ü. Tıp Fak.	E	K	X	E	H	X	E	H		
Prof. Dr. Sami AYDOĞAN	Fizyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Prof. Dr. Ahmet ÖZTÜRK	Halk Sağlığı	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Prof. Dr. Kemal DENİZ	Patoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Prof. Dr. Musa KARAKÜKÇÜ	Çocuk Sağ ve Hast.l	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Doç. Dr. Aydın ÜNAL	İç Hastalıkları	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Doç. Dr. Güven KAHRİMAN	Radyoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Doç. Dr. Kemal ÖZYURT	Dermatoloji	Kayseri Eğitim Hast.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Doç. Dr. Emin Murat CANGER	Ağız, Diş ve Çene Radyolojisi	E.Ü. Diş Hek.Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Doç. Dr. Cihangir BIÇER	Anest. ve Rean.	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Yard. Doç. Dr. Zafer SEZER	Farmakoloji	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Yard. Doç. Dr. Gökmen ZARARSIZ	Biyostatistik	E.Ü. Tıp Fak.	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Av. Serhat USTUNEL	Avukat	Hukuk Müşaviri	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Ecz. Şukron TERZİ	Eczacı	Serbest Eczacı	E	X	K	E	H	X	E	X	H	
Sevlap Köçer	Sivil Üye	Serbest	E	X	K	E	H	X	E	X	H	

\* Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanının  
Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Ruhan DÜŞÜNSEL  
İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır

# KAYSERİ PINARBAŞI İLÇE DEVLET HASTANESİ ACİL SERVİSİNDE VE PINARBAŞI 112 MERKEZİNDE ÇALIŞAN HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİNE VERİLEN ACİL OBSTETRİK BAKIM EĞİTİMİNİN ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

## ORJİNALLİK RAPORU

%**5**

BENZERLİK ENDEKSİ

%

İNTERNET  
KAYNAKLARI

%**5**

YAYINLAR

%

ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

## BİRİNCİL KAYNAKLAR



GEZGİNÇ, Kazım and DALKILINÇ UTKU, Elif.  
"Obstetrik acillere yaklaşım", TUBITAK, 2011.

Yayın

%**1**



Serap YILDIRIM, Esra ENGİN, Vesile Aycan  
BAŞKAYA. "İnmeli Hastalara Bakım Verenlerin  
Yükü ve Yükü Etkileyen Faktörler", Nöro  
Psikiyatri Arşivi, 2013

Yayın

%**1**



DUMAN, Mesude and ATALAY, Meliha. "Akut  
Gastroenterit Tanısıyla Hastaneye Yatan Süt  
Çocuklarının Annelerine Verilen Eğitimin Bilgi  
ve Uygulamalarına Etkisinin Belirlenmesi",  
Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma, 2015.

Yayın

<%**1**



ÖZDEMİR, Günseli, KOÇBEBEK, Arzu, BİLGİN,  
Şerife and HANCI, Ayşe. "Muhtemel Amnion

<%**1**



## ÖZGEÇMİŞ

### KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı: Yeter ŞENER

Uyruğu: TC

Doğum Tarihi ve Yeri: 30. 11. 1990 KAYSERİ

Medeni Durumu: Bekar

Cep Tel: 0506 794 52 85

E Mail: hem\_yetersener@hotmail.com

Yazışma Adresi: Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi KAYSERİ

### EĞİTİM

<u>Derece</u> <u>Tarihi</u>	<u>Kurum</u>	<u>Mezuniyet</u>
Lise	Behice Yazgan Kız Anadolu Lisesi	2008
Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2013
Yüksek Lisans	Erciyes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018

### İŞ DENEYİMLERİ

<u>Yıl</u>	<u>Kurum</u>	<u>Görev</u>
2013-2015	Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi	Acil Servis Hemşiresi
2015- 2016	Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi	Servis Hemşiresi
2016- 2018	Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi	Acil servis Hemşiresi
2018- Halen	Pınarbaşı İlçe Devlet Hastanesi	Acil servis ve Evde Sağlık Hizmetleri Hemşiresi

Yabancı Dil:

İngilizce