

**ERKEN DOĞUM TANISI ALAN GEBELERE  
VERİLEN BAKIMIN GEBELERİN  
ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

**Meral KILIÇ**

**Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları  
Hemşireliği Anabilim Dalı  
Tez Yöneticisi  
Prof. Dr. Behice ERCİ**

**Doktora Tezi-2011**

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ  
DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI

ERKEN DOĞUM TANISI ALAN GEBELERE VERİLEN BAKIMIN  
GEBELERİN ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ

Meral KILIÇ

Tez Yöneticisi

Prof. Dr. Behice ERCİ

Doktora Tezi

ERZURUM-2011

**T.C.**  
**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**  
**DOĞUM, KADIN SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI**  
**HEMŞİRELİĞİ ANABİLİM DALI**

**ERKEN DOĞUM TANISI ALAN GEBELERE VERİLEN BAKIMIN**  
**GEBELERİN ÖZ BAKIM GÜCÜNE ETKİSİ**

**Meral KILIÇ**

**Tezin Enstitüye Verildiği Tarih** : 22.03.2011

**Tezin Sözlü Savunma Tarihi** : 08.04.2011

**Tez Danışmanı** : Prof. Dr. Behice ERCİ 

**Jüri Üyesi** : Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU 

**Jüri Üyesi** : Doç. Dr. Emel EGE 

**Jüri Üyesi** : Yrd. Doç. Dr. Dilek KILIÇ 

**Jüri Üyesi** : Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN 

**Enstitü Müdürü** : Prof. Dr. İsmail CEYLAN 

**Tez Yöneticisi**  
**Prof. Dr. Behice ERCİ**

**Doktora Tezi**  
**Nisan – 2011**  
**ERZURUM**

**İÇİNDEKİLER**

	Sayfa No
<b>TEŞEKKÜR</b> .....	<b>III</b>
<b>TABLolar DİZİNİ</b> .....	<b>IV</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>V</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>VII</b>
<b>1. GİRİŞ VE AMAÇ</b> .....	<b>1</b>
1.1. Araştırmanın Amacı.....	4
1.2. Araştırmanın Hipotezi.....	4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	<b>5</b>
2.1. Erken Doğum .....	5
2.2. Patofizyoloji .....	6
2.3. Erken Doğumun Anne Üzerindeki Etkileri.....	8
2.4. Erken Doğumun Fetüs ve Yenidoğan Üzerindeki Etkileri .....	8
2.5. Doğumun Durdurulmasının Kontraendikasyonları.....	9
2.6. Tedavi.....	9
2.7. Orem'in Öz Bakım Kuramı.....	11
<b>3. MATERYAL ve METOD</b> .....	<b>29</b>
3.1. Araştırmanın Şekli .....	29
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	29
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	29
3.4. Verilerin Toplanması .....	30
3.5. Hemşirelik/Ebelik Girişimi .....	31
3.6. Araştırmanın Değişkenleri .....	32

3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....	33
3.8. Etik İlkeler.....	33
<b>4. BULGULAR.....</b>	<b>36</b>
<b>5. TARTIşMA.....</b>	<b>48</b>
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....</b>	<b>56</b>
<b>7. KAYNAKLAR .....</b>	<b>58</b>
<b>EKLER</b>	
<b>EK - I. KİşİSEL BİLGİ FORMU</b>	
<b>EK - II. RİSKLİ GEBE İZLEM FORMU</b>	
<b>EK - III. ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ</b>	
<b>EK- IV. OREM'İN ÖZ-BAKIM GEREKSİNİMLERİYLE KESİşEN NANDA TANILARI</b>	
<b>EK -V. GEBELİK DÖNEMİNDE HEMşİRELİK BAKIM PLANI</b>	
<b>EK -VI. RESMİ İZİN YAZISI</b>	
<b>EK -VII. ETİK KURUL ONAYI</b>	

**TEŞEKKÜR**

Bu araştırmaya beni yönlendiren ve gösterdiği büyük emek ve desteğinden dolayı değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Behice ERCİ'ye, doktora tezimin yürütülmesinde değerli katkılarından dolayı kıymetli hocalarım Sayın Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU'na, Sayın Doç. Dr. Nesrin REİS'e, Sayın Yrd. Doç. Dr. Dilek KILIÇ'a Sayın Yrd. Doç. Dr. Hava ÖZKAN'a, tez savunma sınavıma zaman ayırarak, beni onurlandıran değerli hocam Sayın Doç. Dr. Emel EGE'ye, çalışmamın veri tabanını sağlayan gebelere, katkılarından dolayı sevgili arkadaşlarım Arş.Gör. Afife YURTTAŞ'a, Arş.Gör. Serap EJDER APAY'a, Kadın Doğum Kliniğinde görev yapan tüm meslektaşlarıma, manevi desteğini her zaman yanımda hissettiğim sevgili annem Mahi ULUKAVAK'a, babam Ahmet ULUKAVAK'a, kayınpederim Kemal KILIÇ'a, eşim Erhan Diler KILIÇ'a ve kızım Elif Eylül Kılıç'a teşekkür ederim.

**Meral KILIÇ**

**TABLolar DİZİNİ**

	<b>Sayfa No</b>
<b>Tablo 1.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerine Göre Dağılımı .....	32
<b>Tablo 2.</b> Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı.....	36
<b>Tablo 3.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Karşılaştırılması.....	38
<b>Tablo 4.</b> Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması.....	39
<b>Tablo 5.</b> Deney ve Kontrol Grubunun Antenatal Görüşmelerde Belirlenen Evrensel Öz Bakım Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması.....	40
<b>Tablo 6.</b> Deney ve Kontrol Grubunun Antenatal Görüşmelerde Belirlenen Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı .....	42
<b>Tablo 7.</b> Deney ve Kontrol Grubunun Antenatal Görüşmelerde Belirlenen Tedavi Edici Öz Bakım Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı .....	44
<b>Tablo 8.</b> Deney ve Kontrol Grubunun Antenatal Görüşmelerde Belirlenen Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımı .....	46

## ÖZET

### **Erken Doğum Tanısı Alan Gebelere Verilen Bakımın Gebelerin Öz-Bakım Gücüne Etkisi**

Bu araştırma, erken doğum tanısı alan gebelere verilen bakımın gebelerin öz bakım gücüne etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır. Araştırmada, kontrol gruplu ön test-son test yarı deneme modeli kullanılmıştır.

Araştırmanın evrenini Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniğinde yatan erken doğum tanısı almış gebeler oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemini yukarıda belirtilen evrenden rastlantısal örneklem yöntemiyle seçilen 40 deney, 40 kontrol grubu olmak üzere toplam 80 gebeden oluşmuştur. Çalışmaya ilk olarak deney grubu gebeler ile başlanmış ve kontrol grubu ile devam edilmiştir.

Verilerin toplanmasında araştırmacı tarafından geliştirilen “*Kişisel Bilgi Formu*”, “*Riskli Gebe İzlem Formu*” ve “*Öz-Bakım Gücü Ölçeği (ÖBGÖ)*” kullanılmıştır.

Deney grubunun verileri; gebelerin, kadın doğum kliniğinde ilk yattığı zaman, taburcu olurken ve taburcu olduktan bir ay sonra ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. Mevcut tanılar ile oluşabilecek yeni tanılar “*Riskli Gebe İzlem Formu*” ile değerlendirilmiştir. Mevcut tanılar ile ortaya çıkan yeni tanılara yönelik olarak hemşirelik bakımı verilmiştir. Giderilemeyen tanılar için gerekli girişimler sürdürülmüş ve bir sonraki ziyarette değerlendirilmiştir. Ev ziyareti yapıldıktan sonra gerekli veriler toplanıp bakım sonuçları değerlendirilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin verileri; kadın doğum kliniğinde ilk yattığı zaman, taburcu olurken ve taburcu olduktan bir ay sonra ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. Kontrol grubundaki gebelere hastanede verilen rutin bakımın dışında herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.



Verilerin değerlendirilmesinde yüzdelik, aritmetik ortalama ve standart sapma, bağımsız gruplarda *t* testi, bağımlı gruplarda *t* testi ve McNemar testi kullanılmıştır.

Görüşmeler süresince deney grubundaki gebelere toplam 34 hemşirelik tanısı konulmuştur. Bunlardan 28 tanesi verilen bakımla giderilmiştir. Kontrol grubundaki gebelere toplam 34 tanı konulmuştur.

Verilen bakım sonucunda deney ve kontrol grubundaki gebelerin son testte belirlenen tanıların sıklığı karşılaştırıldığında; çoğu tanının sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Bu sonuca dayanarak bakım alan grubun daha az problem yaşadığı söylenebilir. Deney grubundaki gebelerin bakım öncesi ve sonrası öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).

Bu araştırma sonucunda antenatal dönemdeki kadınlara Orem'in öz-bakım modeli kullanılarak verilen bakımın, gebelerin öz bakım gücünü yükselttiği belirlenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Erken doğum, Yatak istirahati, Hemşirelik bakımı, öz-bakım gücü

**SUMMARY****The Influence of Care Received by Pregnant Women having Premature Birth****Diagnosis on Pregnant Women's Self-Care Ability**

The study has been performed in order to determine the influence of care which is received by pregnant women who have premature birth diagnosis on pregnant women's self-care ability. In the study, control group with pre-test – post-test semi-experimental model has been used.

Population of the study comprises the pregnant women who have received premature birth diagnoses and stay at Atatürk University, Aziziye Research Hospital, Clinic of Obstetrics and Gynecology. Sample of the study consists of randomly selected 80 pregnant women 40 of whom are in control group and 40 of whom are in experimental group. The study firstly began to be carried out by the pregnant women in the experimental group and preceded by the pregnant women in the control group.

“Personal Information Form”, “Risky Pregnant Monitoring / Follow-Up Form”, and “Self-Care Ability Scale” which were developed by the researcher have been performed in data collection procedure of the study. The data of the experimental group were collected initially when the pregnant women in the experimental group firstly started staying at the Clinic of Obstetrics and Gynecology, secondly when they were discharged from the hospital, and finally by visiting them one month after they were discharged from the hospital.

Nursing care aiming at new diagnoses occurring with present diagnoses has been given. The required enterprises for unresolved diagnoses have been maintained and evaluated in the following visits. After visiting the patients, the required data were collected and evaluated for care results.

The data of the control group were collected initially when the pregnant women in the control group firstly started staying at the Clinic of Obstetrics and Gynecology,

secondly when they were discharged from the hospital, and finally by visiting them one month after they were discharged from the hospital. No attempt has been performed for the pregnant women in the control group except the routine care given to them by the hospital.

In the analysis of the data, percentage average, arithmetic average, standard deviation, *t*-test in independent groups, *t*-test and McNemar test in dependant groups have been performed.

During the interviews, totally 34 nursing diagnoses have been determined for the pregnant women in the experimental group. Twenty eight of those diagnoses have been removed by means of care. Thirty nursing diagnoses have been determined for the pregnant women in the control group.

In the light of care given, when the frequency of the diagnoses determined in the post-test of the pregnant women in both control group and experimental group is compared and contrasted, it has been found that the differences among the frequencies of many diagnoses are statistically significant ( $p < 0.05$ ,  $p < 0.001$ ). Depending on this conclusion, it can be mentioned that the group who received care has experienced less problem. It is pointed out that the difference among care ability pre-care and post-care self-care ability score averages of the pregnant women in the experimental group is statistically significant ( $p < 0.05$ ).

As a result of this study, it has been determined that the care given to the pregnant women in antenatal period by means of Orem's self-care model increases the pregnant's self-care ability.

**Key Words:** Premature Birth, Bed Rest, Nursing Care, Self-Care Ability

## 1. GİRİŞ ve AMAÇ

Gebelik ve doğum, kadının yaşam sürecinde fizyolojik bir olay olarak görülmekle birlikte gebe ve ailesi için ciddi biyo-psikososyal adaptasyon gerektiren bir yaşam dönemidir. Literatürde gebelik, kadının biyo-psikososyal dengesinin bozulduğu aile ve işyerindeki rollerinin değiştiği, bebek ve anne arasında ebeveynlik ilişkisinin kurulduğu yaşam krizi olarak tanımlanır. Bu kriz, yüksek riskli gebeliklerde daha çarpıcı olarak kendini gösterir<sup>1</sup>. Annenin ya da fetüsün morbidite ve mortalite riski belirgin düzeyde arttığı zaman, bu gebelik yüksek riskli gebelik olarak ele alınır<sup>2</sup>.

Yüksek riskli gebelikler içerisinde yer alan erken doğum, anne ve bebek sağlığında baş edilmesi güç olan önemli obstetrik sorunlardan biridir<sup>3,4</sup>. Erken doğum gebeliğin 37. haftasından önceki bir dönemde sonlanmasıdır<sup>5,6</sup>. Tüm gebeliklerin yaklaşık %8-10'u erken doğum ile sonlanır. Perinatal teknolojideki ilerlemelere rağmen bu oran giderek yükselmektedir<sup>2,7,8</sup>. Erken doğumlar Amerika Birleşik Devletlerinde %12-13, Avrupa Birliği Ülkelerinde %5-9 oranında görülmektedir<sup>9</sup>. Misra ve Trabert<sup>10</sup> yaptıkları çalışmada erken doğum prevalansını %16.4 olarak saptamıştır. Ülkemizde ise Ege ve arkadaşlarının<sup>11</sup> çalışmasında erken doğum prevalansının %17.3 olduğu belirlenmiştir. Genellikle %25 oranında erken membran rüptürü ile birlikte, %30 oranında maternal ve fetal enfeksiyonlarla, %45 oranında idiyopatik olarak meydana gelmektedir<sup>4</sup>.

Erken doğum anne ve bebek üzerinde bir takım olumsuz etkilere neden olmaktadır. Erken doğum nedeniyle yenidoğan prematürelilikleri, neonatal morbidite ve mortalitenin %75-80 oranında sürmesine neden olmaktadır<sup>2,9,12,13</sup>. Ayrıca uzun vadede, gelişme geriliği, görsel ve işitsel bozukluklar, serebral palsi, akciğer ve gastrointestinal sistem problemleri sıklığı<sup>14-16</sup>. Erken doğumun anne üzerindeki en yaygın etkisi, bebeğin sağlığını tehdit etmesinden kaynaklanan psikolojik strestir. Anneye ait diğer belirtiler

uzamış yatak istirahati ve eylemi baskılayıcı ilaçların kullanılması gibi tıbbi tedavinin anne üzerindeki yan etkileriyle ilgilidir<sup>2,5</sup>.

Erken doğum için tedavi; sıklıkla hastanede ya da evde antepartum yatak istirahati, hidrasyon, tokolitik ilaç tedavisidir<sup>5,17,18</sup>. Yatak istirahatinin yararlılığını destekleyen kanıtlar eksik ve tartışmalı olmasına rağmen erken doğum tehdidini durdurmak için en yaygın kullanılan girişimlerden biridir<sup>19-21</sup>. Yatak istirahatinin, servikal silinmeyi ve dilatasyonu uyaran serviks üzerindeki baskıyı azaltarak bebeğin matürasyon için uterusu kaldığı süreyi uzattığına; gebeye de dinlenme ve iyileşme olanağı sağladığına inanılmaktadır<sup>19,22-25</sup>.

Yatak istirahatine alınan gebeler, bu durumdan yarar görmelerinin yanı sıra bir takım yan etkiler de yaşamaktadır. Hem gebelik hem de yatak istirahati; sıvı elektrolit dengesizliği, kalp atım hacminde azalma, nabızda yavaşlama, kas atrofisi, kalsiyum kaybı, glikoz intoleransı, kilo kaybı gibi olumsuz etkiler ortaya çıkmaktadır. Bu olumsuz etkiler gebede hazımsızlık, aktivite intoleransı, kas güçsüzlüğü, baş ağrısı, görme işitme değişiklikleri, yorgunluk, konstipasyon, mide yanması gibi fiziksel yakınmalara neden olmaktadır<sup>19,20,26</sup>.

Yatak istirahati fiziksel şikayetlerin yanında psikososyal değişikliklere de neden olur. Bunlar; strestte artma, ekonomik destek kaybı, benlik saygısında zedelenme, yetersizlik, suçluluk duyguları, yalnızlık, korku, anksiyete, depresyon, üzüntü ve bunalmadır<sup>2,14,26-28</sup>.

Arslan ve Korkmaz'ın<sup>23</sup> çalışmasında; gebelerin hastanede yatmaya bağlı olarak en çok yaşadığı fiziksel bulgular; % 38 reflü, %48 hafif düzeyde kasık ağrısı, %38 orta düzeyde sırt ağrısı, %44 hafif düzeyde bacaklarda ağrı, %53 hafif düzeyde pelvis/kasık bölgesinde ağrı sızı ve %46 orta düzeyde baş ağrısı olmuştur. Başka bir çalışmada;

gebelerin hastanede yatak istirahatına bağlı olarak orta/şiddetli düzeyde hazımsızlık, kasık-kalça-sırt-pelvis-baş ağrısı, uyku değişikliği ve ödem şikayetleri yaşadıkları bulunmuştur<sup>29</sup>. Gupton ve ark.<sup>30</sup> alışmasında; gebeler için en önemli stres kaynağı aileden uzak kalma, mahremiyetin olmaması, hastanenin rahatsız edici ortamı olduğu bulunmuştur.

Gerek hastanede yatma sonucu ortaya çıkan problemleri giderme gerekse erken doğumu önlemede ebe ve hemşireler önemli role sahiptir. alışmalar erken doğumların önlenmesinde anahtar faktörün, bakım nedeni ile onlarla sık temas kuran ve hastayı bilgilendirerek güçlendiren hemşireler olduğunu göstermektedir<sup>27,31</sup>.

Antenatal dönemde gebeye verilecek kapsamlı, standardize ve kaliteli bir hemşirelik bakımı ve eğitimiyle, gebeye, bilinçli bir öz bakım ile kendi bakımında yeterlilik, olumlu sağlık davranışları ve sağlık statüsü kazandırılabilir. Böylece erken doğumdan kaynaklanan neonatal morbidite ve mortalitenin azaltılmasında önemli bir katkı sağlar.

Hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fiziksel ortam değişikliği, kendisinin ve bebeğin sağlık durumunda sapma, yatak istirahati nedeniyle aktivitelerinin kısıtlanması, başkalarına bağımlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler, aileden ayrılma ve belirsizlik yüksek riskli gebelerde fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açmaktadır. Hemşire mesleki yeterliliği ve gebeyle sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle bu gebelerin bakımında önemli role sahiptir<sup>1</sup>.

Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olan, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasıyla birlikte bireysel bakım (öz bakım) kavramı ön plana çıkmaya başlamıştır<sup>32</sup>. Bireyin kendi bakımını sağlamada yetersiz kaldığı durumlarda bu yetersizliği gidermek amacıyla en çok kullanılan modellerden biri Dorothy Orem'in öz-bakım modelidir<sup>33,34</sup>. Bu model

doğrultusunda verilen eğitim ve bakımın bireyin öz bakım gücünü artırdığı yapılan araştırmalarla saptanmıştır<sup>35-37</sup>.

Hemşirenin erken doğum tehditi altındaki hastaların öz bakım gereksinimlerini belirlemede yardımcı olması ve kendi bakım gereksinimlerini karşılamada yetersiz kalmamaları için öz bakım güçlerini geliştirmesi gerekmektedir. Erken doğum tehdidi olan gebelerde hemşire, bakım ve eğitici yaklaşımı ile gebenin öz bakım gücünü geliştirebilir, ilaç tedavisine bağlı yan etkileri değerlendirerek tedavinin amacına ulaşmasında katkı sağlayabilir.

### **1.1. Araştırmanın Amacı**

Bu araştırma; erken doğum tanısı alan gebelere verilen bakımın, gebelerin öz bakım gücüne etkisinin belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

### **1.2. Araştırmanın Hipotezi**

**Hipotez 1:** Erken doğum tanısı alan gebelere Orem'in Öz-Bakım Modeli kullanılarak verilen bakım gebelerin öz-bakım gücünü artırır.

**Hipotez 2:** Erken doğum tanısı alan gebelere Orem'in Öz-Bakım Modeli kullanılarak verilen bakım gebelerin hemşirelik tanılarını azaltır.

## **2. GENEL BİLGİLER**

### **2.1. Erken Doğum**

Erken doğum; anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur<sup>38</sup>. Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre, 260 günden/37 haftadan önceki doğumlar erken doğum olarak adlandırılır<sup>39</sup>.

#### ***İnsidans***

Erken doğum insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte genel olarak tüm gebeliklerin %8-10'u erken doğumla sonlanmaktadır<sup>7,8</sup>. Neonatal morbidite ve mortalitenin birincil sebebidir ve konjenital anomalilere bağlı olmayan neonatal ölümlerin %75'inden sorumludur<sup>12,40</sup>.

Erken doğumların yaklaşık %80'ini 32-37. haftalar arasında olmakta ve hafif vakaları oluşturmaktadır. Erken doğumların %10 kadarı 28-31. gebelik haftaları arasında olmaktadır. Bunlar çok erken doğum olgularıdır. Erken doğumların %10'nu ise 26-28. haftalar arasında doğmaktadır. Bunlar çok aşırı erken doğum olgularını oluştururlar<sup>41</sup>.

#### ***Etiyoloji***

Erken doğumların %50'sinde neden belirlenememiştir. Erken doğuma neden olan faktörler; geçmişte erken doğum öyküsü, yaşam stilindeki bozukluklar, stres, uterin faktörlerde bozukluk ve enfeksiyonlardır<sup>2,5</sup>.

#### ***Erken Doğumun belirtileri***

- ✓ Uterin kontraksiyonlar (menstrüal kramplara benzer)
- ✓ Pelvik bası hissi
- ✓ Devamlı bel ağrısı
- ✓ Gastrointestinal rahatsızlıklar (diyare)



- ✓ Vajinal akıntıda değişme ya da artma
- ✓ Yorgunluk

### ***Tanı***

Erken doğumun kriterleri saatte sekiz ya da yirmi dakikada dört kontraksiyonun olması, dilatasyonun 2 cm ya da daha fazla olması, silinmenin %75 veya daha fazla olmasıdır<sup>42</sup>.

### ***Normal Fizyoloji***

Normal doğumu başlatan mekanizmalar gibi, erken doğumun patogenezi de tam bilinmemektedir. Bununla birlikte, araştırmalar sonucunda bazı kavramlar geliştirilmiş ve çeşitli hormonların uterin aktivite üzerinde rol oynadığı yönünde kuvvetli bilimsel kanıtlar elde edilmiştir<sup>2</sup>.

### **2.2. Patofizyoloji**

Erken doğuma, genellikle uterin irritabiliteyi artıran ya da prostaglandinlerin salınmasını uyarayan faktörler neden olmaktadır<sup>2</sup>.

### ***Enfeksiyon***

Bakteriyel endotoksinler interleukinin salınmasını uyarak doğrudan ya da dolaylı olarak prostaglandin salınımını uyarabilirler. Buna göre üriner sistem, vajinal, uterin ya da fetal enfeksiyonlar, erken doğumu uyarabilir. Enfeksiyonun, erken doğumların %40'ından sorumlu olduğu bildirilmektedir. Bilinen ya da bilinmeyen genito-üriner enfeksiyonlar özellikle tehlikelidir fakat sistemik enfeksiyonlarda aynı zamanda kontraksiyon riskini artırarak doğumu ilerletebilir<sup>2,42-44</sup>.

### ***Uterin Faktörlerde Bozulma***

Myometriyal gerginlik gibi fiziksel stresörler, hiperosmolarite ve uterin ya da fetal membran travması gibi fiziksel stresörler lizozomlardan fosfolipaz A2 salımına neden

olur. O zaman myometriyumun kasılmasını uyaran sitokin ve prostaglandinler üretilir. Erken membran rüptürü (EMR), abdominal travma, uterin anomaliler, uterusun aşırı gerilmesine neden olan çoğul gebelikler, myomlar ve amnios sıvısı miktarının fazlalığı, bu yolla erken doğumu teşvik edebilir<sup>2</sup>.

Uterusa olan kan akımını azaltan faktörler, uterin irritabilite ve plasental fonksiyonlarda azalmaya neden olabilirler. Sonuçta bu lizozomların stabilitesinin bozulmasına ve fosfolipaz A2'nin salınımına neden olur. Bu nedenle gebelikte uterin ya da plasental kan akımını azaltan durumlar, erken doğumun tetikleyicisi olabilirler. Bu durumlardan bazıları preeklamsi, kötü kontrol edilen diyabet, kalp hastalığı, böbrek hastalığı, plasentanın erken ayrılması ya da plasenta previadır. Kötü beslenme, sigara içme ya da uyuşturucu madde kullanımı da erken doğumu uyarabilir<sup>2,16,45</sup>.

### ***Çoğul gebelik***

Son yıllarda yardımcı üreme tekniklerindeki gelişmelere bağlı çoğul gebelik sıklığında artış izlenmektedir. Gelişmiş ülkelerde çocukların yaklaşık %1'ine in vitro fertilizasyon (IVF) yöntemiyle gebe kalınmaktadır. IVF yöntemi ile kalınan gebelikler çoğunlukla birden fazla fetüs içermekte ve çoğul gebeliklerle birlikte erken doğum insidansında artma görülmektedir. Çoğul gebelikler tüm gebeliklerin %2-3'ünü oluştururken, erken doğumun %15-20'sinden sorumludur<sup>2,46,47</sup>.

### **Stres**

Erken doğum gebeliğin psikolojik ilerlemesi için büyük bir tehdit oluşturmaktadır. Psikolojik strese artma sırasıyla, plasental fonksiyonları etkileyen ve uterusu irrite eden katekolaminlerin salınmasını artırabilir daha da öte uteroplental kan akımını tehlikeye sokabilir ve fetal oksijenlenmeyi azaltabilir<sup>2,16,48</sup>.

### **Abdominal Operasyonlar**

Gebeliğin 36. haftasından önce acil cerrahi operasyon gerektiğinde, daha önceki risklere bakılmaksızın gebe, erken doğum ve doğum yönünden büyük risk altına girer. İyileşme sürecinde daha fazla miktarda prostaglandin üretilmesinin, erken kontraksiyon olasılığını artırdığı varsayılmaktadır. Gebe kadının, operasyon yerindeki ağrıdan dolayı, erken doğuma ait ağrıyı ayırt etmesi güç hatta imkansız olabilir. Buna ek olarak ağrı tedavisi, kontraksiyonların neden olduğu rahatsızlığı maskeler ve kontraksiyonlar, şikayet nedeni olarak belirtilmeyebilir. Bu nedenle abdominal operasyondan sonra uterusun kasılma özelliklerini bir elektronik monitör ile izlemek gerekir<sup>2</sup>.

### **2.3. Erken Doğumun Anne Üzerindeki Etkileri**

Erken doğumun anne üzerindeki en yaygın etkisi, bebeğin sağlığını tehdit etmesinden kaynaklanan psikolojik streştir. Anneye ait diğer belirtiler uzamış yatak istirahati ve eylemi baskılayıcı ilaçların kullanılması gibi tıbbi tedavinin anne üzerindeki yan etkileri ile ilgilidir<sup>2,5</sup>.

### **2.4. Erken Doğumun Fetüs ve Yenidoğan Üzerindeki Etkileri**

Erken doğan (prematür) bebeklerde en önemli komplikasyonlar organ matüritesi problemleridir. Morbidite ve mortalite ile en yakından ilişkili olan ise akciğer matürasyonudur. Erken doğum özellikle de 34 haftadan önce doğan bebeklerde akciğerlerde sürfaktan sentezi az olduğu için respiratuar distres sendromu ve kronik oksijen toksisitesine bağlı kronik olarak bronkopulmoner displazi görülür. Diğer sorunlar ise; intravasküler ya da pulmoner hemoraji, hiperbilirubinemi, enfeksiyonlara yatkınlıkta artma, anemi, nörolojik sorunlar, metabolik sorunlar ve ısı düzenleme mekanizmasında yetersizliktir<sup>5</sup>.

## 2.5. Doğumun Durdurulmasının Kontraendikasyonları

### *Maternal Kontraendikasyonlar*

Kalp hastalıkları, hipertriroidizm, ciddi hipertansiyon, travma, diabetik ketoasidoz, ateşli enfeksiyöz hastalıklar gibi kontrol altına alınamayan anneye ait ciddi hastalıkların mevcudiyeti halinde doğumun durdurulması kontraendikedir<sup>49</sup>.

### *Fetusa Ait kontraendikasyonlar*

Fetusa ait anomali varsa veya eksternal monitörde fetal distres tespit edilmişse, aşırı kanamanın olduğu plasenta previa veya plasenta dekolmanı, teşhisi durumlarında doğumun durdurulması kontraendikedir<sup>49</sup>.

## 2.6. Tedavi

Akut dönemdeki tanı ve tedavi, genellikle bir tedavi kurumunda gerçekleşir. Hastane ortamında uygulanan tedavi protokolleri genellikle yatak istirahati, hidrasyon, sedasyon ve tokolitik ajan uygulamalarını kapsar<sup>38</sup>.

### *Yatak istirahati*

Yatak istirahati, erken doğum tanısı alan gebelere rutin olarak önerilmektedir. Yatak istirahati evde ve hastanede birkaç gün olabildiği gibi doğuma kadar aylarca sürebilmektedir. Yatak istirahati tedavisi intrauterin ortamı düzenler ve uterusu olan kan akımını artırır. Uterusun kan akımı, annenin pozisyonundan çok etkilenir; maksimum uterus kan akımı, hasta sırt üstü sola yatarsa, sağlanır. Ayrıca yatak istirahatinin servikal silinme ve dilatasyonu uyaran serviks üzerindeki baskıyı azalttığına, böylece bebeğin matürasyonu için uterusu kaldığı süreyi uzattığına inanılmaktadır<sup>19,25,38,45,50</sup>.

Yatak istirahatine alınan gebeler, bu durumdan yarar görmelerinin yanı sıra bir takım yan etkiler de yaşamaktadır<sup>21,27,51,52</sup>. Bunlar;

*Fiziksel Yan Etkileri*

- ✓ Glukoz intoleransı ve insülin rezistansı
- ✓ Kardiyak output ve stroke volümde azalma
- ✓ Kaslarda atrofi
- ✓ Kilo kaybı
- ✓ Plazma ve kan volümünde, vücut ağırlığının yaklaşık %7'si oranında azalma
- ✓ Midede yanma ve reflü
- ✓ Baş dönmesi
- ✓ İştah kaybı
- ✓ Postpartum iyileşmede gecikme
- ✓ Konstipasyon görülebilmektedir

*Psikososyal Yan Etkileri*

- ✓ Benlik saygısının azalması
- ✓ Şok
- ✓ Depresyon
- ✓ Anksiyete
- ✓ Kontrol kaybı
- ✓ Can sıkıntısı
- ✓ Kendini suçlama
- ✓ Artan stres
- ✓ Kendini tutsak hissetme
- ✓ Yalnızlık
- ✓ Uyku bozuklukları

### ***Hidrasyon***

Uterin kontraksiyonları baskılamada etkili olduğu iddia edilmektedir. Uterusun kan akımı maternal kan hacminden etkilenir. Bu nedenle, erken eylemdeki kadına, vakit kaybetmeden 500ml-1000ml dengeli elektrolit solüsyonu (ör. laktatlı Ringer), intravenöz yoldan, 30-60 dakika gidecek şekilde verilmelidir. Hidrasyona, saatte 125 ml hızla devam edilmelidir<sup>38,45</sup>.

### ***Sedasyon***

Sedatiflerin kullanılması hastalarda mevcut olan korku ve anksiyeteyi azaltmada faydalı olabilir. 6 saat ara ile 100 mg fenobarbital verilmesi düşünülebilir<sup>38</sup>.

### ***Tokoliz***

Preterm eylemde tokolitik ilaçlar, kontraksiyonları durdurmak amacıyla kullanılmaktadır. Bunlar;

Beta-sympathomimetic ilaçlar

Magnezyum Sülfat

Kalsiyum Kanal Blokerleri

Antioxytotic ajanlar

Progesteron<sup>2,38</sup>

## **2.7. Orem'in Öz Bakım Kuramı**

Son yıllarda temel sağlık hizmetlerinin felsefesi olan, hastalığın tedavisinden çok sağlığın korunması, sürdürülmesi ve geliştirilmesinin önem kazanmasıyla birlikte bireysel bakım (öz bakım) kavramı ön plana çıkmıştır. Bireysel bakım (öz bakım), herkesin karşılaması gereken temel insan gereksinimleridir. Bu gereksinimler karşılanmadığında bakım eksikliği ve sağlığın bozulması söz konusudur<sup>53</sup>. Kendi kendine bakım, kendine bakım, kendine yardım, öz-bakım ile aynı anlamı taşıyan

ifadelerdir. Velioğlu<sup>34</sup> Öz- Bakım kavramının ilk kez Orem tarafından 1956 yılında yayınlandığını belirtmiştir. Velioğlu<sup>34</sup> Orem öz-bakıma herkesin gereksiniminin olduğunu ve hemşireliğin temelinde de insanların bu gereksinimlerini karşılamaya yardım etmenin olduğunu belirtmiştir. Hemşireliğin, insanın kendine yeterli olmadığı durumlar olduğu için geliştiğini öne sürmüştür.

### ***Öz-bakımla İlgili Tanım Ve Kavramlar***

Öz bakım kuramı yaşamın sürekliliği için öz-bakımın neden gerekli olduğunu açıklar. Öz bakım, bireylerin kişisel olarak yaşamlarını, sağlık ve iyiliklerini korumak için kendilerine düşeni yapmalarıdır. Velioğlu<sup>34</sup> Öz bakımın Orem'in kuramında ana kavramlardan biri olup 'yaşamı sağlığı ve iyilik durumunu sürdürmek için bireyler tarafından başlatılan ve gerçekleştirilen etkinlikler' olarak tanımlandığını belirtmiştir. Öz bakım, bireyin kendi bakımına sürekli katılımıdır. WHO 1983'de öz bakımı; sağlığı kazanmak, hastalıkları sınırlamak, hastalıkları önlemek ve sağlığı iyileştirmek amacıyla toplumun, ailenin ve bireylerin yüklendikleri aktiviteler olarak tanımlamıştır<sup>54</sup>.

Bir erişkinin kendi sağlık ve iyiliği için sürekli kişisel çabası olmalıdır. Öz bakımın uygulanmasında kişinin öncelikle, bana yararı ne olacak? Ben yapabiliyormiyim? Sorularının yanıtlanması gerekir. Öz bakım, hem uygulama hem de tedaviye yönelik bir yaklaşımı içeren pozitif bir eylemdir. Öz bakım aşağıdaki öğelerin gerçekleştirilmesine hizmet ettiği sürece tedaviye yöneliktir<sup>34</sup>.

1. Yaşamla ilgili süreçlerin ve normal işlevlerin desteklenmesi
2. Normal büyüme, gelişme ve olgunlaşmanın sürdürülmesi
3. Hastalık ve sakatlık süreçlerinin bakımı, tedavi ve denetimi
4. Yetersizlikten (sakatlık) korunması ya da bunun başka şekillerde kompanse edilmesi

Öz bakım; insan çevre, kültür ve günlük yaşamın değerleri gibi birçok kavramla ilgilidir. İnsan kavramı, onun içsel, bedensel, psikolojik ve sosyal doğasını içerir. Çevre kavramı; insanın dışındaki öğeleri kapsar. İnsan, gereksinimlerini çevrenin baskılarına uyarlamıştır ve gereksinimlerini karşılamak için de çevreyi denetlemede çeşitli teknolojiler geliştirmiş ve kullanmıştır. Kültür kavramı; bireyin öz bakımı için gereksinimlerini karşılama biçimi, içgüdüsel olmaktan çok, kültürel kökeninden kaynaklanan öğrenilmiş bir davranıştır. Aile, bireye kültürel ölçütleri ilk öğretendir. Yaşamın sonraki dönemlerinde arkadaşlar, öğretmenler, televizyon ve toplum gibi bilimler sağlık bakımı bilgisini verirler. Diğer toplumsal etkiler kadar aileler de bireylere dikkat gerektiren günlük yaşam eylemlerinin ayrılmaz bir parçası olabileceği gibi bireyin sağlığı bozulduğunda tüm eylemlerin odağı olabilir.

Velioğlu'nun<sup>34</sup> kaynağında günlük yaşamın değerleri kavramını Orem şöyle açıklar; öz bakım bireyin sadece aile içindeki konumundan etkilenmekle kalmaz, aynı zamanda bireyin oynadığı rol, yaş ve sağlık durumundan da etkilenir. Kişinin değerler sistemi, onun öz-bakımındaki önceliklerini belirler<sup>34</sup>.

Alligod ve Tomey<sup>55</sup> Orem'in üç tip bakım gereksinimi tanımladığını belirtmişlerdir. Bunlar;

Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri

Sağlıktan Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimleri

Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleridir.



### **Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri**

Evrensel öz bakım gereksinimleri; insan yapı ve fonksiyon bütünlüğünün sürdürülmesinde, yaşam döngüsünün tüm evrelerinde gereklidir. Öztürk ve Karataş<sup>56</sup> Orem'e göre evrensel öz bakım gereksinimleri aşağıdaki gibi sıralamışlardır;

- ✓ Hava, su ve besin
- ✓ Atıklar
- ✓ Hareket ve dinlenme
- ✓ Yalnızlık ve toplumsal etkileşim
- ✓ Yaşam ve iyiliğe yönelik tehditler
- ✓ Normal durumda olma.

**Hava, su ve besin**, yaşam süreçleri için kritik unsurlardır. Hücrelerin normal gereksinimlerini doyurmada oksijen yetersizliği insanın solunumunu olumsuz etkileyen objektif ve subjektif belirtiler ortaya çıkarır. Havayla ilgili tedaviye yönelik öz-bakım gereksinimlerini karşılamak için solunum bozukluklarının semptomatolojisi hakkında bilgi gerektirir. *Susuzluk duygusu*; sıvı ve elektrolit dengelerindeki değişikliklerle ortaya çıkar. Tedaviye yönelik öz-bakım bu alanda beslenme ve besin metabolizması hakkında bilgiyi gerektirir.

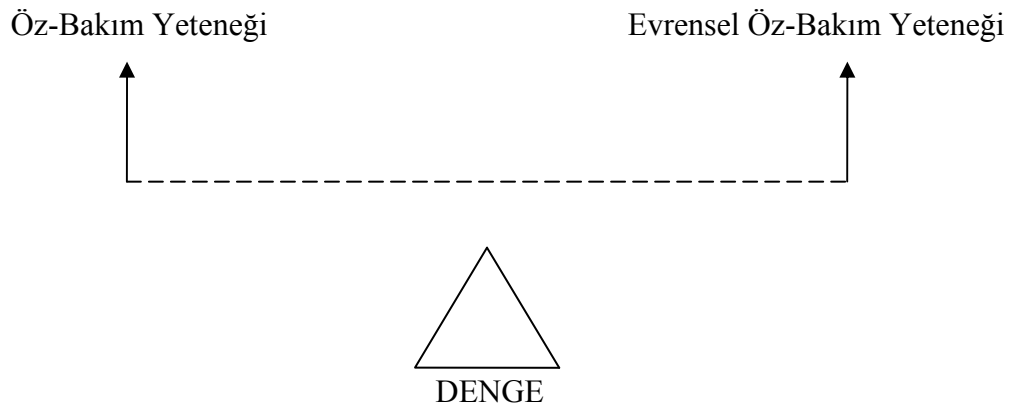
**Atıklar**; beden tarafından işlenmiş, üretilmiş olan, beden için hiçbir değeri olmayan maddelerdir ve beden açıklıklarından ya da doğrudan beden yüzeyinden atılırlar.

**Hareket ve dinlenme**; bu ikisi arasında uygun bir denge, insan çalışması için gereklidir. Hareket fiziksel, mental ve toplumsal eylemlere bağlıdır. Dinlenme; harekete bir ara verilmesini ifade ettiği gibi bir eylemden diğerine geçme ya da uyku durumunu ifade eder.

**Yalnızlık ve toplumsal etkileşim;** bireyin iyilik durumu '*yalnızlık*' ve '*toplumsal etkileşimlerin*' koşullarından etkilenir. Kişinin iyi ve etkin bir biçimde çalışabilmesi için bu ikisi arasında mutlaka bir denge olmalıdır. Veliöğlu'nun<sup>34</sup> kaynağında Orem, bu alanda 'öz-bakım hem bireysel bağımsızlık hem de toplumsal ilişkilere katlanmak için gerekli kişisel ve toplumsal deneyimlerin nitelik ve dengesinin sürdürülmesiyle ilgilenmek zorundadır' diye ifade etmiştir<sup>34</sup>.

**Yaşam ve iyiliğe yönelik tehditler;** yaşam ve iyilik durumu fiziksel, toplumsal ve psikolojik olarak tehdit altında olabilir. Eğer sağlık ve iyilik durumuna yönelik tehditlerden korunulacak ya da bunlar denetim altına alınacaksa özdenetim ve çevrenin denetimi birlikte gereklidir<sup>34</sup>.

**Normal olma;** fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak tam bir iyilik halinde olmayı içerir. Gerçekçi benlik kavramının geliştirilmesi ve bireysel fonksiyonların sürdürülmesi önem taşır. Gereksinimler etkili şekilde karşılandığı zaman, öz bakım sağlığı ve iyiliği destekler. Sağlıklı bir bireyin temel gereksinimlerini karşılayabilmesi için, yeterli öz bakım yeteneğine sahip olması gerekir. Sağlıklı bir bireyde öz bakım yeteneği ile evrensel öz-bakım yeteneği arasında denge vardır<sup>34,57</sup>. Bu durum şekil-1 de gösterilmiştir.



Şekil-1: Sağlıklı bir kişi

## **Erken Doğum Tanısı Alan Gebelerde Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri**

### **Oral olarak yetersiz sıvı almaya bağlı sıvı volüm eksikliği**

Yeterli sıvı alımı, hipofizden antidiüretik hormon ve oksitosin salınımını azaltır ve uterusu olan kan akımını artırır. Böylece dezidual lizozomları stabilize ederek prostaglandinlere dönüştürmek üzere arachidonik asit salınmaz. Gebe yeterli sıvı almanın gerekliliği konusunda bilgilendirilmeli, su içmeye yönelik olumsuz düşünceler ortadan kaldırılmalıdır<sup>2,38,58</sup>.

**Hastane ortamı ve yatak istirahati nedeniyle beslenmede yetersizlik (beden gereksiniminden daha az beslenme).**

Gebeliğin olumlu yönde sonuçlanması ve haftada 450 gr. alınması için dengeli bir diyetle beslenmesi konusunda danışmanlık hizmeti verilir. Ayrıca yetersiz kilo alımı ve erken doğum arasında ilişki vardır. Bu nedenle öğün özellikleri de değerlendirilmelidir. Eğer hasta uzun süre yemeden duruyorsa, bu prostaglandin salınımını provake edebilir. Gebenin her gün kilosuna bakılmalı ve iştah durumundaki değişimler kaydedilmelidir<sup>1,2,5,22,27,38</sup>.

### **Boşaltım Fonksiyonlarında Yetersizlik; Aktivite kısıtlamasına bağlı konstipasyon**

Gün boyunca yatakta kalmaya bağlı gebelerde konstipasyon gelişebilmektedir. Konstipasyonu önlemek için ise lifli gıdalardan zengin bir diyet, sıvı alımının artırılması, düzenli tuvalet alışkanlığının önemi üzerinde durulmalıdır<sup>1,5,22,25,58,59</sup>.

### **Aktivite ve Dinlenme Gereksinimi; Uyku problemleri ve yorgunluk**

Yüksek riskli gebelerde, yatakta uzun zaman geçirme, gündüz şekerlemeleri, fetüs ve kendileriyle ilgili korku ve endişeler uyku düzeninde bozukluğa ve yorgunluğa neden olmaktadır. Gebenin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili sürekli bilgilendirilmesi, ilaç saatlerini ve hastaya yönelik uygulamaların uyku düzenini bozmayacak şekilde

ayarlanması, serviste çalışan personel gürültüsünün en aza indirilmesi, gündüz şekerlemelerinden kaçınılması, müzik dinleme, sıcak içecekler, eğlenceli kitaplar ve magazin dergileri okuma vb. uykusuzluğun giderilmesinde yardımcı olacaktır<sup>1,5,22</sup>.

### **Uzun süre yatakta kalmaya bağlı aktivite intoleransı**

Yatak istirahatindeki kadınlar için, kalp hızında artış, nefes darlığı, ortostatik hipertansiyon, baş dönmesi, bayılma ve yorgunluk gibi şikayetler görülebilmektedir. Bu gebelere yataktan kalkarken baş dönmesi, bayılma gibi sorunlar yaşayabilecekleri ve bu tür şikayetlerle karşılaştıklarında yavaş yavaş ayağa kalkmaları veya geçinceye kadar oturmaları konusunda bilgi verilmelidir<sup>1,5,25</sup>.

### **Yalnızlık ve toplumsal etkileşim gereksinimi**

Yatak istirahatindeki gebeler sık sık can sıkıntısı ve yalnızlık duygusu deneyimler. Hemşire, gebelerin yalnızlık duygusunu ve can sıkıntısını azaltmak için oyalayıcı aktiviteler önermeli ve sosyalizasyon için fırsatlar yaratmalıdır. Örgü örmekten ve dantel işlemekten hoşlanan kadınlar bunu yatağında da sürdürmeye devam edebilirler. Gebenin arkadaşlarıyla, sohbet etmesi de zamanın daha iyi geçirmesini sağlayabilir. Hastanede ise bu hastalar için en iyi yardım, birlikte toplanıp sohbet edebilecekleri, televizyon seyredebilecekleri bir meşguliyet odasının oluşturulmasıdır<sup>1,5,22,30</sup>.

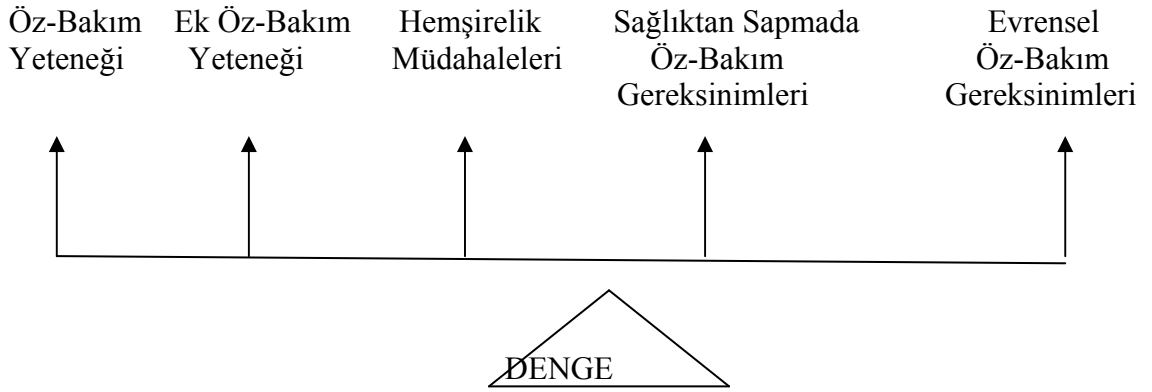
### **Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri**

Birey, kendi evrensel bakım gereksinimlerini karşılayamadığı zaman sağlık sapmalarında öz-bakımı gereksinecektir. Alligod ve Tomey<sup>55</sup> ve Fawcett<sup>60</sup> Oremin, sağlık sapmalarında öz-bakımı ‘yalnızca rahatsızlıklar, sakatlık ya da hastalık olaylarında gereksinilen’ olarak tanımlamaktadırlar.

Sağlık durumundaki değişiklik sonucu birey, yaşamını ve iyilik durumunu sürdürmede, desteklemede başkalarına tümüyle ya da kısmen bağımlı duruma gelmişse,

kişi 'öz bakım ajanı' durumundan, bakım alıcı konumuna geçer. Örneğin yeni doğan bir bebeğin bakımından sorumlu olan bir anne 'öz bakım ajanı' olarak rol oynar. Bebeğin bakımı, ebeveynin becerilerini aşan bir boyut kazandığında, anne profesyonel bir yardım istemek zorunda kalacak ve kendi konumunda bir değişiklik olacaktır<sup>34</sup>.

Orem'e<sup>61</sup> göre hemşireliğe olan gereksinim, bireylerin sağlıklarıyla ilgili ihtiyaçlarını gideremedikleri zaman ortaya çıkmaktadır. Eğer erişkinler sağlıktan sapma durumlarında da öz bakım gereksinimlerini karşılayabilirlerse hemşireliğe gereksinim duymayacaklardır. Sağlıktan sapma durumlarında bireylerin, gereksinimleri olan tıbbi bakımı araştırmaları ve bakıma katılmaları, bireylerin öz bakım eylemini oluşturur. Sağlık durumunda sapsmaları olan bireyler, kendi öz-bakım sistemini sürdürmede becerikli olurlarsa, bakımlarıyla ilgili kendi tıbbi bilgi ve becerilerine başvurabilirler. Bu durumda araya giren hemşirelik girişimleri, öz bakım yetenekleri ile gereksinimler arasındaki dengeyi sağlamaya yardımcı etkinlikleri oluşturacaktır<sup>34,54,61</sup> (Şekil 2).



Şekil-2: Hemşirelik Girişiminin Yapıldığı Birey

## **Erken Doğum Tanısı Alan Gebelerde Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım**

### **Gereksinimleri**

#### **Uzun süre yatmaya bağlı kaslarda güçsüzlük ve ağrı (Rahatta değişim)**

Günün büyük bir bölümünü yatakta geçirme, kaslarda güçsüzlüğe ve ağrıya neden olmaktadır. Yatakta yapılacak kol, sırt, bacak ve ayak kaslarını çalıştıran egzersizlerden oluşan ağrıları gidermede, stresi azaltmada, rahatlık ve iyilik haline katkıda bulunmaktadır. Literatürde yatak içinde yapılan egzersizlerin, yatak istirahatindeki gebeler için güvenli olduğu bildirilmektedir<sup>1,5,22</sup>.

#### **Yatak İstirahatine bağlı kulak, burun dolgunluğu ve baş ağrısı (Rahatta değişim)**

Yatak istirahatindeki gebelerde, yatmaya bağlı olarak bacaklardaki sıvının, başa doğru yer değiştirmesi nedeniyle oluşan kulak ve burun dolgunluğu, baş ağrısı gibi şikayetleri azaltmak için de gebenin yatak başının kaldırılması ve buruna serum fizyolojik damlatılması yararlı olacaktır<sup>1,5,22,27</sup>.

#### **Farmakolojik tedaviye ilişkin bilgi eksikliğine bağlı terapötik rejimi etkisiz yönetme riski (Birey)**

Erken doğum tanısı alan gebelerde kontraksiyonları durdurmak amacıyla kullanılan tokolitik ilaçların ciddi istenmeyen yan etkileri vardır. İlacın etkisini ve yan etkisini değerlendirmek, annenin ve ailenin mümkün olduğunca tedaviyi rahat atlatılmasını sağlamak ebe/hemşirenin amacı olmalıdır<sup>2,24,59</sup>.

### Tedavinin yan etkilerini tartışma

- ✓ IV uygulama sırasında hipotansiyon riskini an alt düzeye indirmek üzere, hastanın sol lateral pozisyonda kalması için destekleme
- ✓ Hipotansiyon olması ihtimaline karşın yardımcı olma. Gebeye önce yatağın köşesinde oturmayı öğretme ve baş dönmesi geçene kadar kalkmamasını sağlamama. Baş dönmesi tamamıyla bitmeden ayağa kalkma öncesi yardım istemesini öğretme ve sırtüstü yatmasını önleme.
- ✓ Kan basıncı, nabız hızı ve ritmi ve vücut ısısını yakından takip etme
- ✓ Tolare edilemez yan etkiler (kan basıncının 90/60'ın altına düşmesi, dakikada 140 vurumdan daha fazla olan maternal taşikardi) gelişirse ilacı kesme ve oksijen uygulama
- ✓ Üriner sistem enfeksiyonu belirtilerini gözleme
- ✓ Gebeye solunum zorluğu, göğüs ağrısı ya da sıkışma hissi gibi durumlarını bildirmesi için bilgi verme

### **Gün boyunca yatakta kalmaya bağlı rahatta değişim (mide yanması)**

Gün boyunca yatakta kalmaya bağlı gebelerde mide yanması gelişebilmektedir.

Mide yanmasını önlemek amacıyla;

- ✓ Yemeklerden sonra bir süre oturma ve başın yükseltilmesi konusunda bilgilendirme
- ✓ Aşırı yemek yememesi, her gün yeterli miktarda sıvı alması, az miktarda ve sık aralıklarla yemesi, özellikle geceleri mide yanmasıyla uyanıldığı durumlarda bir bardak süt içmesi, yatmadan hemen önce herhangi bir şey yemekten ve içmekten kaçınmasını önerme<sup>1,5,22,24,25</sup>.

**Hijyen yetersizliği, bilgi eksikliği, hastanede kalma süresinin uzamasına bağlı enfeksiyon riski (üriner sistem)**

Bakteriyel endotoksinlerin prostaglandin üretimini uyarıcı etkisi nedeniyle, enfeksiyondan korunma önemlidir. Üriner yol ve vajinal enfeksiyonlardan korunmak çok önemlidir. Bunun için perine bakımı konusunda yeterli bilgi verilir ve vücut hijyenine dikkat edilmesi gereği üzerinde durulur. Üriner sistem belirtileri olan ateş, sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma-sızı gibi enfeksiyon belirtileri öğretilir<sup>2,38,59</sup>.

**Erken doğumun gizli belirtileri konusunda bilgi eksikliğine bağlı sağlığın sürdürüleememe riski**

Hasta, erken doğumun sinsi doğası ve herhangi bir semptomun derhal rapor edilmesinin önemi konusunda bilgilendirilerek desteklenir. Hasta, bir kontraksiyonda ne hissedeceği konusunda eğitilir. Bu, ağrıya neden olmayan bir gerginlik duygusudur.

Gebeliğin 20 ve 36. haftaları arasında, günde 2 defa 1 tam saat uterin kontraksiyonları kendi kendine palpe etmenin önemi vurgulanır. Bu işlem yan yatar pozisyonda yapılmalıdır. Parmak uçları fundus üzerine konulur ve bilinçli bir şekilde uterusun gerilip gerilmediği belirlenir<sup>2,47</sup>.

Erken doğumun öncü belirtileri vurgulanır. Bunlar; menstruasyon ya da abdominal kramp benzeri, alt seviye donuk sırt ağrısı, pelvik basınç, vajinal akıntıda değişme ve diyareyi içerir. Hastaya yukarıda sözü edilen belirtilerden herhangi birini deneyimlediğinde, mesanesini boşaltmasını, yan yatar pozisyonda uzanmasını, 2-3 bardak sıvı alması ve kontraksiyonları kontrol etmesi öğretilir<sup>2,14,62</sup>.

**Tedavi edici Öz-Bakım Gereksinimi**

Simmons<sup>63</sup> Orem'in, hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirme için gerekli olan tüm öz bakım faaliyetlerini '*tedavi edici (terapötik) öz bakım gereksinimi*' olarak



tanımladığını belirtmiştir. Tedavi edici öz bakım gereksinimleri öz-bakım ajanı olarak bireylerin, sağlık ve iyilik durumlarını sürdürmek için karşılamak zorunda oldukları ve gereksinim duydukları faaliyetler dizisidir. Terapötik öz-bakım gereksinimleri bireyler için pozitif sağlık sonuçları üretir. Bireylerin terapötik öz-bakım gereksinimleri hayat boyunca değişim gösterir. Öz bakım gücünün, terapötik öz bakım gereksinimini karşılamada yetersiz kaldığı durumda öz-bakım açığı ya da yetersizliği ortaya çıkar. Bu durum öz bakım yetersizliği (açığı) diye adlandırılır<sup>63,64</sup>.

### **Erken Doğum Tanısı Alan Gebelerde Tedavi Edici Öz bakım Gereksinimleri**

#### **Erken doğumu önlemede kendine bakım önlemleri konusunda bilgi eksikliğine bağlı sağlığın sürdürülemez riski**

Erken doğum eylemi semptomları ile hastaneye kabul edilen kadın yatak istirahatine alınır ve uterusun kan akımını düzenlemek amacıyla ( tercihen) sol lateral pozisyonu sürdürmesi için destelenir. Annenin, bebeğin sağlık durumu ve gebeliğinin seyrine dair endişesi olabilir. Hemşirelik girişimlerinin açıklanması ve annenin güveninin kazanılması bu stresi azaltmada etkilidir. Stresin etkilerini azaltmak üzere relaksasyon teknikleri öğretilir. Strese neden olan durumları değiştirerek ya da bu durumlardan kaçınılması stresi azaltmak üzere problem çözme davranışları desteklenir. Gerekirse uygun önerilerde bulunulur<sup>2,38,59</sup>.

Yeterli hidrasyonu sağlamak ve uterin kontraksiyonları azaltmak amacı ile kafeinli içecekler hariç, her gün en az sekiz bardak sıvı alması için desteklenmelidir. Kafein içeren içeceklerden uzak durulmalıdır<sup>2,38,59</sup>.

Üriner yol ve vajinal enfeksiyonlardan korunma çok önemlidir. Yeterli sıvı alımı, perineal hijyen, pamuklu iç çamaşırı giyme, kokulu banyo köpüklerinden kaçınma bu enfeksiyonları azaltmada önemlidir. Ayrıca annenin vital bulguları değerlendirilir.

Uterin hassasiyet, maternal taşikardi, fetal taşikardi ya da yükselmiş maternal ısı erken doğum eyleminin en sık sebeplerinden biri olan intraamniotik enfeksiyonun belirtisi olabilir<sup>2</sup>.

Uyanık olduğu her iki saatte bir mesanesini boşaltmasının önemi konusunda hasta eğitilir. Dolu bir mesane uterus kontraksiyonlarını uyarabilir ve üriner yol enfeksiyon riskini artırabilir.

Uterus kontraksiyonlarının başlamasına neden olan oksitosin salınışı önemlidir. Bu amaçla meme bakımında, banyoda ve cinsel eylem sırasında meme uyarısından kaçınılmalıdır. Mümkünse 37. haftaya kadar cinsel ilişkide bulunulmamalı ya da cinsel ilişki sırasında kondom kullanımı desteklenir. Çünkü seminal mayide bulunan prostaglandinler, uterus kontraksiyonlarının başlatma gibi bir etkiye sahiptir<sup>2,38,59</sup>.

Madde istismarı, özellikle sigara içme ve kokain kullanmaya ilişkin değerlendirme yapılmalıdır<sup>2,38,59</sup>.

### **Bireysel bakımda eksiklik (Hijyen)**

Gebenin bireysel bakımında eksikliği gidermek ve bireysel bakım eksikliğine bağlı çıkabilecek komplikasyonları önlemek amacıyla aşağıdaki girişimler yapılmalıdır<sup>2,65</sup>.

- ✓ Gebeye hijyenin önemi hakkında bilgi verilmesi,
- ✓ Hijyen kurallarına uygun davranmasının sağlanması,
- ✓ Ellerini en az 15 sn su ve sabunla yıkaması,
- ✓ Tırnaklarını kısa ve temiz tutmasını,
- ✓ Genital hijyen kurallarına uygun yapması,
- ✓ Pamuklu iç çamaşırı giymesi,

**Aktivite intoleransı, güçsüzlük, ağrı ya da rahatsızlık, bilgi eksikliğine bağlı bireysel bakımda yetersizlik**

Gebenin bağımsız olarak bireysel bakımını yapmasını sağlamak amacıyla aşağıdaki girişimler yapılmalıdır<sup>65</sup>.

- ✓ Bireysel bakımın hangi alanlarında yetersiz olduğunun belirlenmesi
- ✓ Bireysel bakımın karşılanması için gerekli ortamın sağlanması
- ✓ Gebenin yetersiz olduğu alanlarda bilgi verilmesi

**Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri**

Bu gereksinim tipi, kuramın geliştirildiği ilk yıllarda evrensel öz-bakım gereksinimleri altında toplanmıştır. Gelişimsel gereksinimler, farklı gelişimsel dönemlerde yer alan ve bu dönemlere özgü öz bakım davranışlarıdır. İnsan yaşamındaki gelişimsel durumların (gebelik, doğum, ebeveyn veya eş kaybı vb.) çeşitliliği ve önemlerinden dolayı ayrı bir sınıflama incelenmiştir<sup>2</sup>.

Yaşamın çeşitli dönemlerinde insanın gelişimini olumsuz yönde etkileyebilen pek çok olay ve koşulların meydana gelmesinden dolayı, bu gereksinimler, gelişimsel süreçlere özgü olan evrensel öz-bakım gereksinimleri olarak tanımlanmaktadır. Alligod ve Tomey<sup>55</sup> ve Nahçıvan<sup>64</sup> Orem'e göre bu evrelerin;

- ✓ Yaşamın intrauterin dönemi ve doğum süreci,
- ✓ Yaşamın neonatal dönemi,
  - zamanında ya da prematüre doğum
  - normal doğum kilosu veya düşük doğum tartısı
- ✓ Bebeklik dönemi,
- ✓ Puberte ve adölesan dönemi
- ✓ Yetişkinliğin gelişimsel dönemi şeklinde olduğunu belirtmişlerdir.

✓ Gebelik dönem

Gelişimsel öz-bakım gereksinimleri, insanın gelişmesini etkileyebilecek "eğitimsel yoksunluk, sosyal uyumsuzluk, akraba, arkadaş ve dost kaybı, toplumsal statü ile ilgili sorunlar, sakatlık, zorlayıcı yaşam koşulları, terminal hastalık ya da ölüm tehdidi altında olma vb." gibi durumlardır. Bu durumlarla başa çıkabilmek ya da en az düzeyde etkilenmek ve sağlığı korunmak için bakımın sağlanması gereklidir<sup>55,61,66</sup>.

### **Erken Doğum Tanısı Alan Gebelerde Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri**

Gebeliğin kendisi bir durumsal stresördür. Gebeliğin bilişsel süreci, bir sorgulama ve belirsizlik dönemidir. Gebelik riskli ise gebe ya da fetüs'te ölüm riski varsa, aile büyük bir krizle yüz yüze gelir. Aile, aynı zamanda gelişimsel stresörlerle karşı karşıya gelmiştir. Riskli bir durumun gelişmesi, annelik ve babalık rollerinde karmaşaya yol açar. Önceki gebeliklerin kayıpla sonuçlanmış olması çağrışım yapabilir ve şimdiki gebeliğin kabullenilmesini zorlaştırabilir.

### **Hastaneye Yatmaya Bağlı Stresörler**

Doğum öncesi hastaneye yatma, yüksek riskli gebenin ailesi için yeni stresörler ortaya çıkarabilir. Bu stresörler, yalnızlık duygusunun artmasına neden olan evden, aileden ve destek veren diğer insanlardan ayrı kalmayı ifade eden durumlardır. Diğer stresörler ise, kontrol ve güç kaybı, ailenin fonksiyonundaki değişiklikler ve evdeki aile bireyleri ile ilgili endişelerdir. Ayrıca, gebenin bir başkasına bağımlı olma gereksinimi karşılanmamış olabilir. Diğer gebe kadınlarla ilişkileri sınırlanmış olabilir. Ayrıca stres etkenleri gebede yalnızlık, güçsüzlük, huzursuzluk, engellenme, korku, öfke, düşmanlık duygularına neden olmaktadır.

Riskli gebelik, yalnızca annenin ve fetüsün fiziksel sağlığıyla ilgili olmayıp, tüm ailenin duygusal sağlığını da tehdit etmektedir. Bu nedenle, tüm aile üyelerine ciddi

şekilde yardım verilmesine önem verilmelidir. Hemşire, riskli ailenin önceki baş etme biçimlerini kullanmasını ve yeni baş etme becerilerini geliştirmesini değerlendirmeli ve yardım etmelidir. Bunu yapmak için hemşirelik/ebelik bakımı, korku, anksiyete, engellenme duygularının araştırılması ve tanımlanması üzerine odaklanmalı ve çatışmaları çözümlmelidir. Özellikle anne ve eşi açısından, aile bütünlüğünün sürdürülmesi son derece önemlidir. Annenin yaşamı tehlikede olduğunda, baba hastanede yatan anneyle birlikte normal aile süreçlerini sürdürmeleri için cesaretlendirilmelidir<sup>2,5</sup>.

#### **Preterm eylemin bebeğin sağlığı üzerine olan tehdidine bağlı korku riski**

- ✓ Hasta ve ailesi korku ve endişelerini açıkça ifade edebilmeli hem birbirleri ile hem de sağlık bakım profesyonelleri ile güvene dayalı ilişki kurabilmelidirler
- ✓ Tedavi boyunca annenin ve ailenin güçlüklerini ve bebekle ilgili olası sonuçlar hakkındaki endişelerini açıklamaları için hasta ve ailesine zaman ayrılır
- ✓ Ailenin destek sistemleri ve baş etme mekanizmaları değerlendirilir
- ✓ Hasta ve ailesine durumun ve tedavi planının dürüst bir tahmini yapılır
- ✓ Bakımın alternatifleri hakkında bilgi verilir
- ✓ Evde bakım programına ek olarak varsa destek gruplara yönlendirilir
- ✓ Gereksinim duyulduğunda duygusal olarak destekleyecek uzman kişilere yönlendirilir<sup>2</sup>.

#### **Aile üyelerinden ayrılma ya da yüksek riskli gebeliğe etkisiz uyum davranışlarına bağlı aile süreçlerinde değişim riski**

Yatak istirahatindeki gebelerde aile düzeninin bozulması en büyük üzüntü kaynağıdır. Bu konudaki sorunların çoğu kadının aile içindeki rolü nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Evdeki çocuklarının bakımıyla ve bunun eşin üstlenmesi zorunluluğu

nedeniyle endişe yaşarlar. Gebe ve eşi, evin düzenini yeniden sağlamak üzere yeterli destek sistemlerinden yoksunsa sorunları daha da fazla olacaktır. Bu nedenle hemşirelik girişimleri, aile bütünlüğünün sürdürülmesini geliştirecek şekilde planlanmalıdır. Ayrıca gebenin tedavi ve bakımıyla ilgili kararlara eşinin de dahil edilmesi, kendisini güçsüz ve dışlanmış hissetme duygusu yaşamasına engel olur<sup>1,5,22,30</sup>.

**Yatak istirahatinde iken ya da sınırlı aktiviteler nedeniyle rolünün gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirme yeteneğinde azalmaya bağlı rol performansında bozulma riski**

- ✓ Önerilen aktivite sınırlaması ya da istirahati nedeni ile hastanın yüz yüze geleceği güçlükleri belirlemek üzere, hastanın sorumlulukları tanımlanır
- ✓ Hastaya ve ailesine, hasta kendisini iyi hissetse bile aktivitesini sınırlamasının önemi öğretilir.
- ✓ Hasta ve ailesine, aktivite sınırlaması süresince karşılaştıkları güçlükleri çözmelerinde yardım edilir
- ✓ Eğer gerekirse sosyal hizmet çalışanları gibi gereksinim duyulan yerlere yönlendirilir
- ✓ Mümkün olduğu kadar kendi bakım ve karar verme sürecine katılımı desteklenir<sup>2,27</sup>.

**Aktivite sınırlamasına bağlı aktiviteleri düzenlemede yetersizlik**

Gebenin yapmaktan hoşlandığı ve yapabileceği aktiviteleri ifade etmesi sağlanmalıdır<sup>2</sup>.

- ✓ Aktivite sınırlaması boyunca hastanın ilgilenebileceği değişik aktiviteler belirlenir.
- ✓ Kabul edilebilir aktivitelere ilgisi belirlenir

- ✓ Önerilerde bulunulur:
- ✓ Adres defterlerinizi güncelleyin,
- ✓ Yakınlarınızın doğum tarihlerini listeleyebilirsiniz
- ✓ Her gün bir arkadaş, akraba ya da size destek olabilecek bir kişiye telefon edin
- ✓ Temiz ve düzenli olunuz; kişisel hijyeninizi sağlayınız

### **Bilgi eksikliği**

Gebeye ve eşine yüksek risk durumunun sebepleri, tedavinin mantığı, tanı testlerinin ve tüm girişimlerin ne amaçla yapıldığı ve sonuçları açık ve anlaşılabilir bir dille anlatılmalıdır<sup>1,5</sup>.

Erken doğum nedir, tanımı, hastalıkla değişen durum

- ✓ Erken doğuma neden olan faktörler
- ✓ Erken doğumun belirtileri, korunma
- ✓ Tedavinin etkisi
- ✓ Tedavi ve erken doğuma bağlı komplikasyonlar ve komplikasyonları önlemeye yönelik davranışların öğretilmesi

### 3. MATERYAL ve METOD

#### 3.1. Araştırmanın Şekli

Araştırma, kontrol gruplu ön-test-son test yarı deneme modeli olarak yapılmıştır.

#### 3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Bu araştırma, Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Kliniği ile erken doğum tanısı almış gebelerin evlerinde yapılmıştır. Araştırma Mart 2010- Mart 2011 tarihleri arasında yapılmıştır.

#### 3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini yukarıda belirtilen klinikte yatan erken doğum tanısı almış gebeler oluşturmuştur. Örnekleme grubu ise yapılan güç analizi ile etki büyüklüğü 0.8, 0.05 yanılma düzeyi ile 40 deney, 40 kontrol grubunda olmak üzere toplam 80 gebe örnekleme oluşturmuştur. Örneklemin evreni temsil düzeyi 0.94'dür. Araştırmanın örnekleme, yukarıda belirtilen evrenden olasılıksız rastlantısal örnekleme yöntemi ile seçilmiştir. Çalışmaya ilk olarak deney grubu gebeleri sonrasında da kontrol grubu gebeleri alınmıştır. Deney grubunda 6 kişi kontrol grubunda 13 gebe erken doğum yaptığı için son test verileri deney grubunda 34, kontrol grubunda 27 gebe üzerinde yapılmıştır.

#### *Gebelerde araştırmaya alınma kriterleri*

- ✓ İletişimi engelleyecek işitme ve görme sorunu olmaması,
- ✓ Psikiyatrik tanısı olmaması,
- ✓ Fetal anomali tanısı olmaması,
- ✓ Çoğul gebelik olmaması,



### 3.4. Verilerin Toplanması

#### Veri Toplama Araçları

##### a. Kişisel Bilgi Formu (EK-I)

Kişisel Bilgi Formu, araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Bu form gebelerin sosyodemografik özelliklerini içeren toplam 9 sorudan oluşmaktadır.

##### b. Riskli Gebe İzlem Formu (EK-II)

Bu form, araştırmacı tarafından Orem'in öz bakım modeli esas alınarak literatür doğrultusunda geliştirilmiştir<sup>2,34,59,66</sup>

Bu form;

- ✓ Evrensel öz bakım gereksinimleri,
- ✓ Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimleri,
- ✓ Tedavi edici öz bakım gereksinimleri,
- ✓ Gelişimsel öz bakım gereksinimlerinden oluşmuştur.

##### c. Öz-Bakım Gücü Ölçeği (EK-III)

Nahçıvan<sup>64</sup> hastaların öz-bakım gücü düzeylerini belirlemek için Kearney ve Fleischer tarafından 1979 yılında 43 maddeden oluşan orijinal bir ölçek geliştirildiğini belirtmiştir. Bu ölçek 1993 yılında Nahçıvan<sup>64</sup> tarafından Türk toplumuna uyarlanmış ve 35 madde olarak düzenlenmiştir. Her bir madde 0'dan 4'e kadar puanlanmış olup 5'li likert tipi ölçek üzerinden verilen yanıtlara göre değerlendirilmektedir. 'Beni hiç tanımlamıyor' yanıtına 0 puan 'Beni pek tanımlamıyor' yanıtına 1 puan, 'Fikrim yok' yanıtına 2 puan, 'Beni biraz tanımlıyor' yanıtına 3 puan, 'Beni çok tanımlıyor' yanıtına 4 puan verilmiştir. Ölçekte 3,6,9,13,19,22,26 ve 31. maddeler negatif olarak değerlendirilir ve puanlama tersine döndürülmüştür. Ölçekten alınabilecek en düşük

puan 35, en yüksek puan 140'tır. Puan yüksekliği öz-bakım gücü yüksekliğini gösterir. Bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.89 olarak belirlenmiştir<sup>64</sup>.

Veriler araştırmacı tarafından yüz yüze görüşülerek gebelerin kadın doğum kliniğinde ilk yattığı zaman, taburcu olurken ve taburcu olduktan bir ay sonra ev ziyareti yapılarak toplanmıştır. Deney grubundaki gebelerin *ön test verileri* hastanede Kişisel Bilgi Formu, ÖBGÖ ve Riskli Gebe İzlem Formu kullanılarak toplanmıştır. *Ara test verileri* hastanede Riskli Gebe İzlem Formu ve ÖBGÖ uygulanarak toplanmıştır. *Son test verileri* hastaneden taburcu olduktan bir ay sonra ev ziyareti yapılarak, Riskli Gebe İzlem Formu ve ÖBGÖ kullanılarak toplanmıştır.

Kontrol grubundaki gebelerin *ön test verileri* hastanede Kişisel Bilgi Formu, ÖBGÖ, Riskli Gebe İzlem Formu, uygulanarak toplanmıştır. *Ara test verileri* hastanede Riskli Gebe İzlem Formu, ÖBGÖ ve *son test verileri* taburcu olduktan bir ay sonra ev ziyareti yapılarak Riskli Gebe İzlem Formu, ÖBGÖ uygulanarak toplanmıştır.

### **3.5. Hemşirelik/Ebelik Girişimi**

Deney grubundaki gebelere verilen hemşirelik bakımı için hemşirelik tanıları, Orem'in öz-bakım gereksinimlerine göre belirlenmiştir. Tanılamada NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) tarafından onaylanan Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri'ne ( Functional Health Paters) göre gruplandırılmış hemşirelik tanılarından, bireye uygun olanlar kullanılmıştır. Hemşirelik girişimlerinde ise hemşirelik süreci kullanılmıştır. Hemşirelik girişim sonuçlarının değerlendirilmesinde riskli gebe izlem formu kullanılmıştır. Problem çözüldü ise belirlenen tanı için hedefe ulaşıldığını sembolize eden '*sorun yok*', problem çözülmedi ise mevcut problemin devam ettiğini sembolize eden '*sorun var*' değerlendirmesi yapılmıştır. Birinci görüşmede gebelere uygulanan bakım için tanımlar belirlenmiştir. Gebelerin hastanede yattığı sürece her gün

ve taburcu olduktan bir ay sonra ev ziyareti yapılarak belirlenen tanılara yönelik girişimler yapılmıştır. Hemşirelik girişimleri Orem'in öz-bakım gereksinimlerine göre değerlendirilmiştir. Gebeler beş defa ziyaret edilmiştir. Bakım amaçlı ziyaretlerin tamamı gebelerin yattığı klinikte verilmiştir. Bir kez ev ziyareti yapılarak (bakım verilmeksizin) sadece son test uygulanmıştır. Deney grubundaki gebelere, her ziyarette bir önceki ziyarette belirlenen tanıların giderilip giderilmediği değerlendirilmiştir. Giderilemeyen tanılar için hemşirelik bakımı verilmiştir ve bir sonraki ziyarette değerlendirilmiştir. Her ziyaretin sonunda bir sonraki görüşme için randevu alınmıştır. Ayrıca gebelere telefon numarası verilerek istedikleri zaman ulaşmaları sağlanmıştır. Ev ziyareti yapıldıktan sonra gerekli veriler toplanıp bakım sonuçları değerlendirilmiştir.

Kontrol grubundaki gebelere hastanede verilen rutin bakımın dışında herhangi bir girişimde bulunulmamıştır.

### 3.6. Araştırmanın Değişkenleri

*Bağımlı Değişken:* Öz-Bakım Gücü

*Bağımsız Değişken:* Gebelere verilen bakım

*Kontrol Değişkenleri:* Yaş, eğitim ve gebelik sayısıdır.

**Tablo 1.** Deney ve Kontrol Gruplarının Kontrol Değişkenlerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Toplam (n=80)		Test ve p değeri
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	
<b>Yaş</b>							
19-29	30	75.0	29	72.5	59	73.8	X <sup>2</sup> =0.65 df=1 p> 0.05
30 ve üzeri	10	25.0	11	27.5	21	26.3	
<b>Eğitim Durumu</b>							
İlkokul mezunu	18	45.0	26	65.0	44	55.0	X <sup>2</sup> =4.81 df=3 p> 0.05
Ortaokul mezunu	6	15.0	5	12.5	11	13.8	
Lise mezunu	5	12.5	5	12.5	10	12.5	
Üniversite mezunu	11	27.5	4	10.0	15	18.8	
<b>Gebelik Sayısı</b>							
Primigravida	22	55.0	18	45.0	40	50.0	X <sup>2</sup> =0.80 df=1 p> 0.05
Multigravida	18	45.0	22	55.0	40	50.0	

Deney ve kontrol gruplarının değişkenler yönünden benzer özellikler taşıdığı saptanmıştır ( $p>0.05$ , Tablo 1).

### 3.7. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin kodlanması ve değerlendirilmesi bilgisayar ortamında SPSS 16.0 paket programında yapılmıştır.

Tanımlayıcı özelliklerini incelemek amacıyla yüzdeler, aritmetik ortalama ve standart sapma,

Grupların gruplar arası öntest-sontest ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılmasında *t*-testi,

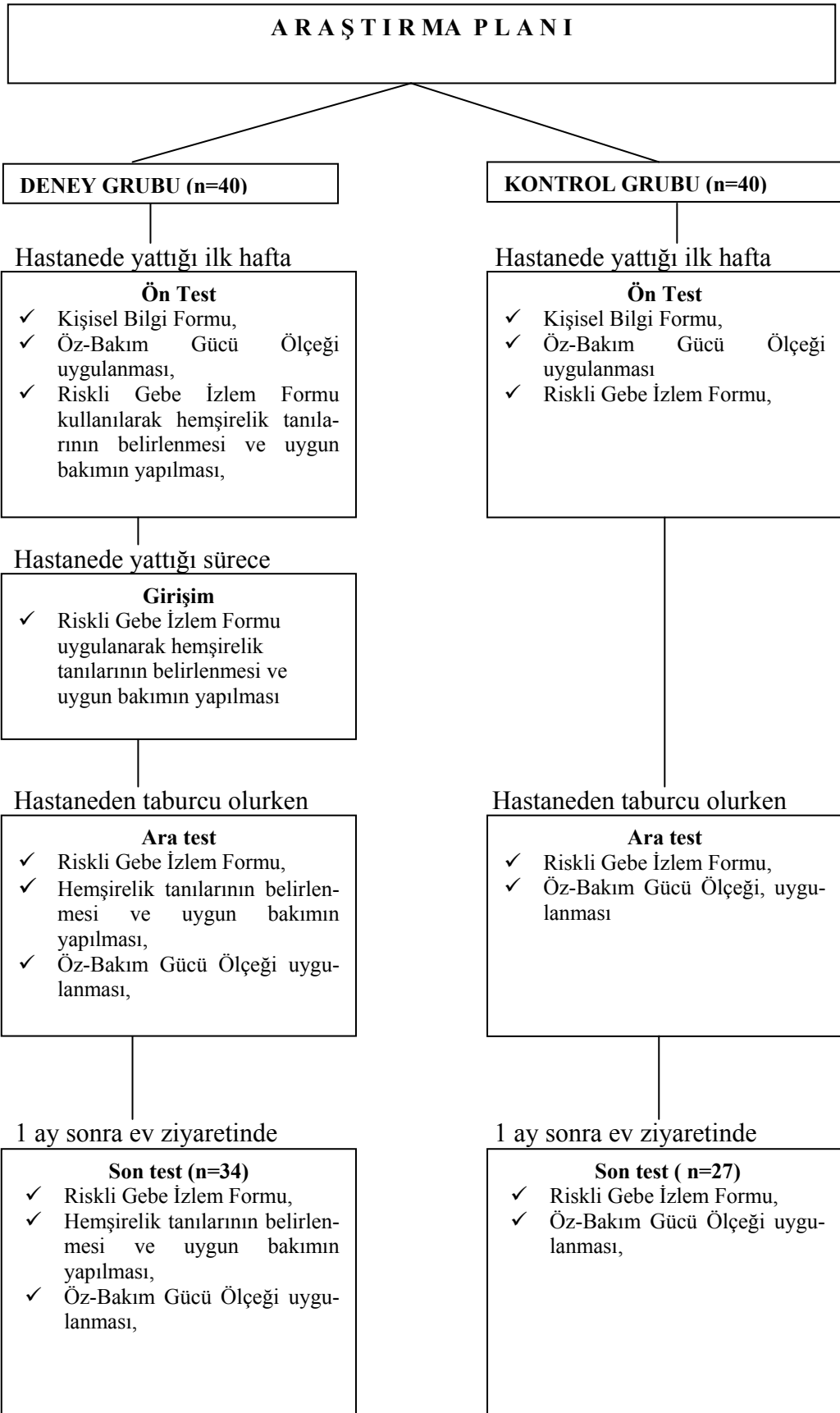
Grupların grup içi öntest-sontest puan ortalamaları arasındaki farkın karşılaştırılmasında bağımlı gruplarda *t* testi

Bakım öncesi ve sonrası hemşirelik tanılarının değerlendirilmesinde McNemar testi, kullanılmıştır

### 3.8. Etik İlkeler

Araştırmanın yapılabilmesi için Atatürk Üniversitesi Aziziye Araştırma Hastanesi Başhekimliğinden yazılı izin alınmıştır (**EK-VI**). Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulundan 07.07.2010 tarih ve 2010.3.1/5 nolu etik kurul kararı ile onay alınmıştır (**EK-VII**). Araştırma kapsamındaki gebelerin haklarının korunması için araştırma verilerini toplamaya başlamadan önce gebelere, araştırmanın amacı, süresi ve araştırma süresince yapılacak işlemler açıklanarak “*Aydınlatılmış Onam*” ilkesine uyulmuştur. Gebelerin istedikleri zaman araştırmadan çekilebilecekleri belirtilerek “*Özerklik*” ilkesi, bireysel bilgilerin araştırmacı ile paylaşıldıktan sonra korunacağı söylenerek “*Gizlilik ve Gizliliğin Korunması*” ilkesine uyulmasına özen gösterilmiştir.

Elde edilen bilgilerin ve cevaplayanın kimliğinin gizli tutulacağı belirtilerek “*Kimliksizlik ve Güvenlik*” ilkesi yerine getirilmiştir<sup>67-69</sup>.



#### 4. BULGULAR

**Tablo 2.** Deney ve Kontrol Gruplarının Tanıtıcı Özelliklerine Göre Dağılımı

Özellikler	Deney Grubu (n=40)		Kontrol Grubu (n=40)		Toplam (n=80)	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
<b>Yaş</b>						
19-29	30	75.0	29	72.5	59	73.8
30 ve üzeri	10	25.0	11	27.5	21	26.3
<b>Eğitim Durumu</b>						
İlkokul mezunu	18	45.0	26	65.0	44	55.0
Ortaokul mezunu	6	15.0	5	12.5	11	13.8
Lise mezunu	5	12.5	5	12.5	10	12.5
Üniversite mezunu	11	27.5	4	10.0	15	18.8
<b>Çalışma Durumu</b>						
Çalışan	9	22.5	3	7.5	12	15.0
Çalışmayan	31	77.5	37	92.5	68	85.0
<b>Gelir (TL)</b>	1.358±1190.2		1.128±970.5		12.33±1.08	
<b>Gebelik Sayısı</b>						
Primigravida	22	55.0	18	45.0	40	50.0
Multigravida	18	45.0	22	55.0	40	50.0
<b>Çocuk Sayısı</b>						
1-2 gebelik	28	70.0	27	67.5	55	68.8
3-4 gebelik	11	27.5	7	17.5	18	22.5
5 ve üstü	1	2.5	6	15.0	7	8.8
<b>Gebelik Haftası</b>						
25-27 hafta	6	15.0	3	7.5	9	13.3
28-30 hafta	16	40.0	10	25.0	26	32.5
31-33 hafta	18	45.0	27	67.5	45	56.3
<b>Hastanede Yatış süresi (Gün)</b>						
8-14 gün	16	40.0	30	75.0	46	57.5
15-21 gün	16	40.0	4	10.0	20	25.0
22-28 gün	0	12.3	3	7.5	3	3.8
29 ve üzeri	8	20.0	3	7.5	11	13.8
<b>Hastanede Yatış Süresi (Gün)</b>	17.77±11.3		13.45±7.70		15.61±9.8	
<b>Doğum Haftası</b>						
28-36. hafta	12	30.0	8	20.0	20	25.0
37-41 hafta	28	70.0	32	80.0	60	75.0
<b>Doğum Haftası</b>	37.75±2.45		37.70±2.49		37.72±2.4	

Deney grubundaki gebelerin yaş ortalamasının  $27.05 \pm 5.27$ , yaş aralığının 20-38 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %45'nin ilkokul, %27.5'nin üniversite mezunu olduğu, %77.5'inin çalışmadığı bulunmuştur. Gebelerin ortalama aylık gelirinin  $1.3587 \pm 1.1902$  TL, %55'inin primigravida, %70'inin gebelik sayısının 1-2, %40'ının hastanede 8-14 gün yattığı, %70'inin 37-41.haftalarda doğum yaptığı belirlenmiştir.

Kontrol grubundaki gebelerin yaş ortalamasının  $27.62 \pm 5.02$ , yaş aralığının 19-39 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %65'inin ilkokul mezunu ve %92.5'inin çalışmadığı bulunmuştur. Gebelerin ortalama aylık gelirinin  $1.1287 \pm 970.0$  TL, %55'inin multigravida olduğu, %67.5'inin gebelik sayısının 1-2 olduğu, %75'inin hastanede 8-14 gün yattığı, %80'inin 37-41. haftalarda doğum yaptığı belirlenmiştir.



**Tablo 3.** Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin Öz-Bakım Gücü Ölçeği'ne Göre Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Ölçek Puan Ortalamaları</b>			
<b>Ölçeğin Uygulama Zamanları</b>	<b>Deney Grubu</b>	<b>Kontrol Grubu</b>	<b>Test ve Anlamlılık</b>
	X ± SS	X ± SS	
<b>İlk görüşme</b>	105.47±18.07	97.87±15.77	t=2.003 p>0.05
<b>Ara görüşme</b>	113.80±14.86	95.85±16.55	t=5.103 p<0.05
<b>Son görüşme</b>	121.17±13.58	96.62±18.60	t=5.955 p<0.05

Deney grubundaki gebelerin ilk görüşmedeki ÖBGÖ puan ortalamasının 105.47±18.07, kontrol grubundaki gebelerin 97.87±15.77 olduğu ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 3). Ara görüşmede ölçek puan ortalaması deney grubundaki gebelerde 113.80±14.86, kontrol grubundaki gebelerde ise 95.85±16.55 olarak bulunmuştur. Ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır (p<0.05) (Tablo 3). Son görüşmede ölçek puan ortalaması deney grubunda 121.17±13.58, kontrol grubunda 92.62±18.60 olduğu ve ortalamalar arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir (p<0.05) (Tablo 3).

**Tablo 4.** Deney ve Kontrol Grubundaki Gebelerin ÖBGÖ Tekrarlı Ölçümlerden Elde Edilen Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

<b>Ölçek Puan Ortalamaları</b>				
<b>Ölçeğin Uygulama Zamanları</b>	<b>Deney Grubu</b>		<b>Kontrol Grubu</b>	
	<b>X± SS</b>	<b>Test Değeri ve Anlamlılık</b>	<b>X± SS</b>	<b>Test Değeri ve Anlamlılık</b>
<b>İlk Görüşme</b>	105.47±18.07	Mauchly's W 984 df= 2 p<0.05	97.87±15.77	Mauchly's W 761 df= 2 p>0.05
<b>Ara Görüşme</b>	113.80±14.86		95.85±16.55	
<b>Son Görüşme</b>	121.17±13.58		96.62±18.60	

Deney ve kontrol grubunda ÖBGÖ puan ortalamalarına üç farklı zamanda bakılmıştır. Deney grubunda ÖBGÖ puan ortalamasının ilk görüşmede en düşük (105.47±18.07) son görüşmede en yüksek (121.17±13.58) olduğu saptanmıştır. Deney grubunda tekrarlı ölçümlerinden elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 4).

Kontrol grubunda ise ÖBGÖ puan ortalamasının ilk görüşmede (97.87±15.77) son görüşmede (96.62±18.60) olduğu, tekrarlı ölçümlerinden elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı bulunmuştur (p>0.05) (Tablo 4).

**Tablo5.** Deney ve Kontrol Grubunun Ön test-Son test Antenatal Görüşmelerde Belirlenen ‘*Evrensel Öz Bakım Gereksinimlerine*’ Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımlarının Karşılaştırılması (n=80) \*

Hemşirelik Tanıları	Deney Grubu (n=40)										Kontrol Grubu (n=40)								p**	p***		
	Bakım Öncesi				Bakım Sonrası						p	Öncesi				Sonrası					p	
	Var		Yok		Var		Yok					Var		Yok		Var		Yok				
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%				
Sıvı Volüm Eksikliği	16	40.0	24	60.0	1	2.9	33	97.1	p<0.05	17	42.5	23	57.5	14	51.9	13	48.1	p>0.05	p>0.05	p<0.001		
Beslenmede yetersizlik	13	32.5	27	67.5	3	8.8	31	91.2	p<0.05	14	35.0	26	65.0	9	33.3	18	66.7	p>0.05	p>0.05	p<0.05		
Konstipasyon	9	22.5	31	77.5	5	14.7	29	85.3	p>0.05	8	20.0	32	80.0	11	40.7	16	59.3	p>0.05	p>0.05	p<0.05		
Uyku düzeninde bozulma	6	15.0	34	85.0	2	5.9	32	94.1	p<0.05	6	15.0	34	85.0	15	55.6	12	44.4	p<0.05	p>0.05	p<0.001		
Aktivite İntoleransı	15	37.5	25	62.5	12	35.3	22	64.7	p>0.05	19	47.5	21	52.5	8	29.6	19	70.4	p>0.05	p>0.05	p>0.05		
Yorgunluk	18	45.0	22	55.0	7	20.6	27	79.4	p>0.05	11	27.5	29	72.5	11	40.7	16	59.3	p>0.05	p>0.05	p>0.05		
Sosyal İzolasyon	20	50.0	20	50.0	3	8.8	31	91.2	p<0.05	14	35.0	26	65.0	8	29.6	19	70.4	p>0.05	p>0.05	p<0.05		
Yalnızlık	17	42.5	23	57.5	8	23.5	26	76.5	p>0.05	26	65.0	14	35.0	20	74.1	7	25.9	p>0.05	p>0.05	p<0.001		

\* McNamer testi uygulanmıştır

p\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım öncesi** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

p\*\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım sonrası** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin bakım öncesi ve sonrası evrensel öz bakım gereksinimlerine göre NANDA hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 5'te görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin konstipasyon, aktivite intoleransı, yorgunluk, yalnızlık tanılarının sıklığı açısından bakım öncesi ve sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Diğer tüm tanıların sıklığında bakım sonrasında azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test sonuçlarına göre uyku düzeninde bozulma tanısının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 5).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön-teste belirlenen tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 5).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son-teste belirlenen aktivite intoleransı ve yorgunluk tanılarının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunurken ( $p>0.05$ ) diğer tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ).

**Tablo 6.** Deney ve Kontrol Grubunun Ön test-Son test Antenatal Görüşmelerde Belirlenen ‘*Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım*’ Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımlarının Karşılaştırılması (n=80) \*

Hemşirelik Tanıları	Deney Grubu (n=40)										Kontrol Grubu (n=40)										p**	p***		
	Bakım Öncesi					Bakım Sonrası					p	Öncesi					Sonrası						p	
	Var		Yok			Var		Yok				Var		Yok			Var		Yok					
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	S	%					
Terapotik Rejimi Etkisiz Yönetme Riski	13	32.5	27	67.5	8	23.5	25	73.5	p>0.05	20	50.0	20	50.0	19	88.9	8	11.1	p>0.05	p>0.05	p<0.05				
Sağlığın Sürdürülemez Riski	12	30.0	28	70.0	6	17.6	28	82.4	p<0.05	8	20.0	32	80.0	7	25.9	20	74.1	p>0.05	p>0.05	p>0.05				
Enfeksiyon Riski	15	37.5	25	62.5	3	8.8	31	91.2	p<0.05	16	40.0	24	60.0	13	48.1	14	51.9	p>0.05	p>0.05	p<0.05				
Rahatta Değişim (Mide Yanması)	18	45.0	22	55.0	4	11.8	30	88.2	p<0.05	11	27.5	29	72.5	16	59.3	11	40.7	p>0.05	p>0.05	p<0.001				
Rahatta Değişim (Baş Ağrısı)	17	42.5	23	57.5	7	20.6	27	79.4	p<0.05	14	35.0	26	65.0	19	70.4	8	29.6	p<0.05	p>0.05	p<0.001				
Rahatta Değişim(Kulak Burun Dolgunluğu)	21	52.5	19	47.5	5	14.7	29	85.3	p<0.05	26	65.0	14	35.0	24	88.9	3	11.1	p>0.05	p>0.05	p<0.001				
Rahatta Değişim(Kaslarda Güçsüzlük)	19	47.5	21	52.5	10	29.4	24	70.6	p<0.05	21	52.5	19	47.5	19	70.4	8	29.6	p>0.05	p>0.05	p<0.05				
Rahatta Değişim (Kaslarda Ağrı)	18	45.0	22	55.0	11	32.4	23	67.6	p<0.05	16	40.0	24	60.0	17	63.0	10	37.0	p>0.05	p>0.05	p<0.05				
Rahatta Değişim(Görme İşitme Problemi)	20	50.0	20	50.0	8	23.5	26	76.5	p<0.05	34	85.0	6	15.0	26	96.3	1	3.7	p>0.05	p<0.05	p<0.001				

\* McNamer testi uygulanmıştır.

p\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım öncesi** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

p\*\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım sonrası** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

Gebelerin bakım öncesi ve sonrası sağlıktan sapmalarda öz-bakım gereksinimlerine göre NANDA hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 6'da görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin terapötik rejimi etkisiz yönetme riski tanısının sıklığı açısından, bakım öncesi ve sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir. Diğer tüm tanılarının sıklığında bakım sonrası azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 6).

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test sonuçlarına göre yalnızca rahatta değişim (baş ağrısı) tanısının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön teste belirlenen rahatta değişim (görme işitme problemi) tanısının sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ). Diğer tüm tanılarının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son teste belirlenen sağlığın sürdürülemez riski tanısı hariç diğer tüm tanılarının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 6).

**Tablo 7.** Deney ve Kontrol Grubunun Ön test-Son test Antenatal Görüşmelerde Belirlenen ‘*Tedavi Edici Öz Bakım*’ Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımlarının Karşılaştırılması (n=80) \*

Hemşirelik Tanıları****	Deney Grubu									Kontrol Grubu									p**	p***
	Bakım Öncesi				Bakım Sonrası				p	Bakım Öncesi				Bakım Sonrası				p		
	Var		Yok		Var		Yok			Var		Yok		Var		Yok				
	S	%	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	S	%			
Beslenirken öğün atlamama	17	42.5	23	57.5	30	88.2	4	11.8	p<0.05	9	22.5	31	77.5	9	33.3	18	66.7	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Öğünlerden sonra bir süre oturup başı yükseltme	16	40.0	24	60.0	31	91.2	3	8.8	p<0.05	17	42.5	23	57.5	15	55.6	12	44.4	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Uyanık olunan her saat en az 2-3 bardak su içme	8	20.0	32	80.0	32	94.1	2	5.9	p<0.05	13	32.5	27	67.5	6	22.2	21	77.8	p<0.05	p>0.05	p<0.001
Kafein içeren içeceklerden uzak durma	13	32.5	27	67.5	31	91.2	3	8.8	p<0.05	14	35.0	26	65.0	11	40.7	16	59.3	p>0.05	p>0.05	p<0.001
El ve perine hijyeni kurallarına uyma	9	22.5	31	77.5	31	91.2	3	8.8	p<0.05	8	20.0	32	80.0	2	7.4	25	92.6	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Uyanık olunan her saatte bir mesaneyi boşaltma	6	15.0	34	85.0	33	97.1	1	2.9	p<0.05	6	15.0	34	85.0	8	29.6	19	70.4	p<0.05	p>0.05	p<0.001
Sigara kullanma durumu	37	92.5	3	7.5	22	55.0	12	30.0	p<0.05	6	15.0	34	85.0	4	14.8	23	85.2	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Baş dönmesi, bayılma gibi sorunlarda yataktan yavaş yavaş kalma	11	27.5	29	72.5	30	88.2	4	11.8	p<0.05	17	42.5	23	57.5	11	40.7	16	59.3	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Ağrı durumunda sol tarafa dönerek yatma	23	57.5	17	42.5	30	82.2	4	11.8	p<0.05	28	70.0	12	30.0	21	77.8	6	22.2	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Öncü belirtilerde kontraksiyonları kontrol etme	20	50.0	20	50.0	32	94.1	2	5.9	p<0.05	9	22.5	31	77.5	8	29.6	19	70.4	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Kontraksiyonlar arttığı zaman aktiviteleri kısıtlama	10	25.0	30	75.0	32	94.1	2	5.9	p<0.05	11	28.2	28	71.8	6	15.0	21	52.5	p>0.05	p>0.05	p>0.05
Uzun süre ayakta durmaktan ve ağır kaldırmaktan kaçınma	6	15.0	34	85.0	33	97.1	1	2.9	p<0.05	11	27.5	29	72.5	10	37	17	63	p>0.05	p>0.05	p<0.001

\*McNamer testi uygulanmıştır..

p\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım öncesi** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

p\*\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım sonrası** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

\*\*\*\*Hemşirelik tanısı olarak alınmıştır, gereksinimlerin varlığı sorun olarak kabul edilmiştir.

Gebelerin bakım öncesi ve sonrası tedavi edici öz-bakım gereksinimlerine göre NANDA hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 7'de görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin, bakım sonrası tüm tanıların sıklığında bir azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test sonuçlarına göre uyanık olunan her saat 2-3 bardak su içme, uyanık olunan her saat mesaneyi boşaltma tanılarının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön teste belirlenen tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son teste belirlenen kontraksiyonlar arttığı zaman aktiviteleri kısıtlama tanısı hariç, diğer tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 7).



**Tablo 8.** Deney ve Kontrol Grubunun Ön test-Son testte Belirlenen ‘*Gelişimsel Öz Bakım*’ Gereksinimlerine Göre NANDA Hemşirelik Tanılarının Dağılımlarının Karşılaştırılması (n=80) \*

Hemşirelik Tanıları	Deney Grubu (n=40)									Kontrol Grubu (n=40)									p**	p***
	Bakım Öncesi				Bakım Sonrası				p	Öncesi				Sonrası				p		
	Var		Yok		Var		Yok			Var		Yok		Var		Yok				
	S	%	S	%	S	%	S	%		S	%	S	%	S	%	S	%			
Aile Süreçlerinde Değişim Riski	23	57.5	17	42.5	3	8.8	31	91.2	p<0.05	20	50.0	20	50.0	24	88.9	3	11.1	p<0.05	p>0.05	p<0.001
Bilgi Eksikliği	30	75.0	10	25.0	4	12.1	29	87.9	p<0.05	29	72.5	11	27.5	17	73.9	6	26.1	p>0.05	p>0.05	p<0.001
Korku Riski	32	80.0	8	20.0	8	23.5	26	76.5	p<0.05	38	95.0	2	5.0	25	92.6	2	7.4	p>0.05	p<0.05	p<0.001
Rol Performansında Değişim Riski	17	42.5	23	57.5	13	38.2	21	61.8	p>0.05	25	62.5	15	37.5	19	70.4	8	29.6	p>0.05	p>0.05	p<0.05
Aktiviteleri Düzenlemede yetersizlik	21	52.5	19	47.5	7	20.6	27	79.4	p<0.05	24	60.0	16	40.0	20	74.1	7	25.9	p>0.05	p>0.05	p<0.001

\*McNamer testi uygulanmıştır

p\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım öncesi** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

p\*\*\* Deney ve Kontrol Grubunun **bakım sonrası** belirlenen hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması

Gebelerin bakım öncesi ve sonrası gelişimsel öz-bakım gereksinimlerine göre NANDA hemşirelik tanılarının dağılımlarının karşılaştırılması Tablo 8'de görülmektedir. Deney grubundaki gebelerin rol performansında değişim riski tanısı hariç, diğer tüm tanıların sıklığında bakım sonrası bir azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ) (Tablo 8).

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test sonuçlarına göre yalnızca aile sürecinde değişim riski tanısının sıklığı arasında fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön teste belirlenen korku riski tanısının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunurken ( $p<0.05$ ) diğer tüm tanıların sıklığı arasındaki fark önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son teste belirlenen tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ) (Tablo 8).

## 5. TARTIŞMA

Erken doğum tanısı alan gebelere Orem'in' Öz-Bakım Gücü Modeli kullanılarak verilen bakımın etkinliğinin değerlendirilmesi amacıyla yapılan bu çalışmanın bulguları ilgili literatürle tartışılmıştır.

Araştırma kapsamına alınan deney ve kontrol grubundaki gebelerin ilk, ara ve son görüşmede ÖBG gücü puan ortalamaları değerlendirildiğinde; ilk görüşmede elde edilen öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemsiz olduğu belirlenmiştir ( $p>0.05$ ), (Tablo 3). Ara ve son görüşmelerde ise deney ve kontrol grubunun öz bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ), (Tablo 3). Bu bulgular doğrultusunda, gebelere verilen bakımın gebede öz bakım gücünü geliştirmede etkili olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuç ***'erken doğum tanısı alan gebelere verilen bakım gebelerin öz-bakım gücünü artırır'*** hipotezinin kabul edildiğini göstermektedir. Pasinlioğlu'nun<sup>35</sup> gebelerde, Kılıç'ın<sup>70</sup> sezaryen doğum yapan kadınlarda yaptığı çalışmalarda da verilen planlı eğitimin, öz bakım gücünü yükselttiği bulunmuştur. Nazik'in<sup>36</sup> normal doğum yapan kadınlarda yaptığı çalışmada verilen bakımın bireylerin öz bakım gücünü artırdığı belirlenmiştir. Aylaz'ın<sup>37</sup> yaptığı çalışmada, sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakım ve izlemin öz bakım gücünü yükselttiği bulunmuştur.

Öz bakım gücü ölçeğinin tekrarlı ölçümlerinde öz bakım gücü puan ortalamasının deney grubunda ilk görüşmede en düşük ( $105.47\pm 18.07$ ), son görüşmede en yüksek ( $121.17\pm 13.58$ ) olduğu saptanmıştır. Deney grubunun tekrarlı ölçümlerinde elde edilen puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Kontrol grubunda da ölçek puan ortalamasının ilk görüşmede ( $97.87\pm 15.77$ ), son görüşmede ( $96.62\pm 18.60$ ) olduğu, puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel

olarak önemli olmadığı bulunmuştur ( $p>0.05$ ) (Tablo 4). Bu sonuçlar doğrultusunda kontrol grubunda öz bakım gücünün değişmediği söylenebilir. Deney grubunda öz bakım gücündeki artış, ara görüşmede bile görülmektedir. Deney grubundaki gebelerde öz bakım gücü puan ortalamasında daha fazla artış olması bu süreçte gebelere verilen bakımın etkinli olduğu görülmektedir. Bu sonuç öz-bakım modeline göre verilen bakımın gebelerdeki öz-bakım gücünü artırdığını göstermektedir.

### **Evrensel Öz-Bakım Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanılarının Tartışılması**

**Deney grubundaki** gebelerin evrensel öz bakım gereksinimlerinden konstipasyon, aktivite intoleransı, yorgunluk, yalnızlık tanılarının sıklığı açısından bakım öncesi ve sonrası arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ( $p>0.05$ ). Sıvı volüm eksikliği, beslenmede yetersizlik, uyku düzeninde bozulma, sosyal izolasyon tanılarının sıklığında bakım sonrasında azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Gebelerde hemşirelik tanıları doğrultusunda yukarıda belirlenen sorunlar, verilen hemşirelik bakımı ve izlemi ile çözülerek yetersizlik durumları giderilmiştir. Bu sonuca dayanarak; verilen bakımın gebelerin evrensel öz-bakım gereksinimlerini azalttığını ve kendi bakımları ile ilgili olarak öz-bakım güçlerini geliştirdiği söylenebilir.

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test görüşmelerde evrensel öz bakım gereksinimlerinden uyku düzeninde bozulma tanısının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunurken ( $p<0.05$ ), diğer tüm tanılar arasındaki fark önemli bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön testte belirlenen tüm tanıları arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son teste aktivite intoleransı ve yorgunluk tanıları hariç, diğer tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Evrensel öz bakım gereksinimlerine yönelik çoğu hemşirelik tanılarının giderilmesi Orem'in öz bakım modeline göre verilen bakımının etkinliğini göstermektedir.

Giderilemeyen tanılardan **konstipasyon** tanısı, (Tablo 5) gebenin gün boyunca yatakta kalması, aktivite yetersizliğinin olması, gebelikte progesteron hormonunun gevşetici etkisiyle barsak çalışmasının yavaşlaması, büyüyen uterusun barsaklara baskı yapması, Fe preparatlarının alınması, yetersiz sıvı alımından dolayı giderilemediği düşünülmektedir. Literatürde, uzamış yatak istirahatinin tüm sistemlerde önemli fizyolojik değişikliklere neden olduğu belirtilmektedir<sup>71,72</sup>. Benzer şekilde gebelikte yatak istirahatinde de fizyolojik ve psikolojik değişiklikler ortaya çıkmaktadır<sup>27,28</sup>. Yapılan çalışmalarda da gebelerin yatak istirahatine bağlı kabızlık şikayeti yaşadıkları belirtilmiştir<sup>23,29,73</sup>.

**Aktivite intoleransı** tanısı (Tablo 5), gebenin uzun süre yatakta kalması, tokolitik ajanların kullanılması, ağrı, yorgunluk ve hareketsizliğe bağlı giderilemediği düşünülmektedir. Ayrıca gebelik ayı ilerledikçe gebelerin hareket kabiliyetleri azalmakta ve solunum güçlüğü problemleri de artmaktadır. Bunların da aktivite intoleransını artırdığı düşünülmektedir. Yatak istirahatindeki gebeler için, kalp hızında artış, nefes darlığı, ortostatik hipotansiyon, baş dönmesi, bayılma ve yorgunluk gibi şikayetler görülebilmektedir<sup>1,20,26,27,74</sup>.

**Yorgunluk** tanısı (Tablo 5), gebelikte oluşan kardiovasküler, respiratuar, üriner sistemdeki fizyolojik değişiklikler, hormonların artışı, fetal ağırlık, bulantı ve kusma, yatakta uzun zaman geçirme, gündüz şekerlemeleri, uyku uyanıklık ritminde bozulma,

gebenin fetüs ve kendisi ile ilgili endişelerinin uyku kalitesini etkilemesine bağılı giderilemediğı düşünölmektedir<sup>24,75-77</sup>. Beebe ve Lee'in<sup>78</sup> çalışmasında gebelik dönemindeki kadınlarda uyku problemlerinin yorgunluğı arttırdığı bulunmuştur. Benzer şekilde Lee ve ark.<sup>79</sup> Sevil ve Bakıcı,<sup>80</sup> Çoban ve Yanikkerem'in<sup>81</sup> çalışmasında da yorgunluk gebelerde yaşanan problemler arasında yer almaktadır.

**Yalnızlık** tanısı (Tablo 5), hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fiziksel ortam değışikliğı, kendisinin ve bebeğinin sağıık durumunda sapma, aktivite kısıtlaması, başkalarına bağıımlı olma, uygulanan tedavi, test ve girişimler, aileden ayrılma, mahremiyetin azalması ve belirsizlik gibi stres etkenlerine bağılı giderilemediğı düşünölmektedir. Maloni ve Kutil'in,<sup>82</sup> Heaman ve Gopton'nun<sup>83</sup> ve Loos ve Julius'un<sup>84</sup> çalışmalarında gebelerin yatak istirahatine bağılı yalnızlık hissettikleri bulunmuştur.

### **Sağııktan Sapmalarda Öz-Bakım Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanılarının Tartışılması**

Deney grubundaki gebelerin sağıığın sürdürölme riski, enfeksiyon riski, rahatta değışim (mide yanması, baş ağrısı, kulak burun dolgunluğı, kaslarda güçsüzlük, kaslarda ağrı, görme işitme problemi) gibi tanıların sıklığıında bakım sonrasında azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Sağııktan sapmalarda öz bakım gereksinimlerine yönelik çoğı hemşirelik tanılarının giderilmesi Orem'in öz bakım modeline göre verilen hemşirelik bakımının etkinliğini göstermektedir.

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test sonuçlarının değıerlendirilmesinde rahatta değışim (baş ağrısı) tanı sıklığı hariç diğıer tüm tanıların sıklığı arasında ön test son test arasında istatistiksel olarak farkın olmadığı ( $p>0.05$ ), rahatta değışim (baş ağrısı) tanısı ise istatistiksel olarak ön test son test arasında farkın olduğı bulunmuştur.

( $p<0.05$ ) (Tablo 6). Kontrol grubundaki gebeler ev ortamına geçtiklerinde hastanenin stres verici ortamından kendi yaşam alanlarına geçmiş olmaları rahatta değişim (baş ağrısı) tanı sıklığına etkisi olmuş olabilir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön testte belirlenen rahatta değişim (görme işitme problemi) tanısının sıklığı arasındaki fark önemli bulunurken ( $p<0.05$ ) diğer tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ), (Tablo 6).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son testte belirlenen sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimlerine yönelik belirlenen tanıları incelendiğinde; sağlığın sürdürülemez riski tanısı hariç, diğer tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ), (Tablo 6). Sağlıktan sapmalarda öz bakım gereksinimlerine yönelik çoğu hemşirelik tanılarının giderilmesi, Orem'in öz bakım modeline göre verilen bakımının etkinliğini göstermektedir.

**Terapotik rejimi etkisiz yönetme riski** Terapotik rejimi etkisiz yönetme riski tanısı antenatal tüm görüşmeler boyunca tanıya uygun hemşirelik girişimleri yapılmasına rağmen giderilememiştir. Bu tanının giderilememesinin nedeni tedavisi uzun süreli ve riskli gebeliği nedeniyle hastaneye yatırılma, tedavinin yaşam kalitesini olumsuz etkilemesi ve fizyolojik yan etkileri, bakım güçlüğü, yetersiz sosyal destek, sağlığa ilişkin inançlarda çatışma yaşamaya bağlı olabileceği düşünülmektedir.

#### **Tedavi Edici Öz-Bakım Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanılarının Tartışılması**

Deney grubundaki gebelerin tedavi edici öz-bakım gereksinimlerinde, bakım sonrası tanı sıklığında bir azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (Tablo7).

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test görüşmelerde tedavi edici öz-bakım gereksinimlerinden uyanık olunan her saat 2-3 bardak su içme, uyanık olunan her saat mesaneyi boşaltma tanılarının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön testte belirlenen tüm tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemsiz bulunmuştur ( $p>0.05$ ).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son testte belirlenen tedavi edici öz bakım gereksinimlerine yönelik belirlenen tanıların sıklığının karşılaştırılması incelendiğinde; kontraksiyonlar arttığı zaman aktiviteleri kısıtlama tanısı hariç diğer tanıların sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (Tablo 7). Tedavi edici öz bakım gereksinimlerine yönelik çoğu hemşirelik tanılarının giderilmesi Orem'in öz bakım modeline göre verilen bakımının etkinliğini göstermektedir.

### **Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimlerine Yönelik Hemşirelik Tanılarının Tartışılması**

Deney grubundaki gebelerin gelişimsel öz bakım gereksinimlerinden rol performansında değişim riski tanısı hariç, diğer tüm tanıların sıklığında bakım sonrası bir azalma olmuş, bakım öncesi ve sonrası arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ).

Kontrol grubundaki gebelerin ön test ve son test sonuçlarına göre yalnızca aile sürecinde değişim riski tanısının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ). Bu sonuç; kontrol grubundaki gebelerin taburcu olmaları, hastane ortamından ev ortamına geçmeleri, ön test ve son test arasındaki geçen süre ve son testin evde yapılması bu sonucu ortaya çıkarmış olabilir. Çünkü gebeler aileleriyle



birlikte oldukları için aile sürecinde değişim tanı sıklığında azalma olabilir. Bu durumda öntest sontest arasında istatistiksel olarak farkın ortaya çıkmasına neden olmuş olabilir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin ön testte belirlenen tanılardan yalnızca korku riski tanısının sıklığı arasındaki fark önemli bulunmuştur ( $p<0.05$ ), (Tablo 8).

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son testte gelişimsel öz bakım gereksinimlerine yönelik belirlenen tanıları incelendiğinde; belirlenen çoğu tanılarının sıklığı arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmuştur ( $p<0.001$ ,  $p<0.05$ ), (Tablo 8). Gelişimsel öz bakım gereksinimlerine yönelik çoğu hemşirelik tanılarının giderilmesi, Orem'in öz bakım modeline göre verilen bakımın etkinliğini göstermektedir.

**Rol performansında değişim riski** tanısı antenatal tüm görüşmeler boyunca tanıya uygun hemşirelik girişimleri yapılmasına rağmen giderilememiştir. Bu tanının giderilememesinin nedeni hastanede kalma süresinin uzun olması, bilinmedik bir durumda sağlık çalışanlarının gebeye sürekli yapması gerekenleri söylemesi ve yatak istirahatine bağlı giderilemediği düşünülmektedir. Hastanede yatak istirahatinde olan gebe, evde yatak istirahatine göre daha fazla stresöre sahiptir<sup>5,50,83</sup>. Aileden ayrılma en büyük stres kaynağıdır<sup>5,32</sup>. Bu konudaki sorunların çoğu, kadının aile içindeki rolü nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Anneler hastanede yatarken, evdeki çocuklarının bakımıyla ve bunu eşin üstlenmesi zorunluluğu nedeniyle endişe yaşamaktadır<sup>5,32</sup>. Gebe ve eşi, evin düzenini yeniden sağlamak üzere yeterli destek sistemlerinden yoksunsa, sorunları daha da fazla olacaktır<sup>5,85</sup>.

Antenatal dönemindeki gebelere Orem'in Öz-Bakım modeline dayanarak verilen bakımın sonucunda, antenatal dönemde gebelerde daha az sorun yaşandığı saptanmıştır. Bu sonuç ***'Erken doğum tanısı alan gebelere Orem'in Öz-Bakım Modeli kullanılarak***

*verilen bakım gebelerin hemşirelik tanılarını azaltır'* hipotezinin doğrulandığını göstermektedir. Benzer şekilde Nazik'in<sup>36</sup>, Kılıç'ın<sup>70</sup> ve Koç'un<sup>86</sup> model kullanarak yaptıkları çalışmalarda postpartum dönemde verilen bakımın postpartum komplikasyonları azalttığı/önlediği belirlenmiştir. Modellerin kullanıldığı çalışmalarda, bakım sonuçlarının daha etkili ve daha sistematik olduğu görülmüştür.

Sistematik hemşirelik tanıları ile model temelli bakım yaklaşımı tanılanmış problemlerin çözümünde sıradan hemşirelik bakımına oranla daha etkili sonuçlar elde edilmektedir. Bu çalışma sonucu da bu algıyı güçlendirmede bir kanıttır.

## 6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Erken doğum tanısı alan gebelere verilen bakımın, gebelerin öz-bakım gücüne etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki sonuçlar elde edilmiştir.

Çalışmada erken doğum tanısı alan deney grubundaki gebeler hastanede yattıkları sürece ve taburcu olduktan bir ay sonra ev ziyareti yapılarak deney grubundaki gebelerle görüşme yapılmış ve toplam **34** hemşirelik tanısı belirlenmiştir. Bunlardan **28** tanesi verilen bakımla giderilmiştir. Belirlenen tanılardan; konstipasyon, aktivite intoleransı, yorgunluk, yalnızlık, terapötik rejimi etkisiz yönetme tanısı, rol performansında değişim riski tanısı giderilememiştir. Kontrol grubundaki gebelere de toplam 34 tanı konulmuştur.

Erken doğum tanısı alan gebelere verilen bakım gebelerin hemşirelik tanılarını azalttığı belirlenmiştir. Belirlenen tanılardan; sosyal izolasyon, sıvı volüm eksikliği, beslenmede yetersizlik, uyku düzeninde bozulma, sağlığın sürdürüleme riski, enfeksiyon riski, aile sürecinde değişim riski, bilgi eksikliği gibi birçok tanı giderilmiştir.

Deney ve kontrol grubundaki gebelerin son testte belirlenen tanıların sıklığı karşılaştırıldığında; çoğu tanının sıklığı arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu bulunmuştur ( $p<0.05$ ,  $p<0.001$ ). Örneğin konstipasyon, uyku düzeninde bozulma, sıvı volüm eksikliği, konstipasyon, enfeksiyon riski, rahatta değişim (mide yanması, baş ağrısı, kaslarda güçsüzlük), bilgi eksikliği, korku riski sayılabilir. Bu sonuca dayanarak bakım alan grubun daha az problem yaşadığı söylenebilir. Verilen bakım sonucunda antenatal problemlerin çoğu giderilmiştir.

- ✓ Deney grubundaki gebelerin bakım öncesi ve sonrası öz-bakım gücü puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu belirlenmiştir ( $p<0.05$ ).
- ✓ Deney grubundaki gebelerin bakım öncesi belirlenmiş olan hemşirelik tanıılarının çoğunluğu bakım sonrasında ortadan kalkmıştır.
- ✓ Orem'in öz-bakım gereksinimlerine göre verilen bakım, gebelerin öz bakım gereksinimlerini azaltarak, öz-bakım güçlerini artırmıştır.
- ✓ Orem'in öz-bakım modelinin erken doğum tanısı alan gebeler için etkin bir bakım modeli olduğu belirlenmiştir.

#### **Araştırmadan elde edilen sonuçlar doğrultusunda;**

Erken doğum tanısı alan gebelerde antenatal dönemde gelişebilecek problemlerin giderilmesi ve gebelerin öz-bakım gücünün yükseltilmesi amacıyla;

- ✓ Gebelere, Orem'in öz-bakım modeli kullanılarak bakım verilmesi,
- ✓ Antepartum dönemde Orem'in öz bakım modelinin standart olarak kullanılabilmesi için farklı coğrafi bölgelerde ve daha büyük örneklem grubunda araştırmaların yapılması,
- ✓ Verilen bakımda model kullanmanın yararlılığından dolayı gebelere farklı hemşirelik modelleri kullanılarak bakım verilmesi ve bakım sonuçlarının karşılaştırılması, önerilebilir.

**KAYNAKLAR**

1. Oskay ÜY. Yüksek riskli gebeliklerde önerilen yatak istirahatinin olumsuz etkileri. İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale HYO Derg 2004; 13(53): 115-125.
2. Gilbert ES, Harmon JS. Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Tercüme: Taşkın L. Ankara, Palme Yayıncılık, 2002: 123-131.
3. Danerek M, Dykes AK. A theoretical model of parents' experiences of threat of preterm birth in Sweden. Midwifery 2008; 24: 416-424.
4. Arslan H. Erken doğum tehdidi ve bakım. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi. Bursa, 2009.
5. Çoban A. Riskli gebelikler. Ahsen Şirin (Ed). Kadın Sağlığı. İstanbul, Kenan Ofset Mat, 2008: 522-562.
6. Guyer B, Hoyert DL, Martin JA, Ventura SJ, MacDorman MF, Strobino DM. Annual summary of vital statistics 1998. Pediatrics 1999; 104: 1229- 46.
7. Moore ML, Freda M. Reducing preterm and low birthweight births: Still a nursing challenge. (MCN) The Am J Mat Child Nurs 1998; 4: 200-208.
8. Durukan A, Günhan G, Yüce ÖY. Temel Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara, Öncü Basımevi, 2008.
9. Chandharan E, Arulkumaran S. Recent advances in management of preterm labor. J Obstet Gynecol India 2005; 55(2): 118-124.
10. Misra DP, Trabert B. Vaginal douching and risk of preterm birth among African American women. Am J Obstet Gynecol 1999; 91(5): 140-14.
11. Ege E, Akın B, Altıntuğ K, Arıöz A, Koçoğlu D. Spontan preterm doğum sıklığı ve ilişkili faktörler. TJOD Derg 2009; 6(3):197-205.

12. Lams JD. Prediction and early detection of preterm labor. *Obstet Gynecol* 2003; 101: 402-412.
13. Morrison J. Preterm birth: a puzzle worth solving. *Obstet Gynecol* 1990; 76: 5-11.
14. Eganhouse DJ. A nursing model for a community hospital preterm birth prevention program. *JOGNN* 1994; 23(9): 756-766.
15. Ergün A. Preterm doğum öngörüsünde fibronektin. *Perinatoloji Derg* 2002; 10(2): 90-92.
16. Derbent A, Turhan NÖ. Erken doğum riski ve tahmini. *Yeni Tıp Derg* 2009; 26: 139-144.
17. Katz A. Waiting for something to happen: hospitalization with placenta previa. *Birth* 2001; 28: 186-191.
18. Simpson KL, Careehan PA. *Perinatal Nursing*. Philadelphia, Lippincott, 2001: 207-219.
19. Goldenberg RL, Cliver SP, Bronstein J, Cutter GR, Andrews WW, Mennemeyer ST. Bed rest in pregnancy. *Obstet Gynecol* 1994; 84(1): 131-6.
20. Maloni JA, Casper CE. Physical and psychosocial effects of antepartum hospital bedrest: A review of the literature. *J Nurs Schol* 1991; 23(3): 187-192.
21. Schroeder C. Bed rest in complicated pregnancy. *Am J Mat Child Nurs* 1998; 23: 45-49.
22. Oskay ÜY. Yüksek riskli gebeliklerde uzun süre yatak istirahati. 9. Uludağ Jinekoloji ve Obstetri Kış Kongresi, Bursa, 2009.
23. Arslan H, Korkmaz N. Kısmi yatak istirahati ile hastanede yatan yüksek riskli gebelerin yaşadığı fiziksel ve psikolojik sorunlar. *Perinatoloji Derg* 2005; 13(2): 91-100.

24. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.
25. Maloni JA. Antepartum bed rest: Case Studies Research: Nursing Care. AWHONN 1998: 1-71.
26. Maloni JA. Bed rest during pregnancy: Implications for nursing. JOGNN 1992; 22(5): 422-426.
27. Maloni JA, Chance B, Zhang C, Cohen AW, Betts D, Gange SJ. Physical and psychosocial side effects of antepartum hospital bed rest. Nurs Res 1993; 42(4): 197-203.
28. Heaman M. Psychosocial aspects of Antepartum hospitalizatin. NAAGOC'S Clin Issu Perinat Womens Health Nurs 1990; 1: 335-344.
29. Pamuk S, Arslan H. Hastanede yatan riskli gebelerde hastane stresörlerinin ve bakım gereksinimlerinin belirlenmesi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Derg 2009; 2(2): 23-32.
30. Gupton A, Heaman M, Ashcroft T. Bed rest from the perspective of the high-risk pregnant woman. JOGNN 1997; 26: 423-30.
31. Lams JD, Johnson FF, Parker M. A prospective evaluation of signs and symptoms of preterm labor. Obstet Gynecol 1994; 84: 227-230.
32. Saydam BK, Bozkurt ÖD, Hadımlı AP, Can HÖ, Soğukpınar N. Riskli gebelerde öz bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Derg 2007; 15(3): 131-139.
33. Arslan BD. Adölesan Gebelerin Öz Bakım Gücünün İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans Tezi, Konya, 2001.
34. Velioglu P. Hemşirelikte Kavram ve Kuramlar. İstanbul, Alaş Ofset, 1999.

35. Pasinlioğlu T. Health education for pregnant women: the role of background characteristics. *Patient Educ Couns* 2004; 53(1): 101-106.
36. Nazik E. Öz-bakım modeli kullanılarak verilen bakımın postpartum komplikasyonların önlenmesi ve giderilmesine etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2009.
37. Aylaz R. Sürekli ayaktan periton diyalizi hastalarına evde verilen bakımın ve izlemin hastaların öz-bakım gücüne ve diyalize bağlı enfeksiyonlardan korunmalarına etkisi. Atatürk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Erzurum, 2008.
38. Reis N. Erken doğum eylemi ve klinik yol (clinical-pathway örneği). Atatürk Üniversitesi HYO Derg 2001; 4(1): 54-62.
39. WHO. Mother and health: mainstreaming the gender perspective into the health sector, Report of the Expert. 1999.
40. DeCherney AH, Goodwin TM, Nathan L, Laufer N. 'Current Diagnosis and Treatment' Güncel Obstetrik ve Jinekoloji Tanı ve Tedavi. Tercüme: Tıraş B. Ankara, Güneş Tıp Kitapevi, 2010.
41. Demir N. Preterm doğum tedavisinde yeni görüşler. *Perinatoloji Derg* 1996; 4(3): 133-140.
42. Peck D, Griffis N. Preterm labor in the triage setting. *J Nurse-Midwifery* 1999; 44(5): 449-457.
43. Goldenberg RL. The management of preterm labor. *Obstet Gynecol.* 2002; 100(5): 1020-1037.



44. Lamont RF. Infection in the prediction and antibiotics in the prevention of spontaneous preterm labour and preterm birth. *Br J Obstet Gynecol* 2003; 110: 71-5.
45. Scott JR, Disala PJ, Hammond CB, Spellacy WN. Danforth. Tercüme: Erez S Obstetrik ve Jinekoloji. J B Lippincott Company& İstanbul, Yüce Yayım A.Ş, 2001.
46. Schieve LA, Meikle SF, Fere C, et al. Low and very low birth weight in infants conceived with use of assisted reproductive technology. *N Engl J Med* 2002; 346: 731.
47. Moore ML. Preterm labor and birth: what have we learned in the past two decades? *JOGNN* 2003; 32(5): 638-649.
48. McNamara HM. Problems and challenges in the management of preterm labour. *BJOG* 2003; 110(20): 79-85.
49. Beksaç MS, Demir N, Koç A, Yüksel A. Obstetrik Maternal-Fetal Tıp Perinatoloji. Ankara, Kozan Ofset, 2001.
50. Serçekuş P, Okumuş H. Yüksek riskli gebelerde uzun süre hastanede yatmanın etkileri. Atatürk Üniversitesi. *HYO Derg* 2004; 7(3): 107-111.
51. Maloni JA. Bed rest and High-Risk Pregnancy. *Nurs Clin of North Am* 1996; 31(2): 313-325.
52. Maloni JA. Astronauts pregnancy bed rest. *AWHONN Lifelines* 2002; 6(4): 318-323.
53. Nahçıvan NÖ. Sağlıklı gençlerde öz-bakım gücü ve aile ortamının etkisi. İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doktora tezi, İstanbul, 1993.
54. Tomey MA, Alligood MR. Theory Application. USA. Mosby-Year Book, 2006.
55. Alligood MR, Tomey AM. Nursing Theory Utilization&Application. USA. Mosby Year Boks, 2002.

56. Öztürk C, Karataş H. Orem'in öz bakım yetersizlik kuramı ve posttravmatik epilepside hemşirelik bakımı. Atatürk Üniversitesi HYO Derg 2008; 11(2): 85-91.
57. Chitty KK. Professional Nursing: Concepts and Challenges. Second edition. Philadelphia, WB Saunders Company, 1997.
58. Freda MC, Devore N. Should intravenous hydration be the first line of defense with threatened preterm labor? A critical review of the literature. J Perinatol 1996; 16: 385-9.
59. Jones DP, Collins BA. The nursing management of women experiencing preterm labor: Clinical guidelines and why and why they are needed. JOGNN 1996; 25: 569-592.
60. Fawcett J. Contemporary Nursing Knowledge Analysis and Evaluation of Conceptual Models of Nursing. Fa Davis Comp.USA 2005.
61. Orem DE. Nursing Concepts of Practice, 6 th. Ed, St Mosby Year Books, 2001.
62. Freston M Young S, Calhoun S, et al. Responses of pregnant women to potential preterm labor symptoms. JOGNN 1997; 26(1): 35-41.
63. Simmons SJ. The Health-promoting self-care system model: Directions for nursing research and practice. JAN 1990; 15: 1162-1166.
64. Nahçıvan ÖN. Geçerlik ve güvenilirlik çalışması: öz bakım gücü ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması. Hemşirelik Bülteni 1994; 7(3): 109-118.
65. Carpenito-Moyet JJ. Handbook of Nursing Diagnosis. Tercüme: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı. Ankara, Nobel Tıp Kitapevi, 2005.
66. Birol L. Hemşirelik Süreci. Hemşirelik Bakımında Sistemik Yaklaşım. İzmir, Bozkaya Matbaacılık, 2000.
67. Ulusoy MF, Uçar H. Ankara, Araştırma Etiği. Tasarım Ltd Şti, 2002: 27-40.

68. Terakye G, Ocakçı A. Seçmeler. Ankara, Aydoğdu Ofset, 1995: 84-85.
69. Bayık A. Hemşirelik Araştırmalarında Etik. Hemşirelikte Araştırma, İlke, Süreç ve Yöntemleri. İstanbul, Ofset Baskı, 2002: 27-48.
70. Kılıç A. Dorothy Orem'in öz bakım modelinin sezeryan ile doğum yapan kadınların hemşirelik bakımına uygulanması. GATA Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Tezi, Ankara, 2005.
71. MacEvilly M, Buggo D. Back pain and pregnancy:a review. PAIN 1996; 64: 405-14.
72. Mete S. Doğum öncesi bakım. Ahsen Şirin (Ed). Kadın Sağlığı. İstanbul, Kenan Ofset Mat, 2008: 489-500.
73. Oskay Ü. Hastanede yatak istirahatindeki yüksek riskli gebelerde ortaya çıkan sorunların giderilmesinde hemşirenin rolünün belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Ana Bilim Dalı, Doktora Tezi, İstanbul, 2001.
74. Sather SA, Zwelling E. A view from the other side of the bedrest. JOGNN 1998; 27: 322-328.
75. Carpenito LJ. Nursing Diagnosis. Tercüme: Erdemir F. Hemşirelik Tanıları. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 1999: 386-391.
76. Pung LC, Milligan R. A framework for the study of childbearing fatigue. Advances in Nursing Science 1993; 15(4): 60-70.
77. Elek SM, Hudson DB, Fleck MO. Expectant parents' experience with fatigue and sleep during pregnancy. Birth 1997; 24(1): 49-54.
78. Beebe KR, Lee KA. Sleep disturbance in late pregnancy and early labor. J Perinat Neonatal Nurs 2007; 21: 103-108.

79. Lee KA, Zaffke ME, McEnany G. Parity and sleep patterns during and after pregnancy. *Obstet Gynecol* 2000; 95: 14-18.
80. Sevil Ü, Bakıcı A. Gebelikte yaşanan fiziksel sorunların saptanması ve bunları etkileyen etmenlerin incelenmesi. *Sağlık ve Toplum* 2002; 12: 56-62.
81. Çoban A, Yanikkerem UE. Gebelerde uyku kalitesi ve yorgunluk düzeyi. *Ege Tıp Derg* 2010; 49(2): 87-94.
82. Maloni JA, Kutil RM. Antepartum support group for women hospitalized on bedrest. *Am J Mat Child Nurs* 2000; 25: 204-15.
83. Heaman M, Gupton A. Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital. *Birth* 1998; 25(4): 252-258.
84. Loos C, Julius L. The client's views of hospitalization during pregnancy. *JOGNN* 1989; 1: 52-5.
85. Oskay ÜY. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. *Perinatoloji Derg* 2004; 12(1): 11-16.
86. Koç G. Doğum sonu erken dönemde taburcu edilen anneler için geliştirilen evde bakım hizmet modelinin etkinliğinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Programı, Doktora Tezi, Ankara, 2005.

**EK- I**

**KİŞİSEL BİLGİ FORMU**

**Adı Soyadı:**

**İlk Görüşme Tarihi:**

**Tlf:**

1- Kaç yaşındasınız?.....

2- Eğitim durumunuz nedir?

a-İlkokul mezunu

b-Ortaokul mezunu

c-Lise mezunu

d-Yüksek okul mezunu

3- Çalışıyor musunuz?

a-Evet

b-Hayır

4- Aylık geliriniz nedir?.....

5- Gebelik sayınız?

a- Primigravida ( ) b- Multigravida ( )

6- Çocuk sayınız?.....

7- Hastanede yatış süresi nedir?.....

8- Gebelik haftası (kayıtlardan alınmıştır).....

9- Doğum haftası (telefonla soruldu).....

**EK- II****RİSKLİ GEBE İZLEM FORMU**

<b><u>Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri</u></b>	<b>Daima</b>	<b>Çoğunlukla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiç</b>
1.Düzenli solunum yapabiliyor musunuz?					
2.Ağızdan aldığınız sıvı miktarını takip eder misiniz?					
3.Kilonuzun normal sınırlarda olup olmadığını kontrol eder misiniz?					
4. Yeterli ve dengeli beslenir misiniz?					
5. Günlük dışkılama ihtiyacınızı karşılıyor musunuz?					
6. Yeterli ve sağlıklı uyur musunuz?					
7. Kendinize uygun aktiviteler yapar mısınız?					
8. Dinlenme gereksiniminizi fark eder misiniz?					
9. Çevrenizdeki insanlarla dengeli bir ilişki sürdürmeye çalışır mısınız?					
10. Kendinizi yalnız hissediyor musunuz?					

<b><u>Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Gereksinimleri</u></b>	<b>Şu an mevcut</b>	<b>Çoğunlukla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiç</b>
1. İlaç tedavisine bağlı nabzınızın hızlı attığını hissedermisiniz?					
2. İlaç tedavisine bağlı tansiyonunuzun düştüğü (hipotansiyon) olur mu?					
3. Mensturasyon ya da abdominal kramp, alt seviyede donuk sırt ağrınız, benzeri ağrınız varmı?					
4. Pelvik basınç, vajinal akıntıda değişme, yada diyare gibi öncü belirtiler varmı?					
5. Akıntınızın kokusu, miktarı, rengi ile ilgili sorun yaşıyor musunuz?					
6. Ateşiniz yükselir mi?					
7.İştahınızda azalma var mı?					
8. Mide yanmanız var mı?					
9. Başınızda ağrı olur mu?					
10. Kulak ve burun tıkanıklığı olur mu?					
11. Kaslarınızda güçsüzlük olur mu?					
12. Kaslarınızda ağrı olur mu?					
13. Görme ve işitme probleminiz var mı?					

<b><u>Tedavi Edici Öz-Bakım Gereksinimleri</u></b> (hastalıktan korunma ve sağlığı geliştirmek için gerekli olan tüm öz bakım faaliyetleri)	<b>Daima</b>	<b>Çoğunlukla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiç</b>
1. Beslenirken öğün atlamamaya dikkat ediyor musunuz ?					
2. Öğünlerden sonra bir süre oturma ve başınızı yükseltiyor musunuz?					
3. Uyanık olduğunuz her saat en az 2-3 bardak su ya da meyve suyu içiyor musunuz?					
4. Kafein içeren içeceklerden uzak duruyor musunuz?					
5. El ve perine hijyeni sağlamak için uyulması gereken kuralları uyguluyor musunuz?					
6. Uyanık olduğunuz her iki saatte bir mesanenizi boşaltır mısınız?					
7. Sigara içiyor musunuz?					
8. Baş dönmesi bayılma gibi sorunlarda yataktan kalkarken yavaş yavaş ayağa kalkıp geçinceye kadar oturuyormusunuz					
9. Sancınız olduğunda ya da IV uygulama sırasında sol yanınıza dönerek yatıyor musunuz?					
10. Erken doğumun öncü belirtilerinin herhangi birini deneyimlediğinizde kontraksiyonları kontrol edermisiniz?					
11. Uterus kontraksiyonları arttığı zaman aktivitelerinizi daha da kısıtlıyor musunuz?					
12. Uzun süre ayakta durmaktan ya da ağır kaldırmaktan kaçınıyor musunuz?					



<b><u>Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri</u></b>	<b>Daima</b>	<b>Çoğunlukla</b>	<b>Bazen</b>	<b>Nadiren</b>	<b>Hiç</b>
1. Hastanede yatak istirahati ailenizle ilişkilerinizi etkiliyor mu?					
2. Bilgi eksikliğiniz olduğunda bunu karşılamaya çalışıyor musunuz?					
3. Hastanede yatmanız ekonomik durumunuzu etkiliyormu?					
4. Bebeğinizin sağlığı hakkında endişeleni yormusunuz?(Stress)					
5. Erken doğum olmasından endişeleni yormusunuz?					
6.Yatak istirahatindeyken yada sınırlı aktiviteler nedeniyle rolünüzün gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirme yeteneğinde azalma var mı?					
7. Aktivite sınırlamasına bağlı aktiviteri düzenlemede yetersizlik yaşıyor musunuz?					

## EK- III

### ÖZ-BAKIM GÜCÜ ÖLÇEĞİ

**Açıklama:** Aşağıda insanların kendi sağlıklarına karşı tutumları hakkında 35 ifade bulunmaktadır. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve sizi en doğru biçimde tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. İyi ya da kötü fikir yoktur. Bazı ifadeleri cevaplamak zor gelirse, karar verebilmek için size yakın gelen şikkı işaretleyiniz. Duygularınızı en iyi ifade eden açıklamanın karşısındaki bölüme (x) işareti koyunuz. Her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

İfadeler	Beni hiç tanımlamıyor	Beni pek tanımlamıyor	Fikrim yok	Beni biraz tanımlıyor	Beni çok tanımlıyor
1. Eğer sağlığım söz konusu ise bazı alışkanlıklarımı memnuniyetle bırakabilirim.	( )	( )	( )	( )	( )
2. Kendimi beğeniyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
3. Sağlığım ile ilgili ihtiyaçlarımı istediğim gibi karşılamak için yeterli enerjiye genellikle sahip değilim.	( )	( )	( )	( )	( )
4. Sağlığımın kötüye gittiğini hissettiğim zaman, ne yapmam gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
5. Sağlıklı kalmak için ihtiyacım olan şeyleri yapmaktan gurur duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
6. Kişisel ihtiyaçlarımı ihmal etmeye meyilliyim.	( )	( )	( )	( )	( )
7. Kendime bakmadığım zaman, yardım ararım.	( )	( )	( )	( )	( )
8. Yeni projelere başlamaktan hoşlanırım.	( )	( )	( )	( )	( )
9. Benim için yararlı olacağını bildiğim şeyleri yapmayı çoğunlukla ertelerim.	( )	( )	( )	( )	( )
10. Hasta olmamak için bazı önlemler alırım.	( )	( )	( )	( )	( )
11. Sağlığımın daha iyi olmasına çaba gösteririm.	( )	( )	( )	( )	( )
12. Dengeli beslenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
13. Beni rahatsız eden konularda fazla bir şey yapmadan sürekli yakınıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
14. Sağlığıma dikkat etmek için daha iyi	( )	( )	( )	( )	( )

korunma yolları araştırırım.					
15. Sağlığımın çok iyi bir düzeye ulaşacağına inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
16. Sağlığımı korumak için yapılan çabaların tümünü hak ettiğime inanıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
17. Kararlarımı sonuna kadar uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
18. Vücudumun nasıl çalıştığını anlıyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
19. Sağlığımla ilgili kişisel kararlarımı nadiren uygularım.	( )	( )	( )	( )	( )
20. Kendimle dostum.	( )	( )	( )	( )	( )
21. Kendime iyi bakarım.	( )	( )	( )	( )	( )
22. Sağlığımın daha iyi olması benim için tesadüfi bir durumdur.	( )	( )	( )	( )	( )
23. Düzenli olarak istirahat ederim ve beden hareketleri yaparım.	( )	( )	( )	( )	( )
24. Çeşitli hastalıkların nasıl meydana geldiğini ve ne çeşit etkileri olduğunu öğrenmek isterim.	( )	( )	( )	( )	( )
25. Yaşam bir zevktir.	( )	( )	( )	( )	( )
26. Aile içindeki görevlerimi yeterince yerine getiremiyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
27. Kendi davranışlarımın sorumluluğunu üstlenirim.	( )	( )	( )	( )	( )
28. Yıllar geçtikçe, daha sağlıklı olmak için gereken Őeylerin farkına vardım.	( )	( )	( )	( )	( )
29. Sağlıklı kalmak için ne çeşit yiyecekler yemem gerektiğini biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
30. Vücudumun çalışması ile ilgili herŐeyi öğrenmeye ilgi duyuyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
31. Bazen hastalandığımda, rahatsızlıklarımı önemsemem ve geçmesini beklerim.	( )	( )	( )	( )	( )
32. Kendime bakmak için bilgilenmeye çalışırım	( )	( )	( )	( )	( )
33. Ailemin değerli bir üyesi olduğumu hissediyorum.	( )	( )	( )	( )	( )

34. Son sağlık kontrolümün tarihini hatırladığım gibi, gelecek sağlık kontrolümün tarihini de biliyorum.	( )	( )	( )	( )	( )
35. Kendimi ve ihtiyaçlarımı oldukça iyi anlarım.	( )	( )	( )	( )	( )

## **EK- IV**

### **OREM'in ÖZ-BAKIM GEREKSİNİMLERİYLE KESİŞEN NANDA TANILARI**

#### **1-Evrensel Öz Bakım Gereksinimleri**

- ✓ Konstipasyon
- ✓ Yorgunluk
- ✓ Uyku düzeninde bozulma
- ✓ Aktivite intoleransı
- ✓ Yalnızlık
- ✓ Beslenmede yetersizlik (Beden gereksiniminden daha az beslenme)
- ✓ Sıvı volüm eksikliği
- ✓ Sosyal izolasyon

#### **2-Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Eksikliğine Yönelik Tanılar**

- ✓ Rahatta değişim (görme işitme problemi)
- ✓ Rahatta değişim (baş ağrısı)
- ✓ Rahatta değişim (kulak burun dolgunluğu)
- ✓ Rahatta değişim (mide yanması)
- ✓ Rahatta değişim (kaslarda güçsüzlük)
- ✓ Rahatta değişim (kaslarda ağrı)
- ✓ Terapotik Rejimi Etkisiz Yönetme Riski (Birey)
- ✓ Enfeksiyon riski (üriner sistem)
- ✓ Sağlığın sürdürülememesi riski

#### **3-Tedavi Edici Öz-Bakım Gereksinimleri**

- ✓ Sağlığın sürdürülememesi riski
- ✓ Bireysel bakımda eksiklik (hijyen)

- ✓ Bireysel bakımda yetersizlik

#### **4-Gelişimsel Öz Bakım Gereksinimleri**

- ✓ Korku riski
- ✓ Aile süreçlerinde değişim riski
- ✓ Rol performansında bozulma riski
- ✓ Aktiviteleri düzenlemede yetersizlik
- ✓ Bilgi eksikliği

**EK- V**

<b>SORUN</b>			
<b>Evrensel Öz-Bakım Gereksinimleri</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>“HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Konstipasyon</b>	- Gün boyu yatakta kalmaya bağlı	- Konstipasyonu ortadan kaldırmak, normal bağırsak eliminasyonunu geliştirmek	- Konstipasyonu gidermeye yönelik gebenin bilgilendirilmesi - Posalı yiyecekleri açıklama - Sıvı alımının artırılması - Düzenli defekasyon alışkanlığı kazanılması konusunda bilgilendirme - Tuvalet ihtiyacını ertelememesi konusunda bilgilendirme
<b>Yorgunluk</b>	- Yatakta uzun zaman geçirme - Fetüs ve kendisiyle ilgili korku ve endişelenme - Uyku düzeninde bozulma	- Gebenin yorgunluğunu gidermek	- Yorgunluğun nedenlerinin belirlenmesi - Gebenin kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili sürekli bilgilendirilmesi - Gündüz şekerlemelerinden kaçınılması

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Uyku düzeninde bozulma</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Yatakta uzun zaman geçirme</li><li>- Gündüz şekerlemeleri</li><li>- Fetüs ve kendisi ile ilgili edişelenme</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gebenin günde en az 8 saat uyumasını sağlamak</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gebenin uykusuzluğunun nedeninin belirlenerek giderilmeye çalışılması</li><li>- Gebenin sürekli kendi ve bebeğinin sağlığı ile ilgili sürekli bilgilendirilmesi</li><li>- İlaç saatlerini ve hastaya yönelik uygulamaların uyku düzenini bozmayacak şekilde ayarlanması</li><li>- Serviste çalışan personel gürültüsünün en aza indirilmesi</li><li>- Gündüz şekerlemelerinden kaçınılması</li><li>- Müzik dinleme, sıcak içecekler, eğlenceli kitaplar ve magazin dergileri okuma</li><li>- Yataktan kalkarken baş dönmesi, bayılma gibi sorunlar yaşayabilecekleri konusunda bilgi verme</li><li>- Bu tür şikayetlerle karşılaştıklarında yavaş yavaş ayağa kalkmaları veya geçinceye kadar oturmaları konusunda bilgi verme</li><li>- Gebe ile aktivite intoleransı tartışılması</li></ul>
<b>Aktivite intoleransı</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Uzun süre yatakta kalmaya bağlı</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Yataktan kalkarken baş dönmesi, bayılma, yorgunluk olmadan hareket edebilmesi</li></ul>	



<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Yalnızlık</b>	- Hastanede yatmaya bağlı oluşan fiziksel ve sosyal ortam değişikliği	- Yalnızlık duygusunun azaldığını ifade edebilmesi	- Gebenin yalnızlık duygusunu ve can sıkıntısını azaltmak için aktivite planlama ve sosyalizasyon için fırsatlar yaratma - Elişi programları düzenleme - Gebenin oda arkadaş(lar) ile sohbet etmesini sağlama
<b>Beslenmede yetersizlik (beden gereksiniminden daha az beslenme)</b>	- Gebenin kilo verme konularında bilgi eksikliği - Hastane ortamı ve yatak istirahati nedeniyle	- Gebenin yeterli ve dengeli beslenmesini sağlamak	- Yeterli ve dengeli beslenme konusunda gebenin bilgilendirilmesi - Beslenme alışkanlığı değerlendirilerek bu doğrultuda eğitim verme - Öğün özelliklerini değerlendirme - Kilo alımının değerlendirilmesi

<b>Sıvı volüm eksikliği</b>	- Oral olarak yetersiz sıvı alma	- Gebenin yeterli sıvı almasını sağlamak	- Yeterli sıvı almanın gerekliliği konusunda gebenin bilgilendirilmesi - Su içmeye yönelik olumsuz düşüncelerin ortadan kaldırılması
<b>Sosyal izolasyon</b>	- Tıbbi nedenlerle izolasyon, hareketsizlik	- İzolasyondan kurtulma isteğini ifade etmesi	- İlgili risk faktörlerinin belirlenmesi ve kontrol altına alınması - Gebede algılanan izolasyonu tartışarak nedenlerinin bulunarak açıklanması - Gebenin sosyal desteklerini harekete geçirmesi - Gebeye bakım verirken destekleyici bir tutum içinde olunması

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Sağlıktan Sapmalarda Öz Bakım Eksikliğine Yönelik Tanılar</b>			
<b>Rahatta değişim (kaslarda güçsüzlük ve ağrı)</b>	- Günün büyük bölümünü yatakta geçirmeye bağlı	- Kaslarda güçsüzlüğü ve ağrıyı azaltmak ya da gidermek	- Tüm işlemlerin, kuralların gebeye açıklanması - Gebenin durumu tedavi ve sonuçları hakkında bilgilendirilmesi - Soruları ya da ilgi duyacağı konular önceden tahmin edilerek bu konularda bilgilendirilmesi - Kararlara katılımı için kişiye fırsat sağlanması - Yatakta sol yan yatarak kol, sırt, bacak ve ayak kaslarını çalıştıran egzersizleri yaptırma

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Rahatta değişim (kulak burun dolgunluğu ve baş ağrısı)</b>	- Y atmaya bağlı olarak bacaklardaki sıvının, başa doğru yer değiştirmesi nedeniyle	- Kulak burun dolgunluğu ve baş ağrısını azaltmak ya da gidermek	- Kulak ve burun dolgunluğu, baş ağrısı gibi yakınmaları azaltmak için gebenin yatak başının kaldırılması - Buruna serum fizyolojik damlatma - Baş ağrısı için alın bölgesine soğuk uygulama yapılması

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Terapotik Rejimi Etkisiz</b> <b>Yönetme Riski (Birey)</b>	- Farmakolojik tedaviye ilişkin bilgi eksikliğine bağlı	- Hastalığın tedavisini yönetme ve olumsuz sonuçlarını önleme isteğinin sözel olarak ifade edilmesi -Gebenin mümkün olduğunca tedaviyi rahat atlatmasını sağlamak	- Tedavinin yan etkilerini tartışma - IV uygulama sırasında hipotansiyon riskini an alt düzeye indirmek üzere, hastanın sol lateral pozisyonda kalması için destekleme - Hipotansiyon olması ihtimaline karşın yardımcı olma. Gebeye önce yatağın köşesinde oturmayı öğretme ve baş dönmesi geçene kadar kalkmamasını sağlamama. Baş dönmesi tamamıyla bitmeden ayağa kalkma öncesi yardım istemesini öğretme ve sırtüstü yatmasını önleme. - Kan basıncı, nabız hızı ve ritmi ve vücut ısısını yakından takip etme - Tolare edilemez yan etkiler (kan basıncının 90/60'ın altına düşmesi, dakikada 140 vurumdan daha fazla olan maternal taşikardi) gelişirse ilacı kesme ve oksijen uygulama - Üriner sistem enfeksiyonu belirtilerini gözleme - Gebeye solunum zorluğu, göğüs ağrısı ya da sıkışma hissi gibi durumlarını bildirmesi için bilgi verme

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Rahatta Değişim (Mide yanması)</b>	Gün boyunca yatakta kalma	Mide yanmasını ortadan kaldırmak	-Yemeklerden sonra bir süre oturma ve başın yükseltilmesi konusunda bilgilendirme -Aşırı yemek yememesi, her gün yeterli miktarda sıvı alması, az miktarda ve sık aralıklarla yemesi, özellikle geceleri mide yanmasıyla uyanıldığı durumlarda bir bardak süt içmesi, yatmadan hemen önce herhangi bir şey yemekten ve içmekten kaçınmasını önerme
<b>Enfeksiyon riski (üriner sistem)</b>	-Hijyen yetersizliği -Bilgi eksikliği -Yetersiz sıvı alımı -Uzun süre immobilite Hastanede kalma süresinin uzaması	Üriner enfeksiyonu önlemek	- Üriner enfeksiyonun belirti ve bulgularının öğretilmesi -Üriner yol enfeksiyonlarının nasıl önleneceği konusunda bilgilendirme - Sık idrar yapma konusunda cesaretlendirme -Genital hijyen kurallarını öğretme

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Sağlığın sürdürülemezliği riski</b>	Erken doğumun riskleri ve gizli belirtileri konusunda bilgi eksikliğine bağlı	-Erken doğum belirtileri konusunda bilgi eksikliğini gidermek - Uterus kontraksiyonlarının erken belirlenmesini sağlamak. Böylece servikal değişiklikler ortaya çıkmadan önce tedaviye başlanabilir	- Gebeye, bir kontraksiyonda ne hissedeceği konusunda eğitim verme. Bu ağrıya neden olmayan bir gerginlik duygusudur. - Günde iki defa 1 saat uterus kontraksiyonları kendi kendine palpe etmenin önemini vurgulama, bu işlemi yan yatar pozisyonda yapma - Erken doğumun öncü belirtilerini vurgulama; -Bunlar abdomenin alt kısmında, menstrual ağrıya benzeyen kramplar -Aşağı sırt bölgesinde künt ağrı -Sürekli ya da aralıklı hissedilen pelvik basınç -Vajinal akıntıda ani değişim - Diyareyi içerir

<b>SORUN</b>			
<b>Tedavi Edici Öz-Bakım Gereksinimleri</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Sağlığın sürdürülememesi riski</b>	Erken doğumu önlemede kendine bakım önlemleri konusunda bilgi eksikliğine bağlı	Gebelik 37 haftaya kadar ya da daha uzun süre, erken doğum gelişmeksizin devam edecek. Eğer erken doğum gelişirse, serviks dilatasyonu 2cm ve silinme %50 olmadan tanılanmış olacak	<ul style="list-style-type: none"><li>-Gebenin öğün özellikleri ve beslenme alışkanlıkları gibi beslenme statüleri yönünden değerlendirme ve bu değerlendirmeye dayanarak eğitim verme</li><li>-Hasta uyanık olduğu her saat 250cc su ya da meyve suyu içmesi için destekleme</li><li>-Kafein içeren içeceklerden uzak durmasının önemini anlatılması</li><li>-Üriner yol ve vajinal enfeksiyonlardan korunma için yeterli sıvı almasını, perineal hijyen, pamuklu iç çamaşırı giyme vb enfeksiyonları azalmanda faydalı olduğunu açıklama</li><li>-Gebeye enfeksiyon belirtileri ve herhangi bir belirti gördüğünde birdirmesinin gereğini hakkında bilgi verme</li><li>-Uyanık olduğu her iki saatte bir mesanesini boşaltmasının önemi</li></ul>



			<p>hakkında bilgi verme</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Stresin etkilerini azaltmak üzere relaksasyon tekniklerinin öğretilmesi</li><li>- Gebeye erken doğumun öncü belirtilerden herhangi birini deneyimlediğinde, mesanesini boşaltması, yan yatar pozisyonda uzanması, 3-4 bardak su içmesi ve kontraksiyonları kontrol etmesini öğretme</li></ul> <p>-Uterus kontraksiyonları arttığı zaman aktivitelerini daha da kısıtlaması hakkında bilgi verme</p> <p>-Uzun süre ayakta durmaktan ve ağır kaldırmaktan kaçınmasının önemini vurgulama</p> <p>-Meme ucunu yuvarlama ya da çekme gibi prenatal hazırlıktan kaçınmasının önemini vurgulama</p>
--	--	--	--

<b>SORUN</b>			
<b>Gelişimsel Öz-Bakım Gereksinimleri</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Korku riski</b>	Erken doğumun bebeğin sağlığı üzerine olan tehdidine bağlı	Gebe ve ailesi korku ve endişelerini açıkça ifade edecek. Hem birbirleri ile hem de sağlık bakım profesyonelleri ile güvene dayalı bir ilişki kuracaklar	<ul style="list-style-type: none"><li>- Tedavi boyunca gebenin ve ailenin güçlüklerini ve bebekle ilgili olası sonuçlar hakkındaki endişelerini açıklamaları için hasta ve ailesine zaman ayrılır</li><li>- Ailenin destek sistemleri ve baş etme mekanizmaları değerlendirilir</li><li>- Gebe ve ailesine durumun ve tedavi planının dürüst bir tahmini yapılır</li><li>- Bakımın alternatifleri hakkında bilgi verilir</li></ul>

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Aile süreçlerinde değişim riski</b>	Tedaviye bağlı aktivite sınırlaması, aile üyelerinden ayrılma ya da yüksek riskli gebeliğe etkisiz uyum davranışları ile ilgili	Her bir aile bireyi, annenin rol ve sorumluluklarını karşılamak için ailenin yeniden oluşturulan planını kabul ettiğini sözel olarak ifade edecek	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gebeye önerilen yatak istirahati ya da aktivite sınırlaması uygulandığında karşılaşılabilecek güçlükleri belirlemek için hastanın sorumluluklarını tanımlama</li><li>- Gebeye ve yakınlarına, erken doğuma bağlı aktivite sınırlaması ya da yatak istirahatinin önemi hakkında bilgi verme</li><li>- Ailenin, yatak istirahati ya da aktivite sınırlamasını yerine getirirken ortaya çıkan güçlüklerin çözümünü kolaylaştırma</li><li>- Özel ve gerektiği kadar ziyaret saati sağlama ve bu konuda destekleyici olma</li><li>-Uygun aile üyelerini kararlara katma</li></ul>

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Rol performansında bozulma riski</b>	Yatak istirahatinde iken ya da sınırlı aktiviteler nedeniyle rolünün gerektirdiği sorumlulukları gerçekleştirme yeteneğinde azalmaya bağlı	Hasta tüm sorumlulukları yerine getirebileceği bir planı ifade edecek	<ul style="list-style-type: none"><li>- Önerilen aktivite sınırlaması ya da yatak istirahati nedeni ile gebenin yüz yüze geleceği güçlükleri belirlemek üzere, gebenin sorumluluklarını tanımlama</li><li>- Gebe'ye kendisini iyi hissetse bile aktivitesini sınırlamasının önemini öğretme</li><li>- Gebe'ye aktivite sınırlaması süresince karşılaştıkları güçlükleri çözmelerinde yardım etme</li><li>- Mümkün olduğu kadar kendi bakım ve karar verme sürecine katılımı desteklenir</li></ul>

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Aktiviteleri düzenlemede yetersizlik</b>	Aktivite sınırlamasına bağlı	Gebe yapmaktan hoşlandığı ve yapabileceği aktiviteleri ifade edecek	<ul style="list-style-type: none"><li>- Aktivite sınırlaması boyunca gebenin ilgilenebileceği değişik aktiviteleri belirleme</li><li>- Kabul edilebilir alternatif aktivitelere olan ilgisi belirlenir</li><li>- Önerilerde bulunulur:</li><li>- Adres defterlerinizi güncelleyin,</li><li>- Yakınlarınızın doğum tarihlerini listeleyebilirsiniz</li><li>- Hergün bir arkadaş, akraba ya da size destek olabilecek bir kişiye telefon edin</li><li>- Temiz ve düzenli olunuz;kişisel hijyeninizi sağlınız</li><li>- Hedefler belirleyiniz bunları aklınızda tutunuz</li><li>- Gebeliğinize ilişkin bir günlük tutunuz</li><li>- Kaneviçe, oya ya da örgü gibi elişleri yapın. Bebek ya da başka birisi için özel bir şeyler yapın</li><li>- Başedebileceğinizi hissedince ziyaretçiler kabul edin, fakat bunu kontrol altında tutun</li><li>- Kendinizi kötü hissettiğinizde sizi toparlayacak özel şeyler yapın, manikür, yüz bakımı ya da en sevdiğiniz görüntünüz gibi</li></ul>

<b>SORUN</b>	<b>NEDEN</b>	<b>AMAÇ</b>	<b>HEMŞİRELİK GİRİŞİMLERİ</b>
<b>Bilgi eksikliği</b>	Hastalık süreci ve tedavisi nedeniyle	Hastalık ve tedavisini tanımlama ve tedavisine katılım yeterliliği	Gebeye; - Erken doğum nedir, tanımı, hastalıkla değişen durum - Erken doğuma neden olan faktörler - Erken doğumun belirtileri, korunma - Tedavinin etkisi - Tedavi ve erken doğuma bağlı komplikasyonlar ve komplikasyonları önlemeye yönelik davranışların öğretilmesi

**EK VI**

**RESMİ İZİN YAZISI**

**T.C.**  
**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ**  
**Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü**

**Sayı** : B.30.2.ATA.0.1H.02.03/ 2180  
**Konu** : Tez Çalışması

**Erzurum** : 12.04.2010

**ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE**  
**(Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)**

**İ L G İ** : 02.04.2010 tarih ve 630-6049 sayılı yazı.

Hastanemiz Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Başkanlığının 05.04.2010 tarihli Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Meral KILIÇ'ın "Erken Doğum Tanısı Alan Gebelere Verilen Bakımın ve İzlemin Gebelerin Öz Bakım Gücüne Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili yazısı ekte sunulmuştur.

Bilgilerinize arz ederim.

Prof.Dr.Necip BECİT

B A Ş H E K İ M

Eki : 1 Adet yazı.

T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık – Araştırma ve Uygulama Merkez Müdürlüğü

Bölüm : Kadın Hastalıkları ve Doğum  
Sayı : B.30.2.ATA.0.1H.01.20  
Konu : Tez Çalışması HK.

ERZURUM:05.04.2010

BAŞHEKİMLİK MAKAMINA

İLGİ: 02.04.2010 tarih ve 630 sayılı yazınız.

İlgi yazı ile gönderilen Sağlık Bilimleri Enstitüsü doktora öğrencisi Meral KILIÇ' ın "Erken Doğum Tanısı Alan Gebelere Verilen Bakımın ve İzlemin Gebelerin Öz Bakım Gücüne Etkisi" konulu tez çalışması ile ilgili anketini Anabilim Dalımızda yapması uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Doç. Dr. Metin İNGEÇ  
Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim  
Dalı Başkanı



T.C. SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ Yaz-Emrah İşleri Şefliği	
Kayıt No:	2104
Tarih :	09.04.2010
Saat :	



EK- VII

ETİK KURUL ONAYI



T.C.  
ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Servisi : Enstitü Müdürlüğü  
Sayı : B.30.2.ATA.0.A1/00/00/ 1469  
Konu :

0-9 TEM 2010

Sayın: Meral KILIÇ

Etik Kurul Bilimsel Araştırma ve Tez Başvuru Formunuz hakkında Enstitümüz Etik Kurulunun almış olduğu 07.07.2010 tarih ve 2010.3.1/5" numaralı kararı ektedir.  
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Prof. Dr. Türkan PASİNLİOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Etik Kurul Başkanı

EK: 1 Adet Karar


---


**Dahili TLF :** 0-442-231 4885-4886-4887-4891-4894-4895  
**HARİCİ TLF :** 0 442 - 236 09 70  
**FAX :** 0-442 - 236 09 69  
**E-mail:** sagbilenst@atauni.edu.tr  
Enstitüler Binası Kat : 1 25240 ERZURUM


**2010 3.1/5 "SAĞLIK BİLİMLERİ ETİK KURUL KARARI 07.07.2010"**

**3-1/5- Enstitümüz Doğum, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora öğrencisi Meral KILIÇ'ın "Erken Doğum Tanısı Alan Gebelere Verilen Bakımın Gebelerin Öz Bakım Gücüne Etkisi" isimli tez konusu görüşüldü;**

**İlgilinin tez konusunun etik değerlere uygun olduğu mevcudun oybirliği ile karar verildi.**

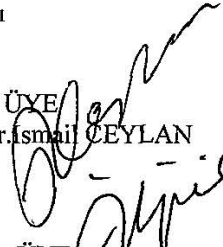
  
Prof. Dr. Türkan PASINLIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurul Başkanı

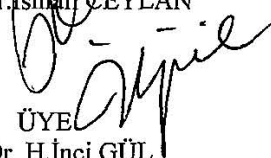
  
Başkan Yardımcısı  
Prof. Dr. Funda BAYINDIR

  
ÜYE  
Prof. Dr. Mustafa ATASKEVER

ÜYE  
(Katılmadı)  
Prof. Dr. Zekeriya AKTÜRK

ÜYE  
(Katılmadı)  
Doç. Dr. Abdülkerim YILDIRIM

  
ÜYE  
Prof. Dr. İsmail CEYLAN

  
ÜYE  
Prof. Dr. H.İnci GÜL

ÜYE  
(Katılmadı)  
Doç. Dr. Hakan USLU,

ÜYE  
(Katılmadı)  
Yrd.Doç. Dr. İlhan ŞEN (Raportör)

