

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI  
YÜKSEK LİSANS TEZİ

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN OBSTETRİK ve  
JİNEKOLOJİK OLGULARIN RETROSPEKTİF OLARAK  
ANALİZİ ve BU HASTALARA BAKIM VEREN  
HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİ

Neziha ATEŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ

İSTANBUL-2018



**T.C.**  
**OKAN ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI**  
**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE YATAN OBSTETRİK ve**  
**JİNEKOLOJİK OLGULARIN RETROSPEKTİF OLARAK**  
**ANALİZİ ve BU HASTALARA BAKIM VEREN**  
**HEMŞİRELERİN GÖRÜŞLERİ**

**Nezaha ATEŞ**

**144003003**

**Tez Danışmanı**

**Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ**

**İSTANBUL-2018**

T.C  
OKAN ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ

Belirtilecek açıklamalar için ayrılan yerlerin yeterli olmaması durumunda formun arka yüzü veya ek bir kâğıt da kullanılabilir.

Y Ü K S E K L İ S A N S  
T E Z O N A Y I


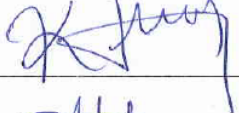

**ÖĞRENCİNİN**

Adı ve Soyadı : Neziha ATEŞ  
Danışman : Doç. Dr.K.Derya BEYDAĞ

Tez Savunma Tarihi: 12.06.2018  
Tez Savunma Saati :14.30

Tez Konusu : "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Obstetrik Ve Jinekolojik Olguların Retrospektif Olarak Analizi Ve Bu Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Görüşleri"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin KABUL'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi Elçin BABAOĞLU (Üsküdar Üni.)	KABUL	
Doç.Dr. K.Derya BEYDAĞ	KABUL	
Dr. Öğr.Üyesi Özlem YAZICI	KABUL	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KANAATI (KABUL / RED / DÜZELTME)	İMZA
Dr. Öğr.Üyesi İlknur ÇALIŞKAN		

## ÖZET

Bu çalışma, multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirerek, kabul nedenlerini ve klinik sonuçlarını araştırmak ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini incelemek amacıyla retrospektif tanımlayıcı ve niteliksel tipte bir çalışmadır.

İki aşamada gerçekleştirilmiş olan çalışmanın ilk aşamasında, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde Haziran 2012 - Haziran 2016 yılları arasında obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan toplam 73 hasta retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışmanın ikinci aşaması, nitel desende yapılmış, yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmayı kabul eden 42 hemşire, ebe, sağlık memuru ile görüşülmüştür. Araştırma, 1 Nisan - 1 Haziran 2016 tarihleri arasında, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirilmiş, verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen nitel içerik, nitel analiz yöntemleri ile analiz edilmiştir.

Yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastaların yaş ortalaması, 31,47 yaş, mortalite oranı %7,5 ve en sık kabul nedeninin HELLP Sendromu/ Eklampsi/ Preeklampsi (%40) olduğu, hastaların %20'sinde hastalığa eşlik eden kardiyak problemler varlığı ve %85'inin gebeliğin ikinci trimesterında ve sezeryan ile doğum yaptıkları belirlenmiştir. Yoğun bakıma kabul edilen jinekolojik hastaların yaş ortalaması 65,60 yaş, mortalite oranı %21,3 ve en sık kabul nedeninin Over Ca (% 48,5) olduğu ve hastaların %12,1'inde sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyonlar ve sepsisin komplikasyon olarak ortaya çıktığı saptanmıştır. Çalışmaya katılan hemşirelerin %66,7'si 1-10 jinekolojik ve obstetrik hastaya yoğun bakımda bakım verdiğini, %57,1'i jinekolojik ve obstetrik yoğun bakım hastasına bakım vermeyi tercih etmediğini, %73,8'si obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım vermede kendini yeterli görmediğini, %66,7'si bu hastalara bakım verme konusunda spesifik eğitime ihtiyaç duyduklarını ifade etmiştir. Çalışanların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih edenlerin "Hasta ayırımı yapmıyorum" ve "Hastaların genç ve sağlıklı olması" yanıtlarının ağırlıklı verildiği; bakımı tercih etmeme nedenleri

arasında “bilgi eksikliği” ve “hastaya bakmak istememesi” yanıtlarının ağırlıklı olduğu gör÷lmektedir. Obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmada kendini yeterli görmeme nedenleri incelendiğinde “Az karşılaştığımız hastalar” ve “Bakım vermede yetersizim” yanıtları ağırlıktadır. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaya bakım vermenin diğerk hastalara bakım vermekten farklı görme nedenleri incelendiğinde “Tanı ve klinikleri diğerk hastalardan farklı” ve “Psikolojik nedenden” yanıtları verilmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Yoğun bakım ünitesi, Obstetrik hasta, Jinekolojik hasta, Obstetrik ve jinekolojik yoğun bakım, Hemşire, Görüş.



## **ABSTRACT**

### **ANALYSIS OF RETROSPECTIVE OF OBSTETRIC AND GYNECOLOGICAL CASES IN INTENSIVE CARE UNIT AND VIEWS OF NURSES THAT GIVE CARE TO THESE PATIENTS**

This study is a retrospective descriptive and qualitative type study to investigate the reasons of acceptance and clinical outcomes of obstetric and gynecologic cases followed in multidisciplinary general intensive care unit retrospectively and to examine the opinions of nurses giving care to these patients.

A total of 73 patients with obstetric and gynecological reasons were studied retrospectively at the Department of Anesthesiology and Reanimation Clinic Intensive Care Unit of Bakırköy Dr.Sadi Konuk Research and Training Hospital during the first phase of the two-stage study. The second phase of the study was interviewed with 42 nurses, midwives, health officers who were qualitatively selected, working in the intensive care unit and accepting research. The study was carried out between April 1 and June 1, 2016 in the Department of Anesthesiology and Reanimation Clinic of Bakırköy Dr.Sadi Konuk Research and Training Hospital. Number, percentage, mean, standard deviation were used as descriptive statistical methods in evaluating the data. The qualitative content obtained in the research was analyzed by qualitative analysis methods.

The mean age of the obstetric patients was 31.47 years, the mortality rate was 7.5% and the most common reason was HELLP Syndrome / Eclampsia / Preeclampsia (40%), 20% of the patients had cardiac problems accompanying the disease, Of pregnancies are in the second trimester of pregnancy and they have been delivered by cesarean section. The gynecologic patients who accepted intensive care were 65,60 years old, mortality rate 21,3%, and the most frequent cause was Over Ca (48,5%) and 12,1% of the health related infections and sepsis complication . It was stated that 66.7% of the nurses participated in the study gave 1-10 gynecological and obstetric care to the gynecological care, 57.1% did not prefer gynecological and obstetric intensive care, 73.8% did not care for the obstetric and gynecological patients 66.7% of them stated that they needed specific training in the care of these patients. The respondents who prefer to look at obstetric and gynecological patients are mostly given the answers "I do

not make a patient" and "The patients are young and healthy". "lack of information" and "unwillingness to look at the patient" are the main reasons for not choosing to care. When examining the reasons for not seeing enough in obstetric and gynecological patients, the answers are "Patients we rarely encounter" and "Inability to give care". "Diagnosis and clinics are different from other patients" and "Psychological reasons" were given when the reasons for giving patients with obstetric and gynecological reasons differ from those given to other illness care.

**Key words:** Intensive care unit, Obstetric patient, Gynecologic patient, Obstetric and gynecological intensive care, Nurse, Opinion.





## ÖNSÖZ

Çalışmam süresince, yoğun çalışırken engin bilgi birikimi ve tecrübelerinden yararlandığım, en zor zamanlarda benden desteğini esirgemeyen değerli hocam ve danışmanım **Doç. Dr. Kerime Derya BEYDAĞ'** a,

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü'ndeki eğitimim süresince bana emeği geçen tüm hocalarıma,

Tezimin oluşmasında katkısı olan, Anestezi ve Reanimasyon kliniğinde çalışan arkadaşlarım **Hülya ŞAHINDOKUYUCU, Suriye EVİN, Ömür TUNÇ** ve tüm **hemşire arkadaşlarımın herbirine**, canım arkadaşım **Özlem İNCEDAL'**a

Yoğun bakım hekimleri, yoğun bakım asistanları ve yoğun bakım sorumlusu değerli hocalarıma,

Bana her zaman destek ve yardımcı olan, sabrı ve sevgisini daima üzerimde hissettiğim kıymetli eşim **Hakan ATEŞ'**e ve canım kızım **Tanya'** ma sonsuz teşekkür ederim.

İyi ki hayatımda varsınız.

**Neziha ATEŞ**

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün aşamalarında etik dışı davranışım olmadığını, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım tüm bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığımı ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

Neziha ATEŞ

... /... /.....



# İÇİNDEKİLER

ÖZET .....	ii
ABSTRACT.....	iv
ÖNSÖZ .....	vi
BEYAN .....	vii
İÇİNDEKİLER .....	viii
TABLolar LİSTESİ .....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ .....	xii
SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ .....	xiii
1.GİRİŞ .....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1 Obstetride Yoğun Bakım Gerektiren Kritik Durumlar.....	7
2.1.1. Preeklampsi ve Eklampsi .....	8
2.1.2. HELLP Sendromu .....	9
2.1.3. Amniotik Sıvı Embolisi.....	10
2.1.4. Obstetrik Hemoraji.....	10
2.2.4.1 Erken Gebelik kanamaları.....	11
2.2.4.2. Geç Gebelik Kanamaları.....	11
2.2.4.3. Postpartum Kanama(PPK) .....	12
2.1.5. DIC ( Dissemine Intravasküler Koagülasyon) .....	13
2.1.6. Ektopik Gebelik Ruptürü .....	14
2.1.7. Peripartum Kardiyomiyopati .....	14
2.1.8. Tokolitik Tedaviye Bağlı Akciğer Ödemi .....	15
2.1.9. Gebelikte Tiroid Fırtınası .....	15
2.1.10. Gebelikte Akut Respiratuar Distress Sendromu (ARDS) .....	15
2.1.11. Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri.....	16
2.1.12. Gebelikte Sepsis.....	16
2.1.13. Gebelik Döneminde Altta Yatan Hastalıkların Şiddetlenmesi .....	18
2.1.13.1. Kalp Hastalıkları.....	18
2.1.13.2. Diyabetes Mellitus.....	19
2.1.13.3. Böbrek Hastalığı .....	20
2.1.13.4. Kronik Hipertansiyon.....	21

2.1.13.5. Miyastenia Gravis (MG) .....	21
2.1.13.6. Solunum Sistemi Hastalıkları .....	22
2.1.14. Gebelik Döneminde Olabilecek Kritik Durumlar .....	23
2.2. Jinekolojide Yoğun Bakım Gerektiren Kritik Durumlar .....	23
2.2.1. Over Kanseri (Yumurtalık kanseri).....	25
2.2.2. Endometrium Kanseri (Rahim Kanseri) .....	26
2.2.3. Serviks Kanseri (Rahim Ağızı Kanseri).....	26
2.2.4. Uterus Perforasyonu.....	27
2.2.5. Pelvik İnflaatuvar Hastalık(PID) .....	28
2.3. Obstetrik ve Jinekolojik Hastalara Yoğun Bakımda Yapılan İnvaziv Girişimler ve Monitörizasyon .....	28
2.3.1. Yatak Başı Monitörizasyon.....	28
2.3.2. Arteriyal Katater ve Monitörizasyon.....	29
2.3.3. Santral Ven Katateri ve Monitorizasyon.....	29
2.3.4. PICCO (Transpulmoner Termodilüsyon ile Kardiyak Output ölçümü) Monitörizasyonu .....	29
2.3.5. Nazogastirik sonda (NG) .....	30
2.3.6. Mesane Kataterizasyonu .....	30
2.3.7. Endotrakeal ya da Nazotrakeal Entübasyon.....	30
2.3.8. Trakeostomi.....	31
2.3.9. Mekanik ventilasyon.....	31
2.3.10. Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO) .....	32
2.3.11. Renal Replasman Tedavisi (RRT).....	33
2.3.12. Plazmaferez .....	33
2.4. Yoğun Bakım Hemşireliği (YBH).....	34
2.4.1. Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları.....	35
2.4.2. Türkiye’de YBH Sertifikasyonu.....	36
2.5. Obstetrik ve Jinekolojik Yoğun Bakımların İşleyişi .....	37
2.5.1. Kadın Sağlığı Hemşireliği .....	38
2.5.2. Kadın Sağlığı Uzman Hemşireliği .....	38
2.5.3. Kadın Sağlığı Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları.....	39
2.5.4. Jinekoloji ve Jinekolojik Onkoloji Hemşireliği.....	40
2.6. Obstetrik ve Jinekolojik Yoğun Bakım Hemşiresinin Önemi .....	41
2.7. Kritik Gebe Bireylerin Yoğun Bakımda Takibi .....	41

<b>2.8. Obstetrik ve Jinekolojik YBÜ Hemşirelik Eğitimi ve Uzmanlaşması Gereken Konular .....</b>	<b>42</b>
<b>2.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Kadın Sağlığına Yönelik “Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği’ne (NANDA)” Göre Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi .....</b>	<b>43</b>
<b>3. GEREÇ ve YÖNTEM .....</b>	<b>47</b>
<b>3.1. Araştırmanın Tipi .....</b>	<b>47</b>
<b>3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı .....</b>	<b>47</b>
<b>3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi .....</b>	<b>48</b>
<b>3.4. Veri Toplama Araçları .....</b>	<b>48</b>
<b>3.5. Araştırmanın Etik Boyutu .....</b>	<b>49</b>
<b>3.6. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları.....</b>	<b>49</b>
<b>3.7. Verilerin Değerlendirilmesi .....</b>	<b>49</b>
<b>4. BULGULAR ve YORUMLAR.....</b>	<b>51</b>
<b>5. TARTIŞMA.....</b>	<b>72</b>
<b>6. SONUÇ ve ÖNERİLER .....</b>	<b>84</b>
<b>KAYNAKÇA.....</b>	<b>87</b>
<b>EKLER .....</b>	<b>102</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ .....</b>	<b>110</b>

## TABLolar LİSTESİ

<b>Tablo 1. Türkiye’de Anne Ölümlerinin Nedenlerine Göre Dağılımı .....</b>	<b>5</b>
<b>Tablo 2. Obstetrik Hastaların Yoğun Bakıma Alınma Oranları İle Yoğun Bakıma Alınan Obstetrik Hastaların Ölüm Oranları .....</b>	<b>6</b>
<b>Tablo 3. Gebeliğin Hipertansif Hastalıklarının Sınıflandırılması.....</b>	<b>9</b>
<b>Tablo 4. Ortaya Çıkış Zamanlarına Göre Postpartum Kanama Nedenleri. 13</b>	
<b>Tablo 5. Annede Kardiyovasküler Riskin DSÖ Tarafından Değiştirilmiş Sınıflandırması .....</b>	<b>18</b>
<b>Tablo 6. Gebelikte Mortalite Oranına Göre Kalp Hastalıkları.....</b>	<b>19</b>
<b>Tablo 7. Kronik Böbrek Yetmezliğinin Anne ve Fetüse Etkileri .....</b>	<b>20</b>
<b>Tablo 8. Obsterik ve Jinekolojik YBÜ’nde Uzmanlaşılması Gereken Konular .....</b>	<b>43</b>
<b>Tablo 9. Obstetrik Hastaların Yoğun Bakım Özellikleri .....</b>	<b>51</b>
<b>Tablo 10. Jinekolojik Hastaların Yoğun Bakım Özellikleri Yatış Nedenleri .....</b>	<b>53</b>
<b>Tablo 11. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı.....</b>	<b>55</b>
<b>Tablo 12. Yoğun Bakımda Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özellikler .....</b>	<b>56</b>
<b>Tablo 13. Yoğun Bakımda Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özellikler .....</b>	<b>62</b>
<b>Tablo 14. Obstetrik ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastalara Bakım Verirken Yapılan Bakım Planları ve NANDA Listesinden Faydalanma Durumu.....</b>	<b>70</b>

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen Kanserlerin Toplam Sayısı ve Yüzde Dağılımları .....	25
Şekil 2. Obstetrik ve Jinekolojik Yoğun Bakım Ekibi.....	38
Şekil 3. Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeyi Tercih Etme Nedenleri.....	58
Şekil 4. Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeyi Tercih Etmeme Nedenleri.....	59
Şekil 5. Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Verme Konusunda Kendini Yeterli Görmeme Nedenleri .....	60
Şekil 6. Obstetrik ve jinekolojik Hastaya Bakım Verme Konusunda İhtiyaç Duyulan Spesifik Eğitimler .....	61
Şekil 7. Obstetrik ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaya Bakım Vermenin Diğer Hastalara Bakım Vermekten Farklı Görme Nedenleri .....	64
Şekil 8. Obstetrik ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesi Nedenlerine Yönelik Görüşler .....	65
Şekil 9. Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesinin Avantajlarına İlişkin Görüşler .....	66
Şekil 10. Obstetrik ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesinin Dezavantajlarına İlişkin Görüşler.....	69

## SEMBOLLER/KISALTMALAR LİSTESİ

<b>N</b>	: Evrendeki birey sayısı
<b>ARDS</b>	: Acute Respiratory Distress Syndrome
<b>n</b>	: Örnekleme alınacak birey sayısı
<b>KOAH</b>	: Kronik Obstruktif Akciger Hastalığı
<b>SPSS</b>	: Statistical package for social science for windows
<b>TNSA</b>	: Türkiye Nüfus Ve Sağlık Araştırması
<b>CO<sup>2</sup></b>	: Karbondioksit
<b>EKG</b>	: Elektrokardiyogram
<b>YBÜ</b>	: Yoğun Bakım Ünitesi
<b>YBH</b>	: Yoğun Bakım Ünitesi Hemşireliği
<b>PEEP</b>	: Positive End - Expiratory PressurePositive End - Expiratory Pressure
<b>ABY</b>	: Akut Böbrek Yetmezliği
<b>DIC</b>	: Dissemine İntravasküler Koagülasyon
<b>HELLP</b>	: Hemolitik anemi, Elevated Liver Enzyme, Low Platelet
<b>MgSO<sub>4</sub></b>	: Magnezyum sülfat
<b>mmHg</b>	: Milimetre civa
<b>MOY</b>	: Multiple Organ Yetmezliği
<b>PKMP</b>	: Peripartum Kardiyomiyopati
<b>TDP</b>	: Taze Donmuş Plazma
<b>TAH BSO</b>	: Total Abdominal Histerektomi Bilateral Splingo Ooferektomi
<b>GAYK</b>	: Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri
<b>SIRS</b>	: Sistemik İnflamatuvar Sendromu
<b>PE</b>	: Pulmoner emboli
<b>DVT</b>	: Derin Ven Trombozu
<b>HPV</b>	: Human Papilloma Virüsü
<b>NANDA</b>	: Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği
<b>RRT</b>	: Renal Replasman Tedavisi
<b>KİBAS</b>	: Kafa İçi Basınç Artış Sendromu
<b>SVO</b>	: Serebro Vasküler Olay



## 1. GİRİŞ

Dünyada ilk yoğun bakım 1923 senesinde Baltimore John Hopkins Hastanesinde üç yataklı ameliyat sonrası beyin cerrahisi yoğun bakımı ünitesi (YBÜ) olarak kurulmuştur. Türkiye’de 1959 yılında ilk yoğun bakım ünitesi 4 yataklı Haydarpaşa Numune Hastanesi’ne Dr. Cemalettin Ömer önderliğinde kurulmuştur. Scarpinato obstetrik yoğun bakımın gerekliliğini ilk kez 1998 yılında öne sürmüştür (1,2).

Obstetrik olgular çoğu zaman genç ve sağlıklı kişilerdir. Bazen bu olgular da gebelikle alakalı ya da gebelik öncesi var olan bir hastalığın alevlenmesi ile ilişkili olarak ağır sonlar yaşayabilirler. Bu sebeple yoğun bakım kliniklerinde tedavi ve bakıma ihtiyaç vardır (3-6).

Maternal mortalite, gebelerin çoğunun genç ve sağlıklı olmalarından ötürü beklenmedik bir olaydır (4). Bundan 50-60 yıl öncesine kadar gebe kadınların perinatal, intranatal ve postnatal dönemde mortalitesi oldukça sık duyulurdu. O dönemlerde obstetrik açıdan ilk amaç gebe kadını yaşatabilmektir. Teknolojinin ve kliniklerin değişimiyle birlikte antenatal, intranatal dönemde ve postnatal dönemde bakımın öneminin artmasıyla birlikte maternal mortalite oranının oldukça azalmıştır (7). Fakat 21. yüzyıldaki gelişmelere rağmen maternal mortalite önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Riskli durumda olan gebelerin yoğun bakım kliniğine yatışı doğumların %0,1-%0,9’unu kapsamaktadır. Bu sıklıkta bile maternal mortalite %3,4-%21 arasında görülmektedir (4,5,8,9). Yoğun bakım ünitelerinde sağlanan tedavi ve bakım, hastaların iyileşme sürecine ve komplikasyonların erken tanınmasına katkı sağlar (8). Tıptaki ilerlemeler ve ileri teknolojik gelişmelerle birlikte kronik hastalığı olan ve ileri yaşta kadınların gebelik oranları artmıştır. Bu yüzden kritik obstetrik hastaların yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi önerilmektedir (8,10). Mortalitenin büyük çoğunluğu doğrudan obstetrik nedenlere bağlı olup uzmanlarca yapılmış düzenli perinatal bakımlarla önlenecek ölümlerdir (3). Yoğun bakım kliniklerinde tıbbi teknolojik gelişmelere ve tedavideki ilerlemelere rağmen maternal mortalite ve morbidite halen devam etmektedir. Bu artan risk önceden var olan hastalıklar, gebelikte artan fizyolojik değişiklikler, laboratuvar ve parametrelerin diğer hastalardan değişik

oluşu, postpartum dönemde gelişen komplikasyonlar, ilaç ve girişimsel işlemlerin fetüs için tehlike oluşumundan kaynaklandığı düşünülmektedir (9).

Kadınların yaşam süresi uzadıkça, menopoz ve menopoz sonrası yaşam süresi uzamaktadır. Yaşlı kadın nüfusunun atması ve bunlara paralel olarak menopozda geçireceği sürenin uzaması, jinekolojik sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Menopoz, kadın hayatının yaklaşık 3/4'lük dönemini kapsamakta, jinekolojik nedenlerle yoğun bakım ünitelerinde yatan ileri yaş hastaların kronik hastalıklarının da varlığı tabloyu ağırlaştırmaktadır (10-12).

Yoğun bakım üniteleri; akut ve kronik hastalıkların varlığında görülen ve hayatı tehdit eden ileri organ yetmezliklerinin takip ve tedavisi için geliştirilmiş, yakın izlem ve hızlı müdahalelerin olduğu özel ünitelerdir. Yoğun bakım üniteleri yerleşim biçimi, insan gücü, profesyonel kapasite ve teknik donanım açısından son derece özellikli multidisipliner ünitelerdir. YBÜ'leri yüksek teknolojinin kullanıldığı üniteler olduğu için bilgi ve becerilerin sürekli yenilenmesi gerektiği alanlardır. Yoğun bakımlar, diğer ünitelerden farklı olarak daha ileri teknolojiye sahip ekipmanları ile hastaların 24 saat yaşamsal bulgularının izlendiği multidisipliner bir ekip hizmetinin olduğu kliniklerdir. Multidisipliner ekibin en önemli üyelerinin kilit noktasını şüphesiz ki yoğun bakım hemşireleri oluşturmaktadır (6, 2). Yoğun bakım ünitelerinde sağlanan tedavi ve bakım, hastanın iyileşme sürecine ve komplikasyonların erken tanınmasına katkı sağlar. Bu yüzden kritik obstetrik ve jinekolojik hastaların yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi önerilmektedir (4). Türkiye'de ve gelişmekte olan ülkelerde gebe ya da gebeliğe bağlı, ağır jinekolojik operasyonlara bağlı olarak kritik durumlarda hastanelerin genel yoğun bakım üniteleri/reanimasyon kliniklerinde tedavi ve takibi yapılmaktadır. Ülkemizde obstetrik ve jinekolojik hastalara özgü yoğun bakım üniteleri bulunmamaktadır. Obstetrik ve jinekolojik yoğun bakım gebelik, doğumla alakalı yada postpartum dönemdeki ciddi durumlar, ağır jinekolojik operasyonların yaşandığı durumlarda, bireyin ayrı, özel ve bu alanda özel eğitim almış ekibin çalıştığı üniteler olması gereken yerlerdir. Bu ekip kadın doğum uzmanı, kadın doğum hemşiresi, yoğun bakım hekimi ve hemşirelerinden oluşmaktadır (2).

Yoğun bakım hemşireliği, çok özel eğitimleri ve uygulamaları kapsayan; yaşamı tehdit altında bulunan kritik hastaların en uygun bakımı alabilmesi için araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan, özel olarak eğitilmiş, lisanslandırılmış hemşireler tarafından yapılan, mesleklerarası bir ekibin parçası olan, iletişim yetenekleri ve işbirliği içerisinde çalışmayı gerektiren bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakım hemşiresi, holistik bakım çerçevesinde, bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek, yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla sağlık alanındaki yenilikleri yakından takip eden ve değerlendirendir (13-15).

Ülkemizde kritik obstetrik olgular ile ilgili birçok retrospektif çalışmalar bulunmaktadır. Jinekolojik nedenler ya da jinekolojik operasyonlardan sonra yoğun bakım yatışı ile ilgili çalışmalar azdır.

Yoğun bakım ünitesinde yatan obstetrik ve jinekolojik olgulara bakım veren hemşirelerin görüşleri doğrultusunda bakım planlanması ve önceliklerin belirlenmesi oldukça önemlidir. Ayrıca bu hastaların tedavi ve bakımından sorumlu olan hemşireler ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır.

Bu çalışmanın amacı, multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirerek kabul nedenlerini ve klinik sonuçlarını araştırmak ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini incelemektir.

## 2. GENEL BİLGİLER

Gebelerde yoğun bakım gereksinimi 200-700/100.000 (%0.1-0.9) olarak bulunmuştur. Gebeliklerin 42. haftasına kadar %12-45 arasında yoğun bakım ihtiyacı vardır. Doğumda bu oran %50'ye çıkmaktadır. Postpartum ilk 40 gün içinde ise %10-15 arasında yoğun bakım ihtiyacı olmaktadır (9).

Az gelişmiş ülkelerde 15-49 yaş arası kadınların en yaygın mortalite nedeni gebelik, doğum, lohusalık döneminde olan komplikasyonlardır. Obstetrik hastalar genellikle genç ve sağlıklı kişilerdir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler gebelikte veya gebelikten önce varolan hastalıkların şiddetlenmesiyle birlikte ağır tablolar ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle her gebelik risk oluşturmaktadır. Gebelik tanısı alan tüm gebeler düşük de olsa riskli gebelerdir. Ortaya çıkan komplikasyonlar veya gebelik öncesinde var olan medikal sağlık sorunları nedeniyle anne ve fetüsün tehlikede olduğu gebeler ise yüksek riskli gebelikler olarak tanımlanır. Bu nedenden dolayı yoğun bakım tedavisine ihtiyaç duyulur (16-18).

“ “Kadın ölümü”, ölüm nedenine bakılmaksızın 15- 49 yaş grubu kadınlar arasında meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır. “Gebeliğe bağlı ölüm”, ölüm nedenine bakılmaksızın gebelik sırasında veya gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içerisinde meydana gelen ölümler olarak tanımlanmaktadır. “Anne ölümü”, bir kadının gebelik sırasında, doğumda ya da gebeliğin sonlanmasından sonraki 42 gün içinde, gebeliğin süresine ve yerine bakılmaksızın, gebelik durumuna veya gebelik sürecine bağlı (doğrudan) ya da bunların şiddetlendirdiği (dolaylı) ancak tesadüfi olmayan bir nedenlerden kaynaklanan kadın ölümüdür. “Doğrudan anne ölüm nedenleri”, gebelikle birlikte ortaya çıkan fiziksel ve psikolojik durumlara direkt olarak bağlı olan nedenlerdir. En belirgin olanlar, hemoraji, sepsis, eklampsi, emboli, sezeryan sırasındaki cerrahi ya da anestezi komplikasyonlarıdır. “Dolaylı anne ölüm nedenleri”, önceden varolan veya gebelik sırasında ortaya çıkan ve bu dönemde meydana gelen fizyolojik değişimlerin şiddetlendirdiği nedenlerdir. Örneğin, şeker hastalığı, HIV/ AIDS, anemi, kalp rahatsızlığı, intihar”(17).

Maternal mortalite göstergesi, uluslararası kuruluşların önem verdiği, ülkelerin gelişmişlik düzeyini gösteren önemli sağlık göstergesidir (18). 2013 yılında dünya genelinde gebelikle alakalı durumlar sebebiyle yaklaşık 293.000 kadın hayatını kaybetmektedir. 2013 yılında anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 209 olarak bulunmuştur. Anne ölümü gelişmiş ülkelerde 100.000'de 12, az gelişmiş ülkelerde bu oran 100.000'de 233'tür (19). Türkiye'de gebeliğe bağlı ölüm oranı 100.000 canlı

doğumda  $38,3 \pm 2,8$  olarak bulunmuştur. Anne ölüm oranı Türkiye için 100.000 canlı doğumda 28,5'tir (17).

Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 raporuna göre 53 ilin 615 hastanesi ile yapılan rapora göre anne ölüm hızı 2140 canlı doğumda 1'dir. Anne ölümüne sebep olan nedenlerin %24,9 doğumdan hemen önce, intrapartum ve postpartum kanamalardan kaynaklanmaktadır. Ölümlerin 1/3 lohusalığın birinci gününde gerçekleşmiştir. Bunun temel nedeni uterus atonisi ve plasentanın ve eklerinin tam olarak ayrılamamasından kaynaklanıyor olmasıdır. Doğrudan anne ölümüne neden olan ikinci sebep ise, ölümlerin %18,4'üden sorumlu olan eklampsidir. Emboli, uterus rüptürü, cerrahi operasyonların komplikasyonlarına bağlı anne ölümlerinin %15,7'dir. Gebeliğe bağlı sepsis anne ölümlerinin %4,6'sından sorumludur. Kadınları %1,8'i ektopik gebelik, septik abortustan yaşamını yitirmektedir. İntihar nedeniyle kaybedilen anne oranı ise %3,2'dir (16,17).

**Tablo 1: Türkiyede Anne Ölümlerinin Nedenlerine Göre Dağılımı**

<b>Anne Ölüm Nedenleri</b>	<b>(%)</b>
Ante-intra ve post-partum hemoraji	24.9
Ödem, proteinüri ve hipertansif bozukluklar	18.4
Diğer doğrudan nedenler (emboli, cerrahi komplikasyonlar, uterus rüptürü)	15.7
Bilinmeyen doğrudan nedenler	10.1
Gebeliğe bağlı enfeksiyonlar	4.6
İntihar	3.2
Erken gebelik dönemi ölümleri	1.8
Dolaylı nedenler	21.2

**Kaynak** 17'den alınmıştır.

Ulusal Anne Ölümleri Çalışması 2005 raporuna göre standart bakımın eksikliğine ilişkin faktörler %61,6'dır. Bu oran maternal mortalitenin azaltılabileceğini gösteren kanıtlardır. Anne ölümlerinin büyük bir kısmı direkt obstetrik nedenli olup düzenli antenatal bakımla nispeten önüne geçilebilecek ölümlerdir. Anne ölümlerini azaltmada obstetrik yoğun bakımda takip ve tedavi edilen olguların mortalite oranları azalma görülür. Obstetrik yoğun bakımın önemine baktığımızda; gebelerdeki fizyolojik değişiklikler altta yatan hastalıkları maskeleyebilir, obstetrik olguların tedavi, takip ve girişimsel işlemlerin geç yapılması diğer olgulara göre kritik sonuçlar doğurabilir, annenin ölüm ya da hastalığı hem kendini hem de doğacak çocuğu etkilediği için ağır sonuçlar yaşatabilir (2,17-19).

**Tablo 2: Obstetrik Hastaların Yoğun Bakıma Alınma Oranları İle Yoğun Bakıma Alınan Obstetrik Hastaların Ölüm Oranları**

Yıllara göre	Ülkelere göre	1000 doğumda yoğun bakıma kabul oranı	Yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastaların ölüm oranı
1978-1989	Avusturalya	2,1	126:1
1988-2000	Amerika	4,1	22:1
1991-1992	Fransa	3,1	20:1
1991-1997	Kanada	3,0	44:1
1991-2000	Brezilya	1,4	3:1
1990-2001	Hollanda	7,6	20:1
2003-2005	İngiltere	2,1	14:1

Kaynak: 2.'den alınmıştır.

Jinekolojik hastalar genellikle ileri yaş ve yandaş hastalıkları olan kişilerdir. Kadınların yaşam süresi uzadıkça, menapoz ve menapoz sonrası yaşamda geçireceği süre uzamaktadır. Yaşlı kadın nüfusunun artması ve bunlara paralel olarak menapozda geçireceği sürenin uzaması, jinekolojik sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Menapoz, yaklaşık kadın hayatının %34 'lük dönemini kapsamaktadır. Jinekolojik maligniteler ile birlikte diyabet, hipertansiyon, kardiyak sıkıntılar, solunum problemleri, nörolojik problemler, obezite gibi hastalıkların da varlığı tabloyu ağırlaştırmaktadır. Bu

hastaların hemodinamik sorunları hastaların yoğun bakım ünitesinde kalış süresini uzamaktadır (10-12).

## 2.1. Obstetride Yoğun Bakım Gerektiren Kritik Durumlar

Obstetrik hastalar sıklıkla belirli nedenlerle yoğun bakıma kabul edilmektedir. Bu nedenlerin çoğu gebelikle ilişkili olup gebelik sürecinde veya gebelik sonrasında hastanın hayatını tehdit edici özellikte patolojiler göstermektedir. Yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastalarda bu patolojilerin en sık görülenleri pre-eklampsi, eklampsi, HELLP sendromu (Hemolitik anemi Elevated liver Enzyme Lov Platelets), obstetrik hemorajiler ve komplikasyonları (DİC), amniotik sıvı embolisi, ektopik gebelik rüptürü, sepsis, gebeliğin akut karaciğer yağlanması ve peripartum kardiyomyopati (2,16,18,).

Son yıllara ait bilgilere göre mutlaka yoğun bakım ünitesinde takip edilmesi gereken durumlar aşağıdaki şekildedir (2,18).

### ➤ **Medikal hastalığı olan obstetrik olgular**

- *Kardiyavasküler sistem hastalıkları:* Kalp kapak hastalıkları, Primer pulmoner hipertansiyon, Konjenital kalp hastalıklarıdır.
- *Nörolojik hastalıklar:* Epilepsi, Myestina Graves, Gulien Bare Sendromu
- *Pulmoner hastalıklar:* Pulmoner emboli, Aspirasyon pnömonisi
- *Renal sisteme ait hastalıklar:* Böbrek yetmezliği
- *Hematolojik nedenler:* Derin Ven Trombozu (DVT), Dissemine İntravasküler Koagülopati (DIC)
- *Endokrin sistem hastalıkları:* Diyabetik ketoasidoz
- *Hepatik sistem:* Gebeliğin akut yağlı karaciğeri
- İmmün sistem hastalıkları

### ➤ **Daha önce gebelikle ilişkili komplikasyonu olanlar**

- Preeklampsi, eklampsi, HELLP
- Obstetrik hemoraji, DİC
- Gebeliğe bağlı septik durumlar
- Amniyon sıvı embolisi

- **Monitörizasyon gerektiren kazara gelişebilecek obstetrik hastalar**
  - Multi-travma
  - Ağır cerrahi hastalıklar
  - İntrakranial anevrizma, intraserebral hemoraji
- **Zehirlenme ya da yüksek doz ilaç nedeniyle intoksikasyon olan gebeler**

### 2.1.1. Pre-eklampsi ve Eklampsi

İleri yaş annelikleri giderek artmaktadır. Bununla birlikte gebelikte hipertansif bozukluklar riski de yaş ile artmaktadır. Pre-eklampsi, gebeliğin 20. haftasından sonra oluşan tansiyonun 140/90 mmHg'nin üzerinde olup proteinüri ve ödemin eşlik etmesiyle tanımlanır. Gebeliklerin %2-10'unda gözlenir (16,18,20,21).

Eklampsi; ciddi pre-eklampsi bulguları ile birlikte şuur kaybı, koma, grand mal tipi konvülsiyonlar ile ortaya çıkar. Hatta eklampsi nulliparlarda postpartum ilk 2 günden sonra bile eklampsi krizi gelişebilir. Gebelik döneminde, doğumda ve doğum sonrasında bile eklampsi krizi görülebilir (16,20-22).

Pre-eklampsi, maternal mortalite ve morbidite, perinatal ölüm, erken doğum ve inrauterin gelişme geriliğinin temel nedenleri arasında yer almakta olup anne ölüm nedenleri arasında ise ikinci sıradadır. Kesin tedavisi doğumun gerçekleşmesidir. Pre-eklampsi ve eklampsinin önlenmesinde ve tedavisinde erken tanı sürecin doğru bir şekilde yönetilmesi son derece önemlidir. Eklampside en önemli komplikasyonu ise intraserebral kanamadır. Maternal mortalite nedenidir. En erken dönemde müdahale edilerek anne ve bebeğin sağlığını korumak hemşirelerin yetki ve sorumluluğundadır. Pre-eklampsinin önlenmesinde ve tedavisinde erken tanı, sürecin doğru bir şekilde yönetilmesi maternal mortaliteyi önemli derecede azalmaktadır. Pre-eklampsi ilerlerse eklampsi gelişir ve maternal mortalite artar. Teknolojinin ilerlemesiyle birlikte maternal ve fetal monitörizasyon, pre-eklampsi ve eklampside aktif yönetim, iyi planlanmış doğum, MgSO<sub>4</sub> ve antihipertansif tedaviyle maternal ve fetal mortalite ciddi olarak azalmaktadır (16,18,20-24).



**Tablo 3: Gebeliğin Hipertansif Hastalıklarının Sınıflandırılması**

<b><i>Gestasyonel hipertansif bozukluklar</i></b>	Gebeliğin 20. haftasından ortaya çıkardığı hipertansiyon
<b><i>Geçici hipertansiyon</i></b>	Normal tansiyonu olan, proteinürisi ya da patolojik ödemi olmayan bir kadında gebelikte hafif hipertansiyon olmasıdır.
<b><i>Gestasyonel proteinüri</i></b>	Hipertansiyon ve proteinürisi olmayan bir gebede gebeliğinin 20. haftasından sonra proteinürisi olmasıdır.
<b><i>Preeklampsi</i></b>	Gebeliğinin 20. haftasından sonra yada postpartum ilk bir hafta içinde hipertansiyon ve proteinüri gelişmesidir.
<b><i>Eklampsi</i></b>	Preeklampsi olan hastada koma ve kövülsiyon eklenmesidir.
<b><i>Kronik hipertansif bozukluklar</i></b>	
<b><i>Kronik hipertansiyon</i></b>	Kronik hipertansiyonu olan gebenin proteinüri ya da hipertansiyon görülmesidir. Postpartum 42 günden sonrada hipertansiyonun devam etmesi.
<b><i>Süperimpoze preeklampsi, eklampsi</i></b>	Kronik hipertansiyonu olan bir gebede preeklampsi ya da eklampsi görülmesidir.

Kaynak 20,21,24'den alınmıştır.

### 2.1.2. HELLP Sendromu

HELLP sendromu ilk kez 1982 yılında Weinstein tarafından tanımlanmıştır. HELLP, kanda hemoliz, karaciğer enzimlerinde ani yükselme ve trombosit sayılarının >100.000 milieqauvalan daha az olması ile kendini gösterir. HELLP sendromu ağır preeklampsi ve eklampsinin komplikasyonu olarak kadınların yaklaşık %4-20'sinde görülür (18,20,21,24-26). Yüksek maternal ve perinatal fetüs mortalitesi sahip bir komplikasyondur. Bazı olgularda akut böbrek yetmezliği, hepatik rüptür, intravasküler koagülasyon, intraserebral kanama , septik şok, Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) gelişir (18,25).

HELLP sendromunun standart tedavisi yoktur. Tedavisi hastalığın şiddetine, fetüsün matürasyonuna, gebe ve fetüsün sağlık durumuna göre tedavi planlanır. Tek tedavi seçeneği gebeliğin bir an önce sonlanmasıdır. Erken tanı, yakın takip ve tedavi, gerektiğinde hemodiyalizasyon, mekanik ventilasyon desteği ile mortalite ve

morbiditede azalmaktadır. HELLP sendromunda en çok kan ve kan ürünü transfüzyonuna ihtiyaç duyulur (18,21,24). Bu olgular multidisipliner yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi edilmektedir.

### **2.1.3. Amniotik Sıvı Embolisi**

Maternal dolaşıma amniyotik sıvının karıştığını ilk kez Mayer 1926'da tanımlamıştır (27). Maternal dolaşım ve amniyon sıvısı arasındaki fetal bariyerin bozulması nedeniyle fetal antijenlerin maternal dolaşıma katılarak yarattığı inflamatuvar anafilaktik reaksiyondur (9). Amnion sıvı embolisi nadir olmakla birlikte maternal mortalite oranı %10-86 olarak bildirilir. 100.000 doğumda 1-12 arasında görülür (9,24). Maternal mortalitenin beşinci en sık nedenleri arasındadır. Amnion sıvı embolisi önceden tahmin edilemeyen, önlenmesi zor olan ve genellikle tedavi edilemeyen kritik bir durumdur (27). Amniyon sıvı embolisi %70 travayda, %10 postpartum dönemde, %20 sezaryen esnasında oluşmaktadır. Ortaya çıkış tablosu kötü olup klinik olarak respiratuvar distres, siyanoz, kardiyovasküler kollaps, hemoraji ve koma tablosu mevcuttur (28).

Yüksek parite, 35 yaşından büyük gebelikler, uterusun aşırı distansiyonu, uterin rüptür, iri bebekler, travma, ölü fetüs, eklampsi, uterus rüptürü, servikal laserasyon, oksitosiklerin aşırı kullanımı gibi faktörlerin amniyon sıvı embolisiyle ilişkili olabileceği bildirilmiştir (18,27).

Amnion sıvı embolisi varsayılan hastalar acil bir şekilde yoğun bakıma ünitesine alınmalı yeterli solunum ve dolaşım desteği sağlanmalıdır.

### **2.1.4. Obstetrik Hemoraji**

Obstetrik hemorajiler gelişmiş ülkelerde anne ölümlerinin %18'inden, az gelişmiş ülkelerde ise tahminen %50'ye yakınından sorumludur (29). Tüm gelişmiş tedavi ve tıbbi işlemlere rağmen, obstetrik hemoraji halen anne ölümü ve fatal kayıpların en önemli sebeplerindendir. Doğum sırasında gebeler bir miktar kan kaybını tolere edebilir. Kan kaybı kan hacminin %15'inden daha azı ise hafif kanama, %30'undan fazlası ise şiddetli kanama olarak tanımlanır (30,31). Gebelik sırasında saptanan kanamalarda

doğru tanı için en önemli kriter kanamanın plasenta ile olan ilişkisidir. Doğru yaklaşım için doğru anatomik tanı, gebelik kanamalarında önem taşır.

#### ***Obstetrik kanamalar:***

1. Erken gebelik kanamaları: düşükler, dış gebelik, mol gebelik
2. Geç gebelik kanamaları: plasenta dekolmanı, plasenta previa, plasenta akreta, uterus rüptürü,
3. Doğum sonu kanamalar: uterus atonisi, uterus inversiyonu, plasenta retansiyonu, Dissemine Intravasküler Kanama (DIC), doğum kanalının yırtıklarıdır (30).

Obstetrik kanamalar genellikle öngörülemez ve hastanın durumu her an hızla bozulabilir, bu durumda hızla uygun tedavinin yapılması gerekir. Müdahale genel durumun bozulmasını önleyecek yöntemlerle başlar ve sonrasında komplikasyonların kaynağına yönelik müdahaleler yapılır.

#### **2.1.4.1. Erken Gebelik Kanamaları**

Gebeliğin 1. ve 2. trimester döneminde görülen kanamalardır. Abortus, ektopik gebelik, molhidatiform gibi durumlar bir miktar kan kaybına yol açabilir. Meydana gelen kanama fazla ise fetüsün yaşayama ihtimali olmadığından, öncelik annenin hayatını korumaktır. Bu hastalarda hemodinamik monitorizasyon, kan takviyesine ihtiyaç duyulur (18,30).

#### **2.1.4.2. Geç Gebelik Kanamaları**

Gebeliğin üçüncü trimester döneminde görülen kanamalardır. Gebe kadınların yaklaşık %3'ü üçüncü trimesterinde vajinal kanama ile karşılaşır. Kanama genelde plasental nedenlidir. üçüncü trimester döneminde kanamalar annenin sağlığının yanı sıra fetüsün sağlığını da tehdit etmektedir (7,30).

- **Plasenta dekolmanı (ablasyo plasenta):** Normal implante olmuş plasentanın gebeliğin 20. haftasından sonra uterus desiduasından kısmen ya da tamamen erken ayrılmasıdır. Tüm gebelerin %1'inde görülebilir. Hafif görülebilir ya da

intrauterin mortaliteye neden olabilecek kadar ağır olabilir. Fetal monitorizasyon gerekebilir. Fetal mortalite %25-40 oranındadır. Vajinal kanama olabilir ya da gizli kalıp fark edilmeyebilir. Kanama koyu renkli ve ağrıyla birlikte görülebilir (11,24,30).

- **Plasenta previa:** Plasentanın normal yerleşimi, fundusun üst bölümünün ön ya da arka duvarına yerleşmesidir. Plasentanın uterusun fundus bölümü yerine alt segmentine, internal os'un yakınına ya da üzerine yerleştiğinde görülür. 200 gebenin 1'inde görülür. Bu hastalarda ağrısız vajinal kanama görülür. Ağrı olmadan kanamayla gelen gebelere kesinlikle vajinal tuşe yapılmaz (11,24,30).
- **Plasenta accreta:** Plasentada koryonik villilerin myometriuma tabakasına kadar uzanarak tutunduğu, sık görülmeyen bir durumdur. Plasenta akreta doğumdan hemen sonra plasenta uterus duvarından normal olarak ayrılmadığında ve spontan olarak doğmadığında konulur. Bazen plasentanın bir kısmı ya da tamamı ayrılırken damarlar açık kalır. Doğumdan birkaç saat sonra veya geç postpartum kanama olur. Maternal ağır kanama görülür, bazen histerektomi gerekebilir (7,24).

#### 2.1.4.3. Postpartum Kanama (PPK)

Postpartum Kanama (PPK) ; normal doğum sonrası 500 ml, sezaryen sonrası sonrası 1000 ml den fazla kan kaybı ile tanımlanır (30). Postpartum kanama, tüm dünyada maternal morbidite ve mortalitenin önde gelen ve aynı zamanda önlenebilir nedenidir (30,32,33). Postpartum kanama riski yüksek hastaların belirlenmesi, kanamayı önlemeye yönelik girişimler, tanının erken dönemde konulması, zamanında ve uygun yönetim maternal mortalitenin önlenmesinde rol oynar (30,34,35).

**Tablo 4: Ortaya Çıkış Zamanlarına Göre Postpartum Kanama Nedenleri**

<b>Primer postpartum kanama nedenleri (ilk 24 saatten erken )</b>	<b>Sekonder postpartum kanama nedenleri (24 saatten sonra en geç 6. haftaya kadar)</b>
Uterus atonisi (Postpartum kanamanın en sık nedenidir (%50))	Plasental yatağın subinvolüsyonu
Vajinal travma ve laserasyon (%20)	Plasenta retansiyonu (%10)
Uterus inversiyon	Enfeksiyon
Anormal plasenta	Inner myometrial laserasyon
Uterus rüptürü	Uterin arteriovenöz malformasyon (AVM)
Koagülopati	Koagülopati

Kaynak 30,31,36'dan alınmıştır.

PPK tedavisi daha doğum başlamadan başlar. Doğumdan sonraki ilk saatler kanama için kritiktir. Neden bulunup nedene yönelik tedavi hızlıca yapılmalıdır. PPK varlığında pelvik cerrahide uzmanlaşmış kadın doğum uzmanı, anestezi uzmanı, yoğun bakım uzmanı, hematoloji uzmanı, girişimsel radyoloji uzmanından oluşan multidisipliner bir ekip tarafından da yönetim sağlanmalıdır (34,36).

### **2.1.5. DIC ( Dissemine Intravasküler Koagülasyon)**

DIC, vücutta küçük damarlarda yaygın pıhtılaşma ile sonuçlanan hayatı tehdit eden sorundur (37). Doğumdan hemen sonra pıhtılaşma faktörleri kanamayı önler. Pıhtılaşma mekanizmasının bozulmasıyla postpartum hemorajiye neden olur. DIC kalıtsal koagülasyon hastalığıdır (18,37). Koagülasyon-fibrinolizis sürecindeki faktörlerin tüketimi, karaciğerin faktör üretim kapasitesini aştığında DIC ortaya çıkar. Yaygın damar içi koagülasyon bozukluğu ciddi hastalığın aktive ettiği altta yatan başka bir hastalığa bağlı gelişir. Maternal mortaliteye neden olur (18,24).

DIC her zaman; ablasyo plasenta, kaçırılmış düşük, intrauterin fetal ölüm, amniyotik sıvı embolisi, ciddi preeklampsisi, sepsis, ektopik gebelik, HELLP sendromu

ve hemorajinin komplikasyonu nedeniyle oluşan sekonder hastalıktır (18,37).

### **2.1.6. Ektopik Gebelik Ruptürü**

Ektopik gebelik: Blastokistin endometriyum dışında herhangi bir yere implante olmasıdır ve tüm gebeliklerin %1-2 'inde görülür. Ektopik gebelik, gebeliğin ilk aylarında görülür. Tanıda yaşanan gecikmelerden dolayı ilk trimester anne ölümlerinin %10-15'inden sorumludur. Daima fetal mortalite görülür (24,38,39) .

Yerleşim yerine bakıldığında; %95-97 tubalara, %3,2 overlere, %0,2 servikse, %1,4 abdomene yerleşim gösterirler (40). Genellikle genç yaştaki gebelerde görülür (41). Mentrüasyon kanamasının gecikmesi, anormal vajinal kanama, sağ ya da sol alt karın ağrısı ektopik gebeliği düşündürür. Eğer hastada ektopik gebelik ruptürü var ise karın boşluğuna kanama olur ve şiddetli karın ağrısı, hassasiyet ve şok tablosu gelişir (42). Aşırı kanamaya bağlı şok tablosu gelişir ise, ileri tedavi ve monitözizasyon için yoğun bakım yatışı gerekebilir. Ektopik gebelikte amaç annenin hayatını kurtarmak ve fertilitiyi korumaktır (43).

### **2.1.7. Peripartum Kardiyomiyopati**

Peripartum Kardiyomiyopati (PKMP), 3.trimester gebeliklerinde ve postpartum ilk 5 aylık dönemde görülen kalp yetmezliği bulguları ile seyreden, az görülen kardiyak bozukluktur. Gebelik önce kalp hastalığı tanısı almamış gebelerde gelişir. Asıl neden olan dilate kardiyomiyopatidir (44-46). İleri yaşta gebeliklerin artmasıyla birlikte, PKMP'de artışa sebep olmaktadır. Risk gurubu gebeler dikkatle izlenmelidir (45,47).

Gebelerde erken belirtileri olan, nefes darlığı diafragma basısına bağlanmamalı, ödem, çarpıntı, göğüs ağrısı, halsizlik ve yorgunluğun gebelik bulguları ile benzerlik olması tanının geç konmasına neden olmaktadır. Tanının geç konulmasından dolayı maternal ve fetal mortalite yaşanmaktadır. Maternal mortalite %28 civarındadır (45-47).

Gebeliğe bağlı PKMP postoperatif dönemde akciğer ödemi, pulmoner emboli gibi komplikasyonlar ile karşılaşılabılır (46). Takip ve tedavileri için yoğun bakım koşulları gerekir. Hastalar solunum sıkıntısı yaşar ise mekanik ventilasyon desteği gerekebilir.

### **2.1.8. Tokolitik Tedaviye Bağlı Akciğer Ödemi**

Gebeliğin 20-36. gebelik haftalarında erken düzenli uterus kontraksiyonları durdurmak ve gebelik süresini uzatmak için beta antagonist ilaçlar kullanılır. Bu ilaçların komplikasyonu olarak yaşamı tehdit eden pulmoner ödem gelişir (18,48). Pulmoner ödem tokolitik tedaviden sonra ilk 2-3 gün içinde görülür. Tokolitik tedaviye bağlı pulmoner ödem görülme sıklığı %0,05-0,5'tir (9,48,49).

Akciğer ödemi gelişirse tedavi kesilmeli, oksijen desteği sağlanmalı, sıvı alımı kısıtlanmalı ve diüretik tedavi yapılmalıdır. Bazen hemodinamik monitörizasyon, mekanik ventilasyon, diyaliz desteği gerekebilir. Akciğer ödeminin önlem ve tedavisinde kadın doğum uzmanı, yoğun bakım uzmanı, yoğun bakım hemşiresi ortak çalışmalıdır (9,49).

### **2.1.9. Gebelikte Tiroid Fırtınası**

Gebelikte fizyolojik durumla beraber tiroid hormon düzeyi değişmektedir. Gebelikte hipertiroidi ile birlikte nadir olarak tiroid fırtınası görülür (50). Gebelikte tirotoksikoz fizyolojik ateş, ajitasyon ve taşikardi ile birlikte görülür. Gebelikte tirotoksikozun en önemli nedeni Graves hastalığıdır ve çok nadir görülür. Graves hastalığı, tiroid bezinin fazla çalışmasına neden olan ve bağışıklık sistemiyle alakalı bir hastalıktır (50,51). Tiroid fırtınasının en önemli komplikasyonu abortustur (51).

Anne, fetüs ve yenidoğanın mortalite ve morbiditesini arttırabilir. Kritik, akut yaşamı tehdit eder. Tirotoksikozu tedavi altına alınmamış hastalar tiroid fırtınasına bağlı olarak mortalite görülür (52,53). Bu hastalarda tedavi olarak plazmaferez yapılmaktadır. Bu hastalar kesinlikle yoğun bakım şartları altında tedavi edilmeli ve multidisipliner (endokrinolog, perinatolog, yoğun bakım uzmanı) bakım sunulmalıdır (50).

### **2.1.10. Gebelikte Akut Respiruar Distress Sendromu (ARDS)**

ARDS, ani gelişen, yaşamı tehdit eden, alveolokapiller membran geçirgenliğinde kaçağa bağlı akciğer ödemi, hipoksi ve inflamasyon ile karakterize bir sendromdur (54,55). ARDS'de mortalite %26-58 arasında görülmektedir (56).

Gebelikte ve postpartum dönemde nadiren görülür. Pre-eklampsi, eklampsi, ablasyo plasenta, mort fetüs sendromunda, amniyotik sıvı embolisinde görülebilir. Gebelikte ARDS gelişir ise fetüste hipoksemi, annede ölüme kadar gidebilir (24).

Tedavi ve takibi ileri düzey yoğun bakım şartlarında yapılmalıdır. ARDS'ye neden olan hastalık tedavi edilmeli, mekanik ventilasyon desteği sağlanmalıdır. Günümüz de etkili tedavisi hala bulunamamıştır (55,56). Yapılan tedaviye rağmen istenen oksijen seviyesine ulaşamayan hastalarda Ekstrakorporal Membran Oksijenizasyonu (ECMO) kullanılmaya başlanabilir (55). Tedavi ve takibi multidisipliner bir ekip (yoğun bakım uzmanı, kadın doğum uzmanı, yoğun bakım hemşiresi, fizyoterapist, perfüzyonist, diyetisyen, psikiyatrist) yaklaşımı gerektirir.

#### **2.1.11. Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğeri**

Gebeliğin akut yağlı karaciğeri (GAYK) gebelik esnasında, başka patolojik nedenlere bağlı olmaksızın karaciğerin metabolik yetmezliğidir. Az görülen bir durumdur fakat karaciğer yetmezliği, DİK, doğum sonu kanama, multi organ yetmezliği gelişir. Maternal ve fetal mortalite görülür. Erken tanı ve tedavi ile karaciğer fonksiyonları düzelebilmektedir. Yoğun bakım tedavisi ile maternal, fetal mortalite ve morbidite de ciddi azalma görülür (57).

#### **2.1.12. Gebelikte Sepsis**

2016 TATD Sepsis Tanı ve Tedavi Kılavuzu'na göre; sepsis, “enfeksiyona karşı disregüle konak yanıtına bağlı organ disfonksiyonu. Sepsis olgularının tanısı için yeni kriterlerde kanıtlanmış enfeksiyonun yanında yaşamı tehdit eden organ yetmezliği” şeklinde değiştirildi (58).

Gebeliğin erken döneminde membranların açılması, doğumda ya da postpartum ilk 6 haftaya kadar olan zamanda gelişen genital yol enfeksiyonlarıdır. Maternal sepsis, çoklu organ yetmezliğine neden olan ve yaşamı tehdit eden multisistemik bir hastalıktır (59-61). Modern tedavi ve ileri tıbbi bakıma rağmen maternal sepsis dünyada önemli bir sağlık sorunu olmaya artarak devam etmektedir (61). Dünyada doğrudan anne ölümü nedenlerinden 3. sırada yer alır (59,60). Gelişmiş ülkelerde sepsise bağlı maternal mortalite hızı %17,3'tür (60).



Sepsis önlenebilir ölüm nedenlerinden olmasına rağmen gebeliğin normal fizyolojisi sepsisi maskeleyebilir ve bazen belirti vermeden gelişebilir. Maternal sepsisin spesifik tanı ölçütleri yoktur, tanısı klinik belirti ve bulgulara göre konur (59,60,62).

“Fizik bakı ve klinik bulgular: - Ateş yüksekliği veya düşüklüğü, - Hipotansiyon - Taşikardi Takipne - Bilinç bozukluğu - Kanama diyatezi sepsis rehberine göre septik şok belirti ve bulgularına” Yeterli sıvı resusitasyonuna karşın OAB (ortalama arteriyel basınç) değerinin 65 mmHg ve üzerinde tutulabilmesi için vazopressör gerekliliği + Serum laktat düzeyinin 2 mmol/L üzerinde olması.”olarak tanımlanmıştır (58).

Gebede ateş, erken membran rüptürü (EMR), yakın zaman da amniyosentez, normal vajinal akıntı, maternal taşikardi, fetal taşikardi ve uterus hassasiyeti durumlarında koryoamniyonit bulguları yakından takip edilmelidir. Maternal sepsis intra uterin fetal mortalite ve yenidoğan sepsisine neden olduğu bilinmektedir. Maternal ateş fetal marformasyonlara neden olabilir bu durumda fetal monitörizasyon yapılmalıdır (60).

Gebe ya da postpartum dönemde sepsisten şüpheleniliyorsa zaman kaybetmeden hızlı bir şekilde tedaviye başlanmalıdır. Tedaviye geç başlandığında anne ölüm oranı her saat %8 oranında artmaktadır. Eğer hastada ciddi hipotansiyonu tedaviye rağmen düzelmiyorsa, inotropik destek için yoğun bakıma transfer edilmelidir. Dolaşım bozukluğu, ciddi solunum yetmezliği, oligürü, üre, kreatinin değerlerinde artma, koagülasyon bozukluğu, hipoksi, artan oksijen gereksinimi, bilinç bulanıklığı durumunda hızlıca yoğun bakıma transfer edilir. Gerekli tedavi ve bakımı zaman kaybetmeden yapılır. Gebelikte sepsis yönetimine kadın doğum uzmanı, enfeksiyon uzmanı, neonotolog, yoğun bakım uzmanı dahil edilmelidir. Eğer fetal sepsis düşünülüyorsa annenin hayatı ön planda olmalıdır. Gestasyonel haftaya bakılıp akciğer matürasyonuna göre karar verilir. Yoğun bakım uzmanı; hızlıca hastayı monitörize eder, hastayı stabilize eder, hastanın tedavisini yapar, fetal monitörizasyon yapar (59,60).

## 2.1.13. Gebelik Döneminde Altta Yatan Hastalıkların Şiddetlenmesi

### 2.1.13.1. Kalp Hastalıkları

Gebeliğe ve doğuma bağlı olmayan maternal mortalite ve morbiditenin önemli bir nedeninde kalp hastalığıdır. Gebelikte kalp hastalıkları anne ve fetus için tehlike yaratmaktadır. Kalp hastalıkları %0,5 ve %2 oranında görülür (24,63). Tüm dünya da obstetriden kaynaklanmayan maternal mortalite ve morbiditeden kalp hastalıkları sorumludur (7). Gebelikte birlikte metabolik ihtiyaçlar artmıştır. Kan volümü ve kalp debisi metabolik ihtiyacı karşılamak için artmıştır (64).

Gebelikte kardiyovasküler hastalık riski ileri anne yaşı, diyabet, hipertansiyon, obez annelerin artmasıyla artmıştır. Ayrıca konjenital kalp hastalıklarının tedavideki başarı oranı ile doğurganlık yaşına ulaşmış kadın sayısı da artmıştır. Gebelerin kalp hastası olması anne ölümlerinin önemli bir nedenidir. En sık görülen şant lezyonları, romatizmal kapak hastalığıdır. Kardiyomyopati az görülür fakat ağır komplikasyon olan nedeni peripartum kardiyomyopati (64).

**Tablo 5: Annede Kardiyovasküler Riskin DSÖ Tarafından Değiştirilmiş Sınıflandırması**

Risk derecesi	Risk durumu	Tehlike derecesi
1	Annenin ölüm riskinde saptanabilir herhangi bir artış yok ve morbiditede artış yok veya hafif derecede artış.	Tehlikesizdir
2	Annenin ölüm riskinde küçük çaplı veya morbiditesinde orta derecede artış.	Hafif tehlikeli
3	Annede önemli oranda artmış ölüm veya ciddi morbidite riski. Uzman önerilerine gerek vardır. Gebe kalmaya karar verildiğinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemi boyunca kardiyolog ve kadın doğum uzmanı tarafından yoğun izleme gerek vardır.	Belirgin düzeyde tehlikeli
4	Annede ölüm veya ciddi morbidite riski çok yüksek; gebelik sakıncalıdır. Gebelik oluşursa sonlandırılması tartışılmalıdır. Gebelik devam ederse sınıf III hastası gibi hasta bakımı gereklidir.	Yetersizlik

Kaynak 24,63,64'den alınmıştır

**Tablo 6. Gebelikte Mortalite Oranına Göre Kalp Hastalıkları**

<b>Gebelikte mortalitesi %1 olan risk grubu</b>	<b>Gebelikte mortalitesi %5-15 olan risk grubu</b>	<b>Gebelikte mortalitesi %25-50 olan risk grubu</b>
Tedavisi yapılmış fallot tetralojisi	Mitral stenoz(Atrial fibrilasyon görülür)	Komplikasyonlu aort darlığı
Pulmoner/triküsbit hastalık	Yapay kalp kapağı	Pulmoner hipertansiyon
Mitral stenoz(sınıf 1,2)	Mitral stenoz(sınıf 3,4)	Kardiyomiyopati
Patent ductus	Tedavisi yapılmamış fallot tetralojisi	Marfan's sendromu (aort normal değil)
Ventriküler septal defekt	Aort darlığı	
Arterial septal defekt	Geçirilmiş miyokart infarktüsü	
Porcine kapak	Marfan's sendromu(aort normal)	

Kaynak 24,63,64'den alınmıştır.

Kalp hastası gebenin ya da lohusanın yoğun bakım takibinde kardiyolog, kadın doğum uzmanı, yoğun bakım uzmanı, yoğun bakım hemşiresi ekip olarak çalışmalıdır.

### **2.1.13.2. Diyabetes Mellitus**

Diyabetes Mellitus (DM), insülinin az salgılanması ya da az kullanımı sonucu olan, kan şekerinin yüksek çıkması ile karakterize metabolik bozukluktur. Diyabeti olan gebelerde maternal ve fetal sağlık için normale yakın kan şekeri düzeyine ulaşılması hayati önem taşımaktadır. Ülkemizde %1,2-%4,5 arasında görülür (65-66).

Diyabeti olan gebelerin antenatal dönemde izlemi ve fetüsün gelişimi sıkı takip gerektirir. Diyabeti olan gebelerde ilk trimesterde düşük, gebeliğin son trimesterinde hiperglisemiye bağlı asidoz nedeniyle intra uterin fetal ölüm görülür. Fetüs konjenital anomaliler açısından yüksek riskli değerlendirilir. Fetal makrozominin varlığı annede

sezaryene neden olmaktadır (64-66).

Oral antidiyabetikler fetüs açısından kontraendikedir. Diyabetli gebelerin kan glikoz seviyesini azaltmak için en iyi tedavi seçeneği sürekli subkutan insulin infüzyonu pompaları ile yapılan tedavidir. Diyabetli gebeler; hipoglisemi yaşamadan, glukozun ani iniş çıkışları olmadan, istenilen kan şekeri düzeyine ulaşabilmek için sürekli subkutan insulin infüzyonu pompa tedavisinden faydalanır (65,66).

### 2.1.13.3. Böbrek Hastalığı

Son yıllarda tedavideki gelişmelerde birlikte böbrek hastası gebelerin oranı artmıştır. Kronik böbrek yetmezliği (KBY) olan kişilerde yumurtlama bozukluğu, menstrüel düzende bozulma, adet görememe ve infertilite görülür. KBY hastalarında az sayıda gebelik bildirilmiştir. KBY'li gebeler de canlı doğum oranı %60 civarındadır. Bu gebeliklerde genelde erken doğum görülmektedir. KBY'de gebe kalma oranı %0,44, doğum oranı %0,23, diyalize bağlı hastalarda canlı doğum oranı %48,6'ya ve böbrek nakilli hastalarda %90'lara kadar ulaşmıştır (67,68).

Diyaliz hastası olan gebelerin tansiyonu, sıvı eletrolit takibi, şiddetli anemi bulguları sıkı takip edilmelidir. Bu gebelerin doğumu 34-36. gebelik haftalarından sonra, fetüs akciğer gelişimini tamamladığı zaman gerçekleşmelidir (67).

**Tablo 7: Kronik Böbrek Yetmezliğinin Anne ve Fetüse Etkileri**

<b>Fetüsü etkileri</b>	<b>Anneye etkileri</b>
Fetal hipoksi	Ablasyo plasenta
İntrauterin gelişme geriliği	Pre-eklampsi
Prematürite	Serebrovasküler olaylar

Kaynak 66'dan alınmıştır.

Gebelikte hiperemesis gravidaruma bağlı hipovolemi ve uterin kanamaya bağlı prerenal böbrek yetmezliği görülebilir. Böbrek nakli olan hastaların nakilden sonra 2-5 yıl içinde gebe kalmaları önerilmektedir. Yüksek riskli böbrek hastalığı olan gebelerin

yoğun bakım takiplerinde nefrolog, kadın doğum uzmanı, yoğun bakım uzmanı, neonotolog, diyetisyen ve yoğun bakım hemşiresi ekip olarak çalışmalıdır (68).

#### **2.1.13.4. Kronik Hipertansiyon**

Gebelikten önce var olan ya da gebeliğin 20. haftasından önce olan hipertansiyondur (30). 2005 yılında yapılan ulusal anne ölümleri çalışmasında maternal mortaliteye neden olan ikinci neden %18,9'u hipertansif nedenlerden kaynaklanmaktadır (30). Tedavide amaç, maternal komplikasyonları önlemek ve ciddi hipertansiyonun önüne geçmektir. Gebe kadınlarda hafif-orta düzeyde var olan hipertansiyon, organ hasarına neden olmaz ise gebeliğin seyri bozulmaz (21,30).

Gebelikten önce var olan hipertansiyonun yaklaşık %25'inde preeklampsi gelişir. Yüksek tansiyon ve hipertansif ilaçlar fetal anomali riskini artırır. Tansiyonun aşırı düşürülmesi ile plasental dolaşımı azalır ve fetal dolaşımda etkilenme olabilir. Fetüste prematüre ve intra uterin gelişme geriliği gelişebilir. Annede intraserabral kanama, plasenta dekolmanı, kalp yetmezliği gibi komplikasyonlara neden olur Hafif 140-149/90-99mm/Hg, orta 150-159/100-109mm/Hg, Şiddetli >170 / >110mm/Hg olarak tanımlanır. Kronik hipertansiyon ilerleyicidir ve sonraki gebeliklerde de ortaya çıkar (21,30).

Şiddetli hipertansiyon durumunda riskli gebelerin mutlaka hospitalizasyonu sağlanmalı, fetüs izlenmeli tedavi ve takibi sıkı yapılmalıdır. Maternal ve fetal etkilenme şiddetine göre gebelik sonlandırılabilir.

#### **2.1.13.5. Miyastenia Gravis (MG)**

Nöromusküler kavşakta var olan nikotik asetilkolin reseptörlerinin yıkımı nedeniyle oluşan otoimmün bir hastalıktır. Kadınlarda daha fazla görülür. Yorulmakla birlikte artan kas güçsüzlüğü, gün geçtikçe artan kötüleşme, oküler kaslarda güçsüzlük, disfaji, disartri, pitozis, çift görme, solunum sıkıntısı ile kendini gösterir. Kadınlarda erkeklere göre 2 kat fazla görülür. Kısa zamanda hastalık kötüleşir (69-71).

MG'li hasta gebelik öncesi danışmanlık hizmeti almalı, ilaç dozları ona göre ayarlanmalıdır. Antepartum ve postpartum dönemde hastalık şiddetlenmektedir (1). Bu hastalar da normal doğum tercih edilmelidir (71). Doğum sonu dönemde solunum

sıkıntısı ve myastenik alevlenme görülebilir. Bu hastalar yoğun bakımda monitörize edilip, mekanik ventilasyon desteği ve ilerlemiş vakalarda plazmaferez tedavisi gerekebilir. Bu hastalarda multidisipliner yaklaşım gerektirir (70-72).

#### **2.1.13.6. Solunum Sistemi Hastalıkları**

**Astım:** Hava yollarının kronik inflamasyonu sonucu oluşur, ataklar halinde gelen hastalıktır (63). Astımı olan gebelerde, astım değişken seyirlidir. Kontrol altına alınamayan astım anne ve fetüste morbiditeye neden olmaz fakat gebelikte bronş inflamasyonu artarak kontrolü bozar, atakları sıklaştırır. Astımı olan gebelerde düşük doğum tartılı bebek %46, doğumun erken başlaması %22, preeklamsi görülme oranı %54 artığı bildirilmiştir. Tedavi ve takibin de kadın doğum uzmanı ve göğüs hastalıkları uzmanı ekip olarak çalışmalıdır (73,74).

**Pnömoni:** Gebedeki fizyolojik ve immün sistemdeki değişiklikler annenin enfeksiyonlara karşı savunmasını zayıflatır. Gebelikte görülen pnömoni maternal ve fetal morbiditeye hatta mortaliteye neden olur. Pnömoni gebelerde akut solunum sıkıntısı sendromu (ARDS), hipoksi, nonkardiyak akciğer ödemiye neden olmaktadır. Yeni doğanda ise düşük doğum kilosuna ve preterm doğuma neden olur (74,75).

Ağır pnömonisi olan gebelerde ARDS gelişirse tedavi ve takibi yoğun bakım şartlarında yapılmalıdır. Maternal ve fetal monitörizasyon yapılarak gebe izlenmelidir. Gebelerde ağır astım, şiddetli pnömoni, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH) varlığında medikal tedavi ve mekanik ventilasyon tedavisi yapılır. Yapılan tüm tedaviye rağmen iyileşme sağlanamıyor ise akciğerleri desteklemek, dinlendirip iyileştirmek için akciğerin yükünü hafifletmek amacıyla ekstrakorporal membran oksijenasyonu sağlayan sistemler kurulur (75,76).

**Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu (ECMO):** Kapalı bir sistem aracılığı ile kanı vücut dışına çıkarıp, kana oksijen transferi ve karbondioksit eliminasyonu sağlar. Gebe kadında ARDS gelişirse erkenden ECMO tedavisine geçilmelidir. Ecmo tedavisi sırasında yapılan heparinizasyondan fetüs olumsuz etkilenmektedir. Fetal hipoksi gelişebilir. ECMO tedavisi ileri teknolojik cihazların kullanıldığı tersiyer yoğun bakım ünitelerinde yapılır. Gebelerde hematolojik komplikasyonlar gelişebilir. ECMO yapılan

hastaların mortaliteleri yüksek seyreder (75,76).

#### **2.1.14. Gebelik Döneminde Olabilecek Kritik Durumlar**

##### **➤ Diyabetik Ketoasidoz (DKA)**

Gebelikte DKA, diyabeti olan gebelerin %2-3'unu etkileyen ciddi bir komplikasyondur. Fetal kayıp riski yaklaşık %10-20'dir. Gebelikte düşük kan şekeri değerlerinde ketoasidoz görülebilir. Ketoasidozda hızlı müdahale iki kişinin hayatını kurtarır. Fetüs sürekli monitörize edilerek iyilik hali izlenir. Ketoasidozda hızlı sıvı resütasyonu ile dehidratasyon, ketonun ve asidozun düzeltilmesi sağlanır (77-79).

##### **➤ Pulmoner Emboli (PE) ve Derin Ven Trombozu (DVT)**

Gebelikte pıhtılaşma olma olasılığı artar ve uterus büyümesi venlere bası yaparak tromboemboliye neden olur. Gebelikte venöz tromboemboli %0.03-0.1 arasında görülür. Gebe kadınlarda aynı yaş grubu gebe olmayan kadınlara göre VTE gelişme olasılığı 4-5 kez daha yüksek görülür. PE ve DVT gebelik ve peripartum dönemde görülmesinden dolayı ciddi maternal mortaliteye neden olur. Bu hastalığın tedavisi ve profilaktik tedavisi antenatal dönemde yapılmalıdır. PE tanısı hızla konulmalı tedavisi acil olarak yapılmalıdır (80,81).

PE şüpheli gebelerde DVT belirti ve bulgusu saptanın ise akciğer filmi ve alt ekstremite ultrasonu yapılır. PE gebelere varis çorabı giydirilir ve alt ekstremitte vücuttan yukarı kaldırılır. PE bu hastalar hemodinamik destek ve ventilasyona ihtiyaç duyulabilir. Yoğun bakım şartları sağlanmalıdır. Tedavisi gebelerde fetal malfarmasyona neden olmayan heparin ile yapılır (82).

#### **2.2. Jinekolojide Yoğun Bakım Gerektiren Kritik Durumlar**

Jinekolojik hastalar genellikle ileri yaş ve yandaş hastalıkları olan kişilerdir. Kadınların yaşam süresi uzadıkça, menopoz ve menopoz sonrası yaşamda geçireceği süre uzamaktadır. Yaşlı kadın nüfusunun artması ve bunlara paralel olarak menapozda geçireceği sürenin uzaması hatta histerektomi ve bilateral ooferektomi gibi cerrahi menapoz ile jinekolojik sağlık sorunlarının artmasına ve cinsellikte geçireceği

problemler kadının yaşam kalitesi bozar. Menapoz yaklaşık kadın hayatlarının %34 'lük dönemini kapsamaktadır (10-12, 83).

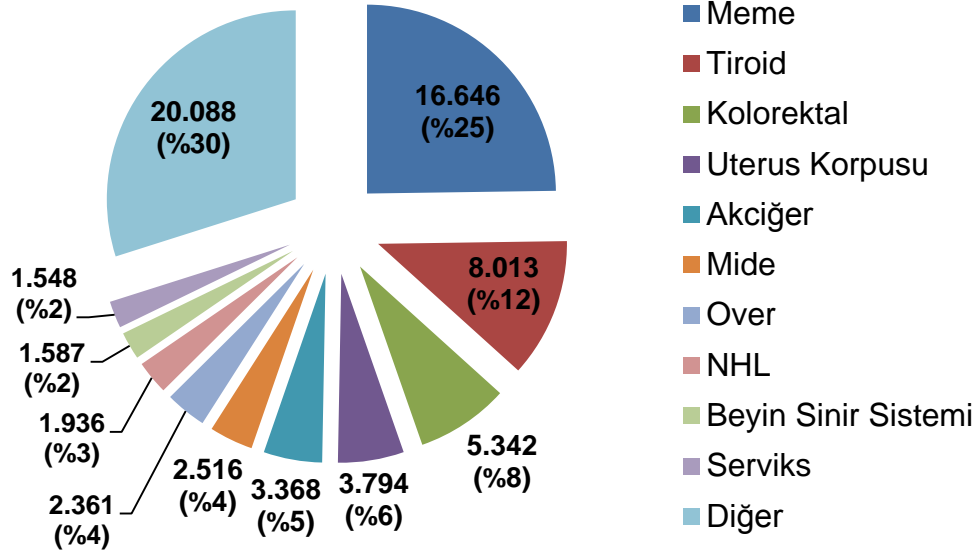
Jinekolojik kanserler, kişiyi ve aile fertlerini duygusal, bedensel, sosyal ve ekonomik anlamda etkileyen, yaşam standartlarını değiştiren ciddi sağlık sorunudur. Tüm dünyada kanser hızla artmakta ve cisiyete göre görülen kanser türleri farklılık göstermektedir. Türkiye'de kanserden kaynaklı ölüm ikinci sırada yer alırken ilerleyen yıllarda yaşla ile birlikte bu oranın ilk sıraya yerleşeceği tahmin edilmekte. Dünya Sağlık Örgütü tavsiyesi ile ülkemizde de ilk sıralarda yer alan meme, rahim ağzı, kolorektal kanserleri için tarama programları yapılmaktadır. Jinekolojik kanserlerden uterus kanseri altıncı, over kanseri yedinci sırada görülmektedir (83-85).

Jinekolojik kanserler, kadını, ailesini ve toplumun sağlığını olumsuz etkilemesi bakımından önemli bir yere sahiptir. Kadının cinsel sağlığı jinekolojik kanserlerde yaklaşık %80 oranında etkilenmektedir. Jinekolojik maligniteler ile birlikte diyabet, hipertansiyon, kardiyak sıkıntılar, solunum problemleri, nörolojik problemler, obezite gibi hastalıkların da varlığı tabloyu ağırlaştırmaktadır(10-12).

Yoğun bakımda en sık over kanseri, endometrium kanseri, uterus kitle eksizyonu, pelvik inflamatuvar hastalıklar, histerektomi, uterus rüptürü ve debulking operasyonları tedavi edilmektedir. İlerlemiş jinekolojik malignitesi bulunan kadınlarda ayrıca cerrahi işleme bağlı olarak morbidite ve mortalite görülebilir. Malignitenin diğer organ yayılımı, medikal tedavinin yan etkileri, organ yetmezlikleri, cerrahi operasyonun büyüklüğü, solunum sıkıntısı, hastaların hemodinamik sorunları ya da komplikasyonlardan dolayı yoğun bakım ünitelerinde takip ve tedaviye ihtiyaç duyabilirler (83). Sungur ve ark.'nın yaptığı çalışmada jinekolojik operasyon geçiren 200 olgunun 18 tanesi ara yoğun bakıma, 3 tanesi ileri düzey yoğun bakım tedavi ve takip için transfer edilmiştir (87).



**Şekil 1. Türkiye’de Kadınlarda En Sık Görülen Kanserlerin Toplam Sayısı ve Yüzde Dağılımları**



Kaynak 86’ dan alınmıştır.

### 2.2.1. Over Kanseri

Over kanseri, etiyolojisi ve risk faktörleri ile bir çok nedeni olan hastalıktır. İleri yaş, multiparite, aile hikâyesinde kanser olma hastalık riskini artırmaktadır (88,89). Kadınlarda en sık görülen over kanseri, kadın kanserlerinin ilk beşinci sırada yer alır (83,90). Jinekolojik maling huylu tümörlerin mortalitesi en yüksek olanıdır. Over kanserinin metastaz oranı yüksek olduğundan erken tanı tedavinin başarılı olması açısından oldukça önemlidir. Hastalığın belirti ve bulguları geç ortaya çıktığı için tanıyı geciktirir ve ileri evrelerde tespit edilir. Hastalık 1.evrede teşhis konulduğunda hastanın 5 yıllık yaşama oranı %90’ı geçerken, 3. evrede ya da 4. evrede ise yaşama oranı %20’nin altına düşmektedir (85,88,90,91).

Over kanserinin ilerlemiş evresinde yapılan cerrahi tümör çıkarılması, dalak rezeksiyonu, karaciğer metastazına bağlı metastazektomi, üriner sistem rezeksiyonu gibi geniş cerrahilerde ve yaşanabilecek komplikasyonları önlemek için yoğun bakım takibi gerekebilir. Bu hastalara geniş cerrahi işlem yapıldığı için ağrı takibi, yaşam konforu ve derlenme kalitesi nedeniyle yoğun bakım ihtiyacı doğar. Ayrıca over kanserinin ileri

evresinde olan hastalar uzun zaman solunum destek cihazlarına bağı kalabilirler (83,89,91).

Kemoterapinin yan etkileri ve cerrahi operasyon hastanın yaşam kalitesini bozmakta, hastayı hem ruhsal, hem de fizyolojik olarak yıpratmaktadır (88,90). Kadının cinsel sağığında ciddi derecede etkilenmektedir. Bu nedenden dolayı hastaların bakım planlanması ve hemşirelik işlevleri önem kazanmıştır.

### **2.2.2. Endometrium Kanseri**

Endometriyum kanseri, rahmin iç tabakasını kaplayan kanserdir. Jinekolojik kanserler içinde 2. sırada yer alır. Türkiye’de endometriyum kanser görülme hızı 100.000’de 6,1; ölüm hızı ise 100.000’de 2,9 olarak bulunmuştur. Genellikle menapozdan sonra ileri yaşta anormal kanama ile görülür ve 5 yıllık yaşama şansı %81,5’tir (89, 92).

Hastalığın tanısı konur konmaz tedavide ilk seçenek cerrahi histerektomi, bilateral salpingo ooferektomi, lenf nodu eksizyonu ve debulking yapılır. Yaşlı hastalarda mortalite oranı yüksektir. Bu hastalar komplike cerrahi operasyona ve debulking cerrahisi ile tam makroskopik rezeksiyonu ayrıca ileri yaştan dolayı yoğun bakım takibi yapılabilir. Yoğun bakımda tedavisi jinekolojik onkolog, yoğun bakım uzmanı ve yoğun bakım hemşiresi ekip olarak çalışır. Tüm kadınlar anormal kanama varlığında hemen bir sağık kuruluşuna başvurmalıdır. Genç kadınlarda cerrahi operasyona bağı olarak cerrahi menopoz görülür. Vazomotor ve genitoüriner semptomlar görülür ve hastaların yaşam kalitesi etkilenir (89,92).

### **2.2.3. Serviks Kanseri**

Serviks kanseri; Human PapillomaVirüsü (HPV)’nin onkojenik tiplerinin cinsel ilişkiyle bulaştırdığı kronik enfeksiyonla alakalı bir hastalıktır (89). HPV enfeksiyonun 14 kanserojen tipi serviks kanseri yapabilir. Çoğunlukla HPV 16 (31,33,35,52,58) ve HPV 18 (39,45,59,68) alakalıdır (89,93). Kadınlarda görülen 10 kanser türünün içinde %2.4’ünü kapsamaktadır (86). Serviks kanseri tanısı almış kadınların %80’i az gelişmiş

ve yeterli taramaların yapılmadığı ülkelerde görülmektedir. Serviks kanseri tarama yapılan ülkelerde invaziv serviks kanseri %50 oranında azalmıştır (93).

Serviks kanserine neden olan sebeplere bakıldığında HPV virüsü, herpes simpleks virüsü, birden fazla cinsel partnerin olması, multi parite, erken yaşlarda cinsel ilişki, yoksulluk, cinsel hijyen eksikliği, eğitim yersizliği, sigara içimi gibi durumlar riski artırmaktadır (93). Servikal kanserden korunmak için 9-26 yaş arası kadınlar ve 9-22 yaşındaki erkeklerde HPV 6, 11, 16 ve 18 tipleri için aşı yapılmalıdır ve yaklaşık %90 koruma sağlanması hedeflenir. HPV aşısının koruyuculuğu 6,4 yıl sürer. Bu arada pap smear tarama testleride yapılması gerekir. İlk pap smear testi 21 yaşında yapılmalıdır. Serviks kanserinin ilk evresi belirti vermez rutin kontrollerde tespit edilir ancak ilk belirtisi cinsel ilişkiden sonra kanama görülmesidir (89,93).

Serviks kanserinin önüne geçilebilir. Tedavi edilebilir ve iyileşme şansı yüksektir. Cerrahi tedavisi kanserin evresine ve organ tutulumuna göre konur. Parsiyel ya da total histerektomi ile birlikte lenf nodu diseksiyonu yapılır. Bu hastalar komplike cerrahi operasyona ve ileri yaştan dolayı yoğun bakım takibi yapılabilir. Yoğun bakımda tedavisi jinekolojik onkolog, yoğun bakım uzmanı ve yoğun bakım hemşiresi ekip olarak çalışır (89,93).

#### **2.2.4. Uterus Perforasyonu**

Uterus perforasyonu genelde cerrahi müdahaleler; myemektomi, sezaryen, servikal dilatasyon, histerometri kullanımı, uterus küretajı, histeroskopi işlemler sırasında oluşur. Rahim içi araçlar ve skarı olmayan uterusu nadir görülür. Güvenli işlemler olarak kabul edilseler bile küçük cerrahi işlemlerdir. Bu cerrahi işlemlerin ciddi komplikasyonu olarak uterus perforasyonu ile karşılaşılabilir. Aniden başlayan karın ağrısı ve uterusun şiddetli kasılmasıyla belirti verir. Uterus perforasyonu gelişen kadınlarda hayatı tehdit eden kritik damar hasarı ile ciddi kanamaya bağlı şok gelişebilir (94-97).

Uterusun perfore olan kısmı cerrahi sütür atılarak tamir yapılabilir. Kritik durumda laparotomi veya laparoskopik cerrahi ile histerektomi yapılabilir. Ciddi hemorajik şoka bağlı hastalar ileri düzey monitörizasyon ve tedavi için yoğun bakım yatışı olabilir (94,95).

### **2.2.5. Pelvik İnflamatuvar Hastalık (PID)**

Gebelik ya da cerrahi işlem olmadan fallop tüpleri, uterus ve kamşu pelvik yapıların inflamatuvar ve enfektif bir hastalıktır. PID üst genital sistemi içine alacak şekilde; endometrit, tubaovaryan abse, salpenjit, pelvik peritonu içine alır. PID'nin %34'ünde tuba-ovaryen abse gelişir ve bazen rüptür olabilir. Bakteriemi, sepsitik şok ve mortaliteye kadar gidebilir. Morbiditesi oldukça yüksektir. Kadın üreme sağlığını tehdit eder, infertiliteye, dış gebelik, kronik pelvik ağrıya neden olur (98-100).

PID genellikle cinsel olarak aktif kadınlarda daha sık görülür. Karnın alt kısımlarında ya da pelvik bölgede ani başlayan ağrı hissi, kötü kokulu vajinal akıntı, bazen ateş olmayabilir, ağrılı cinsel ilişki, bulantı ve kusma, anormal adet kanaması, vajinal muayenede serviks ve uterus çok hassastır. PID apandisit ve dış gebelik ile karıştırılabilir, tanı konulması zordur (98-100).

PID'nin tedavisi vardır ve bu hastalıktan korunulabilir. Hastalarda ciddi sepsis gelişir ise yoğun bakım tedavisi gerekebilir.

## **2.3. Obstetrik ve Jinekolojik Hastalara Yoğun Bakımda Yapılan İnvaziv Girişimler ve Monitörizasyon**

### **2.3.1. Yatak Başı Monitorizasyon**

Yatak başı monitör hastanın kalp atım sayısını, solunum sayısını, kan basıncını, oksijen değerini, elektrokardiyografik görüntüleme, arteryel, venöz, kateterlerden üretilen basınç dalgaların gösteren, depolayan tıbbi cihazlardır. Hastanın önemli değişkenlerini belli aralıklarla tekrarlayarak ya da devamlı şekilde duyularımız ve ya elektronik aygıtlar aracılığıyla ölçme işlemine monitörizasyon denir. Elektronik ölçüm araçlarının yoğun bakım hastalarına uygulanması ve bu hastalardan elde edilen verilerin hemşireler tarafından takip edilmesi, bakım vermede ve sonuçların yorumlanması için kullandığı teknolojik araçlardır (101-103).

### **2.3.2. Arteriyal Katater ve Monitörizasyon**

Arteriyal kataterizasyon yoğun bakım hastalarına en sık uygulanan girişimsel işlemdir (104). Arteriyal kan basıncının ölçümünün yapılamadığı, sürekli kan basıncının izlenmesi, sık kan örneği alınması, arteriyal kan basıncındaki dalga formunda bilgi edinmek için, farmakolojik veya mekanik kardiyavasküler işlemlerde, kan basıncındaki değişimleri ya da nabız basıncı değişiklikleri ile sıvı tedavisine alınan cevabın değerlendirilmesi için hastaya arter açılır ve monitörize edilir. Direk ya da seldinger tekniği ile sık kullanılan brakial, femoral ve radial artere açılır. Yoğun bakımlarda arterden kan basıncının direkt olarak ölçülmesi çok değerli standart bir yöntem olarak kabul edilmektedir (102-105).

### **2.3.3. Santral Ven Katateri ve Monitörizasyonu**

Santral venöz katater hemodinamik monitörizasyon, çok miktarlarda hastaya sıvı ve kan verebilmek, periferiyal kataterlerin yetersiz olduğu, çok fazla inotrop desteğe ihtiyaç duyulduğu, periferik damarlarda iritasyon yapan ilaçların verilmesi gerektiği, paranteral nutrisyon destek gerektiği durumlarda santral venöz katater açılır. Jugular, femoral ve subklaviyen venlere katater takılır. Santral ven basıncı, sağ ventrikül dolum ölçümüyle yapılır ve intravasküler volüm hakkında bilgi verir (102,103,105).

### **2.3.4. PICCO (Transpulmoner Termidilüsyon ile Kardiyak Output ölçümü) Monitörizasyonu**

Yoğun bakımda hemodinamik olarak anstabil olan hastaların yönetiminde kullanılan puls kontur cihazıdır. PICCO; bir santral venöz kateterden hızlı ve seri bir şekilde enjekte edilen soğuk serumun tüm pulmoner dolaşımı katedip femoral, aksiller veya brakial artere yerleştirilmiş ucunda termistörden ısı değişikliğinin ölçülmesi ile kalp debisi ve atım hacmi (kardiyak output ) ölçümünü sürekli sağlayan tıbbi cihazlardır. PICCO kullanımını sıvı kollajen ve inotrop destek kullanımını yönetmede kullanılır ve mortalite oranının azaltmaktadır (106-108).

### 2.3.5. Nazogastirik sonda (NG)

Nutrisyonel destek yoğun bakım hastalarına verilen bakımın önemli bir kısmıdır. Nazogastirik sonda (NG) takılması, mide ve bazende bağırsaklara, ağız veya burun yoluyla plastik veya silikon bir kateter yardımıyla yerleştirilmesi işlemidir. Bilinci kapalı, orotrakeal entübe olan, nörolojik bozukluğu olan, yutma refleksi zayıflamış hastalar, oral beslenemeyen hastalara NG takılır. Hastaların fazla mide içeriğini kusmasını önlemek, zehirlenmelerde toksik maddeleri dışarı çıkarmak, gastrik kanamalarda drenajı sağlamak, enteral tablet ilaçların ezilerek verilme amacıyla nazogastirik sonda takılır (109,110).

### 2.3.6. Mesane Kataterizasyonu

Lateks ya da silikon sonda ile mesaneye girilerek idrarın dışarı çıkarılmasını sağlayan kapalı sistemdir. Multi travmalarda, bilinci kapalı hastalarda, büyük ameliyatlarda, üretra tıkanıklıklarındaki hastalara üretral sonda takılır. Yoğun bakım hastalarının neredeyse tamamına uygulanan girişimsel işlemdir (110).

### 2.3.7. Endotrakeal ya da Nazotrakeal Entübasyon

Hastanın fizyolojisinde az bir değişim ile hava yolunu güvenli bir şekilde açık tutmak ve yeterli solunumu sağlamak için vokal kordlar arasından trakeaya, endotrakeal ve ya nazal trakeal entübasyon en etkili yöntemdir. Larigoskop eşliğinde hastanın havayoluna uygun büyüklükteki endotrakeal tüpün yerleştirilmesi işlemidir. Her iki akciğer dinlenerek, ventilasyon hareketleri gözlenerek tüpün yeri doğrulanır ve tüp tespit edilir (111, 112).

**Anatomik hava yolu sıkıntısı:** Boyun travması, anafilaktik durum, ağız ya da boyun enfeksiyonu, oral kanama tümöral kanama gibi durumlarda entübe edilir. Ağızdan maksillofasiyal cerrahilerde ya da baş boyun cerrahilerinde genellikle nazotrakeal entübasyon kullanılır (112,113).

**Ventilasyon yetmezliği (solunum):** Astım, kronik obstrüktif akciğer hastalığı (KOAH), pulmoner ödem, pnömoni, sepsis, multi organ yetmezliği, nörolojik bozukluklar, kliniğin giderek bozulduğu durumlar, agresif hastalarda sedasyon başlanması gereken durumlarda hastalar entübe edilir (113).

### **2.3.8. Trakeostomi**

Trakeostomi, boyundan trakeal kıkırdakların ikinci ve üçüncü aralığından trakeaya doğru yapay bir hava yolu geçişi yaratmak olarak tanımlanır. YBÜ’de uzun süre mekanik ventilatörde kalacağı tahmin edilen hastalarda perkütan yatak başı trakeostomi tekniklerinin gelişmesi ile birlikte yaygın uygulanan invaziv işlem haline gelmiştir. Hayat kurtarıcı ve oratrakeal entübasyona alternatif bir yöntemdir. Yoğun bakım hastalarında uzamış mekanik ventilasyon süresi, entübasyonun komplikasyonlarının engellenmesi, baş ve boyun cerrahisi ve travmalarında, yoğun bakım ünitesi tedavileri ve hasta konforu açısından, ventilatörden ayrılma süresinin kısılması, aspirasyon ve ağız hijyenin sağlanması, yoğun bakım dışında hava yolu yönetiminin kolaylaşması için trakeostomi açılır. Perkütan trakeostomi ekibi; bir yoğun bakım uzman hekimi, iki anestezi asistan hekimi ve bir yoğun bakım hemşiresinden oluşmaktadır (114-117).

### **2.3.9. Mekanik ventilasyon**

Yoğun bakımda yatan hastaların çoğunda solunum yetmezliği vardır. Mekanik ventilasyon solunumun bir kısmının ya da tamamen ventilatör denilen cihazlar ile yapılmasıdır. İlk kez 1952 yılında polio salgını sırasında modern ventilatörler kullanılmaya başlanmıştır (118).

Mekanik ventilatör uygulamaları ileri hemşirelik bilgisi ve teknik beceri gerektirir. Solunumun devamı ve mekanik ventilatör sorunları, etkili ve hızlı müdahale hemşirelerin takibinde ve sorumluluğundadır.

#### **✓ İnvaziv Mekanik Ventilasyon**

İnvaziv mekanik ventilasyon yoğun bakım hastalarında sık kullanılan hayat kurtaran işlemdir. Hipoksi ya da hiperkarbi gibi normal gaz değişimini yapamayan, hava yolu problemleri olan hasta endotrakeal enbübe ya da trakeostomize olarak mekanik ventilatör ile soluyor ise invaziv mekanik ventilasyon yapıyor demektir. Hastanın spontan solunumu yok ise hastaya volüm ve basıncı aynı anda kontrollü solunumu mekanik ventilatörde hastaya yaptırılır. Bazen hastanın spontan solunumu vardır fakat yeterli değildir o zamanda mekanik ventilatör desteği gerekir (119).

### ✓ **Noninvaziv mekanik ventilasyon**

Noninvaziv ventilasyon hastaya nazo-oral ya da ful yüz maskesi ile verilen pozitif basınçlı ventilasyon ve toraks ya da karın çevresinde subatmosferik negatif basınçlı ventilasyon sağlayan işlemlerdir. KOAH, akut hiperkapnik solunum yetmezliği, pulmoner ödem, pulmoner infiltrasyonlarda, akut solunum yetmezliğinde, postoperatif hastalarda ya da extübasyondan sonrası solunum sıkıntısı olan hastalarda noninvaziv mekanik ventilasyon uygulanır. Bu ventilasyon, invazif ventilasyon komplikasyonları; barotravma, volütravma, kardiyak aritmiler, hipotansiyon ve ventilatör ilişkili pnömoniyi önler (119).

### **2.3.10 Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu (ECMO)**

Ciddi ve muhtemelen geri dönüşümlü olan kardiyak ya da solunumsal sıkıntısı olan hastaların kısmı kalp-akciğer dolaşımını sağlar (120). Kapalı bir sistem aracılığı ile kanı vücut dışına çıkarıp, kana oksijen transferi ve karbondiokit eliminasyonu sağlayan teknik bir sistemdir (75,76). ECMO'nun uygulanan iki tip yöntemi vardır:

- Venö-venöz yöntem sadece akciğer sıkıntısı olan hastalarda kullanılır.
- Venö-arteriyel yöntem akciğer ve kalbe birlikte destek olur (120).

Gebe kadında ARDS gelişirse akciğeri korumak için erkenden venö-venöz ECMO tedavisine geçilmelidir. Ayrıca peripartum kardiyomyopatiye venö-arteriyel ECMO tedavisi hastanın yaşamını kurtaracaktır. ECMO tedavisi sırasında yapılan heparinizasyondan fetüs olumsuz etkilenmektedir. Fetal hipoksi gelişebilir. ECMO tedavisi ileri teknolojik cihazların kullanıldığı tersiyer yoğun bakım ünitelerinde yapılır. Gebelerde hematolojik komplikasyonlar gelişebilir. ECMO yapılan hastaların mortaliteleri yüksek seyreder (75,76).

ECMO'nun daha yaygın kullanımı için güvenilir şekilde kurulumu ve kullanımı için deneyimli multidisipliner bir ekip(yoğun bakım uzmanı, kalp damar cerrahi uzman doktoru, perfüzyonist, yoğun bakım hemşiresi, eğer hasta gebe ise kadın doğum uzman doktoru) çalışması birlikte komplikasyonlar azalacak ve kullanımı yaygınlaşacaktır (120).



### **2.3.11. Renal Replasman Tedavisi (RRT)**

Yoğun bakım ünitesinde RRT yarı geçirgen bir membran aracılığıyla hastanın kanı ve diyaliz solüsyonu arasında solüt (klirens) ve sıvı değişimini (ultrafiltrasyon) sağlayan sistemlerdir. RRT hemostazın sağlanması için böbrek fonksiyonlarını desteklemektedir. Yoğun bakım ünitelerinde yoğun bakım uzmanı ve nefroloji uzmanı ortak kararıyla tedavi başlanır. Yoğun bakımda periton diyalizi, aralıklı hemodiyaliz, sürekli RRT, devamlı venövenöz hemofiltrasyon, devamlı venövenöz hemodiyaliz, devamlı venövenöz hemodiafiltrasyon, günlük diyalizler şeklinde yapılır. Femoral, subklavyen ven ya da internal juguler venlerden geniş çift lümenli diyaliz katateri takılır (121-123).

Yoğun bakımda yatan hastaların 1/3'ünde akut böbrek yetmezliği gelişmekte ve %5'inin RRT yapılmaktadır. Eklampsi ve HELLP sendromuna eklenen böbrek yetmezliği önemli bir mortalite kriteridir. Yapılan çalışmalarda HELLP sendromu ile renal yetmezliğin mortaliteyi dört kat arttırdığı kanıtları vardır (124). Ağır septik tabloda, hipertermide olan hastayı soğutmak için, böbrek yetmezliği ile birlikte multiorgan yetmezliğinde, acil RRT hayatı tehdit edici hiperkalemi, ciddi metabolik asidoz, üre kreatini yüksekliği, sıvı fazlalığı, ilaç intoksikasyonu durumunda yapılır. Son yıllardaki tedavideki gelişmelere rağmen mortalite %25-50 oranındadır (121-123).

Yoğun bakımda diyalize bağlı hastalar monitörize edilip vital bulgular sıkı izlem gerektirir. RRT'de komplikasyonların erkenden önlenmesi, deneyimli ve eğitilmiş yoğun bakım hemşiresinin nedene yönelik bakım uygulamasına bağlıdır. Bu nedenle RRT yapılan hasta bakımı birebir hemşire gözlemi ve tedavisi gerektirir. RRT yoğun bakımda hemşire iş yükü ve maliyeti önemli derecede artırır. RRT geç başlaması hemşirelik bakım hizmetlerinden zaman tasarrufu sağlar (121-123).

### **2.3.12. Plazmaferez**

Plazma değişimi (plazmaferez), kanın mekanik yöntemlerle vücut dışına alınarak plazmanın kandan ayrıştırılıp, geri kalan kısmının replasman sıvısı ile birlikte hidroksietilstarch, taze donmuş plazma (TDP) ve human albuminin tekrar dolaşıma verilmesi işlemine denir. Plazmaferez tedavisinin asıl amacı; bazı hastalıkların patolojik

etkilerini azaltarak sürecin hastaya verdiği zararın azaltılması veya zararın belli bir kısmının geri döndürülmesi hedeflenir. TDP ucuz ve kolay bulunduğu için tedavi amaçlı tercih edilir. Akciğerde kanaması olan hastalarda TDP ile plazmaferez yapılması gerekmektedir. Guillain-Barre sendromu, Myastenia Gravis, Multipl Skleroz gibi nörolojik hastalıklar, HELLP sendromu, hemolitik üremik sendrom gibi hemotolojik hastalıklar ve ilaç intoksları, akut akciğer yetmezliği, tirotoksikoz, ciddi sepsis gibi durumlarda hastalara plazmaferez yapılır (124-126).

Plazmaferez uygulanacak hastanın büyük periferik vene sahip olması veya hastaya çift lümenli büyük venlere katater yerleştirilmesi gerekir. Plazma ayırma işlemi plazma filtreleri ve standart hemodiyaliz cihazı ve filtreleri kullanılarak yapılır. Plazmaferez işlemi için eğitilmiş perfüzyonist, hemşire ve yoğun bakım doktoru ekip olarak çalışmalıdır. Plazmaferez HELLP sendromu, tiroid fırtınasına bağlı ve eklampsi hastalarının yoğun bakımda kalış süresini ve mortaliteyi azaltan yeri doldurulamayacak tedavi yöntemidir (124-127).

#### **2.4. Yoğun Bakım Hemşireliği (YBH)**

Yoğun bakım hemşiresi bireylerin yoğun bakımda günlük yaşam aktivitelerini karşılayan ve bütüncül bakım sağlayan, bireyselleşmiş bakım sunan kişilerdir. Yoğun bakım hemşireliği (YBH), çok özel eğitimleri ve uygulamaları kapsayan; yaşamı tehdit altında bulunan kritik hastaların en uygun bakımı alabilmesi için araştırma sonuçlarından yararlanmayı gerekli kılan, özel olarak eğitilmiş, yoğun bakıma özel ileri düzey tıbbi cihazların kullanabilme yeteneği olan, lisanslandırılmış hemşireler tarafından yapılan, mesleklerarası bir ekibin parçası olan, iletişim yetenekleri ve işbirliği içerisinde çalışmayı gerektiren bir hemşirelik alanıdır. Yoğun bakım hemşiresi, holistik bakım çerçevesinde, bireyin fizyolojik, psikolojik, emosyonel ve sosyal dengesini en iyi duruma getirmek, yaşamına doğrudan etki eden bireysel bakımı sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak amacıyla sağlık alanındaki yenilikleri yakından takip eden ve değerlendirendir (13-15).

Hemşirenin bütüncül sağlık yaklaşımı ile fiziksel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yönde mevcut ya da olası sağlık problemine sahip bireyin bakım gereksinimlerini belirlemeye, karar vermeye, uygulamaya, değerlendirmeye ve bireyin kendi

gereksinimlerini karşılayabilir düzeye getirmeye yönelik sağlığını desteklemek, sağlık düzeyini yükseltmek ve kurduğu yardım edici ve savunucu bir ilişki türü, etik ve yasal bir sorumluluğudur (128,129).

#### **2.4.1.Yoğun Bakım Hemşirelerinin Görev, Yetki ve Sorumlulukları**

19 Nisan 2011 yılındaki Hemşirelik Yönetmenliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelikte YBH'nin görev, yetki ve sorumlulukları şu şekilde tanımlanmıştır.

“1.Hemşirelik bakımı:

a) Yoğun bakım enfeksiyonlarının gelişiminin önlenmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

b) Hasta değerlendirmesinde kurumun benimsediği skorlama sistemleri ve skalaları uygular ve değerlendirir.

c) Hastaların monitorizasyonu sağlar. Monitorizasyonda non-invazif monitörizasyon tekniklerini kullanır. Kardiyak ritmi izler, acil durumlarda gerekli ekip ile iletişim kurar.

ç) Sıvı-elektrolit ve asit baz dengesine yönelik mevcut ve olası sorunların dikkate alınarak uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

d) Hastaların solunuma ilişkin sorunlarını çözmeye yönelik girişimleri planlar, uygular, değerlendirir, ventilatördeki hastaya bakım verir.

e) Aspirasyon, oksijen tedavisi, vücut pozisyonları, genel vücut bakımı, postural drenaj, aseptik uygulamalar (sonda/kateter bakımı vb.) gibi temel girişimsel uygulamalara yönelik uygun hemşirelik aktivitelerini planlar, uygular ve değerlendirir.

f) Bası yaraları, risk faktörleri, prognoz üzerindeki etkilerinin değerlendirilerek gelişiminin önlenmesi için uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar, oluşması halinde uygun hemşirelik bakımını planlar, uygular ve değerlendirir.

g) Hastalarda kontraktür oluşumunu önleyici girişimleri planlar ve uygular.

ğ) Hastalarda emboli oluşumunu önleyici girişimleri bilir, hekimle birlikte gerekli planlamayı yapar ve uygular.

h) Nörolojik hastalıkları olan (Anevrizma, KİBAS, SVO vb.) ve bilinci kapalı olan (intrakraniyal kanama vb.) hastaların izlemine ve uygun pozisyon verilmesini sağlar, nörolojik değerlendirmelerini yapar.

ı) Kurum politika ve talimatları doğrultusunda, intravenöz sıvı infüzyonunu ve kan/kan ürünleri transfüzyonu işlemlerini başlatır, takip eder, kaydeder; olası sorun ya da komplikasyonlar ortaya çıkar ise durumu hekime bildirir ve kurumda benimsenmiş standartlara göre gerekli girişimleri uygular.

i) Pace makerli hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

j) İntra aortik balon pompası yerleştirilmiş hastayı izler, bakımını bilir ve uygular.

k) Hastaların beslenme gereksinimlerini belirler (enteral ve parenteral beslenme), gereksinimlerine göre hemşirelik bakımını planlar ve uygular, beslenmede kullanılan cihazların sterilizasyonunun devamlılığını sağlar.

l) Yoğun bakım hastaları ile hasta yakınlarının psikososyal problemlerine uygun hemşirelik yaklaşımını sağlar.

2. Tıbbi tanı ve tedavi planının uygulanmasına katılma:

a) Hastadan topladığı verileri ve hastanın genel durumundaki değişiklikleri değerlendirir, kaydeder, normalden sapmaları hekime bildirir.

b) Diğer sağlık personelleri ile beraber hasta vizitine katılır, hastanın tedavi ve bakım planının oluşturulmasına katkıda bulunur.

c) Hekim tarafından gerçekleştirilen invazif tanı ve tedavi girişimlerine katılır; bu girişimler için hastayı hazırlar, işlem sırasında destek olur, işlem sonrasında hastayı izler.

ç) Hastanın laboratuvar tetkikleri için kan, idrar, sıvı ve doku örneklerini toplar; laboratuvara gönderir, değerlendirir ve hastanın hekimine bilgi verir.

d) Her yaş grubuna özgü uygulanması gereken ilaç çeşitlerini, farklı dozlarını ve olabilecek yan etkilerini bilir; ilaç uygulamaları ve ilaç güvenliği ilkelerine bağlı kalarak, hekim istemine göre hastaya enteral, parenteral ve haricen verilecek ilaçları verir; uygulanan ilaç ve tedavilerin etki ve yan etkilerini, hastanın tedavi ve bakıma verdiği yanıtları gözler, kaydeder ve gerektiğinde ilgililere rapor eder.

e) Acil ilaçları, tıbbi malzeme ve cihazları kullanıma hazır bulundurur.

f) Kardiyak ritmi izler, yorumlar, öldürücü ritimleri tanır ve gerekli acil girişimleri bilir.

g) Konsültasyonun yapılmasını takip eder; katılır.

ğ) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlar. Arrest durumunda mavi kod çağrısı yapar. Kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteği uygulamalarına katılır (oksijen verme, solunum desteği, kalp masajı, acil ilaçlar, tıbbi cihazların uygulanması gibi). Eğer o an ünite de hekim yok ve (geçerlilik süresi dolmamış) ileri yaşam desteği sertifikası var ise temel ve ileri yaşam desteği uygulamalarını başlatır, kalp masajı, solunum desteği, defibrilasyon ve acil senkronize kardiyoversiyon uygular. Vakaları rapor eder.

h) Acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ve kurumun benimsemiş olduğu protokoller doğrultusunda temel/ileri yaşam desteğinin uygulanmasını sağlar ve uygun hemşirelik aktivitelerini yerine getirir” (130).

#### 2.4.2. Türkiye’de YBH Sertifikasyonu

YBH’de sertifika eğitiminin temel amacı; kanıta dayalı kaliteli bir hemşirelik bakımı hizmeti ve becerilerini bilimsel verilere dayanarak yapılan hemşirelik bakım hizmeti sağlamaktır.

“Bu sertifikalı eğitim programının amacı, koruyucu, geliştirici ve rehabilite edici girişimlerle bireyin fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak güçlenmesini sağlayan; hasta ve aileleri ile terapötik

iletişim kuran; sağlık bilimi ve teknolojisindeki gelişmelere, yeni tedavi ve bakım yöntemlerine uyum sağlayabilen; sağlık ekibi üyeleri ile işbirliği içinde takım çalışması yapabilen, acil, kritik ve karmaşık hasta bakım gereksinimlerini karşılayabilecek mesleki yetkinliğe sahip, kritik düşünme, karar verme, sorun çözme ve liderlik becerileri gelişmiş yoğun bakım hemşireleri yetiştirmektedir.”(131).

Sertifikalı eğitim programları hukuksal olarak; Sağlık Bakanlığı Sertifikalı Eğitim Yönetmeliği (04.02.2014 tarihli ve 28903 sayılı Resmi Gazete), Hemşirelik Yönetmeliği (08.03.2010 tarihli ve 27515 sayılı Resmi Gazete), Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ (20.07.2011 tarihli ve 28000 sayılı Resmi Gazete) dayandırılmaktadır (131,132).

Türkiye’ de YBH sertifika programlarının yürütülmesi ve alınan sertifikaların tescili Sağlık Bakanlığı tarafından yapılmakta, sertifika programı açma yetkisi, denetimi Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yapılmaktadır. Eğitimi, yoğun bakımda çalışan veya çalıştırılması düşünülen hemşire, ebe (hemşire yetkisi almış) ve sağlık memurları katılabilir”. Sertifika eğitimleri teorik ve pratik olarak yürütülmektedir. Teorik eğitim 15 iş günü, pratik eğitim 15 iş günü şeklinde yürütülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yetkilendirilmiş ve tescillenmiş en az 20 yoğun bakım yatağına sahip 3. seviye erişkin YBÜ’ne sahip kurumlar sertifika eğitimleri yürütmektedir. YBH sertifikasının geçerlilik süresi 5 yıldır ve yoğun bakımda yatan bireylerin, sertifikasyon eğitimi almış hemşireler tarafından bakım ve tedavisi sağlanması gerekmektedir (132,133).

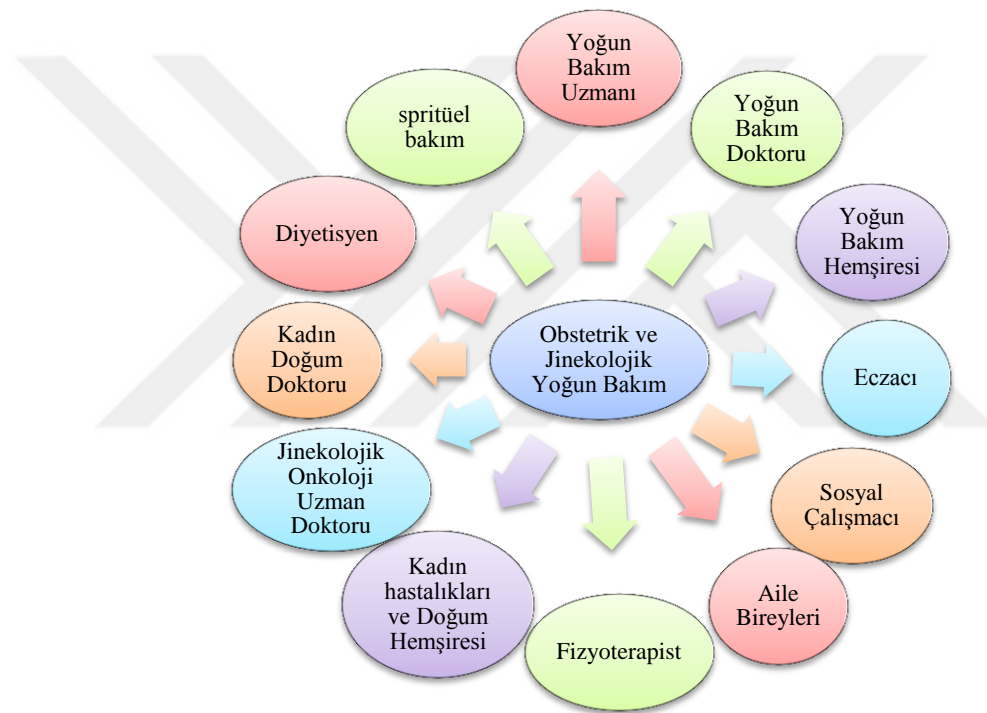
## **2.5. Obstetrik ve Jinekolojik Yoğun Bakımların İşleyişi**

Obstetrik ve jinekolojik yoğun bakımlar multidisiplinler arası bakım ve tedavi gerektiren yoğun bakımlardır. Kanıta dayalı çalışmalarda Şekil 2’deki ekip üyelerinin bulunması bakımın kalitesini ve işlemlerin etkinliğini arttırdığını göstermektedir. Ekip çalışması ile hastaların hastanede kalış süresi, mortalitenin ve maliyetin azaldığı tespit edilmiştir (2,134).

### 2.5.1. Kadın Sağlığı Hemşireliği

Temel hemşirelik hizmetinin verilmesinin yanın da merkezinde kadın odaklı sağlığın bütünsel ve özel hemşirelik uygulamalarını içine alan dinamik ve özerk rolleri olan alandır. Kadın sağlığı hemşireleri kadınların tüm yaşamı boyunca, sağlığını geliştirmek, korumak, eğitim vermek, araştırma yapmak, gerektiği durumda danışmanlık vermek ve kadınların sağlık haklarını savunan hemşirelerdir (135-137).

### Şekil 2: Obstetrik ve Jinekolojik Yoğun Bakım Ekibi



Kaynak 2,138'den alınmıştır.

### 2.5.2. Kadın Sağlığı Uzman Hemşireliği

Türkiye’de ilk kez 1968 yılında Hacettepe Üniversitesinde yüksek lisans ve 1972 yılında doktora düzeyinde eğitim programları başlamıştır. Bu eğitimlerde; bireyin cinsel sağlık, üreme sağlığı, ürojinekoloji, perinatoloji, jinekoloji ve jinekolojik onkoloji, menapoz gibi alanlarda bireyi bütüncül olarak irdeleyen, birey merkezli hemşirelik ihtiyaçlarını planlayıp uygulayabilmesi için yetkinlik kazanmış, kanıta dayalı,

disiplinlerarası iş birliği sağlayan, özgün bilimsel araştırma yapan, kadın sağlığı ve hastalıkları hemşireliği ile ilgili alanlarda strateji, politika ve uygulama planları geliştirmeyi ulusal ve uluslararası platformda uygulamayı içermektedir (135,137).

Uzman hemşirelik liderlik özelliği olan, araştırma yapan, yasal savunuculuk ve yönetim gibi alanlarda rolleri bulunan hemşirelerdir. İleri hemşirelik uygulamaları uzmanlık ve yetkinlik gerektirir. Uzmanlaşma hemşirelerin otonomisini artırır, profesyonel rollerini nitelikli yapmasını sağlar ve mesleğin saygınlığını artırır (135,137).

### **2011 Yılında Düzenlenen Hemşirelik Yönetmenliğine Göre Kadın Sağlığı Uzman Hemşireliği aşağıdaki şekilde tanımlanmıştır.**

“(3) Uzmanlık alanı ile ilgili kapsamlı sağlık değerlendirmeleri yapar. Hemşirelik bakımını planlar, uygular ve yönetir. Bakımda istenen hedeflere ulaşamaması durumunda, yeni stratejiler geliştirir.

(4) Hastalara uygulanan tıbbi tanı ve tedavi işlemlerine ilişkin karşılaşılan kritik durumlarda, uygun kararın verilmesinde hemşirelere danışmanlık yapar, mesleki gelişimleri açısından hemşirelere yardımcı olur.

(5) Hasta ve ailesinin eğitimini planlar. Hastaları, bakım ve tedavi yöntemleri ile olası yan etkileri hakkında bilgilendirir. Hastaların güncel ve güvenilir sağlık bilgisine ulaşmasını sağlar.

(6) Uzmanlık alanı ile ilgili ve etik konularda kişi, kurum ve kuruluşlara danışmanlık ve bilirkişilik yapar. Çalıştığı kurumda araştırmalarla ilgili etik komitede görev alabilir” (130).

### **2.5.3.Kadın Sağlığı Hemşiresinin Görev ve Sorumlulukları**

Kadın sağlığı hemşiresinin görev ve sorumlulukları tanımlanmış fakat özellik taşıyan birim ve alanlar tanımlanmamış (130,136).

“Hemşirenin genel görev, yetki ve sorumluluklarının yanı sıra;

- Çiftlere, gebelik öncesi eğitim ve danışmanlığını yapar.
- Kadının gebelik dönemine özgü bakım ve izlemlerini yapar.
- Gebelikte gelişebilen riskli durumları erken dönemde fark eder ve önerilen tedavileri uygular ve gerektiğinde sevk eder.
- Doğumun uygun koşullarda yapılması için hastayı yönlendirir.
- Doğum eylemiyle ilgili normalden sapmaları izler ve bildirir.
- Yenidoğan bebeğin bakımını ve muayenesini yapar.

- Erken ve geç lohusalık döneminde anne ve yenidoğan bakımını yapar.
- Ana çocuk sağlığının korunup geliştirilmesinde kadına eğitim ve danışmanlık yapar (aile planlaması danışmanlığı, emzirme danışmanlığı, sağlıklı cinsel yaşam, genetik hastalık riski taşıyan ailelere danışmanlık, periyodik jinekolojik ve meme kontrolü, pap smear vb. testler için yol gösterir ve yardımcı olur” (130).

#### **2.5.4. Jinekoloji ve Jinekolojik Onkoloji Hemşireliği**

Kadınların yaşam süresi uzadıkça, yaşlılıkta geçireceği sürede uzamakta ve bu duruma paralel olarak jinekolojik sağlık sorunları ve jinekolojik onkoloji vakaları da artmaktadır. Yoğun bakımda jinekolojik hastalar genelde kanser hastaları ya da ileri yaşa bağlı sorunlar ile yoğun bakıma gelen postoperatif dönemde kemoterapiye nedeniyle son dönem hastaları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu hastaların bakımları yoğun bakım hastasına yönelik bakımlar uygulanmaktadır. Bu hastalara ayrıca jinekolojik onkoloji bakımına yönelik hemşirelik bakım süreci özel olarak planlanmalıdır (139) .

Uluslararası Jinekolojik Onkoloji Hemşireler Birliği (SGNO) amaçları;

- “Kanserli birey ve ailesinin yaşam kalitesini geliştirmek için semptom yönetimi ve destek bakımı sağlar.
- Kanser tanısı almış birey ve ailesini sistematik olarak değerlendirir, sağlık sorunlarını ve önceliklerini belirler.
- Çalışma ortamının risklerini değerlendirir ve standartlara uygun önlem alır.
- Diğer ekip üyelerini çalışma ortamının risklerine karşı bilgilendirir ve rehberlik eder, çalışma ortamının (antineoplastik ajanların) risklerine yönelik ortamı ve ekipmanı standartlara göre düzenler ve temin eder.
- Yapılacak tedavinin türüne göre tedavi öncesi bireyi değerlendirir. Normalden sapma durumlarda doktoruna bilgi verir.
- Onkoloji hemşireliği ile ilgili bakım ilkeleri, yöntemleri ve ürünler konusundaki gelişmeleri takip ederek bilgisini güncelleştirir ve uygulamaya aktarır.
- Kemoterapi uygulamadan önce ilaç almayı engelleyecek durumlar (enfeksiyon, kilo kaybı, toksisite, ilaçların yan etkisi vb.) yönünden hastayı değerlendirir. Kemoterapi alması planlanan hastanın kemoterapi protokolünün uygunluğunu (doz, ilaç verilmiş yolu, tedavi şeması vb.) değerlendirir ve hastaya bilgi verir.
- Antineoplastik ilaç uygulanan hastaların vücut sıvıları ve atıklarına maruz kalınabilecek her türlü işlemde koruyucu önlemleri alır ve alınmasını sağlar.



- Hazırlanan ilacın adını, dozunu, hazırlanma saatini yazarak ilacın üzerine etiketler” (130).

## **2.6. Obstetrik ve Jinekolojik Yoğun Bakım Hemşiresinin Önemi**

Obstetrik ve jinekolojik hemşirelik; yüksek riskli obstetrik hastaları, jinekolojik ve jineko-onkolojik yüksek riskli hastaları takip eden hemşirelerdir. Yapılan çalışmalarda kritik obstetrik ve jinekolojik hastalara bire bir ya da iki hastaya bir hemşire olması gerekmektedir (2,134).

Kritik obstetrik hemşireliğin amacı; kadının fizyolojik, psikolojik ve sosyal gereksinimlerini karşılamak, bilgilendirmek, kadının ve fetüsün yaşam haklarını savunmaktır. Her hastaya hastalığına ait özellikli bakım sağlamaktır. Kritik obstetrik hemşire maternal fizyoloji ve gebeliğin ortak patofizyolojisini çok iyi bilmelidir (138).

Obstetrik hastaların, yoğun bakım hastalarından farkı fetal sağlığında değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu yüzden hastanın hayatı iki kişiyi birden etkilemekte ve bakım ve takipler önem kazanmaktadır (2,138).

## **2.7. Kritik Gebe Bireylerin Yoğun Bakımda Takibi**

Gebeliğin neden olduğu hastalıklar ya da gebelik öncesi var olan hastalıkların şiddetlenmesi ile gebelerde yoğun bakım yatışı görülebilir. Gebelerin çoğu solunum desteği ve postpartum hemodinamik anstabilite dönemi hemodinamik izlem için yoğun bakım da izlenebilir. İnfertilite tedavisindeki ilerlemeler ile birlikte ileri yaş anneliklerin artması ve kadınların kariyer nedeniyle anneliklerini ileri yaşlara ertelemesinden dolayı potansiyel risk taşımaktadır. Bunun için obstetrik yoğun bakımların önemi artmıştır (134).

Kritik gebe hastalar da invaziv hemodinamik monitörizasyon ile izlenmeleri maternal ve fetal stabilizasyon sağlamak için oldukça önemlidir. Yoğun bakımda gebeler, gebelik haftasına göre fetal sağlık sürekli elektronik fetal monitör ile izlenmelidir. Gebelik ve postpartum dönemde kardiyovasküler değişikliklerde artış gözlemlenir. Maternal oksijenlenme yoğun bakımda çok önemli çünkü fetüs hipoksiden ciddi şekilde etkilenir. Gebelik sırasında invazif arteriyel kan basıncı izleminin de kullanılan arter sıvısının içine konulan heparin kullanımı özel olarak dikkatle izlenmeli.

Bazı durumlarda; solunum yetmezliği, Şiddetli pre-eklampsi ve ya eklampsi, pulmoner ödem, pnömoni, sepsis, pulmoner emboli, nörolojik olaylar, ilaç intoksikasyonu, travma, gebelikte H1N1 ve gebelikte ARDS gibi durumlarda gebeye mekanik ventilasyon desteği gerekebilir. Bu durumlarda gebelik sağlık ekibi için benzersiz zorluklar sunar. Obstetrik yoğun bakım hastaların takibi kritik perinatolog, neonotolog, yoğun bakım uzmanı, yoğun bakım hekimi, yoğun bakım hemşiresi ve kadın sağlığı hemşiresi tarafından optimal sağlığı sürdürmek için ekip yaklaşımı gerekmektedir (134-138).

Yoğun bakım obstetrik hastalar için beklenmeyen bir durum olduğu için maternal stres ve aile bireylerinin yaŐadıđı stres st düzeydedir. Bu hastalar için aile bireyleri ile iletişim kurulup destek sistemleri arttırılmalıdır. Fetal sağlığın iyi olması maternal stresi azaltıp iyileşmeyi hızlandırır. Gebe bir hastanın yoğun bakımda yattığı sırada hemşireler uterusun kasılmalarını da izlemelidir. Elle yapılan palpasyonla kasılmanın Őiddetini değerlendirmeli, hekimi alarma geçirmelidir. Ülkemizde obstetrik ve jinekolojik yoğun bakım hemşireliği bulunmamaktadır. Yoğun bakım hemşireliği kurs programları vardır fakat obstetrik ve jinekolojik hastaların bakım ve tedavisi ayrıca deđerilmemiŐtir (2).

## **2.8. Obstetrik ve Jinekolojik YB Hemşirelik Eğitimi ve Uzmanlaşması Gereken Konular**

Obstetrik ve Jinekolojik YBÜ'nde çalışan hemşirelerin, kadın doğum hemŐireliđine ek olarak, yoğun bakıma zđu eğitimlerin planlanması gerekmektedir. Benzer Şekilde, yoğun bakım alanında deneyimli ve eğitimi olan hemşirelerin de obstetrik ve jinekolojik vakalara bakım verebilmesi için konu ile ilgili bilgi gereksinimlerinin giderilmesine ihtiyaç vardır.

**Tablo 8. Obsterik ve Jinekolojik YBÜ’nde Uzmanlaşılması Gereken konular**

<b>En az 1 yıllık deneyimi olan hemşireler</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Genel cerrahi hemşireliği</li><li>• Yoğun bakım hemşireliği</li><li>• Obstetri/perinatoloji hemşireliği</li><li>• Jinekolojik onkoloji hemşireliği</li><li>• Ürojinekoloji hemşireliği</li></ul>	<b>Monitörizasyon eğitimi</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kardiyotokografi ve kontraksiyon izlem</li><li>• Temel telemetre</li><li>• İnvaziv ve noninvaziv monitörizasyon</li><li>• Mekanik ventilasyon kuralları</li></ul>
<b>Temel eğitim programları</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Gebelikteki fizyolojik- organ sistemi değişiklikleri</li><li>• Gebeliğin patofizyolojik değişiklikleri</li><li>• Gebelikte oluşan hipertansif durumlar; pre-eklampsi, eklampsi, HELLP sendromu</li><li>• Preterm eylem yönetimi</li><li>• Kardiyak, solunum, böbrek, endokrin-tiroid, diyabet (gestasyonel ve pregestasyonel) hematolojik sorunlar</li><li>• Sepsis/koryoamniyonit</li><li>• Jinokolojik onkolojik hastalıklar</li><li>• Kadın hastalıkları</li></ul>	<b>Klinik eğitim</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Kardiyopulmoner resüsitasyon/ileri yaşam desteği</li><li>• Yenidoğan resüsitasyonu</li><li>• Simülasyon ile vaka yönetimi</li></ul>

Kaynak 2, 134, 136’den alınmıştır.

## **2.9. Yoğun Bakım Ünitesinde Kadın Sağlığına Yönelik ‘Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği’ne (NANDA)” Göre Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi**

“1973 yılında, Hemşirelik Tanılarını Adlandırma ve Sınıflaması için Görev Gücü olarak ilk toplantısını yapan oluşum, hemşire kuramcılarının ve üyelerinin katılımıyla iki yılda bir düzenlenen kongrelerle çalışmalarını sürdürmüştür. ABD dışından, birçok uluslararası üyeleri bulunan bu grup 1982 yılında NANDA- Kuzey Amerikan Hemşirelik Tanıları Birliği adı ile bir birlik haline dönüşmüş, 1992 yılında da uluslararası katılımı da temsil edecek şekilde NANDA International adını almıştır.” (140).

NANDA’nın amacı; standart hemşirelik tanılarının adlandırılmasını,

sınıflandırılmasını, geliştirilmesini, saflaştırılmasını, yayılmasını ve kullanımını kolaylaştırmaktır. Yoğun bakımda hemşirelik bakımı süreci multidisiplinler şeklinde planlanmalı ve NANDA'ya göre ortak problemler belirlenip, hemşirelik tanılarına yönelik bakım uygulanmalıdır. Ortak hemşirelik tanısı ile yoğun bakım, kadın doğum ve pediatri hemşireliği olarak incelenmiştir (140-143).

Yoğun bakımda hemşirelik tanıları, hastaya bakım veren hemşirelerin ve doktorların yaptığı klinik invaziv işlemler, klinik değerlendirmeler, bilinci açık oryante hastaların görüşleri ve gözlemlere göre tanımlar belirlenir.

Bazı tanımlar aşağıdaki gibidir:

- Ventilator ilişkili pnömoni olma riski
- Bireysel bakımda yetersizlik
- Öz bakım eksikliği
- Gaz alış verişinde bozulma
- Konstipasyon riski
- Uyku örüntülerinde bozulma
- Beden imajında bozulma
- Sıvı-volüm dengesizliği
- Doku bütünlüğünde bozulma riski
- Etkisiz solunum yolu temizliği
- Fiziksel hareketlerde bozulma
- Oral mukoz membranlarda bozulma riski
- Cerrahi menapoz hakkında bilgi eksikliği
- Annelik rolüne uyumsuzluk
- İnvaziv girişimlere bağlı enfeksiyon riski
- Loşia takibinin yapılması
- Atoni riski
- Emzirmede yetersizlik
- Beslenmenin sürdürülmesi
- Eliminasyonun devamı
- Cinsel yaşamı ile ilgili bilgi eksikliği
- Bebek bakımında bilgi eksikliği
- Anojmana bağlı göğüslerde şişlik ve ağrının giderilmesi

- Entübasyon tüpünden rahatsızlık hissi
- Etkisiz solunum riski
- Aktivite intoleransı
- Tirotoksikoz gebede plazmafereze bağlı anafilaksi riski
- Plazmafereze bağlı düşük riski
- Gebede invaziv işlemlere bağlı düşük olma riski
- Jinekolojik kanserli hastada kadınlığın kaybına bağlı stres yaşama riski
- Jinekolojik kanserlerde tekrar kaser olma olasılığından dolayı önlenmesine yönelik bilgi eksikliği
- Son dönem jinekolojik kanser tanısı almış hastanın palyatif bakımına yönelik psiko-sosyal hemşirelik bakımı
- Gebelikte preeklampsi –eklamsi gelişmesine bağlı hemşirelik bakımı
- HELLP sendromuna bağlı diyaliz alan hastanın bakımı
- Gebelikte inra-uterin mort fetüs olma riskine bağlı fetal sağlığın değerlendirilmesi
- Gebelikte ECMO yapılan hastanın hemşirelik bakımı
- Histerektomi sonrası cinsel fonksiyonlarda değişime bağlı bilgi eksikliği
- Jinekolojik ve obstetrik abdominal insizyon yerinde kanama riski
- Hemofiltrasyona bağlı hastada hemşirelik bakımı
- Kırılgan yaşlılık sendromu riski
- Etkisiz sağlık yönetimi
- Dengesiz beslenme: beden gereksiniminden az
- Kan şekeri seviyesinde dalgalanma riski
- Sıvı volüm eksikliği riski
- Bozulmuş üriner boşaltım
- Konstipasyon riski
- Yatak içi hareketlilikte bozulma
- Ayağa kalkmada bozulma
- Yürümede bozulma
- Bozulmuş spontan solunum
- Etkisiz serebral doku perfüzyonu riski
- Etkisiz periferel doku perfüzyonu riski
- Ventilatörden ayrılmaya karşı işlevseel olmayan yanıt
- Tuvalet aktivitelerinde öz-bakım eksikliği

- Bozulmuş sözel iletişim
- Başarısız doğum süreci
- Maternal/fetal bozulma riski
- Yer değiştirme stresi sendromu
- Göz kuruluğu riski
- Bozulmuş dentisyon
- Şok riski
- Gecikmiş cerrahi iyileşme riski
- Kendini yaralama riski
- Alerjik yanıt riski
- Beden sıcaklığında dengesizlik riski
- Akut ağrı
- Kronik ağrı
- Konforda bozulma
- Yalnızlık riski
- Sosyal izolasyon (141,143-145).

### **3. GEREÇ VE YÖNTEM**

#### **3.1. Araştırmanın Tipi**

Bu çalışma, multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirerek, kabul nedenlerini ve klinik sonuçlarını araştırmak ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini incelemek amacıyla retrospektif tanımlayıcı ve niteliksel tipte bir çalışmadır.

#### **3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı**

Araştırma, 1 Nisan - 1 Haziran 2016 tarihleri arasında, Bakırköy Dr.Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirilmiştir.

Anesteziyoloji ve reanimasyon kliniği tersiyer yoğun bakım ünitesi olarak hizmet vermektedir. 20 yatağı, 2 adet tek kişilik izolasyon odası ve 1 adet çift kişilik izolasyon odası bulunmaktadır.

Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde (YBÜ) bir idari ve eğitim sorumlusu anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekimi, bir eğitim sorumlusu anesteziyoloji ve reanimasyon uzman hekimi, iki yandal yoğun bakım uzman doktoru, iki yandal asistan doktoru, üç anesteziyoloji ve reanimasyon asistan doktoru, bir yoğun bakım ünitesinden sorumlu hemşire, otuz yedi hemşire, iki sağlık memuru ve üç ebe (hemşire yetkisi almış) görev almaktadır. YBÜ'nde hemşireler, 8-16 ve 16-08 olacak şekilde iki vardiya halinde ve haftada 45-56 saat olarak çalışmaktadır. Hemşireler her şifitte 2 hastaya bakım ve tedavi yapmaktadır.

### **3.3. Araştırmanın Evren ve Örneklemi**

Çalışmanın ilk aşamasında, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde Haziran 2012 - Haziran 2016 yılları arasında yatan toplam 3099 hasta evreni oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise, obstetrik nedenle (gebe ve/ veya postpartum dönem) yoğun bakımda yatan 40 hasta ve jinekolojik nedenle yatan 33 hasta olmak üzere 73 hasta oluşturmuştur. Retrospektif olarak hasta dosyaları incelenmiştir.

Çalışmanın ikinci aşaması, nitel desende yapılmıştır. Çalışmada yoğun bakım ünitesinde çalışan ve araştırmayı kabul eden 42 hemşire, ebe, sağlık memuru ile görüşülmüştür. Görüşmelerde araştırmacı tarafından hazırlanan form, kişisel bilgi formu ve yoğun bakımda yatan obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım veren sağlık bakım profesyonelinin görüşlerini irdeleyen yarı yapılandırılmış form kullanılmıştır. Fenomolojik dökümantasyon yaklaşımı ile incelenmiş, görüşmeler sonrasında araştırmacılar tarafından kodlama ve temalandırmalar yapılmış, veriler betimsel ve içerik analizleriyle sunulmuştur.

### **3.4. Veri Toplama Araçları**

İki aşamalı olarak yürütülen çalışmanın ilk aşamasında, Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Edilen Obstetrik ve Jinekolojik Hastaları Değerlendirme Formu (Ek-1) kullanılmıştır. Retrospektif olarak hastalara ilişkin kayıtların elde edilmesi amacıyla literatür taranarak araştırmacı tarafından 9 soruluk ve 3 bölümden oluşan formdaki bilgilere, Klinik Karar Destek Sisteminden (Metavision), Hastane Yazılım Sistemi'nden (Probel) yararlanılarak ulaşılmıştır. Bu amaçla maternal yaş, gestasyonel yaş, doğum şekli, gebelik öncesi mevcut olan medikal hastalık, yatış tanısı değerleri kaydedildi. Olguları yoğun bakım ünitesine alınmasına neden olan ciddi hastalıklar (hemoraji, preeklampsi, enfeksiyon vb.) ve komplikasyonlar kaydedildi. Olguların yoğun bakım ünitesinde kalış süreleri ve uygulanan invaziv girişimler (foley sonda, nazogastrik sonda, entübasyon, santral venöz kateterizasyon, intraarteriyel kateterizasyon, PICCO, treakostomi), ECMO, plazmaferez ve hemofiltrasyon /hemodiyaliz uygulamaları ve sonuçları



değerlendirilmeye alınmıştır.

Çalışmanın ikinci aşamasında, yoğun bakımda yatan, obstetrik ve jinekolojik nedenle ile tanı almış hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini belirlemek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuş, mesleki ve demografik özellikler ile hastalara bakım vermeye yönelik görüşleri içeren anket formu kullanılmıştır (Ek-2)

### **3.5. Araştırmanın Etik Boyutu**

Veri toplama işlemi öncesinde Okan Üniversitesi Etik Kurul Onayı (Ek-3) ve İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı Dr.Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden araştırma izni (Ek-4) alınmıştır. Çalışmaya katılan hemşireler çalışmanın amacı hakkında bilgilendirme yapılarak, yazılı onamları alınmıştır.

### **3.6. Araştırmanın Güçlük ve Sınırlılıkları**

Rekrospektif olarak yürütülen çalışmada, hastalara ait veriler, dosya üzerinden tarandığı için verilere ulaşmada zaman açısından güçlük yaşanmıştır.

Nitel desende olan çalışmada, araştırmaya katılan hemşirelerin izinli/ raporlu olmaları nedeniyle hemşirelerin tamamına ulaşılması zaman almıştır. Yoğun bakımda çalışan hemşirelerin obstetrik ve jinekolojik hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini içeren literatürün kısıtlı olması, çalışmanın yazım sürecinin uzamasına neden olmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlar, çalışmanın yapıldığı hastane ve çalışmaya katılan hemşirelerin yanıtları ile sınırlıdır.

### **3.7. Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırmada elde edilen nicel veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. Araştırmada elde edilen nitel içerik nitel analiz yöntemleri ile analiz edilmiştir. Hemşirelerin görüşlerinin dökümleri sorulara göre hazırlanmıştır. Görüşme sorulara verilen yanıtlar tek tek ele alınarak

kodlanmış, temalara ayrıştırılmıştır. Elde edilen tema çeşitliliği ve yoğunluğu yorumlanarak örneklerle birlikte raporlanmıştır.



#### 4. BULGULAR

Haziran 2012 - 2016 tarihleri arasında multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguların retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmadan elde edilen bulgular aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 9: Obstetrik Hastaların Yoğun Bakım Özellikleri (N:40)**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yoğun Bakım Yatış Sebebi</b>		
HELLP-Preeklamsi-Eklampsi	16	40,0
Kanama (DIC, uterus perforasyonu ,uterus atonisi)	11	27,5
Solunum Sıkıntısı (Solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni)	6	15,0
Yüksek Kardiyak Risk (Mitral stenoz, mitral yetmezlik, Eisenmenger sendromu, pulmoner hipertansiyon, yüksek tansiyon)	5	12,5
Kötü genel durum (Ölü fetüs, trotoksikoz)	2	5,0
<b>Yapılan İnvaziv Girişimler*</b>		
CVP	25	62,5
Arter kateterizasyonu	33	82,5
PICCO	4	10,0
Plazmaferez	4	10,0
Hemofiltrasyon /Hemodiyaliz	5	12,5
ECMO	2	5,0
Üriner kateter	40	100,0
<b>Eşlik Eden Başka Hastalıkların Varlığı (n:15)</b>		
Gestasyonel Diabetüs Mellitüs (GDM)	3	4,5
Astım	1	2,5
Kardiyak Problemler (Mitral Stenoz, Kalp yetmezliği)	8	20,0
Hipertansiyon	3	7,5
<b>Doğum şekli</b>		
Normal doğum	1	2,5
Sezeryan doğum	34	85,0

Abortus/ uterus rüptürü	5	12,5
<b>Gestasyon haftası</b>		
İlk trimester	1	2,5
İkinci trimester	5	12,5
Üçüncü trimester	34	85,0
<b>Hastada Ortaya Çıkan Komplikasyonlar (n:18)</b>		
DIC	3	4,5
ARDS	3	7,5
Sepsis	3	7,5
ABY	9	22,5
<b>Yoğun Bakım sürecinin nasıl sonuçlandığı</b>		
Taburcu	37	92,5
Exitus ( <i>İntraserebral hemoraji 2 hasta, sepsis 1 hasta</i> )	3	7,5
<b>Hastaların yatış süresi ortalaması</b>	4.55 gün (min:1 gün, max: 40 gün)	
<b>Hastaların yaş ortalaması</b>	31.47 yaş (min:22, max:39)	

\*Birden fazla yanıt olduğu için n sayısı katlanmıştır.

Obstetrik hastaların yoğun bakım yatış nedenleri Tablo 9’da gösterilmiştir. Yoğun bakıma en sık kabul edilen 40 obstetrik hastadan 16’sı (%40) HELLP sendromu, eklampsi ve preeklampsi, 11 hasta (%27.5) kanama (DIC, uterus perforasyonu, uterus atonisi), 6 hasta (%15) solunum sıkıntısı (solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni), 5 hasta (%12.5) yüksek kardiyak riskli (mitral stenoz, eisenmenger sendromu, pulmoner HT, yüksek tansiyon), 2 hasta (%5) genel durumu bozukluğu (intrauterine mort fetus, tirotoksikoz) nedeniyle kabul edilmişlerdir. Hastaların %82,5’inde arter kateterizasyonu uygulanmış, %20’sinde hastalığa eşlik eden kardiyak problemler olduğu saptanmıştır. Hastaların %85’i gebeliğin üçüncü trimesterindedir ve sezeryan ile doğum yapmıştır. Hastaların %22,5’in komplikasyon olarak akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişmiş ve mortalite oranı %7,5 olarak saptanmıştır. Hastaların ortalama yatış süresi, 4,55 gün ve yaş ortalaması 31,47 yaştır.

**Tablo 10: Jinekolojik Hastaların Yoğun Bakım Özellikleri Yatış Nedenleri (N:33)**

<b>Değişkenler</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yoğun Bakım Yatış Sebebi</b>		
Over Ca	16	48,5
PID (tuba overyan abse)	1	3,0
Total Histerektomi	11	33,5
Subtotal Histerektomi	2	6,0
Uterus Perforasyonu	1	3,0
Uterus Tümörü	2	6,0
<b>Yapılan İnvaziv Girişimler*</b>		
CVP	16	48,5
İnvaziv arter monitorizasyonu	30	91,0
Nazogastrik sonda	20	60,6
Mekanik ventilasyon	22	66,7
Hemofiltrasyon /Hemodiyaliz	2	6,1
Üriner katater	33	100,0
<b>Eşlik Eden Başka Hastalıkların Varlığı (n:24)</b>		
Akut ve kronik böbrek yetmezliği	4	12,1
Meme kanseri	2	6
Diyabetüs mellitüs	4	12,1
Hipertansiyon	11	33,3
KOAH	6	18,1
Tiroid hastalığı	3	9,1

Kardiyak problemler (atrial fibrilasyon, pacemaker, konik kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, bypass öyküsü, mitral kapak değişimi, tiriküspit darlık)	11	33,3
<b>Hastada Ortaya ıkan Komplikasyonlar (n:6)</b>		
Akut solunum yetmezliği	1	3,0
Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon ( <i>Vankomisine Dirençli Enterokok İnfeksiyonu (VRE), Acinetobacter</i> )	2	6,1
Sepsis	2	6,1
Gastrointestinal sistem kanamaları (GİS kanamaları)	1	3,0
<b>Yoğun Bakım sürecinin nasıl sonuçlandığı</b>		
Taburcu	25	75,7
Exitus ( <i>sepsis 1 hasta, multiorgan yetmezliği 1 hasta, GİS kanama 2 hasta, kardiyak arrest 3 hasta</i> )	7	21,3
Nöroloji yoğun bakıma sevk	1	3,0
<b>Hastaların yatış süresi ortalaması</b>	3, 03 gün (min:1 gün, max: 16 gün)	
<b>Hastaların yaş ortalaması</b>	65,60 yaş (min: 29, max:88)	
<b>Toplam</b>	<b>33</b>	<b>100,0</b>

Yoğun bakıma kabul edilen jinekolojik hastalardan 16'sı (% 48,5) over Ca, 11 hasta (%33,5) Total histerektomi, 2 hasta (%6) subtotal histerektomi, 2 hasta (% 6) uterus tümörü, 1 hasta (% 3) PID ve 1 hasta (%3) uterus perforasyonu nedeniyle yoğun bakıma kabul edilmiştir. Hastaların %12,1'inde komplikasyon olarak sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon (*Vankomisine Dirençli Enterokok İnfeksiyonu (VRE), Acinetobacter* ) ve sepsis gelişmiştir. Mortalite oranı %21,3 olarak saptanmıştır. Hastaların ortalama yatış süreleri 3,03 gün (en az 1, ençok 16 gün) ve yaş ortalaması 65,60 yaştır (min:29, max: 88).

Multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olgulara bakım veren sağlık çalışanlarının demografik ve mesleki özellikleri

ile, hastalara verilen bakımı sürdürme ve yürütmeye yaşadıkları deneyimlere yönelik yapılan değerlendirmeden elde edilen sonuçlara ilişkin bulgular aşağıda yer almaktadır.

**Tablo 11. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı (N:42)**

<b>Değişkenler</b>	<b>Gruplar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Yaş</b>	20-25 Yaş	15	35,7
	26-30 Yaş	16	38,1
	31 Yaş üzeri	11	26,2
<b>Cinsiyet</b>	Kadın	31	73,8
	Erkek	11	26,2
<b>Medeni Durum</b>	Bekar	28	66,7
	Evli	14	33,3
<b>Çocuğu olma durumu</b>	Var	10	23,8
	Yok	32	76,2
<b>Görev</b>	Ebe	3	7,1
	Hemşire	37	88,1
	Sağlık Memuru	2	4,8
<b>Eğitim Durumu</b>	Sağlık Meslek Lisesi	2	4,8
	Lisans	35	83,3
	Lisansüstü	5	11,9
<b>Meslekte Çalışma Süresi</b>	1-5 yıl	26	61,9
	6 yıl ve üzeri	16	38,1
<b>Yoğun Bakımda Çalışma Süresi</b>	1-5 yıl	29	69,0
	6 yıl ve üzeri	13	31,0
<b>Yoğun bakımda çalışmaktan memnun olma durumu</b>	Memnunum	26	61,9
	Kararsızım	16	38,1
	<b>Toplam</b>	<b>42</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların, %38,1'inin 26-30 yaş grubunda, %73,8'inin kadın, %66,7'sinin bekar ve %76,2'sinin çocuğunun olmadığı belirlenmiştir. Katılımcıların %88,1'inin hemşire, %83,3'ünün lisans mezunu, %61,9'unun 1-5 yıldır meslekte çalıştığı, %69'unun 1-5 yıldır yoğun bakımda çalıştığı ve %61,9'unun yoğun bakımda çalışmaktan memnun olduğu saptanmıştır.

**Tablo 12. Yoğun Bakımda Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özellikler**

Değişkenler	Gruplar	n	%
<b>Bakılan Obstetrik Ve Jinekolojik Hasta Sayısı</b>	1-10 hasta	28	66,7
	11 Hasta Ve üzeri	14	33,3
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakmayı Tercih Etme</b>	Tercih ediyor	18	42,9
	Tercih etmiyor	24	57,1
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakmayı Tercih Etme Nedenleri (n:23)</b>	Hasta ayırımı yapmıyorum	12	66,7
	Ebelik mezunu	2	11,1
	Tek alan üzerinde çalışmak	1	5,6
	Verimli ve başarılı olmak	1	5,6
	Hastaların genç ve sağlıklı olması	4	22,2
	Empati yapmak	1	5,6
	Motivasyon kaynağı	2	11,1
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakmayı Tercih Etmeme Nedenleri (n:25)</b>	Psikolojik olarak rahat hissetmiyorum	3	12,5
	Bilgi eksikliği	9	37,5
	Hastaya bakmak istemiyor	6	25,0
	Duygusal yönden	3	12,5
	Cinsiyet ayırımından	4	16,7
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakmada Kendini Yeterli Görme Durumu</b>	Yeterli görüyor	11	26,2
	Yetersiz görüyor	31	73,8
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakmada Kendini Yeterli Görmeme Nedenleri</b>	Az karşılaştığımız hastalar	15	48,4
	Üniversite eğitimi yetersiz	8	25,8
	Bakım vermede yetersizim	14	45,2
	Hizmet içi eğitim yetersiz	9	29,0
	Mesleğim ile ilgili bölüm değil	5	16,1
	Kadın doğum alanına özgü ilaç bilgisi eksikliği	1	3,2
<b>Obsterik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Verme konusunda Spesifik Eğitime İhtiyaç Duyma Durumu</b>	İhtiyaç duyuyor	28	66,7
	İhtiyaç duymuyor	14	33,3



<b>Obsterik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Verme Konusunda İhtiyaç Duyulan Spesifik Eğitimler</b>	Gebe takibi	16	57,1
	Kanama takibi	11	39,3
	Eklampsi, pre-eklampsi	6	21,4
	Emzirme eğitimi	5	17,9
	Jinekolojik onkoloji	4	14,3
	Gebede kullanılan ilaçlar	8	28,6
	Jinekolojik hastalıklar	5	17,9
	Doğum sonu takip	8	28,6
	Fetüs takibi	6	21,4
	Histerektomi takibi	3	10,7
	Doğum sonu psikolojik destek	2	7,1
	NST takibi	1	3,6
	Üreme sistemi	1	3,6
<b>Fetal Sağlığı Değerlendirmeyi Bilme Durumu</b>	Biliyor	23	54,8
	Bilmiyor	19	45,2
<b>Fetal Sağlığı Değerlendirmeyi Yapma Durumu</b>	Yapıyor	15	35,7
	Yapmıyor	27	64,3
<b>Toplam</b>		<b>42</b>	<b>100,0</b>

Katılımcıların, %66,7'si 1-10 jinekolojik ve obsterik hastaya yoğun bakımda bakım verdiğini, %57,1'i jinekolojik ve obstetrik yoğun bakım hastasına bakım vermeyi tercih etmediğini, %66,7'si hasta ayrımı yapmadığı için obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih ettiğini belirtmiştir. Katılımcıların %73,8'si obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım vermede kendini yeterli görmediğini, %66,7'si bu hastalara bakım verme konusunda spesifik eğitime ihtiyaç duyduklarını, %45,2'si fetal sağlığı değerlendirmeyi bilmediğini, %64,3'ü fetal sağlığı değerlendirmeyi yapmadığını ifade etmiştir.

### Şekil 3. Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeyi Tercih Etme Nedenleri



Çalışanların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih edenlerin nedenleri sorulduğunda bulunan temalar “hasta ayırımı yapmıyorum”, “ebelik mezunu”, “tek alan üzerinde çalışmak”, “verimli ve başarılı olmak”, “hastaların genç ve sağlıklı olması”, “empati yapmak”, “motivasyon kaynağı” olarak 7 başlık altında dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde “Hasta ayırımı yapmıyorum” ve “Hastaların genç ve sağlıklı olması” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir. Bazı hemşire görüşlerine aşağıda değinilmiştir.

*“Hasta ayırımı yapmamakla beraber, ebelik mezunu olmam nedeniyle obstetrik ve jinekolojik hastalara bakım vermeyi daha çok tercih ediyorum” (K2).*

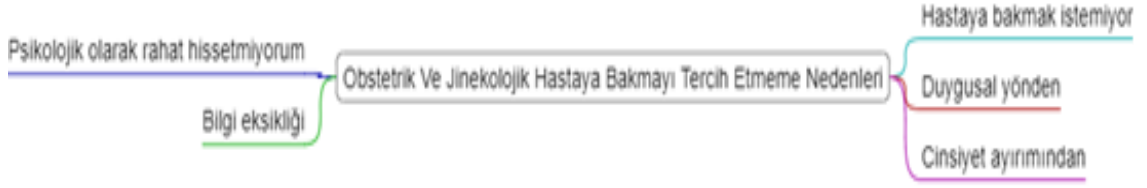
*“Tek alan üzerinde çalışmanın daha verimli ve başarılı olacağını düşünüyorum. Bu nedenle bu tür hastalara bakım vermeyi daha çok tercih ediyorum” (K3).*

*“Genellikle genç hastalar olduğu için iyileşmelerini görmek motivasyon sağlıyor. Diğer hastalara oranla bu hastalarda daha az kayıp yaşıyor olmakta bu hastaları tercih sebebi olabilir” (K35).*

*“Genelde hasta seçmem. Ama bakım konusunda seçim hakkım olsa özellikle jinekolojik hastaları seçerdim. İyileşme oranlarının yüksek olması ve bakımın daha az karmaşık olması gibi nedenler bu grubu daha fazla tercih etme sebebi olabilir” (K39).*

*“Yoğun bakımda yatan hastalar arasında bakım ve tedavi açısından bir ayırım gözetmiyorum. Ancak, mortalite oranı yüksek olan yoğun bakımımızda servise gönderdiğimiz her hasta bizim için ayrı bir motivasyon kaynağı oluyor. Bu tür hastalarda mortalite oranının düşük olmasında beni motive ediyor açıkçası” (K42).*

#### Şekil 4. Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeyi Tercih Etmeme Nedenleri



Çalışanların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih etmeme nedenleri sorulduğunda temalar “psikolojik olarak rahat hissetmiyorum”, “bilgi eksikliği”, “hastaya bakmak istemiyor”, “duygusal yönden”, “cinsiyet ayırımından” olarak 5 başlık altında dağılmaktadır. ‘Bilgi eksikliği ve hastaya bakmak istememesi’ yanıtlarının ağırlıklı olduğu görülmektedir. Bazı hemşire görüşlerine aşağıda değinilmiştir.

*“Yeterince bilgim olan bir alan olmadığı için bu tür hastalara bakım vermeyi tercih etmiyorum” (K7).*

*“Bu grup hastalara bakım verme konusunda hem merakım yok, hem de pek fazla bilgim yok. Bu nedenle de zorunlu olmadıkça bakım vermeyi tercih etmiyorum” (K17).*

*“Bu tür hastalara çok sık karşılaşmadığım ve bakım vermediğimden dolayı tercih etmem istense istemem. Kendimiyeterli bulmuyorum” (K26).*

*“Yeterli bilgi ve tecrübeye sahip olmadığım, ayrıca kadın hastaların bu gibi hastalıklardan erkek hemşire tercih etmemeleri nedeniyle ben de kadın hastalara bakım vermeyi gerekmedikçe tercih etmiyorum” (K30).*

*“Erkek hemşire olmam nedeniyle, bir karşı cins hastaya bakım verilmesine karşıyım. Kadın hemşire olduğu sürece ve zorunlu olmadıkça kadın hastalara bakım vermek istemem”(K40).*

*“Bu grupraki hastalara bakım verirken duygusal ve psikolojik olarak kendimi rahat hissetmiyorum. Bu nedenle de tercih etme şansım olursa, bakım vermeyi tercih etmem” (K41).*

## Şekil 5. Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Verme Konusunda Kendini Yeterli Görmeme Nedenleri



Obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmada kendini yeterli görmeme nedenleri sorulduğunda temalar “az karşılaştığımız hastalar”, “üniversite eğitimi yetersiz”, “bakım vermede yetersizim”, “hizmet içi eğitim yetersiz”, “mesleğim ile ilgili bölüm değil”, “kadın doğum alanına özgü ilaç eksikliği” olarak 6 başlık altında dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde “Az karşılaştığımız hastalar” ve “Bakım vermede yetersizim” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir. Bazı hemşire görüşlerine aşağıda değinilmiştir.

“Çok sık karşılaşmadığımız bir hasta popülasyonu olduğu için kendimi bu hastalara bakım verme konusunda yeterli görmüyorum. Bu hastalarda ortaya çıkabilecek olası riskler konusunda bilgi eksikim olduğunu düşünüyorum” (K1).

“Reanimasyon ünitesine alınan kadın doğum hasta sayısı çok az. Diğer hastalara verdiğimiz bakımın hemen hemen aynısını veriyoruz” (K3).

“ Bu alanda fazla çalışmadığım için uygulama ve tecrübe yönünden kendimi yeterli görmüyorum” (K5).

“Bu konuda eğitim, bilgilendirme yok. Yaklaşımımın nasıl olacağını bilmiyorum. Hasta yelpazesi çok geniş olduğu ve bu tarz hastalar az yattığı için açıkçası yanlış bir şey yapmaktan çekiniyorum” (K8).

“Çünkü çalıştığımız bölümde bu alanla ilgili hem yeterince bilgi verilmiyor, hem de böyle hastalar yoğun bakımda çok fazla takip edilmiyor” (K11).

“Hemşirelik eğitiminde bu tarz hastalara bakım verme konusu yüzeysel ele alınmaktadır. Ebelik eğitimi alan arkadaşların bu konuda daha başarılı olduklarını düşünüyorum” (K19).

“Genel yoğun bakım şartları altında kabul edilen hastalara genellikle aynı şekilde bakım veriliyor. Bu tarz hastalara daha hassas ve özenle yaklaşılmalı. Ayrıca hizmet içi eğitimlerle bilgiler yenilenmeli” (K35).

“Bu tür hastalara bakım verme konusunda, bir ebe veya kadın doğumcu kadar bilgim yok” (K41).

“Sık karşılaştığımız vakalar olmaması sebebiyle, bu tip vakalarda bakım ve tedavi sürecinde jinekoloji branşının ve birim primer hekimlerinin tedavi sürecini öncelik olarak görmemeleri nedeniyle bakım vermede yetersizlikler olduğunu düşünüyorum” (K42).

## Şekil 6. Obstetrik ve Jinekolojik Hastaya Bakım Verme Konusunda İhtiyaç Duyulan Spesifik Eğitimler



İhtiyaç duyulan spesifik eğitimler ile ilgili temalar “gebe takibi”, “kanama takibi”, “eklampsi ve pre-eklampsi”, “emzirme eğitimi”, “jinekolojik onkoloji”, “gebede kullanılan ilaçlar”, “jinekolojik hastalıklar”, “doğum sonu takip”, “fetüs takibi”, “histerektomi takibi”, “doğum sonu psikolojik destek”, “NST takibi”, “üreme sistemi” olarak 13 başlık altında dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde “Gebe takibi” ve “Kanama takibi” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir.

“Mümkün olduğunca her alana yönelik gerekli veya tazeleme amaçlı eğitimin alınması gerektiğini düşünüyorum, obstetrik ve jinekolojik, onkoloji, yenidoğan üzerine eğitim almak isterim” (K5).

“Acil durumlarda (kanama ve benzeri) durumlarda yapılacaklar, kanama kontrolü hangi hastalar için maksimum ne kadar kanama normal, bu konularda bilgi eksikliğim var. Bu konularda hizmet içi eğitimlerin faydalı olacağını düşünüyorum” (K7).

“Doğum sonrası anormal durumlarla karşılaşan annelere psikolojik destek vermek için eğitime ihtiyacım olduğunu düşünüyorum, NST takibi olabilir” (K32).

“Genellikle bize gelen hastalar eklampsi ve preeklampsi. Bu tür hastalarda hemşirelik bakımının ayrıntılı bir şekilde eğitim almak isterim” (K38).

“Hastalarda kanama takibi ve verilebilecek ilaçların daha düzenli olarak bilinmesi taraftarıyım. Bu tür hastaların kendilerine daha iyi tedavi sağlayabilmek için bu konuda bilgi güncellemesine ihtiyaç olduğunu düşünüyorum” (K41).

“Mesleki eğitimin verildiği üniversiteler ve ortaöğretim kurumlarında hastaya yaklaşım açısından yüzeysel bakması, hastanelerde iş anlayışının mesai bitimine yetiştirilmesi mantığının hakim olması eğitimi kaçınılmaz kılmaktadır. Kısa dönemde takip edilmesi gereken bulguların öğretilmesi, kanama, abortus, ebeveynin anksiyetesini gidermeye-takibine yönelik eğitim gerekli diye düşünüyorum” (K42).

**Tablo 13. Yoğun Bakımda Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermeye İlişkin Özellikler**

Değişkenler	Gruplar	n	%
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Hastaya Bakım Vermenin Diğer Hastalara Bakım Vermekten Farklı Olup Olmadığı Konusunda Görüşü</b>	Farklı	19	45,2
	Farksız	13	31,0
	Kararsızım	10	23,8
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaya Bakım Vermenin Diğer Hastalara Bakım Vermekten Farklı Görme Nedenleri</b>	Kadın hasta olmaları	2	10,5
	Genç hasta olmaları	4	21,1
	Anne ve bebek ölümlerini engellemek	3	15,8
	Tanı ve klinikleri diğer hastalardan farklı	9	47,4
	Psikolojik nedenden	5	26,3
	Cinsiyet ayrımı	1	5,3
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesine İhtiyaç Olma Durumu</b>	Evet	25	59,5
	Hayır	5	11,9
	Kararsızım	12	28,6
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun</b>	Ayrı bir branş oluşu	18	72,0
	Kadın hasta	1	4,0

<b>Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesi Nedenleri*</b>	olmaları		
	Çalışanların bilgi ve tecrübeleri artar	12	48,0
	Hastaların ruhsal sağlığı iyiye gider	7	28,0
	Enfeksiyon oranı az olur	4	16,0
	Ayrı bir ünitenin fiziksel şartları iyi olur	1	4,0
	Anne bebek iletişimi artar	3	12,0
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesinin Avantajları*</b>	Komplikasyonlar azalır	8	19,0
	Hasta takibinde branşlaşma olur	32	76,2
	Enfeksiyon riski azalır	7	16,7
	Psikolojik olarak iyi hissediler	14	33,3
	İyileşme süreci hızlanır	7	16,7
	Fetüs takip edilebilir	2	4,8
	Gürültüden uzak kalırlar	4	9,5
	Hemşirelerin alana özgü ilaç bilgisi artar	2	4,8
<b>Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesinin Dezavantajları</b>	Dezavantajı yok	27	64,3
	İleri tetkik ve tedaviden yoksun kalırlar	7	16,7
	Multidisiplineer bakım sağlanamaz	10	23,8
	Anne bebek etkileşimi olmaz	1	2,4
	Yer olmadığı zaman başka branş hastaları yatabilir	1	2,4
	Hastaneye maddi zarar verir	2	4,8
	Hasta sayısı yetersiz	2	4,8

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Katılımcıların %45,2'si obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaya bakım vermenin diğer hastalara bakım vermektan farklı olduğunu, %47,4'ü bu farklılığın tanı ve klinikleri diğer hastalardan ayrı olduğunu, %72'sinin obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesi nedeni olarak ayrı bir branş oluşu, %59,5'i obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesine ihtiyaç olduğunu, %76,2'sinin ayrı bir yoğun bakımda hasta takibinin avantaj olarak branşlaşmaya neden olacağını, %23,8'inin ayrı bir yoğun bakımda hasta takibinin dezavantajı olarak multidisipliner bakımın sağlanamayacağı belirtmiştir.

### Şekil 7. Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaya Bakım Vermenin Diğer Hastalara Bakım Vermektan Farklı Görme Nedenleri



Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaya bakım vermenin diğer hastalara bakım vermektan farklı görme nedenleri temalarına baktığımızda “kadın hasta olmaları”, “genç hasta olmaları”, “anne ve bebek ölümlerini engellemek”, “tanı ve klinikleri diğer hastalardan farklı”, “psikolojik nedenden”, “cinsiyet ayrımı” olarak 7 başlık altında dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde “Tanı ve klinikleri diğer hastalardan farklı” ve “Psikolojik nedenden” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir.

*“Hem kadın olmalarından dolayı, hem de genç hasta potansiyelinin yüksek olması, anne ve bebek ölümlerini engelleyebilmek, sağlıkla yaşamlarını devam ettirmelerini sağlamak çok güzel” (K3).*

*“Tanı ve klinik özelliklerinden dolayı hasta bakımında farklılıklar oluyor” (K4).*

*“Tamamen yoğun bakım hastalarından (solunum sıkıntısı, travma vb) farklı olduğu için her türlü tedavi ve komplikasyon farklı olduğu için” (K7).*



“Bu tür vakalarda psikolojik etmeninde etkisinin fazla olduğunu düşünüyorum” (K17).

“Hakim olmadığım için bakım ve tedavide tek başıma karar vermekten kaçınıyorum” (K18).

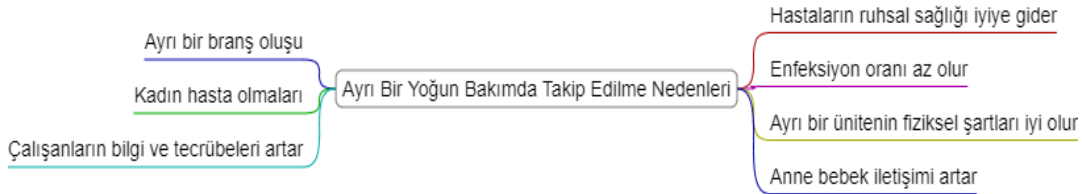
“Çünkü bir yandanda yeni bir canlının daha sağlığı söz konusu” (K27).

“Bu hastalara daha fazla özen gösterilmesi gerektiğini düşünüyorum. Daha yüksek düzey bilgi gerektirdiğini düşünüyorum” (K29).

“Kendimin daha fazla sorumluluk altında olduğumu hissediyorum” (K35).

“Gelişebilecek her türlü istenmeyen durumların hastada oluşan anksiyeteyi arttıracığından bakım süreci önem arz eder. Yoğun bakımda yatan diğer bütün hastalardan hemen hemen daha spesifik olgular olduğundan dolayı bakım farklı oluyor” (K42).

### Şekil 8. Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesi Nedenlerine Yönelik Görüşler



Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesi nedenleri temalarına baktığımızda “ayrı bir branş oluşu”, “kadın hasta olmaları”, “çalışanların bilgi ve tecrübeleri artar”, “hastaların ruhsal sağlığı iyiye gider”, “enfeksiyon oranı az olur”, “ayrı bir ünitenin fiziksel şartları iyi olur”, “anne bebek iletişimi artar” olarak 7 başlık altında dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde “Ayrı bir branş oluşu” ve “Çalışanların bilgi ve tecrübeleri artar” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir.

“Branş olarak kadın doğum hastalarının olduğu bir yoğun bakımda hasta psikolojik olarak kendini iyi hisseder. Sadece bayan hastalar olur. Çalışanlarında bilgileri daha iyi olur. Branşlaşma ve tecrübe artar” (K3).

“Genel bir yoğun bakımda takip edilmektense kendi alanında uzmanlaşmış sağlık çalışanları tarafından takip edilmesi gerekir” (K4).

“Çünkü obstetrik ve jinekolojik hastalarla çok sık karşılaşmadığımız için genel yoğun bakımda gözden kaçabilecek durumlar olduğunu düşünüyorum” (K6).

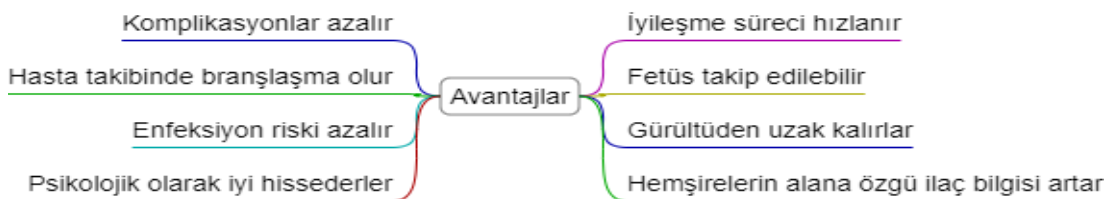
“Çünkü genel yoğun bakım hastalarının genel durumları kadın doğum hastalarına oranla daha ağır olduğunu düşünüyorum. Kadın doğum yoğun bakımları olursa hastaların psikolojik ve fiziksel anlamda daha iyi bakım ve tedavi verilebileceğini düşünüyorum” (K11).

“Spesifik bir bölüm olduğu için alana yönelik daha geniş kapsamlı eğitimlerle bakımın kalite si arttırılabilir. Bu alanda uzmanlaşmış hemşireler tarafından takip edilmiş olur” (K13).

“Benzer vakaların bakım sıklığı hızlı çözümler getirir. Her zaman hasta yakınlarının daha çok girebildiği bir alan hastaya iyi gelebilir. Yeni doğanlara da bebek alanı olan ortamda anneye iyi gelir” (K22).

“Genellikle bilinci açık olan hastalar olduğu için psikolojileri etkileniyor. Ayrıca pesifik bir alanda bakım görmeleri bakımın kalitesini arttıracaktır. Zaten zor bir süreçler. Psikolojik açıdan savunmasız bir durumdalar, onun için özel bir alan gerekli” (K39).

### Şekil 9. Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesinin Avantajlarına İlişkin Görüşler



Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesinin avantajları temalara bakıldığında “komplikasyonlar azalır”, “hasta takibinde branşlaşma olur”, “enfeksiyon riski azalır”, “psikolojik olarak iyi hissederler”, “iyileşme süreci hızlanır”, “fetüs takip edilebilir”, “gürültüden uzak kalırlar”, “hemşirelerin alana özgü ilaç bilgisi artar” olarak 8 başlık altında dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde “Hasta takibinde branşlaşma olur” ve “Psikolojik olarak iyi hissederler” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir.

*“Olası komplikasyonları gözden kaçırma olasılığı azalır. Hasta takibi obstetrik ve jinekolojik olanları primer alınarak yapılabilir” (K1).*

*“Branşlaşmış tecrübeli ekip tarafından takip edilirler. Genel yoğun bakımda genellikle diğer hastalıklarla aynı bakım ve hizmete maruz kalırlar. Elzem durumlar dışında ECMO gibi” (K3).*

*“Genel yoğun bakımda hemşirelik eğitimi alan kişiler çoğunlukta çalışmakta. Yani kadın doğum üzerine bilgisi bir ebe kadar olmayan sağlık çalışanları olduğu için, bu tür hastaların ayrı bir yoğun bakımda bakılması genel takip amacıyla daha uygundur” (K6).*

*“Bu alanda çalışan sağlık çalışan daha bilinçli ve bilgili olur. Hastanın gereksinimlerini daha iyi bilir. Bu hastaların bakımındaki eğitilmiş olacağı için daha etkili bakım sunulabilir” (K8).*

*“Kendi alanında deneyimli sağlık personeli tarafından takip edilirler ve Anestezi yoğun bakım gibi ağır enfeksiyonları olan bir serviste kalarak enfeksiyon açısından daha az etkilenmiş olurlar” (K10).*

*“Kadın hastaların kendini daha güvende hissetmelerini sağlar. Psikolojik anlamda burda yatan hastaların diğer yoğun bakımda yatan hastalara oranla iyileşme süresinin kısaldığını düşünüyorum” (K11).*

*“Alanında tecrübeli ve uzmanlaşmış hemşireler tarafından takip edilir. Diğer yoğun bakım hastalarıyla aynı ünitelerde kalmazlar. Böylece ruhsal sağlıkları olumsuz etkilenmez” (K13).*

*“Benzer hasta takibi yapılması sorunları daha hızlı tespit etme hususunda fayda sağlayabilir. Tedavi ve takipte daha bilinçli ve yeterli yaklaşım geliştirilebilir” (K14).*

*“Hasta ve yakınları daha iyi iletişime geçebilir. Enfeksiyon kontrolü açısından daha temiz bir ortam olabilir. Yoğun bakım deliryumları azaltılabilir. Hasta için konforlu bir ortam sağnabilir (ses, ışıklar)” (K16).*

*“Hemşire ve yahut burada çalışan ekip tecrübelidir ve hem daha iyi bakım verir, hem de karar alınması gereken kanuda daha hızlı davranır” (K17).*

*“Aynı tip hasta profili ve bilindik vakalar hızlı çözümler. Hasta-ilaç etkileşimleri bilinebilir. Hasta psikolojisinde daha az yıpranmalar olur” (K22).*

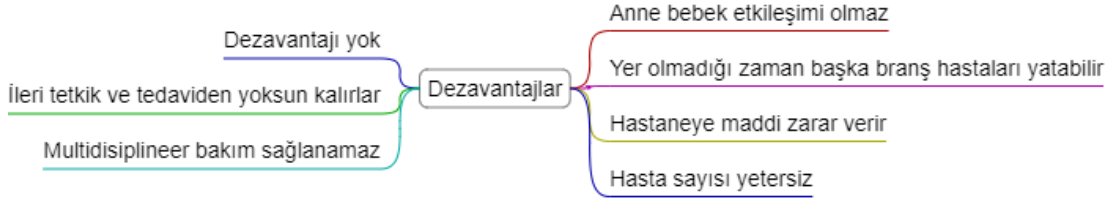
*“Hastalar birbirleriyle deneyimlerini paylaşabilirler. Diğerine göre daha iyi durumda olan hasta daha kötü olan hastayı görüp daha güçlü davranabilir. Diğer hastaların mutluluklarıyla moral bulabilir” (K32).*

*“Bakım kalitesini arttırır. Hemşire bakım verirken bilgi ve deneyimlerini kullanır. Hasta kendini daha güvende hissdebilir. Yalnız olmadığını bilir” (K35).*

*“Kendi alanına yönelik daha ayrıntılı değerlendirildiği için ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesi daha iyi olabilir. Tek bir alan olduğu için bakım veren hemşireler daha tecrübeli olabilir” (K38).*

*“Kendini yalnız hissetmeyeceği aynı hisleri paylaşacağı diğer ebeveynlerle duygu paylaşımı sağlaması açısından avantajlı olur. Daha az gürültülü bir ortam olma olasılığı açısından. Yüksek riskli vakaların oluşturduğu ‘acaba bende mi böyle olacağım’ düşüncesinden ayrı bir ortam hastalara ekstra anksiyete katacağından ayrı yoğun bakım olmalı” (K42).*

## Şekil 10. Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastaların Genel Yoğun Bakım Dışında Ayrı Bir Yoğun Bakımda Takip Edilmesinin Dezavantajlarına İlişkin Görüşler



Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesinin dezavantajları temalarına bakıldığında “dezavantajı yok”, “ileri tetkik ve tedaviden yoksun kalırlar”, “multidisipliner bakım sağlanamaz”, “anne bebek etkileşimi olmaz”, “yer olmadığı zaman başka branş hastaları yatabilir”, “hastaneye maddi zarar verir”, “hasta sayısı yetersiz” olarak 7 başlık altında dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde “Dezavantajı yok” ve “Multidisipliner bakım sağlanamaz” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir.

*“Bir dezavantaj olabileceğini düşünmüyorum” (K1).*

*“Hastaların tedavi ve bakımına bütüncül yaklaşım sağlanmayabilir. Anestezi ve reanimasyon konusunda uzman hekimin desteklemesi gerekebilir” (K7).*

*“Hasta genel yoğun bakım kadar kapsamlı bir serviste değerlendirilmediği için diyaliz, ECMO ve ventilatör gibi ihtiyaç durumunda yakın takip edilemeyebilir” (K10).*

*“Birime yönelik gerekli donanımlarda yetersizliklerin olmasıyla olumsuzluklar yaşanabilir (doktor, hemşire, personel)” (K12).*

*“Yoğun bakımda yer bulunamayabilir. Sadece o alanda yoğun bakıma yatırılmak zorunda kalabilir” (K13).*

*“Yandaş hastalıkların takibini zorlaştırabilir” (K14).*

*“İleri derece yaşam destek sağlanabilir. Örneğin; HELLP sendromu sonrası gelişebilen DIC’in tedavisi. Organ yetmezliklerine daha kolay müdahale edilebilir.*

Örneğin; diyaliz, plazmaferez, ECMO. İleri derece organ yetmezliği olan hasta takibini yapabilen bir ekibin bulunmaması'' (K16).

''Hastane için ayrı bir birim, maddi külfet, fazla sayıda çalışan demektir. Hasta sayısı yetersiz olduğundan öyle bir yoğun bakıma ihtiyaç yok bence'' (K17).

''Acil durumlarda genel yoğun bakımdaki kapsamlı girişimler yapılamayabilir. Sadece o alanda uzmanlaşanlar çalışır ve başka tür hasta yaklaşımları hakkında bilgi eksikliğine neden olabilir. Genel durumu bozulan hastaya müdahale genel yoğun bakımdan yavaş olabilir'' (K26).

''Ekstra bir uzman branşın gözünden uzak olması, diğer sistemik gerilemelere engel olabilecek engel olabilecek uzmanlar lüzum halinde ulaşmanın vermiş olduğu ortaya çıkabilecek vakit kayıpları olabilir diye düşünüyorum'' (K42).

**Tablo 14. Obstetrik Ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastalara Bakım Verirken Yapılan Bakım Planları ve NANDA Listesinden Faydalanma durumu**

Değişkenler		n	%
<b>Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken yapılan bakım planları*</b>	Atoni Açısından Takip	19	45,2
	Loşia Takibi	21	50,0
	Fundus Masajı	10	23,8
	Emzirmenin Sürdürülmesi	36	85,7
	Perine Bakımı	36	85,7
	Aile Planlaması	9	21,4
	Histerektomi Sonrası Cerrahi Menopoz	7	16,7
	Kadınlığın Kaybı	8	19,0
<b>Nanda Tanı Listesinden Faydalanma Durumu</b>	Yararlanıyor	23	54,8
	Yararlanmıyor	19	45,2

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken yapılan bakım planları ve NANDA tanı listesinden faydalanma durumu Tablo 14'te gösterilmiştir. Katılımcıların %85,7'si emzirmenin sürdürülmesi ve perine bakımı, %50'si loşia takibi, %45,2'si atoni açısından takip en çok hemşirelik bakımı planı uyguladıkları alanlar olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %23,8'i fundus masajı,

%21,4'ü aile planlaması, %19'u kadınlığın kaybı, %16,7'si histerektomi sonrası cerrahi menapoz konularında en az hemşirelik bakım planı uyguladıkları alanlar olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %54,8'i NANDA tanı listesinden faydalandığını ifade etmiştir.



## 5. TARTIŞMA

Multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirmek ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, yoğun bakıma en sık kabul edilen 40 obstetrik hastadan 16'sı (%40) HELLP sendromu, eklampsi ve preeklampsi, 11 hasta (%27,5) kanama (DIC, uterus perforasyonu, uterus atonisi), 6 hasta (%15) solunum sıkıntısı (solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni), 5 hasta (%12.5) yüksek kardiyak riskli (mitral stenoz, eisenmenger sendromu, pulmoner HT, yüksek tansiyon), 2 hasta (%5) genel durumu bozukluğu (intrauterine mort fetus, tirotoksikoz) nedeniyle kabul edilmişlerdir (Tablo 9).

Obstetrik hastalar için yoğun bakım ünitesine kabul edilmesine neden olan hastalıklara bakıldığında çoğunluğu preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromu, antepartum ve postpartum kanama, bazı çalışmalarda en sık 3. hastalık ise maternal ve postpartum sepsis, kardiyak hastalıklar oluşturmaktadır (2-6,16,18,25). Araştırma bulguları incelendiğinde, hipertansif hastalıklar ve hemoraji ilk sırada yer almaktadır. Literatürde çalışma bulgusundan farklı sonuçlar yer almaktadır. Balsera ve ark 2011 yılında İspanya'da 262 olguyu kapsayan çalışmasında hastalarının %78'inin ciddi preeklampsi, %16 sının HELLP sendromu ve %6 sının eklampsi olarak bildirmiştir (146). Okafor ve Aniebue 2004 yılında Nijerya Üniversitesi Eğitim Hastanesi'nin yoğun bakım ünitesine alınan 18 obstetrik hastanın %50'sini preeklampsi ve eklampsi, %22,2'sini ise obstetrik kanamaların oluşturduğunu rapor etmiştir (147). Demirkıran ve ark'nın 1995-2000'de 125 olgu ile yaptığı çalışmada ise hastaların yoğun bakıma alınma nedeni %73,6 preeklampsi-eklampsi iken; %11'i postpartum hemoraji olduğunu bildirmiştir (3). Çevik'in 2005-2010'da 21 olgu ile yaptığı çalışmada farklı olarak ilk sırada %57,1 doğum sonu kanama, %19 pre-eklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu olarak bildirilmiş (6). Şimşek'in 1999-2009'da 63 olgu ile yaptığı çalışmada preeklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu %65, postoperatif hemoraji %9.5 ve DIC %9.5 olarak bildirmiştir (16). Çeray ve ark 2017'deki çalışması, 10 yıl yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi ettiği 94 obstetrik hastalarının en sık %25,5'i pre-eklampsi/eklampsi, %20 obstetrik kanama olduğunu rapor etmiştir (148). Yousuf ve ark'nın Pakistan'da (2015) 150 olgu ile yaptığı çalışmada eklampsi ve HELLP sendromu %43,33; pre-eklampsi %10, %16.6'sı hemoraji, %12'si ile ilk 3. sırada farklı



neden olarak sepsis nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir (149). Assef ve ark 1998-2004 Küba Havana'da 312 olgu ile yaptığı çalışmada, %23,1 postpartum hemoraji, %13,5 preeklampi/eklampsi ve %4,2 postpartum sepsis olarak rapor edilmiştir (150). Arıcı ve ark, 2007-2013 yaptığı çalışmada obstetrik hemoraji %46, pre-eklampsi/eklampsi %36 olarak rapor edilmiştir (151). Ülger ve ark 2005-2009 yıllarında tersiyer yoğun bakım ünitesinde 102 olgu ile yaptığı çalışmada %30 obstetrik hemoraji, %13,7 preeklampsi, %25,5 eklampsi, %24,5 HELLP sendromu rapor edilmiştir (152). Qureshi ve ark Ocak 2005-Aralık 2014 Pakistan'da 194 obstetrik yoğun bakım olgusu ile yaptığı çalışma da %28,4 hemoraji, %17,5 hipertansif nedenler, %20,1 sepsis nedeniyle takip edilmiştir (153). Yosunkaya ve ark'nın 28 olgu ile yaptığı çalışmada %53,6 HELLP sendromu, %28,6 obstetrik kanamalar, %7,1 pre-eklampsi/eklampsiye bağlı pulmoner ödem, %7,1 sepsis, %3,6 tokolize bağlı pulmoner ödem olduğu bildirilmiştir (25). Literatürde çalışma bulgusu ile benzer ve farklı sonuçlar yer almaktadır. Obstetrik olguların yoğun bakıma kabul nedenlerinin bilinmesi, hastaların bakım ve tedavisine odaklanarak öncelikleri belirleyip seri ve hızlı müdahaleler ile maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmış olacaktır.

Tüm olgulara invaziv monitörizasyon standart uygulanmıştır. Santral venöz monitörizasyonu ve arter monitorizasyonu YBÜ'de fazla kullanılan invaziv hemodinamik monitorizasyon uygulamalarıdır. İnvaziv monitorizasyon ile yakın takip, olgularda problemlerin zaman kaybetmeden tespiti ve komplikasyonların önlenmesini sağlayarak iyileşmeyi hızlandırır (16,153). Örneğin hastalara PİCCO monitörizasyonu yaparak hastarda kardiyak yükün tespit edilmesi, akciğer ödeminin tespiti ve vazoktif ilaçların ihtiyacının belirlenmesi gibi problemlerin erken tespitini sağlayarak hastalara hızlı müdahaleyi kolaylaştırmaktadır. Literatüre bakıldığında PİCCO monitörizasyonundan bahsedilmemiştir. Obstetrik hastaların %82,5'inde arter kateterizasyonu uygulanmış, %62,5'ine santral venöz katater açılmıştır. Hastaların %10'una PICCO takibi, %12,5'ine hemodiyaliz işlemi, %10'una plazmaferez ve %5'ine ECMO işlemi yapılmıştır (Tablo 9). Şimşek'in 1999-2009'da yaptığı çalışmasında %79,3'ü CVP, %68,3'ü arter monitörizasyonu ve %14,3'ü hemodiyaliz invaziv girişim olarak yapılmıştır (16). Arıcı ve ark 2014'te yayımlanan çalışmasında arter kataterizasyonu %40 yapıldığı bildirilmiştir (151). Ülger ve ark 2010'da yayımlanan çalışmasında %20,5 arter kataterizasyonu, %18,6 santral venöz katater takıldığı bildirilmiştir. Çevik'in 2011 yılında yayımladığı çalışmasında %9,5

hemodiyaliz işlemi yapılmıştır (6). Şimşek'in 2009 yılında yayımladığı çalışmasında %68,2 arter monitörizasyonu, %79,3 santral venöz basınç monitörizasyonu ve %14,8 hemodiyaliz işlemi yapılmıştır. Çalışmada %10 plazmaferez uygulanmıştır. Eren ve ark'nın 2010'da yaptığı çalışmada 10 olguya plazmaferez işlemi yapılmıştır. Bu olgulardan %20'si gebe olan olgulara plazmaferez işlemi yapılmış, bir olguda gebeliği istemediği için gebelik sonlandırılmış, bir olgu ise 33. gebelik hastasına kadar izlenmiş ve doğum başarılı bir şekilde gerçekleşmiştir (154).

Hastaların %22,5'in komplikasyon olarak akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişmiş ve mortalite oranı %7,5 olarak saptanmıştır (Tablo 9). Çalışmada komplikasyon oranının yüksekliği yoğun bakıma alınan hastaların ek hastalıklarının varlığı, hemodinamik açıdan stabil olmaması, mekanik ventilasyon gerektirecek solunumsal sıkıntılarının olmasının nedenlerindedir. Yapılan çalışmalarda YBÜ'ne alınan obstetrik olgularda mortalite oranları ülkelerin gelişmişliklerine göre %0-36 arasında değişmektedir (3,4,8,16,18) Koca'nın 2004-2013 yılları arasında yaptığı çalışmada mortalite %3,7 (18), Cohen ve ark'nın 2000 yılında İsrail'de yaptığı çalışmada %2,3 (155), Cheng ve Raman 2000 yılında Singapurda yaptıkları çalışmada %4,6 (156), Çeray ve ark'nın 10 yıllık retrospektif çalışmada %5,2 maternal mortalite bildirilmiştir (148). Lapinsky ve ark'nın 1997 yılında Kanada da yayımlanan çalışmalarında ise sıfır mortalite bildirilmiştir (157). Çalışma sonucu, bu ülkelerdeki sonuçlara göre yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgusundan farklı olarak, ülkemizde Şimşek'in (2009) çalışmasında maternal mortalite %20,6 (16), Demirkıran ve ark'nın 1995-2000 yaptığı çalışmada maternal mortalite %10,4 (3). Okafor ve Aniebue 2004 yılında Nijerya' da yaptığı çalışmada mortalite oranı % 33,3 bulunmuştur ve yazarlar bu durumu Nijerya gibi fakir Afrika ülkesinin yetersiz doğum öncesi bakım, yetersiz beslenme ve sosyo-ekonomik durumun yetersizliğine bağlamıştır (147). Şimşek'in (2009) çalışmasında 9 pre-eklamptik hastanın %7,8'inde ABY gelişmiştir (16). Balsera ve ark 2011 yılında İspanya'da 262 olguyu kapsayan çalışmasında hastaların %14' ü komplikasyon (%9 kalp yetmezliği, %5 akut böbrek yetmezliği, %2 koagülopati) gelişmiştir (146). Yousuf ve ark 2015'te yaptığı çalışmada maternal mortalite %27,3, komplikasyonlara bakıldığında %32,6 şiddetli hipertansiyon ve serebral ödem %29,3 hipovolemik şok, %16 septik şok,%15,3 pulmoner ödem, solunum sıkıntısı olduğu tespit edilmiştir (149). Karnad ve ark'nın 1997-2001'de Hindistanda yaptığı çalışmada maternal mortalite %21,6 olduğu tespit edilmiştir (158). Maternal mortalitenin bu kadar

yüksekliğini yazarlar multiorgan yetmezliğine, yeterli doğum öncesi bakım almamaya, yoğun bakım ünitesine sevklerin gecikmesine, acil durumda tanı ve sevk esnasındaki gecikmelere, yasal olmayan düşüklerin, evde yapılan doğumların, postpartum bakım yetersizliğine bağlamıştır. Bizim çalışmamızda maternal mortalitenin düşük olması yoğun bakım ünitesine alımların hızlı bir şekilde olmasından, ileri düzey cihazlar ile hastaların gerekli tedavi ve takiplerinin yapılması, yoğun bakım ekibinin koordineli olarak çalışması, iyi eğitim almış yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım hastalarına kaliteli bakım sunmalarından ve multidisipliner yaklaşımdan kaynaklandığını düşündürmüştür. Gebe olgularda doğru zamanda doğumun gerçekleşmesi, hipertansiyon ve obstetrik kanama gibi komplikasyonlara erken müdahale maternal mortaliteyi azaltacaktır.

Çalışmada üçüncü trimester gebelerin oranı %85 bulunmuştur. Yousuf ve ark 2015'te yaptığı çalışmada %62, Çeray ve ark yaptığı çalışmada gestasyonel hafta  $32,30 \pm 6,50$  olarak bulunmuştur (149). Çalışma bulgusu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 31,47 yıldır (Tablo 9). Demirkıran ve ark'nın 2003 yılında yaptığı çalışmasında yaş ortalaması  $28 \pm 6$  (3), Çeray ve ark 2017'de yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $29,1 \pm 5,5$  (148), Arıcı ve ark 2014'te yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $28,80 \pm 5,74$  (151), Yousuf ve ark 2015'te yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $30,3 \pm 5,047$  (149), Çevik ve ark'nın 2011'de yaptığı çalışmada ortalama yaş  $34,7 \pm 7,9$  (6), Karnad ve ark'nın 2004'te Hindistan'da yaptığı çalışmada yaş ortalaması daha düşüktür ( $25,5 \pm 5,6$ ) (158). Bu durum ülkeler arasındaki sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Erken evlenme yaşı ve çocuk sahibi olma Hindistan gibi Asya ülkelerinde mortaliteyi etkileyen önemli bir faktör olabilirken, eğitim seviyesinin yükselmesine bağlı olarak geç evlilikler ve geç gebeliklerde gelişmiş ülkelerde obstetrik popülasyonun ileri yaşta olmasına neden olmaktadır.

Jinekolojik kanserler, kadın kanserlerinin içinde önemli sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Jinekolojik kanserler kadının beden imajını, cinsel ve üreme sağlığını birey ve aile sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (93). Çalışmada YBÜ'sine kabul edilen hastaların hepsi, jinekolojik cerrahi operasyon geçiren hastalardır. Yüksek risk taşıyan hastalara radikal histerektomi, debulking gibi geniş

operasyonlar yapılmaktadır. Cerrahi işlem ne kadar geniş olur ise komplikasyon oranı artar, birden fazla organ etkilenir, ciddi hemoraji görülebilir, hemodinamik stabilizasyon sağlanması zorlaşır yoğun bakım ihtiyacı artar. Yoğun bakım ihtiyacı en fazla malignitesi olan hastalarda görülür (83). Çalışmada 16'sı (% 48,5) over Ca, 11 hasta (%33,5) total histerektomi, 2 hasta (%6 ) subtotal histerektomi, 2 hasta (% 6 ) uterus tümörü, 1 hasta (% 3 ) PID ve 1 hasta (%3) uterus perforasyonu nedeniyle yoğun bakıma kabul edilmiştir. Hastaların ortalama yatış süreleri 3,03 gün (en az 1, en çok 16 gün) ve yaş ortalaması 65,60'tır (min:29, max: 88), mortalite oranı %21,3 olarak bulunmuştur.

YBÜ'ne en çok over ca nedeniyle post-operatif dönemde debulking tedavisi yapılan olgular kabul edilmektedir. Over kanseri tüm jinekolojik kanserler içinde morbidite ve mortalitesi en yüksek olan kanser türüdür. Bu hastalara cerrahi işlem olarak total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Didik'in 2014 yılında 1000 jinekolojik kanser nedeniyle ameliyat olmuş hastaların 110 (%11) tanesi postoperatif yoğun bakıma alınmış ve %39,6'sına total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu yapıldığı rapor edilmektedir (159). Pepin ve ark 2017'de yaptığı çalışmada 43 adet over ca hastası YBÜ kabul edilğini rapor etmiştir (160). Yousuf ve ark 2015'te 150 olgu ile yaptığı çalışmada over kanseri %2,66 oranında bulunmuş ve endometriyum, serviks kanserine rastlanmamıştır (149). Asghari 2014 yılında 132 hasta ile yaptığı çalışmada %27,3 over, %56,1 endometriyum, %15,2 serviks kanseri olarak tespit etmiştir (93).

Çalışmaya alınan hastaların ileri yaş olması nedeniyle organ fonksiyonları daha da azalarak risk artacak ve ek hastalıklarında yoğun bakıma alınma nedenleri arasında olacaktır. Necofova'nın 2016 yılında over kanseri nedeniyle opere edilen hastaların yaş ortalaması  $52,4 \pm 11,6$  (min:22- max:82) (91), Asghari 2014 yılında 132 hasta ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $53,2 \pm 13,1$  rapor etmiştir (93). Gökçe'nin 2015 yılında 107 endometriyum kanserli olgu ile yaptığı çalışmasında yaş ortalaması  $64,1$  (min:27- max:85) (92), Didik'in 2014 yılında yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $55,4 \pm 12,4$  olarak tespit etmişlerdir (159). Bu çalışmada yaş ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların en sık %11 ile hipertansiyon ve kardiyak problemler (atrial fibrilasyon, pacemaker, konik kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard

infarktüsü, bypass öyküsü, mitral kapak değişimi, tiriküspit darlık) tespit edilmiştir. Didik'in 2014 yılında 110 jinekolojik kanser nedeniyle ameliyat olmuş post operatif yoğun bakım yatışı olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların %40,7'sinde ek hastalığı olduğu, en sık yandaş hastalığın hipertansiyon ve Diabetüs Mellitüs olduğunu rapor etmiştir (159). Kaplan ve ark 2012'de yaptığı çalışmasında, YBÜ'ne alınan hastalarda yandaş hastalık olarak KOAH, (koroner hastalıklardan. DM, HT, tiroid, astım) diğer hastalıklarından daha fazla rapor edilmiştir (83).

Yoğun bakım ünitesinde kalış süresi, hemşirelik bakımının etkili yapılması ile azaldığı görülmüştür (87). Çalışmada, hastaların ortalama yatış süreleri 3,03 gün olarak bulunmuştur. Didik'in 2014 yılında 110 jinekolojik kanser nedeniyle ameliyat olmuş post operatif yoğun bakım yatışı olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların yoğun bakımda kalış süresi ortalama  $3,3 \pm 4,6$  (min:1-max:38) gün olarak rapor edilmiştir (159). Pepin ve ark'nın (2017) yaptığı çalışmada, hastalara debulking operasyonu olanları ortalama kalış süresi 2,7 ve perioperatif morbiditeyi azaltmak için neoadjuvant tedavi yapılan hastaların ortalama kalış süresi 3,5 gün olarak rapor edilmiştir (160).

Çalışmada mortalite oranı %21,3 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni jinekolojik kanserlerin geç belirti ve bulgu verdiğinden, kanserin ileri aşamasında tespit edilmesine neden olmaktadır. Bundan dolayı tedavi şansları ve sağkalımları azalır. Kadınların düzenli kontrollerinin yaptırmadıkları için vakalar geç tespit edilir. Geç evrede tespit edilen vakalara yaşam kalitesini arttırmak amacıyla palyatif cerrahi yapılmaktadır. Bu işlemlere karar vermek multidisipliner ekip ile yapılmaktadır (161). Asghari'nin (2014) yaptığı çalışmada hastaların %75'i pap smear tarama testini yaptırmadıkları, kadınların Human Papilloma aşılarını yaptırmadıkları tespit edilmiştir (93). Human Papilloma aşıları pahalı olduğundan gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Didik'in 2014'te yaptığı çalışmada mortalite oranı %0,5 olarak rapor edilmiştir (159).

Katılımcıların, %66,7'si 1-10 jinekolojik ve obsterik hastaya yoğun bakımda bakım verdiğini, %57,1'i jinekolojik ve obstetrik yoğun bakım hastasına bakım vermeyi tercih etmediğini, %66,7'si hasta ayırımı yapmadığı için obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih ettiğini belirtmiştir. Görüşler incelendiğinde "Hasta ayırımı yapmıyorum" ve "Hastaların genç ve sağlıklı olması" yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir. Katılımcıların %73,8'si obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım vermede

kendini yeterli görmediğini, %66,7'si bu hastalara bakım verme konusunda spesifik eğitime ihtiyaç duyduklarını, %45,2'si fetal sağlığı değerlendirmeyi bilmediğini, %64,3'ü fetal sağlığı değerlendirmeyi yapmadığını ifade etmiştir. Bu sonuçlar, hemşirelerin büyük oranda yoğun bakımda obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım verdiğini, ancak kendilerini bu alanda yeterli görmediklerini göstermektedir. Hemşirelerin, bu hastalara bakım vermede bilgi gereksinimlerinin olduğu da görülmektedir. Kynoch ve ark'nın (2010) yaptığı çalışmada yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakıma yatan obstetrik hastalarla ilgili deneyimleri sorgulanmış, yoğun bakım hemşirelerinin bir kısmı obstetrik vakaları karmaşık bulmuş ve bu hastaları izleyebilmek için daha fazla eğitim almak gerektiğini belirtmiş, hemşirelerin bir kısmı da bu tür hastalara bakım vermenin endişe verici olduğunu ve nasıl bakım vermeleri gerektiğini bilmediklerini ifade etmişlerdir (162). Bu sonuç çalışma sonucunu desteklemektedir.

Çalışmada katılımcıların meslekte çalışma yılına baktığımızda 1-5 yıl %61,9'unun ve yoğun bakımda çalışma yılına baktığımızda 1-5 yıl %69'unun çalıştığı bulunmuştur. Çalışma gurubunun genç ve çalışma yılının az olması ağır iş yükü, yoğun iş temposu nedeniyle ayrıca özel bilgi ve beceri gerektirmesinden dolayı uzun yıllar çalışılmayan yerler olduğunu düşündürmüştür. Bitek ve Akyol'un 2017 yılında 98 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı çalışmasında %46,9 'nun 3 yıl ve daha az yoğun bakımda çalıştığı rapor etmiştir (163). Cerit ve ark 2016 yılında 90 yoğun bakım hemşiresi ile yaptığı çalışmada, YBÜ'de toplam çalışma 1-5 yıl %67,8 oranında rapor edilmiştir (164). Yoğun bakım hemşirelerin meslekte çalışma yılı diğer çalışmalarla benzer bulunmuştur. Hemşirelerin yoğun bakım ünitesinde çalışma süresi arttıkça meslekte profesyonelleşerek ilgi alanı ve kaliteli hemşirelik bakım sağlanmış olur. Katılımcıların %66,7 gibi yüksek oranda az sayıda obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmalarının sebeplerine baktığımızda 4 yıl gibi uzun zamanda az sayıda hastanın yoğun bakıma alınma oranından kaynaklanıyor olması ve katılımcıların genç yaşta ve yeni mezun olmaları bu hastalar ile karşılaşmamış olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca kurum politikaları gereği genç ve dinamik hemşirelerin yoğun bakımda çalıştırılıyor olması, bu hastalar ile karşılaşma olasılığını azaltmaktadır.

Çalışanların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih edenlerin nedenleri incelendiğinde "Hasta ayrımı yapmıyorum" ve "Hastaların genç ve sağlıklı olması" yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 1). Hemşirelik "etiği ile ilgili

çalışmalar sonucunda belirlenen yedi değer; fedakârlık, estetik, eşitlik, özgürlük, insan onuru, adalet ve gerçekliktir” (165). “Hemşireler tüm insanların eşit haklara sahip olduğu bilinci ile bireyler arasında ayırım yapmadan hizmet verir. Hemşireler hizmet verirken, bireylerin gereksinimleri doğrultusunda zamanın, emeğin ve diğer kaynakların adil dağılımını sağlar” (166). Bizim çalışmamızda da hemşireler etik ilkeler ve gereksinimler doğrultusunda hasta ayırımı yapmadan bakmayı ön planda tuttukları görülüyor. Yoğun bakım ünitelerinde çoğunlukla yaşlı ve son dönem hastalarının olması ve bu hastaların mortalite, morbidite oranlarının yüksek olması hemşirelerin bu hastalar yerine genç ve sağlıklı olan hastalara bakmak istemelerindeki amaç; bu hastaların iyileşme oranları fazla ve hayatları iki kişiyi, aile bireylerini etkilediği için önem vermektedirler. Hemşireler bu hastalara bakarken verimli olduklarını düşünüp motivasyonlarını arttırdığını ifade etmişlerdir. Yılmaz ve Vermişli'nin 2015 yılında yoğun bakım ünitesinde çalışan 120 hemşire ile yapmış oldukları ölüm ve ölmekte olan bireye bakım vermeyle ilgili çalışmasında %82,5'inin ölümcül hastaya bakmak istemediklerini ifade etmişlerdir (167). Bu çalışmada da yoğun bakım hemşirelerinin aynı düşüncüyü taşıyor olmaları nedeniyle genç ve daha az sağlık sorunu olan hastalara bakmayı tercih ettiklerini düşündürmüştür.

Çalışanların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih etmeme nedenleri “psikolojik olarak rahat hissetmiyorum”, “bilgi eksikliği”, “hastaya bakmak istemiyor”, “duygusal yönden”, “cinsiyet ayırımından” olarak dağılmaktadır. Bilgi eksikliği ve hastaya bakmak istememesi yanıtlarının ağırlıklı olduğu görülmektedir (Şekil 2). Çalışanların, çoğunlukla hemşire olması, ebelerin sayısının az olması nedeniyle obstetrik ve jinekolojik hasta bakımı özel alan bilgisi gerektirdiği için tercih etmedikleri görülmektedir. Çoğu hemşire obstetrik ve jinekolojik hasta bakımında kendilerini yeterli görmediğini ifade etmiştir. Ayrıca bu hastaların genç hastalar olması, kayıp durumunda psikolojik olarak yıpratıcı olduğu gibi nedenlerle de bu grup hastalara bakım vermek istememektedirler. Ayrıca erkek hemşirelerin, kadın hastalara bakım verme konusunda, cinsiyetçi yaklaşımda oldukları ve zorunlu olmadıkça bu hastalara bakım vermeyi tercih etmedikleri görülmektedir. “Cinsiyet rolleri, kadınlar ile erkekler arasındaki fark ve ilişkileri, onların biyolojilerinin değil toplumşallamanın ürünü olarak gören bir perspektif doğrultusunda kavramlaştırılmıştır” (168). Bunun nedeni hastaların genelde bilinci açık, genç hastalar olması jinekoloji ve obstetrik hastaların mahremiyetlerinden kaynaklandığını düşündürmüştür.

Obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmada kendini yeterli görmeme nedenleri arasında “az karşılaştığımız hastalar” ve “Bakım vermede yetersizim” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 3). Obstetrik ve jinekolojik neden ile yoğun bakımlarda küçük bir oranda yoğun bakıma kabul edilirler fakat ciddi sıkıntıları olan hasta grubudur. Bundan dolayı sorunlar erkenden tanımlanması, komplikasyonların önlenmesi hastaların uygun işlemlerin yapılması erken taburcu olmasına neden olur (6). Ayrıca bu hastalara yoğun bakımlarda acil obstetrik hizmetleri ile ilgili bilgi ve becerilerde yetiştirilmediği görülmektedir. Gebelikle ilgili özel hastalıklar, gebeliğin fizyolojik değişiklikleri ve fetüsün olması diğer yoğun bakım hastalarından farklı bakım gösterirler (169). Ekip olarak yürütülen yoğun bakım hizmetlerinde, yoğun bakım hemşiresi etkin ve kritik bir rol oynamaktadır. Obstetrik vakalarda acil durumları saptayarak kurum politikasına uygun şekilde girişimde bulunmak, uygulamaları kayıt etmek, acil müdahale malzemelerinin kullanıma hazır tutulmasını sağlamak, bakım sonuçlarını değerlendirerek gerektiğinde yeni gereksinim ve sorunlara yönelik bakım planını gözden geçirmek, fetüsün sağlık durumunun değerlendirmek ve acil durumlarda hekimle işbirliği sağlayarak ileri yaşam desteği sağlamak hemşirenin temel rollerini oluşturmaktadır (95,145). Hizmet içi eğitimlerde ve klinik içinde bu hastalarla ilgili spesifik eğitimler ve yoğun bakım içindeki ebelerin bu konuda ekip arkadaşlarıyla bilgi paylaşımının önemli olduğu düşünülmektedir.

İhtiyaç duyulan spesifik eğitimler ile ilgili temalar incelendiğinde “Gebe takibi” ve “Kanama takibi” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 4). Yoğun bakım ünitelerinde en sık obstetrik komplikasyonlar arasında postpartum kanama ve preeklampsi/eklampsi nedeniyle kabul edildiği literatürde görülmektedir (5,6,16,18149,150,151). Acil bakım gerektiren obstetrik kanamalar genellikle postpartum kanama şeklinde görülür. Bu konuda yoğun bakım hemşireleri postpartum kanamaları vajinal doğumda 500 ml, sezaryen operasyonundan sonra 1000 ml’den fazla ise postpartum kanama olarak değerlendirilmesi eğitimi yapılmalıdır. Erken doğum sonu kanamalar açısından atoni ve doğum yolunda yırtıklara bağlı ciddi kanamalar, koagülasyon bozuklukları geç doğum sonu kanamaları plasenta parçalarının uterus içinde kaldığı, uterusun subinvölüsyonu açısından dikkatli olmaları öğretilmelidir (30). Yoğun bakımda kritik gebe takibi nedene yönelik riskli durumları bilmek, bu konuda ekibi bilinçlendirmek gerekir. Gebelere yoğun bakımda sol yan pozisyon, %100 oksijen



desteği, hipotansiyonun önlemek temelde maternal stabilizasyonu sağlamak gerekir (170). Fetüsün sağlığını etkileyen en önemli unsur maternal oksijenasyondur. Annenin oksijenlenmesi bozulur ise fetal hipoksi gelişir ve fetal mortaliteye kadar gider (171). Gebede fetal sağlığı değerlendirmede elektronik fetal monitörizasyon, rutin olarak 2-3 saat arayla fetüsün monitörle izlenmesi gerekmektedir. Fetüsün kalp hızının 120-160 dakida atımı normal olarak kabul edilir. Hemşirelerin temel sorumlulukları; ‘‘elektronik fetal monitörizasyonu uygulama, traseyi yorumlama, fetüsü izleme ve takibi, gebenin bakım ve tedavisi, perinatal güvenliği sağlamak’’ (171). Tokat ve ark 97 ebe ve hemşire ile 2011’de elektronik fetal izlem eğitimi yaptığı çalışmasında, ebe ve hemşirelerin %91,8 ‘inin elektronik fetal izleme ilişkin herhangi bir eğitim almadıkları, bilgilerini çalışan diğer arkadaşlarından aldıklarını, trase yorumlamalarında %68,1’i sıkıntı yaşadıklarını, hizmet içi eğitimlerin düzenlenmesi gerektiğini saptamıştır (172). Bu çalışmada hemşirelerin, yetersiz oldukları konularda hizmet içi eğitime ihtiyacı olduğu görülmektedir.

Katılımcıların %45,2’si obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaya bakım vermenin diğer hastalara bakım vermekten farklı olduğunu, farklı görme nedenleri ‘‘kadın hasta olmaları’’, ‘‘genç hasta olmaları’’, ‘‘anne ve bebek ölümlerini engellemek’’, ‘‘tanı ve klinikleri diğer hastalardan farklı’’, ‘‘psikolojik nedenden’’, ‘‘cinsiyet ayrımı’’ olarak dağılmaktadır. Görüşler incelendiğinde ‘‘Tanı ve klinikleri diğer hastalardan farklı’’ ve ‘‘Psikolojik nedenden’’ yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 5). Katılımcıların %59,5’i obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Tablo 13). Benzer şekilde, katılımcıların %59,5’i gelecekte obstetrik ve jinekolojik yoğun bakım olması durumunda kadınların ayrı, özel ve bu alanda eğitilmiş ekip tarafından bakılması gerektiğini düşünüyorlar. Bu konu ile ilgili literatür bilgileri yeni ve çalışmalar kısıtlıdır. Bu hastaların yoğun bakımda yatan diğer hastalardan tanılarının ve kliniklerinin farklı oluşu, fizyolojik değişikliklerin farklı oluşundan kaynaklanmaktadır. Bu farklılığın, yaşam ve ölüm arasında iki kişinin hayatını birlikte etkilenmesinden kaynaklandığı düşünölmektedir (2). Sağlık çalışanlarının bu tür hastalarla az karşılaşıyor olmaları, komplikasyonların geç farkedilmesine neden olabilmekte, genç bireylerin kaybı hemşireleri psikolojik olarak daha fazla etkileyebilmektedir. Bu gibi nedenlerle sağlık çalışanları, obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip

edilmesine ihtiyaç olduğunu yüksek oranda belirtmişlerdir. Bunun sebebine baktığımızda alana özgü profesyonel bakımın artacağını, mortalite morbiditenin azalacağını, bu alanda uzman ekibin oluşu hızlı ve doğru müdahaleler yapılacağına inanmalarındır. Ayrıca mortalite oranı genel yoğun bakımlarda yüksektir, bu hastaların diğer hastalardan etkilenerek ümitsizlik duygularına kapılacağını, deliryuma gireceğini düşünmelerinin de bu görüşte etkili olduğu düşünülmektedir. Enfeksiyon oranlarının genel yoğun bakımlarda yüksek seyrediyor olması, bu hastaların enfeksiyona açık olması gibi sebeplerde hemşirelere obstetrik ve jinekolojik hastaların farklı yoğun bakımda takip olmaları görüşünde etkili olmuş olabilir.

Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken yapılan bakım planları, %85,7'si emzirmenin sürdürülmesi ve perine bakımı, %50'si loşia takibi, %45,2'si atoni açısından takip en çok hemşirelik bakım planı uyguladıkları alanlar olarak belirtmişlerdir (Tablo 14). Hemşirelerin bakım planı oluşturmada hastaların bireyselleştirilmiş ihtiyaçlarına yönelik bakım planları uyguladıkları ve çoğunun doğum sonu bakım planı yaptıkları görülmüştür. Nitelikli bakım alabilmeleri sağlanmaya çalışılmış, kapsamlı değerlendirme ve izlem sağlanarak verilerle uyumlu tanımlar kanulduğu görülmüştür.

Katılımcıların en az hemşirelik bakım planı uyguladıkları alanlar ise %23,8'i fundus masajı, %21,4'ü aile planlaması, %19'u kadınlığın kaybı, %16,7'si histerektomi sonrası cerrahi menapoz konuları olarak belirtmişlerdir (Tablo 14). Hemşirelerin bakım planlarında yer verdikleri hemşirelik tanımlarının çeşitliliği hemşirelik sürecini doğru bir şekilde uyguladıkları görülmektedir. Tanımların konulma alanlarına bakıldığında jinekolojik hastalıklara yönelik tanımların az konulması göze çarpmaktadır. Bu hastaların tanımları ihtiyaçları doğrultusunda konulduğu açıkça görülmektedir. Ülkemizde 2007 yılında değiştirilen 6283 nolu hemşirelik kanuna göre hemşire “her ortamda bireyin, ailenin, toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanımlama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli sağlık personeli” olarak tanımlanmıştır (173).

Katılımcıların %54,8'i NANDA tanı listesinden faydalandığını ifade etmiştir (Tablo 14). Hemşirelerin ve diğer sağlık çalışanlarının kendine özgü bir dille iletişim kurmaları, bireylerin sağlık sorunlarının kolay anlaşılabilmesi için standart bir dil geliştirme zorunluluğu doğmuştur. 1970'li yıllarda Amerika'da başlayan ve hala devam eden hemşirelikte ortak dil ve standardizasyon çalışmaları sonucunda çeşitli hemşirelik sınıflama sistemleri geliştirilmiştir. Bunlardan biri Kuzey Amerikan Hemşireler Birliği Hemşirelik Tanıları Sınıflaması (NANDA) halen yaygın olarak bilinen ve kullanılan hemşirelik sınıflama sistemidir. NANDA'nın amacı; standart hemşirelik tanılarının adlandırılmasını, sınıflandırılmasını, geliştirilmesini, saflaştırılmasını, yayılmasını ve kullanımını kolaylaştırmaktır (140).



## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirerek, kabul nedenlerini ve klinik sonuçlarını araştırmak ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada aşağıdaki sonuçlara ulaşılmıştır.

- Yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastaların %40'ı HELLP sendromu, eklampsi ve preeklampsi, %27.5'si kanama (DIC, uterus perforasyonu, uterus atonisi) ve %15'i solunum sıkıntısı (solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni) nedeniyle kabul edilmişlerdir.
- Yoğun bakıma kabul edilen jinekolojik hastalardan %48,5'i Over Ca, %33,5'i total histerektomi nedeniyle yatırılmıştır.
- Katılımcıların %73,8 'i 20-30 yaş aralığında olduğunu belirtmiştir.
- Katılımcıların, %66,7'si 1-10 jinekolojik ve obstetrik hastaya yoğun bakımda bakım verdiğini, %57,1'i jinekolojik ve obstetrik yoğun bakım hastasına bakım vermeyi tercih etmediğini, %66,7'si hasta ayırımı yapmadığı için obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih ettiğini belirtmiştir.
- Katılımcıların %73,8'si obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım vermede kendini yeterli görmediğini, %66,7'si bu hastalara bakım verme konusunda spesifik eğitime ihtiyaç duyduklarını, %45,2'si fetal sağlığı değerlendirmeyi bilmediğini, %64,3'ü fetal sağlığı değerlendirmeyi yapmadığını ifade etmiştir.
- Çalışanların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih edenlerin “Hasta ayırımı yapmıyorum” ve “Hastaların genç ve sağlıklı olması” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 1).
- Çalışanların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmayı tercih etmeme nedenleri arasında bilgi eksikliği ve hastaya bakmak istememesi yanıtlarının ağırlıklı olduğu görülmektedir (Şekil 2).
- Obstetrik ve jinekolojik hastaya bakmada kendini yeterli görmeme nedenleri incelendiğinde “Az karşılaştığımız hastalar” ve “Bakım vermede yetersizim” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 3).
- Obstetrik ve jinekolojik hastaya Bakım verme konusunda ihtiyaç duyulan spesifik eğitimler ile ilgili görüşler incelendiğinde “Gebe takibi” ve “Kanama takibi” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 4).

- Katılımcıların %45,2'si obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaya bakım vermenin diğer hastalara bakım vermektten farklı olduğunu, %59,5'i obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir (Tablo 13).
- Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaya bakım vermenin diğer hastalara bakım vermektten farklı görme nedenleri incelendiğinde “Tanı ve klinikleri diğer hastalardan farklı” ve “Psikolojik nedenden” yanıtlarının ağırlıklı verildiği görülmektedir (Şekil 5).
- Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken yapılan bakım planları katılımcıların %85,7'si emzirmenin sürdürülmesi ve perine bakımı, %50'si loşia takibi en çok hemşirelik bakımı planı uyguladıkları alanlar olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %21,4'ü aile planlaması, %19'u kadınlığın kaybı, %16,7'si histerektomi sonrası cerrahi menapoz konularında en az hemşirelik bakım planı uyguladıkları alanlar olarak belirlenmiştir. Katılımcıların %54,8'i NANDA tanı listesinden faydalandığını belirtmiştir (Tablo 14).

Çalışma sonuçları doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım vermede kendini yeterli görmedikleri ve bu hastalara bakım verme konusunda spesifik eğitime ihtiyaç duydukları için klinik içi eğitim yapılmalı;
- Obstetrik ve jinekolojik hastalara yönelik kurumun uygun gördüğü ayrı bir yoğun bakım ve multidisipliner bir ekip anlayışı ile yoğun bakım açılması planlanmalı;
- Yoğun bakım kliniğinde çalışan katılımcıların yaş ortalaması küçük, meslekte çalışma yılının az olması bu hastalarla karşılaşma olasılığının düşük olmasına neden olmaktadır. Bu konuda hemşirelerin çalışma sürelerini arttırmak için iş yükünün azaltılması, yoğun bakım ünitesinde çalışma yılının arttırılması, çalışanların ödüllendirilmesini arttırmak, kurum politikası olarak sık sık hemşire değişikliği yapılmaması;
- Fetal sağlığı değerlendirmeyi bilmediği, fetal sağlığı değerlendirmeyi yapmadıkları için fetal sağlığın değerlendirilmesinde fetal monitörizasyon ve diğer izleme metodlarını konusunda eğitim planlanmalı;

- Erkek hemşirelerin kadın hastalara bakım verme konusunda cinsiyetçi yaklaşımda oldukları için bu hastalara bakım vermeyi tercih etmek istemedikleri görülmektedir. Bu konuda yoğun bakım hemşirelerine eğitim planlanmalı;
- Hemşirelerin hemşirelik süreci konusunda bilinçlendirilmeleri, obstetrik ve jinekolojik hastalara yönelik bireye özgü bakım hizmeti sunulmasının desteklenmesi, gereksinimlere yönelik hemşirelik bakım planlarının oluşturulması ile ilgili eksiklerin giderilip uygun bakım planların yapılması ve NANDA tanı listesinden yararlanılması;
- Yoğun bakım kliniklerinde obstetrik ve jinekolojik hastaların takip ve tedavisi için protokol geliştirilmeli, gebe ve lohusa hastalara yönelik bakım kontrol listeleri hazırlanması önerilebilir.



## KAYNAKÇA

1. Döm S, Balas Ş, Aydın O, Ağalar F. "Türk Yoğun Bakım Biliminin Literatüre Katkısı", *Yoğun Bakım Dergisi*, 2010, 9(2); 114-119.
2. Abali S, Oskay U. "Critical care at the obstetric" , *Journal of Education and Research in Nursing*, 2011, 8(1); 14-21.
3. Demirkiran O, Dikmen Y, Utku T, Ürkmez S. "Critically İll Obstetric Patients in the İntensive Care Unit", *Int J Obstet Anesth*, 2003, 12(4); 266-270.
4. Şimşek T, Eyigör C, Uyar M, Karaman S, Moral AR. "Retrospective Review of Critically İll Obstetrical Patients: A Decade's Experience", *Turk J Med Sci*, 2011, 41(6); 1059-1064.
5. Keleş GT, Topçu İ, Kefi A. "Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular", *Fırat Tıp Dergisi*, 2006, 11(1); 62-65.
6. Akköz Çevik S. "Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular" , *Perinatoloji Dergisi*, 2011, 19(3); 118-122.
7. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik C, Haberal A. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1. Baskı, Güneş Kitap Evi, Ankara, 2004.
8. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. "Obstetric Admissions to The İntensive Care Unit: A 12-Year Review", *Arch Gynecol Obstet*, 2006, 274(1); 4-8.
9. Guntupalli KK, Hall N, Karnad DR, Bandi V and Belfort M. "Critical İllness in Pregnancy: An Approach to A Pregnant Patient in the ICU and Common Obstetric Disorders", *Chest*, 2015, 148; 1093-1104.
10. Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu. <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>. Erişim: 03.04.2018.
11. Taşkın L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*, VI, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003.
12. Karadağ E, Aylaz R, Işık K, Yetiş G, Bayır B. "Altmış Yaş ve Üzeri Kadınlarda Jinekolojik Sorunlar", *Sted*, 2014, 23(3); 80-85.
13. Yılmaz K, Koçalışlı S. "Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavinin Yoğun Bakım Hastaları Üzerine Etkisi ve Hemşirenin Rolü", 10. Ulusal Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi - 2. Avrasya Yoğun Bakım Toplantısı, İstanbul, 2013, 49.
14. Dikmen Y. "Yoğun Bakım Hemşirelerinde Etik Duyarlılığın İncelenmesi", *Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi*, 2013, 2(1); 1-7.

15. Akdeniz S, Ünlü H. “Yoğun Bakım Hemşireliği”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2004, 4(3); 179-185.
16. Şimşek T. *Yoğun Bakım Ünitesinde Kritik Obstetrik Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi* (Tez). Ege Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2009.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Anne ve Çocuk Ölümlerini Önleme Projesi, 2005. Web sayfası: [www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop./UAOC2005-OzetRapor.pdf](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/uaop./UAOC2005-OzetRapor.pdf). Erişim: 1.04.2018.
18. Koca D. *Anestezi Yoğun Bakım Ünitesinde Kritik Obstetrik Hastalar: On Yıllık Derleme* (Tez). Erciyes Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi; 2015.
19. Şencan İ, Engin Üstün Y, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, Uygur D, Kabasakal A, Esen M, Keskinliç B. “2014 Yılı Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi”, *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2016, 13(2); 45-47.
20. Turgut A. *Hellp Sendromu ve Ağır Preeklampsi Olgularında Maternal ve Fetal Sonuçların Karşılaştırılması* (Tez). T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği Uzmanlık Tezi; 2008.
21. Oskay Ü. “Gebelik Komplikasyonu Sonucu Gelişen Riskli Durumlar ve Hemşirelik Yaklaşımı”, Editör: Beji NK, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Nobel Kitap Evi, İstanbul, 2015; 447-469.
22. Şimşek A, Uludağ S, Tüten A, Uludağ S. “The Obstetric Outcomes in Women With Preeclampsia and Superimposed Preeclampsia”, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2017, 27(1); 14-19.
23. Kumru P, Kartal ÖP, Köse G, Aka N, Büyükoğlu B. “The Evaluation of Cases With Preeclampsia, Eclampsia and HELLP Syndrome in Our Clinic”, *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2005, 30(2); 72-80.
24. Gilbert ES, Harmon JS. *Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı*, Çev. Ed. Taşkın L, Palme Yayıncılık, Ankara, 2002.
25. Yosunkaya A, Keçecioglu A, Erdem TB, Borazan H. “Yoğun Bakım Ünitelerimizde Sık Rastlanan Obstetrik Sorun: Hellp Sendromu (15 Olgunun Analizi)”, *Selçuk Tıp Üniv. Dergisi*, 2011, 27(1); 18-23.



26. Kara MY, Çakar Turha S, Yılmaz AA, Oral M. "Yoğun Bakım Ünitesinde HELLP Sendromu ve Eklampsi Hastalarına Uygulanan Plazmaferez Tedavisinin Etkinliği", *Dicle Tıp Dergisi*, 2014, 41(1); 172-178.
27. Kadirlioğlu AK, Evsen S, Sak ME, Geneş D, Yıldırım Y, Yılmaz Z, Dal S, Barutçu S, Değirmenci S, Topçu Ş, Yıldırım Serdar. "Dissemine İnvasküler Koagülasyonun ve Pulmoner Tromboembolinin Nadir Bir Nedeni ve Literatürün Gözden Geçirilmesi: Amniyon Sıvı Embolisi", *Yoğun Bakım Dergisi*, 2013, 4; 32-36.
28. Akyıldız EÜ, Pakiş I, Turan AA, Karayel F, Yılmaz E. "Amniyon Sıvı Embolisi", *Türkiye Klinikleri Journal of Forensic Medicine*, 2006, 3(3); 117-119.
29. Velipaşaoğlu M. "Üçüncü Trimester Kanamaları", *Hacettepe Tıp Dergisi*, 2009, 40; 133-144.
30. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, *Acil Obstetrik Bakım Ebe/Hemşire Katılımcı Kitabı*, Ankara, 2015.
31. T.C. Sağlık Bakanlığı Konya Halk Sağlığı Müdürlüğü, *Anne Ölümlerini Önlemede Doğum ve Acil Obstetrik Vakaya Yaklaşım Sempozyumu Kitabı*, Konya, 2013.
32. American College of Obstetricians and Gynecologists Practice Bulletin," Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists Number 76, 2006: Postpartum Hemorrhage", *Obstet Gynecol*, 2017, 130(4); 168-186. [http://clinicalinnovations.com/wp-content/uploads/2017/10/ACOG\\_Practice\\_Bulletin\\_No\\_183\\_Postpartum-Hemorrhage-2017.pdf](http://clinicalinnovations.com/wp-content/uploads/2017/10/ACOG_Practice_Bulletin_No_183_Postpartum-Hemorrhage-2017.pdf), Erişim: 08.05.2018.
33. World Health Organization. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: World Health Organization, 2012. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502\\_eng.pdf;jsessionid=311DDBFEE98755BB9928D21C027F46FE?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75411/9789241548502_eng.pdf;jsessionid=311DDBFEE98755BB9928D21C027F46FE?sequence=1), Erişim: 08.05.2018.
34. Active Management of the Third Stage of Labour: Prevention and Treatment of Postpartum Hemorrhage, *Int J Gynaecol Obstet*, 2010, 108; 258-67.
35. Çağlıyan E. "Postpartum Kanamada Yönetim", *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2015, 8; 19-24.
36. Umut KD. "Postpartum Kanama: Etyoloji ve Risk Faktörleri", *Perinatoloji Dergisi*, 2011, 19(1); 55-57.

37. Oskay Ü, Avcı Serbest N. "Riskli Postpartum Dönem ve Hemşirelik Yaklaşımı", Editör: Beji NK, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Nobel Kitap Evi, İstanbul, 2015: 535-551.
38. Yıldız A, Doğan O. "Ektopik Gebelik Olgularının Yönetimi ve Fertilite Durumları: Beş Yıllık Tek Merkezli Çalışma", *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2016, 26(2); 93-97.
39. Atasü T, Şahmay S. *Jinekoloji*, 2. Baskı, Nobel Yayınevi, İstanbul, 2001: 547-557.
40. Elçi GG, Elçi E, Çim N, Yıldızha R. "Ektopik Gebelik Tedavi Yaklaşımında Laboratuvar mı? Fertilite mi?", *Van Tıp Dergisi*, 2017, 24(4); 260-266.
41. Duran B, Çetin M, Timuroğlu Y, Demirköprülü M, Timuroğlu T. "Ektopik Gebelik Olgularının  $\beta$ -HcG Düzeylerinin ve Mevsimlere Göre Dağılımının Değerlendirilmesi", *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi*, 2003, 25: 193-196.
42. Kerimoğlu ÖS, Kebapçılar AG, Pekin A, Yılmaz SA, Beyhekim F, Çelik Ç. "Ektopik Gebelik Olgularında Tedavi Seçenekleri ve Başarı Oranlarımız", *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2014, 11(1); 17-20.
43. Tosun M, Kaya A, Körkü A, Malatyaloğlu E, Çetinkaya MB, Alper T. "Ektopik Gebelik Olgularında Tedavi yaklaşımları", *O.M.Ü. Tıp Dergisi*, 2007, 24(2); 37-42.
44. Seyfeli E, Akgül F, Yalçın F. "Peripartum Kardiyomyopati", *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 2007, 3(24); 58-62.
45. Yakar B, Ertekin YH, Korkut Y. "Birinci Basamakta bir Peripartum Kardiyomyopati Vakası", *Fam Pract Palliat Care*, 2016, 1(3); 73-75.
46. Nelson M, Moorhead A, Yost D, Whorton A. "A 35-Year-Old Pregnant Woman Presenting With Sudden Cardiac Arrest Nelson Secondary To Peripartum Cardiomyopathy", *Prehospital Emergency Care*, 2012, 16; 299-302.
47. Bingül ES, Kulaksız B, Esen F. "Peripartum Kardiyomyopati ve Yoğun Bakım Ünitesinde Takip", *Türk J Intense Care*, 2017, 15; 145-148.
48. Fındık S, Dirican A, Şengül B, Uzun O, Atıcı A, Erkan L. "Acute Pulmonary Edema Secondary To Long-Term Use Of Oral Ritodrine A Woman With A Triplet Pregnancy", *Int J Gynaecol Obstet*, 2007, 96(3); 208-211.
49. Uyar M, Bor C. "Tokolitik Tedaviye Bağlı Akciğer Ödemi", *Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi*, 2012, 22 (3); 199-202.
50. Baldemir R, Yağmurdur H, Leblebici F, Dikmen B. "Anaphylactic Reaction in Thyrotoxic Pregnant Patient During Preoperative Therapeutic Plasmapheresis", *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2013, 11; 121-124.

51. Nader S. "Thyroid Disease And Other Endocrine Diseasesin Pregnancy", *Obstet Gynecol Clin North Am*, 2004, 31(2); 257-85.
52. Mestman JH. "Hyperthyroidism İn Pregnancy", *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 2004, 18(02); 267-288.
53. Langley RW, Burch HB. "Perioperative Management Of The Thyrotoxic Patient", *Endocrinol Metab Clin North Am*, 2003, 32(2); 519-534.
54. Uğur BK, Ganidağlı S. "Akut Respiratuar Distres Sendromunda Güncel Mekanik Ventilasyon Uygulamaları", <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/210201494859-180.pdf> , Erişim: 05.04.2018.
55. Eryüksel E, Yalçın A, Güven P, Turan C, Yıldızeli ŞO, İspir S, Ak K, Karakurt S. " Akut Solunum Sıkıntısı Sendromunda Ekstrakorporal Membran Oksijenasyonu (ECMO) Kullanımı: Klinik Deneyimlerimiz", *Yoğun Bakım Derg*, 2017, 8; 6-9.
56. Aksu NT, Erdoğan A. "Acute Respiratory Distress Syndrome and Mechanical Ventilation Strategies", *Journal of Human Sciences*, 2018, 15(1); 527-540.
57. Küçük M, Sezer SD, Erkan P, Yüksel H. "Geç Postpartum Kanama Gelişen Gebeliğin Akut Yağlı Karaciğer Olgusu", *Pamukkale Tıp Dergisi*, 2012, 5(1); 91-94.
58. Tatd Sepsis Tanı ve Tedavi Kılavuzu, [file:///C:/Users/meta/Downloads/utf\\_8\\_tatd\\_20sepsis\\_20k\\_c4\\_b1lavuzu.pdf](file:///C:/Users/meta/Downloads/utf_8_tatd_20sepsis_20k_c4_b1lavuzu.pdf), Erişim: 08.04.2018.
59. Frankling CC, Finfer S, Lissauer D, Perner A, Patel JM, Gao F. "The Dark Ages of Maternal Sepsis: Time To Be Enlightened", *British Journal of Anaesthesia*, 2018, 120(4); 626-628.
60. Bowyer L, Robinson HL, Barrett H, Crozier TM, Giles M, Idel I, Lowe S, Lust K, Marnoch CA, Morton MR, Said J, Wong M, Makris A. "Somanz Guidelines For The İnvestigation and Management Sepsis İn Pregnancy", *Aust N J Obstet Gynaecal*, 2017, 57; 540-551.
61. Vaught AJ. "Maternal Sepsis", *Seminars in Perinatolog*, 2018, 42(1); 9-12. [http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005\(17\)30127-1/abstract](http://www.seminperinat.com/article/S0146-0005(17)30127-1/abstract), Erişim tarihi: 08.04.2018.
62. Acosta CD, Harrison DA, Rowan K, Lucas DN, Kurinczuk JF, Knight M." Maternal Morbidity and Mortality From Severe Sepsis: A National Cohort Study", <http://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/6/8/e012323.full.pdf>, Erişim: 08.04.2018.

63. Beji NK, Yılmaz T. ‘‘Kronik Sağlık Sağlık Sorunları ve Gebelik’’, Editör: Beji NK. *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları*, Nobel Kitap Evi, İstanbul, 2015: 473-495.
64. ‘‘ESC Guidelines on the Management of Cardiovascular Diseases During Pregnancy’’, *Türk Kardiyol Dern Ars.* 2012, 40(1); 70-120, Erişim: 09.04.2018.
65. Metin S. ‘‘Gestasyonel Diyabette Güncel Tedavi Yaklaşımları’’, *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*’, 2017, 2(1); 1-14.
66. Şimşir İY, Derviş ÖY, Çetinkalp Ş. ‘‘Diyabetli Gebelerde Sürekli Subkutan İnsulin Tedavisi’’, *Turkish Journal of Diabetes and Obesity*’, 2017, 2; 73-76.
67. Sipahi S, Yaylaci S, Genç AB, Gündüz M, Günaydın M, Cevrioğlu AS, Tamer A. ‘‘ Son Dönem Böbrek Yetersizliği Nedeniyle Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastada Gebelik: Olgu Sunum’’, *Türk Nefroloji Diyaliz ve Transplantasyon Dergisi*, 2012, 21 (1); 89-91.
68. Erdal B, Çakıroğlu A. ‘‘ Gebelikte Karşılaşılan Ürolojik Problemler’’, <http://www.jcam.com.tr/files/JCAM-4576.pdf> Erişim: 09.04.2018.
69. Çim N, Yıldızhan r, Güneş G, Çetin O, Kurdağlu Z. ‘‘Gebelikte Miyastenia Gravis: Olgu Sunumu’’, *Van Tıp Dergisi*, 2015, 22(4); 310-312.
70. Ödeş R, Erhan ÖL, Kılıç R, Demirci M. ‘‘Tanı Konulmamış Miyastenia Gravis Şüpheli Gebede Epidural Anestezi’’, *Fırat Tıp Dergisi*, 2006, 11(1); 78-80.
71. Sayın R, Kurdoğlu Z, Kamacı M. ‘‘Anne Hayatını Tehdit Eden Nöromusküler Bir Hastalık: Miyastenia Gravis’’, *Sakarya Medical Journal*, 2012, 2(2); 93-95.
72. Tarlan N, Gül T. ‘‘Miyastenia Gravis ve Gebelik Olgu Sunumu’’, *Dicle Tıp Dergisi*, 2000, 27(1); 125-128.
73. Çilingir BM. ‘‘Gebelik ve Astım’’, *Jinekoloji Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*, 2017, 14(1); 30-33.
74. Özcan H, Ümran O. ‘‘Gebelikte Fazla Görülen Solunum Sistem Hastalıkları ve Bakımı’’, *Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014, 30(3); 80-91.
75. Şen N, Akçay Ş. ‘‘Gebelik ve Pnömoni’’, *Türkiye Klinikleri J Pulm Med Special Topics*, 2017, 10(2); 119-26.
76. Kaur M, Singh PM, Trikha A. ‘‘Management of Criticically III Obstetric Patients: A Review’’, *Journal of Obstetric Anaesthesia and Critical Care*, 2017, 7(1); 3-12.
77. Mihmanlı V, Mihmanlı M. ‘‘Diabetes Mellitus ve Gebelik’’, *Okmeydanı Tıp Dergisi* , 2015, 31; 17-22.
78. Ayvacı H, Tandoğan B, Tarhan NU, Uludoğan M. ‘‘Gebelikte Diyabetik Ketoasidoz: Olgu Sunumu’’, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2008, 39(2); 63-65.

79. Khoo CM, Lee KO. "Endocrine Emergencies in Pregnancy", *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2013, 27; 885–891.
80. Türk Toraks Derneği Pulmoner Tromboembolizm Tanı ve Tedavi Uzlaşı Raporu, <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/2322011172333-10.pdf> Erişim: 11.04.2018.
81. Çetinoğlu ED. "Pulmoner Tromboemboli Yönetiminde Sorunlar ve Özel Durumlar", *Güncel Göğüs Hastalıkları Serisi*, 2015, 3 (1); 45-53. <http://ghs.asyod.org/konular/2015-1-5.pdf>. Erişim: 11.04.2018.
82. Uzun O, Özsu S. "Gebelikte Pulmoner Emboli", *Türkiye Klinikleri J Pulm Med-Special Topics*, 2017, 10(2); 93-100.
83. Kaplan C, Araz C, Candan S, Pirat A, Zeyneloğlu P, Ayhan A, Arslan G. "Evre III-IV Over Kanseri Nedeniyle Sitoredüktif Cerrahi Geçiren Hastalarda Postoperatif Yoğun Bakım Gereksiniminin Ön Belirleyicisi", *Türk Yoğun Bakım Dergisi*, 2012, 10; 102-109.
84. Kanser İstatistikleri, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/8635,kanser-istatistikleridocx.docx?0> Erişim: 13.04.2018.
85. Eroğlu K, Koç G. "Jinekolojik Kanser Kontrolü ve Hemşirelik", *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi*, 2014; 77-90.
86. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016, Ankara, 2017 <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> Erişim: 13.04.2018.
87. Sungur M, Sungur O, Konar S, Yavru A, Kılıç M, Seyhan TÖ. "Jinekolojik Operasyonlarda Postoperatif Bakım Ünitesinde Kalış Süresini Etkileyen Faktörler", *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012, 75(1); 1-6.
88. Mete S, Uludağ E, Ertuğrul M. "Over Kanseri Hastasının Hemşirelik Bakımında Kavram Haritası Kullanımı", *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2017, 3(1); 56-60.
89. Aydın A, Aslay I, Berkman S. *Jinekolojik Tümörler El Kitabı Tanı-Tedavi-Takip*, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2016.
90. Erdem SS, Obeıdın VA, Parlar RE, Şahin U. "Over Kanseri Yönelik Fotodinamik Terapi Temelli Kombinasyon Terapi Uygulaması", *Zeynep Kamil Tıp Bülteni*, 2018, 49(1); 36-43.

91. Necefova G. *Rekürren Over Kanseri Tedavisinde Sekonder, Tersiyer ve Kvarterner Sitoredüksiyonun Sağkalıma Etkisi ve Morbiditesi*. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2016.
92. Gökçe E. *Standart Cerrahi Uygulanan Tip II Endometrium Kanseri'nde Adjuvan Tedavi Modalitelerinin Genel Sağkalım'a Katkısı ve Morbiditesi*. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2015.
93. Asghari N. *Bir Üniversite Hastanesinde Tedavi Olan Jinekolojik Onkolojik Vakaların Değerlendirilmesi*. T.C. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi; 2014.
94. Akdemir A, Gülcan A, Akman L. "Jinekolojik Küçük Müdahaleler ve Uterus Perforasyonu", *Ege Tıp Dergisi*, 2013, 52(3); 141-146.
95. Gezgiç K, Dalkılıç EU. "Management of Gynecologic Emergencies", *JAEM* 2011, 10(3); 171-173.
96. Aydın A, Kınaş MG, Öztürk M. "Rahim İçi Araç Kullanan Kadınlarda Uterus Perforasyonu: Üç Olgu Sunumu ve Literatürün İncelenmesi", *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 2013, 23(1); 43-48.
97. Çelik HG, Çelik D. "Uterin Kitleyle İlişkili Spontan Uterin Rüptüre Bağlı Hemoperitonyum", *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi 12. Zekai Tahir Burak Jinekoloji ve Obstetrik Kongresi Özel Sayısı*, Ankara, 12-14 Kasım 2015.
98. Durmuşoğlu F. "Pelvik İnflamatuvar Hastalıklar", Editör: Çiçek MN, Akyürek C, Çelik C, Haberal A. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*, 1. Baskı, Güneş Kitap Evi, Ankara, 2004: 635-638.
99. Karakaya BK, Kansu HÇ, Keçecioğlu M, Evliyaoğlu Ö. "Trombosit Parametreleri Pelvik İnflamatuvar Hastalıkta Belireç Olarak Kullanılabilir Mi?", *Maltepe Tıp Dergisi*, 2017, 9(2); 18-20.
100. Aksakal SE, Bocutoğlu F, Altınbaş ŞK, Demirdağ E, Doğan AR, Işıkdöğün BZ, Kahyağlu İ, Tapınsız ÖL. "Postmenopozal Tuba Ovaryan Abse ile Prezente Olan Seröz Over Karsinomu Olgusu", *GJM*, 2017, 28; 227-228. <http://medicaljournal.gazi.edu.tr/>. Erişim: 16.04.2018.
101. Eşkin B, Coşar A. "Yatakbaşı Teknolojisi", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım*, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 91-100.

102. Hemodinamik İzlem, <http://sbf.beun.edu.tr/dosyalar/2017/02/17/hem311-6-hafta.pdf>, Erişim: 18.04.2018.
103. Tüfek A. "Monitorizasyon", <https://www.dicle.edu.tr/Contents/bf94312f-fdb9-40eb-a737-46ce68a21b30.pdf>, Erişim: 18.04.2018.
104. Karakelle N. "Arter Hattı Yerleştirilmesi ve Monitörizasyonu", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım*, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 1085-1092.
105. Top C. "Yoğun Bakımda Hemodinamik Monitorizasyon", [http://gunceltipderneği.org/images/stories/cihan\\_top.pdf](http://gunceltipderneği.org/images/stories/cihan_top.pdf), Erişim: 19.04.2018.
106. Çobanoğlu U. "Yoğun Bakım Hastalarının Monitorizasyonunda Gelişmeler", <http://www.toraks.org.tr/uploadFiles/book/file/210201494828-151.pdf>, Erişim: 19.04.2018.
107. Aykaç ZZ, Arslantaş MK. "Sıvı Tedavisi ve Yönetimi (II) Monitorizasyon ve Sıvı Yanıtlılığının Öngörülmesi", *GKDA Derg*, 2018, 24(1); 1-10, [http://gkda.org.tr/dosyalar/DERGI/2018\\_MART/1\\_GKDA\\_47568\\_derleme.pdf?usp=sharing](http://gkda.org.tr/dosyalar/DERGI/2018_MART/1_GKDA_47568_derleme.pdf?usp=sharing), Erişim: 21.04.2018.
108. Karaca Z, Esmoğlu A. "Kardiyak Output Ölçümü", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım*, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 1099-1110.
109. Özdemir S, Öztürk TC, Öcal O, Metiner Y, Onur ÖE. "Nazogastrik Sonda Malpozisyonu: Olgu Sunumu", *Türk Aile Hek Derg*, 2015, 19(3); 160-162.
110. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Hemşirelik, Mesane Kateterizasyonu, Nazogastrik Sonda, Lavaj ve Gavaj Uygulamaları, Ankara-2012, [http://www.megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Mesane%20Kateterizasyonu,%20Nazogastrik%20Sonda,%20Lavaj%20Ve%20Gavaj%20Uygulamalar%C4%B1.pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Mesane%20Kateterizasyonu,%20Nazogastrik%20Sonda,%20Lavaj%20Ve%20Gavaj%20Uygulamalar%C4%B1.pdf). Erişim: 19.04.2018.
111. Gümüş N, Dilek A, Ülger F, Köksal E, Çetinoğlu EÇ, Özkan F, Gündoğuş F. "Endotrakeal Entübasyonda LMA CTrach ve Video Laringoskop Yöntemlerinin Karşılaştırılması", *Türk J Anaesth Reanim*, 2014, 42; 251-256.
112. Arpacı A, Işık B. "Nazotrakeal Entübasyon Deneyimlerimiz", *Atatürk Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Dergisi*, 2017, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/291586>. Erişim: 21.04.2018.
113. Öz GB. "Resüsitasyon ve Stabilizasyon", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım*, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 13-29.
114. Hacı C, Açıkalın MR, Akkoç İ, Toptaş M. "Perkütan ve Cerrahi Trakeostomilerin Avantaj ve Dezavantajlarının Araştırılması", *Haseki Tıp Bulteni*,

- 2018, 56(1,9); 65-67.  
[http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_16953/Haseki%20Tip%20B%C3%BClteni-56-65.pdf](http://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_16953/Haseki%20Tip%20B%C3%BClteni-56-65.pdf). Erişim: 22.04.2018.
115. Karabıyık L. "Perkütan Trakeostomi", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 1225-1231.*
116. Kırca H, Çakın Ö, Cengiz M, Yılmaz M, Ramazanoğlu A. "Yoğun Bakımda Trakeotomi: Endikasyonlar, Komplikasyonlar ve Prognoz", *J Turk Soc Intens Care, 2018, 16; 17-25.*
117. Yıldırım F, Tahir E. "Yoğun Bakımda Trakeostomi ile Ventilator İlişkili Pnömoni İlişkisi", *Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Dergisi, 2017, 8(1); 19-24.*
118. West JB. "The Physiological Chalanges Of The 1952 Ph Poliomyelitis Epidemic and Renaissance in Clinic Respiratory Physiology", *Jappl Physiol, 2005, 99(2); 424-432.*
119. Bal ZM, Gökmen AN. "Ventilatör Teknolojisi ve Yönetimi", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 221-248.*
120. Budak AB, Günaydın S. "Ekstrakorporeal Membran Oksijenasyonu", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 1151-1158.*
121. Gül F, Cinel İ. "Renal Replasman Tedavisi", Editör: Turan İÖ, Hancı V. *Yoğun Bakım, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 385-399.*
122. Terzi B. "Yoğun Bakım Ünitesinde Hemofiltrasyondaki Hastanın Hemşirelik Bakımı", *Türk Nefroloji, Diyaliz ve Transplantasyon Hemşireleri Derneği Nefroloji Hemşireliği Dergisi, 2017, 1(12); 1-9.*
123. Ören B, Zengin N. "Yoğun Bakım Ünitelerindeki Akut Böbrek Yetemezliği ve Renal Replasman Tedavisinde Hemşirelik Yönetimi", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi, 2017, 21(2); 42-49.*
124. Kara MY, Turhan SÇ, Yılmaz AA, Oral M. "Yoğun Bakım Ünitesinde HELLP Sendromu ve Eklampsi Hastalarına Uygulanan Plazmaferez Tedavisinin Etkinliği", *Dicle Tıp Dergisi, 2014, 41 (1); 172-178.*
125. Sakacı T. "Akut Böbrek Hasarlı Hastalarda Plazmaferez Tecrübesi", *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni, 2017, 51(3); 195-200.*



126. Yaprak M, Turan MN, Başçı A. "Use of Plasmapheresis in Nephrology Practice", *Turkish Nephrology, Dialysis and Transplantation Journal*, 2015, 24(3); 249-255.
127. Baldemir R, Yağmurdur H, Leblebici F, Dikmen B. "Tirotoksik Gebe Hastada Preoperatif Terapötik Plazmaferez Sırasında Gelişen Anaflaktik Reaksiyon", *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 2013, 11; 121-124.
128. Baykara ZG. "Hemşirelik Bakımı Kavramı", *Türkiye Biyoetik Dergisi*, 2014, 1(2); 92-99.
129. Güner Ö, Kavlak O. "Neuman Sistemler Modeline Göre Endometriyum Kanseri Hastasının Bakımı: Olgu Sunumu", *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2015, 4(2); 94-102.
130. 19 Nisan 2011 Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmenlik Resmî Gazete, sayı: 27910, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/yasa-ve-yonetmelikler/yonetmelikler/19-nisan-2011-hemsirelik-yonetmeliginde-degisiklik-yapilmasina-dair-yonetmelik.aspx>. Erişim: 01.05.2018.
131. <https://sanerc.ku.edu.tr/egitimlerimiz/saglik-bakanligi-onayli-sertificali-programlar/yogun-bakim-hemsireligi-sertificali-egitim-programi/> Erişim: 01.05.2018.
132. Sağlık Alanı Sertifikalı Eğitim Standartları, [http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/duyurular/belge/yogun\\_bakim\\_hems\\_sep\\_standartlari\\_revizyon.pdf](http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/duyurular/belge/yogun_bakim_hems_sep_standartlari_revizyon.pdf). Erişim: 01.05.2018
133. Bozkurt G. "Yoğun Bakım Hemşireliği Sertifika Programlarının Güncel Durumu", [http://www.tybhd.org.tr/Images/files/kitapcik\\_pdf.pdf](http://www.tybhd.org.tr/Images/files/kitapcik_pdf.pdf). Erişim: 01.05.2018.
134. Scott J, Michael R. "Foley Organizing an Obstetric Critical Care Unit", ed: Michael A, Belfort M, Saade, Foley MR, Phelan JP, Dildy GA. *Critical Care Obstetrics*, 5th, ed, Philadelphia: Wilwy&Blackwall, 2010: 11-15.
135. Güngör İ, Rathfisch, Beji NK. "Kadın Sağlığı Hemşirelerinin Rol Yetki Ve Sorumluluklarının Uluslar arası Düzeyde İrdelenmesi", *F.N. Hem. Derg*, 2013, 21(1); 49-56.
136. Özkan HA, Özbek Ş, Bursa AG. "Küreselleşen Sağlık ve Kadın Sağlığı Hemşireliği", *KASHED*, 2015, 2(2); 46-57.

137. Meran EP, Şahin NH. ‘‘Kadın Sağlığı Alanında Uzman Hemşirelik Eğitimi ve Uzman Hemşirelik Rollerini: Amerika Birleşik Devletleri Örneği’’, *KASHED*, 2014, 1(1); 1-14.
138. Baird SM, Troinao H. ‘‘Critical Care Obstetric Nursing’’,ed: Belfort M, Saade G, Foley M, Phelon J, Dildy G. *Critical Care Obstetrics*, 5th,ed, Philadelphia; Wiley&Blackwall, 2010: 16-29.
139. Okumuş H, Çiçek Ö, Tokat MA. ‘‘ Jinekolojik Onkoloji Hemşireliğinde Güncel Durum’’, *KASHED*, 2015, 2(2); 1-12.
140. <http://turkhemsirelerderneği.org.tr/tr/thd/ilgili-kuruluslar/uluslararası-hemsirelik-kuruluslari/nanda-international-nanda-i-north-american-nursing-diagnosis-association.aspx>, erişim: 12.05.2018.
141. Herdman H, Kamitsuru S. *NANDA Hemşirelik Tanıları: Tanımlar ve Sınıflandırma 2015-2017*, Ç.Ed: Acaroğlu R, Kaya H, 10. Baskı, Nobel Tıp Kitapevleri, İstanbul, 2018.
142. Erer MT, Akbaş M, Yıldırım G. ‘‘ Hemşirelik Sürecinin Evrimsel Gelişimi Hemşirelik Süreci’’, *Lokman Hekim Dergisi*, 2017, 7(1): 1-5.
143. Korhan EA, Yönt GH, Demiray A, Akça A, Eker A.’’ Yoğun Bakım Ünitesinde Hemşirelik Tanılarının Belirlenmesi ve NANDA Tanılarına Göre Değerlendirilmesi’’, *DÜ Sağlık Bil Enst Derg*, 2015, 5 (1): 16-21.
144. Türen S, Işık FÇ, Morgül NU, Atakoğlu R. ‘‘Kroner Yoğun Bakımda Kalp Yetersizliği Hastaları İçin Belirlenen Hemşirelik Tanıları ve NANDA’ya Uygunluğunun Değerlendirilmesi’’, *Journal of Cardiovascular Nursing*, 2017, 8(17) :115-120.
145. Kumsar AK, Yılmaz FT. ‘‘Yoğun Bakım Ünitesinin Yoğun Bakım Hastası Üzerindeki Etkileri ve Hemşirelik Bakımı’’, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 2013, 10(2); 56-60.
146. Balsera E, Palomino MA, Bono J, Elvira MJ, Galeas JL, García G. ‘‘Analysis of maternal morbidity and mortality among patients admitted to Obstetric Intensive Care with severe preeclampsia, eclampsia or HELLP syndrome’’, *Med Intensiva*, 2011, 35; 478-483. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21703718>, Erişim:20.05.2018.
147. Okafor UV, Aniebue U. ‘‘Admission pattern and outcome in critical care obstetric patients’’, *Int J Obstet Anesth*, 2004; 13(3): 164-166.

148. Çeray Y, Yılmaz M, Cengiz M, Kaplan S, Ramazanoğlu A. "Evaluation of Obstetric Patients Who Were Admitted to the Intensive Care Unit", *Turk J Yoğun Bakım*, 2017; 15(3): 124-129.
149. Yousuf N, Shaikh SN, Soomro A, Baloch R. "Analysi of Characteristics, Rationale, and Management of İll Obstetric Patients Transferred to ICU", *J Pak Med Assoc*, 2015; 65 (9): 959-962.
150. Assef AP, Gallestey JB, Pereira SA, Vazco YG. "Severe Maternal Morbidity in the Intensive Care Unit of a Havana Teaching Hospital, 1998 to 2004", *MEDICC Rev.* 2008 ;10(3): 7-23. <https://pdfs.semanticscholar.org/7129/ea744181d27ea653065e178d97484e180be0.pdf>, Erişim:21.05.2018.
151. Arıcı S, Karaman S, Doğru H, Çakmak B, Tapar H, Karaman T, Doğru S, Kaya Z. "Multidisipliner Yoğun Bakım Ünitesinde Obstetrik Olgular: Retrospektif Analiz", *Çağdaş Tıp Dergisi*,2014; 4(1): 14-17.
152. Ülger F, Tosun M, Çelik H, Dilek A, Azar H, Malatyalıoğlu E, Şahinoğlu H. "Obstetric Intensivecare Admissions: a Four-Year Review in a Tertiary Care Centre", *Obstetrics*, 2010 ; 6(19 ): 29-33.
153. Qureshi R, Ahmed SI, Raza A, Khurshid A, Chishti U. "Obstetric Patients in Intensive Care Unit: Perspective from a Teaching Hospital in Pakistan", *Journal Of the Royal Society of Medicine Open*, 2016; 7(11): 1-8.
154. Eren G, Çukurova Z, Kucur E, Kendir V, Gezmiş C, Kozanhan B, Hergünsel O, Bor E. "Yoğun Bakım Ünitelerimizde Çeşitli Endikasyonlarla Uyguladığımız Terapötik Plazmaferez Deneyimlerimiz", *Türkiye Klinikleri J Med*, 2010; 30(5): 1683-1689.
155. Cohen J, Singer P, Kogan A, Hod M, Bar J. "Course and outcome of obstetric patients in a general intensive care unit", *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000; 79(10): 846-850. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11304967>, Erişim: 20.05.2018.
156. Cheng C, Raman S. Intensive care use by critically ill obstetric patients: a fiveyear review. *Int J Obstet Anesth* 2003; 12(2): 89-92. [https://www.obstetanaesthesia.com/article/S0959-289X\(02\)00154-1/fulltext](https://www.obstetanaesthesia.com/article/S0959-289X(02)00154-1/fulltext), Erişim:20.05.2018.
157. Lapinsky SE, Kruczynski K, Seaward GR, Farine D, Grossman RF. Critical care management of the obstetric patient. *Can J Anaesth* 1997; 44(3): 325-329. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9067055>, Erişim:20.05.2018.

158. Karnad DR, Lapsia V, Krishnan A, Salvi VS. "Prognostic Factors in Obstetric Patients Admitted to an Indian Intensive Care Unit", *CritCare Med*, 2004; 32: 1294-1299.
159. Didik M. *Jinekolojik Kanser Cerrahisi Geçiren Hastalarda Postoperatif Akut Böbrek Hasarı İçin Risk Faktörlerinin Belirlenmesi*. T.C. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi; 2014.
160. Pepin K, Bregar A, Davis M, Melamed A, Hinchcliff E, Gockley A, Horowitz N, Carmen MG. "Intensive Care Admissions Among Ovar Cancer Patients Treated With Primary Debulking Surgery and Neoadjuvant Chemotherapy-Interval Debulking Surgery", *Gynecol Oncol*, 2017; 147(3): 612-616. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28988028>, Erişim: 22.05.2018.
161. Topgül K. "Yaşam Sonu Bakım ve Cerrahi", *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics*, 2016; 9(1): 56-64.
162. Kynoch K, Paxton J, Chang AM. ICU nurses' experiences and perspectives of caring for obstetric patients in intensive care: a qualitative study. *J Clin Nurs*. 2010;Oct 20:1-8.
163. Bitek DE, Akyol A. "Yoğun Bakım Hemşirelerinin Çalışma Ortamına İlişkin Algıları İle İş Doyumları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi*, 2017; 21(1): 1-6.
164. Cerit GN, Aykal G, Güzel A, Kara İ. "Bir Hastanede Çalışan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Tükenmişlik Düzeyinin Belirlenmesi", *Anadolu Kliniği*, 2016; 21(2): 109-118.
165. T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Hemşirelik Deontoloji ve Mesleğinin Sorumluluk ve Yükümlülükleri, Ankara-2013, [http://www.megep.meb.gov.tr/mte\\_program\\_modul/moduller\\_pdf/Deontoloji%20ve%20Mesle%20Fin%20Sorumluluk%20ve%20Y%C3%BCK%C3%BCml%C3%BCkl%C3%BCkleri.pdf](http://www.megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Deontoloji%20ve%20Mesle%20Fin%20Sorumluluk%20ve%20Y%C3%BCK%C3%BCml%C3%BCkl%C3%BCkleri.pdf), Erişim: 27.05.2018.
166. Hemşireler İçin Etik İlke ve Sorumluluklar, Türk Hemşireler Derneği, Aralık-2009, <http://www.turkhemsirelerderneği.org.tr/files/tr/thd/meslegi-etigi/hemsireler-icin-etik-ilke-ve-sorumluluklar/hemsire%20brosur.pdf>, Erişim: 27.05.2018.

167. Yılmaz E, Vermişli S. “Yoğun Bakımda Çalışan Hemşirelerin Ölümüne ve Ölmekte Olan Bireye Bakım Vermeye İlişkin Tutumları”, *CBU-SBED*, 2015; 2(2): 41-46.
168. Marshall G. *Sosyoloji Sözlüğü*, Çev: Akınbay O, Kömürcü D., Bilim ve Sanat Yayınları, Ankara-1999. [http://www.academia.edu/29383430/Gordon\\_Marshall\\_-\\_Sosyoloji\\_S%C3%B6zl%C3%BC%C4%9F%C3%BC](http://www.academia.edu/29383430/Gordon_Marshall_-_Sosyoloji_S%C3%B6zl%C3%BC%C4%9F%C3%BC), Erişim: 27.05.2018.
169. Yorgancı A, Saraçoğlu F.” Yoğun Bakım Gerektiren Obstetrik Sorunlar”, *Yoğun Bakım Dergisi*, 2004; 4(4): 227-231.
170. Adıyaman E, İyilikçi L. “Gebelikte Yoğun Bakım Sorunları”, Editör: Turan İÖ, Hancı V. Yoğun Bakım, Akademisyen Kitapevi, Ankara, 2018: 829-849.
171. Aktaş S, Osmanoğlu MA. “İntrapartum Elektronik Fetal Monitörizasyon Uygulaması ve Sağlık Profesyonellerinin Sorumlulukları”, *Life Sciences (NWSALS)*, 2017; 12(1): 14-29.
172. Tokat MA, Okumuş H, Demir N. ” Elektronik Fetal İzlem Eğitiminin Ebe ve Hemşirelerin Bilgi ve Yorumlama Becerilerine etkisi”, *DEUHYO ED*, 2011; 4(2): 63-66.
173. Hemşirelik Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>, Erişim:27.05.2018.

## **EKLER**

### **EK-1. Yoğun Bakım Ünitesine Kabul Edilen Obstetrik ve Jinekolojik Hastaları Değerlendirme Formu**

1. Hastanın yaşı:.....
2. Gebelik haftası: .....
3. Yoğun bakım ünitesinde yatış süresi (gün):.....
4. Hastanın tanısı:
5. Yoğun bakım ünitesinde yatışı sırasında ortaya çıkan komplikasyonlar:
6. Yoğun bakımda hastalara uygulanan invaziv girişimler
7. Hastalığa eşlik eden başka hastalıkların varlığı
8. Yoğun Bakım sürecinde ortaya çıkan komplikasyonlar
9. Yoğun bakım sürecinin nasıl sonuçlandığı

## Ek-2. Anket Formu

Sayın katılımcı; bu araştırma formu ebe ve hemşirelerin obstetrik ve jinekolojik hastaya yaklaşımını değerlendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Vereceğiniz yanıtlar araştırmanın güvenilirliği açısından önem taşımaktadır. Bu nedenle değerlendirmelerinizi sizi yansıtacak şekilde dürüstçe ve titizlikle yapmanız, ve cevaplandırılmamış soru bırakmamanız önemlidir. Bu anket formunda kişisel bilgileriniz ve cevaplarınız kesinlikle gizli tutulacaktır. Bu araştırmaya katılımınız için teşekkür ederiz.

Neziha Ateş

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Hemşirelik Yüksek Lisans Öğrencisi

### a. Demografik Özellikler

1. Yaşınız.....
2. Cinsiyetiniz  
a. Kadın                      b. Erkek
3. Medeni durumunuz?  
a. Bekâr                      b. Evli
4. Çocuğunuz var mı?  
a. Evet                      b. Hayır
5. Göreviniz?  
a. Ebe    b. Hemşire    c. Sağlık memuru    d. Diğer (ATT)
6. Eğitim durumunuz?  
a. Sağlık meslek lisesi                      b. Lisans                      c. Lisansüstü (Yüksek Lisans /  
Doktora)
7. Meslekte çalışma süreniz nedir?....
8. Yoğun bakımda çalışma süreniz nedir? .....
9. Yoğun bakımda çalışıyor olmaktan memnun musunuz ?  
a. Memnunum                      b. Memnun değilim                      c. Kararsızım

**b. Obstetrik ve Jinekolojik Yoğun Bakım Hastasına Yönelik Değerlendirmeler.**

10. Şimdiye kadar kaç kez obstetrik ve jinekolojik hastaya bakım verdiniz?  
.....
11. Obstetrik yada jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım vermeyi tercih ediyormusunuz?/ hasta seçme şansınız olsa bu hastalara bakım vermeyi istermisiniz?
12. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verme konusundaki bilginizi yeterli buluyor musunuz?
13. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken alana yönelik spesifik eğitime ihtiyacınız olduğunu düşünüyor musunuz?
14. Obstetrik nedenlerle yatan hastalarda fetal sağlığı değerlendirmeyi biliyor musunuz?
15. Obstetrik nedenlerle yatan hastalarda fetal sağlığı değerlendiriyor musunuz?
16. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaya bakım vermek sizin için diğer hastalara bakım vermektan farklı mı? (Evet ise nedenlerini açıklayınız)
17. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesine ihtiyaç var mı?
18. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastaların genel yoğun bakım dışında ayrı bir yoğun bakımda takip edilmesinin avantaj ve dezavantajları sizce neler olabilir?

Avantajları: .....

Dezavantajları:.....



19. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken obstetrik ve jinekolojik durumuna göre bakım planlıyor musunuz? Planlıyorsanız aşağıdaki bakımlardan hangilerini yapıyorsunuz?
- Atoni Açısından Takip
  - Loşia Takibi
  - Fundus Masajı
  - Emzirmenin Sürdürülmesi
  - Perine Bakımı
  - Aile Planlaması
  - Histerektomi Sonrası Cerrahi Menopoz
  - Kadınlığın Kaybı
20. Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara hemşirelik tanısı koyarken Gordon'un fonksiyonel sağlık örüntülerine dayalı NANDA tanı listesinden yararlanıyor musunuz?



## Ek-3. Etik Kurulu Kararı

Toplantı Sayısı:75

Okan Üniversitesi  
Etik Kurulu  
“Kurul Kararları”  
Toplantı Tarihi: 30.03.2016  
Toplantıya Katılanlar:  
Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy (Başkan)  
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen (Üye)  
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan (Üye)  
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı (Üye)  
Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur (Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 30.03.2016 tarihinde Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

- Karar 12.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Neziha ATEŞ’in “Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Obstetrik ve Jinekolojik Olguların Retrospektif Olarak Analizi ve Bu Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Görüşleri”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 13.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Melek SELALMAZ’ın “Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerde Devamlı Beslenme ve Aralıklı Bolus Beslenme Modellerinin Büyüme Taburculuk Süresi Üzerine Etkisi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 14.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Hemşirelik Bölümü öğrencilerinden **Hamire METİN’in “Ortaokul 8. Sınıf Öğrencilerinin Sınav Kaygısı Düzeyleri ve Başatme Durumlarının Belirlenmesi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 15.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden **Ayşenur DEDE, Feride BİRCAN, Dilek ŞENTÜRK, Havva Ezgi KARAS ve Gülben YILMAZ’ın “Görme Engelli Bireyler ile Sağlıklı Bireylerin Gözler Kapalı Durumdaki Denge ve Yürüme Parametrelerinin Değerlendirilip Karşılaştırılması”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 16.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden **Tansu BULUT, Ali Can ÇİMEN, Ümüsün ALTINTAŞ, Ayşenur DEMİRAY ve Cansu ATA’nın “Parkinson Hastalarında Fiziksel Aktivite Düzeyi ve Genel Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.
- Karar 17.** Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü öğrencilerinden **Hatice Kübra ÇAKIR, Gamze KARAKAYA, Firdevsnur BARUT, Umut Görkem AKSOY ve Muhammet OKÇU’nun “Lumbal Disk Hernili Hastalarda ve Sağlıklı İnsanlarda Omurga Mobilitasının Karşılaştırılması”** başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.

ASLI GİBİDİ





Prof. Dr. Alinur Büyükaksoy  
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan  
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nurdan Okur  
(Üye)

**ASLI GİBİDİR**



## Ek-4. Araştırma İzni



T.C.  
SAğLIK BAKANLIğI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-604.02  
Konu : Araştırma İzni Hk. (Neziha ATEŞ)

SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ  
İSTANBUL BAKIRKÖY DR. SADİ KONUK EğİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ  
YöNETİCİLİğİNE

Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans ğrencisi Neziha ATEŞ'in, "Yoğun Bakım nitesinde Yatan Ostetrik ve Jinekolojik Olguların Retrospektik Olarak Analizi ve Bu Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Görüşleri" konulu çalışmasını kurumunuzda yapma talebi Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Söz konusu araştırmanın yürütülmesi esnasında adı geçene gerekli kolaylığın gösterilmesi ve çalışmanın baŐlangıç tarihi, baŐlamaması, iptali veya sonlandırılması gibi durumların Genel Sekreterliğimize bildirilmesini rica ederim.

Dr. Abdulvahit SÖZÜER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tefvik Sağlam Cad. 25/2 34147 Bakırköy İSTANBUL  
AŐ tılı bilgi için: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge  
Birimi nilufer.savas@saglik.gov.tr

## Ek-4. Araştırma İzni



T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU  
İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği

Sayı : 95273397-604.02  
Konu : Araştırma İzni Hk. (Neziha ATEŞ)

OKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜNE  
(Avni Dilligil Sok. No:18 34394 Mecidiyeköy / İstanbul)

İlgi :01/11/2016 tarihli ve 93919723-770-E.2016.8.1262 sayılı yazınız.

İlgide kayıtlı yazınız ile Üniversiteniz Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Neziha ATEŞ'in, "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Ostetrik ve Jinekolojik Olguların Retrospektik Olarak Analizi ve Bu Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Görüşleri" başlıklı çalışmasını, Genel Sekreterliğimize bağlı Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Dr. Sadi Komuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde uygulama talebi, başvuru dosyası ve ilgili belgeleri, 28.03.2017 tarihinde gerçekleştirilen 2017/2 sayılı Bilimsel Araştırmalar Komisyonu Toplantısında araştırmanın; amaç, gerekçe, yaklaşım ve yöntemleri, yürürlükte bulunan "İyi Klinik Uygulama Kılavuzu" dikkate alınarak incelenmiş olup araştırmanın yürütülmesinde sakınca olmadığına karar verilmiştir.

İş bu konuda adı geçen yapacağı çalışmasının bitiminde bir nüshasının Genel Sekreterliğimize teslim edilmesi hususunda;

Gereğini arz ederim.

Dr. Abdulvahit SÖZÜER  
Genel Sekreter a.  
İdari Hizmetler Başkanı

Zuhuratbaba Mah. Dr. Tefvik Sağlam Cad. 25/2 34147 Bakırköy İSTANBUL  
A tılı bilgi için: İstanbul İli Bakırköy Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Ar-Ge  
Birimi nilufer.savas@saglik.gov.tr

## ÖZGEÇMİŞ

### *Kişisel Bilgiler*

<b>Adı</b>	Neziha	<b>Soyadı :</b>	ATEŞ
<b>Doğum Yeri</b>	Mecitözü	<b>Doğum Tarihi:</b>	10.02.1985
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>Tel :</b>	
<b>Email :</b>	<a href="mailto:nzh_ates@hotmail.com">nzh_ates@hotmail.com</a>		

### *Eğitim Düzeyi*

	<b>Mezun Olduğu Okullar</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora</b>		
<b>Yüks.Lis.</b>	Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü	2018
<b>Lisans</b>	Trakya Üniversitesi Edirne Sağlık Yüksek Okulu	2007
<b>Lise</b>	Fatih Davutpaşa Lisesi	2003

### *İş Deneyimi*

<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>			
Ebe	Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Kadın Doğum Anabilim Dalı	2007-2009			
Ebe (hemşire yetkili)	Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği	2009 – halen			
<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma *</b>	<b>Yazma *</b>	<b>KPDS/Ü DS YDS Puanı</b>	<b>(Diğer) Puan</b>
İNGİLİZCE	Orta	Orta	Orta	-	-

	<b>Sayısal</b>	<b>Eşit Ağırlık</b>	<b>Sözel</b>
<b>ALES Puanı</b>	62,37941	58,92475	51,44886

*Bilgisayar Bilgisi: İyi*

### ***Yayınları/Tebliğleri/Sertifikalari/:***

#### ***Posterler***

1. Tepehan SE, Taka F, **Yılmaz (Ateş) N**, Zeydan A (2010). “Yoğun Bakımda Çalışan Hekim ve Hemşirelerin Mobbing (Psikolojik Şiddet) Karşılaşma Durumlarının Belirlenmesi”, Yoğun Bakım Hemşireliği 4. Ulusal Kongresi, Trabzon.
2. Aygün D, Sabaz MS, Aşar S, Kaya E, Tekdöş Şeker Y, Özel Bilgi D, Yaşaroğlu S, Sertçakacılar G, **Ateş N**, Evin S, Hergünel GO (2017). “Yoğun Bakım Ünitesinde Leriche Sendromu Olgusu Ve Takibi”, Türk Anestezi Ve Reanimasyon Derneği 51. Ulusal Kongresi, 25-29 Ekim 2017.
3. Balkan B, **Ateş N**, Moralar DG, Aşık GE, Hergünel GO, Tekdöş YŞ. Obstetrik Olgularda Yoğun Bakım Hastalarının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi, ‘19. Ulusal Yoğun Bakım Kongresi 19 - 22 Nisan 2018, Antalya.

#### ***Uluslararası Sözlü Sunum***

1. **Ateş N**, Beydağ KD. Obstetrik Yoğun Bakım Hastası, Hasta Yakını Ve Sağlık Çalışanı Penceresinden Yoğun Bakım Serüveni: Olgu Sunumu, 1. Uluslararası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi, 14-15 Nisan 2016.

#### ***Katıldığı Sempozyumlar Ve Kongreler***

1. I. Ulusal Ebelik Kongresi-EBKO 2007, *İstanbul*, 2007.
  - Uygulamalı Fetal Monitörizasyon ve NST Kursu
  - Temel Obstetrik Usg Kursu
2. 4. Ulusal Yoğun Bakım Hemşireliği Kongresi, Trabzon 2010.
3. II. İnfertilite Hemşireliği Sempozyumu, 25 Aralık 2015.
4. Yara Bakımı Sempozyumu, 25 Şubat 2016
5. Yoğun Bakım Hemşireliği Sempozyumu, 11 Mart 2016
6. 1. Uluslar Arası Kadın Çocuk Sağlığı Ve Eğitimi Kongresi, 14-15 Nisan 2016
7. Kadın Hastalıkları Ve Doğum Günleri “Aile Planlaması”, 2 Mayıs 2016
8. Siyami Ersek Hastanesi Sempozyumları V; ECMO İle Yaşam Desteği Tedavileri Sempozyumu, 04. Mayıs 2018.