

**T.C.
MİLLÎ EĞİTİM BAKANLIĞI**

HEMŞİRELİK

DOĞUM ÖNCESİ İZLEM VE BAKIM

Ankara, 2012

- Bu modül, mesleki ve teknik eğitim okul/kurumlarında uygulanan Çerçeve Öğretim Programlarında yer alan yeterlikleri kazandırmaya yönelik olarak öğrencilere rehberlik etmek amacıyla hazırlanmış bireysel öğrenme materyalidir.
- Millî Eğitim Bakanlığınca ücretsiz olarak verilmiştir.
- **PARA İLE SATILMAZ.**

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
ÖĞRENME FAALİYETİ-1	3
1. GEBE MUAYENE YÖNTEMLERİ VE GEBE BAKIMI	3
1.1. Gebe Muayenesinde Yapılan İşlemler	4
1.1.1. Anamnez Alma	4
1.1.2. Fizik Muayene	5
1.1.3. Abdominal Muayene	6
1.1.4. Fetüs Kalp Seslerinin Dinlenmesi	10
1.1.5. Vajinal Muayene.....	12
1.1.6. Laboratuvar Muayeneleri.....	13
1.2. Gebe Bakımı ile İlgili Eğitim.....	16
1.2.1. Beslenme	17
1.2.2. Günlük Beden Faaliyetleri ve Egzersiz	19
1.2.3. Günlük Bakım.....	21
1.2.4. İlaçlar	21
1.2.5. Meme Bakımı	22
1.3. Doğum Öncesi Bakımda Hemşirenin Rolü.....	22
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	23
ÖĞRENME FAALİYETİ-2	24
2. RİSKLİ GEBELİK VE HEMŞİRELİK BAKIMI	24
2.1. Gebelik Öncesi Risk Faktörleri.....	25
2.1.1. Kronik Hastalıklar ve Gebelik	25
2.1.2. Adölesan ve İleri Yaş Gebeliği.....	29
2.1.3. Rh Uyuşmazlığı	31
2.2. Gebelikte Ortaya Çıkan Risk Faktörleri.....	32
2.2.1. Gebeliğe Bağlı Ortaya Çıkan Hastalıklar	32
2.2.2. Doğum Öncesi Kanamalar.....	35
2.2.3. Dış Gebelik	38
2.2.4. Çoğul Gebelik.....	39
2.2.5. Gebelik Zehirlenmeleri.....	41
2.2.6. Erken Doğum Tehdidi	42
2.2.7. Düşük ve Düşük Tehdidi	43
2.2.8. Mol Gebelik.....	46
2.2.9. Gün Aşımı Gebelik (Sürmatürite, Postterm, Postmatürite)	47
2.2.10. Servikal Yetmezlik	48
2.2.11. Erken Membran Ruptürü	48
ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME	50
DEĞERLENDİRME	51
CEVAP ANAHTARLARI	53
KAYNAKÇA	54

GİRİŞ

Sevgili Öğrenci,

İnsan yaşamının en önemli kararlarından biri bebek sahibi olmaktır. Çocuk doğurma neslin devamını sağlar. Anne olma isteği kadınların hayatında ayrıcalıklı bir önem taşımaktadır. Gebelik fizyolojik ve çoğunlukla sevinçle karşılanan bir süreçtir ancak bu süreç her zaman mutlu sona ulaşmamaktadır. Her gebelik ve doğum bir miktar risk de içermektedir. Gebe ve ailesi bu süreç içinde benzersiz bir deneyim yaşar.

Geleceğimizi oluşturacak olan yeni nesillerin dünyaya sağlıklı gelmesi ve sağlıklı gebelik için gebelerin bilgili olmaları son derece önemlidir. Kadın hayatının sağlık yönünden evreleri düşünülecek olursa kadın sağlığı ve ona verilecek önem daha intrauterin dönemden hatta daha da öncesinden başlamalıdır.

Sizde bu öğrenme materyali ile edindiğiniz bilgiler doğrultusunda gebeyi değerlendirebilecek ve riskli gebelikleri ayırt edebileceksiniz.

ÖĞRENME FAALİYETİ-1

AMAÇ

Gebenin değerlendirmesini yapabileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Fetüsün anne karnındaki pozisyonlarını araştırarak bir sunu hazırlayınız. Sununuzu sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Aile sağlığı merkezlerinde yapılan gebe takip ve muayene yöntemlerini gözlemleyiniz. Gözlemlerinizi sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

1. GEBE MUAYENE YÖNTEMLERİ VE GEBE BAKIMI

Doğum öncesi bakım (DÖB), anne ve fetüsün tüm gebelik boyunca düzenli aralıklarla gerekli muayene ve önerilerde bulunularak bir sağlık personeli tarafından izlenmesidir. Prenatal ya da antenatal bakım hizmeti olarak da adlandırılmaktadır.

Antenatal bakım veya gebe bakımı, ideal olarak gebeliğin planlanması ile başlayan ve doğuma kadar uzanan süreçte gebenin olası tıbbi, ruhsal ve sosyal problemlerini önlemeyi, ortaya çıkmışsa bunların tedavisini hedefler. Gebe izlemi ve bakımının başlıca amaçları; anne ve fetüsün sağlık durumlarını belirlemek, gebelik haftasını doğru olarak saptamak, gebelik komplikasyonlarına yol açabilecek olası ve kaçınılmaz riskleri belirlemek ve bunları düzeltmek; anneyi gebeliğe, doğuma ve emzirme sürecine hazırlamaktır.

Doğum öncesi bakım şu amaçlara yönelik yapılır:

- Annede mevcut olan veya gebelik sırasında gelişebilecek hastalıkların saptanması ve tedavisi ile annenin genel sağlık düzeyini yükseltmek
- Gebeliğe bağlı olarak ortaya çıkabilecek olumsuz durumların zamanında tanı ve tedavisini sağlamak
- Doğum öncesi dönemde anneye gebelik, genel temizlik kuralları, beslenme, hareket, dinlenme vb. konularda gerekli eğitimi yapmak
- Yaklaşmakta olan doğuma, anneyi beden ve psikolojik olarak hazırlamak, yeni doğacak bebeğin bakımı için anneyi eğitmek
- Doğumdan sonra kullanacağı aile planlaması yöntemi hakkında gerekli bilgiyi vermek

- Anneyi tetanoz hastalığına karşı bağışıklamak
- Fetüsün uterus içinde gelişmesini yakından izleyerek gerekli önlemleri zamanında almak
- Doğumun nerede, nasıl ve kimin tarafından yaptırılacağına karar vermek
- **Gebelikte kullanılan bazı tanımlar**
 - **DÖB:** Doğum öncesi bakım
 - **Embriyonik dönem:** Döllenmeden 2 hafta sonra başlar ve 8. haftanın sonunda biter.
 - **Fetal dönem:** Döllenmeden 8 hafta sonra veya son âdet tarihinin başlangıcından 10 hafta sonra başlayan dönemdir.
 - **Antenatal dönem:** Konsepsiyondan doğuma kadar geçen süreçtir.
 - **Prenatal dönem:** Gebeliğin 22. haftasının sonundan doğum sonrası 7. gün tamamlanana kadar olan süreçtir.
 - **Gravida:** Hâlen gebe olan veya daha önce gebelik yaşamış kadın
 - **Parite:** Gebeliğin 20. haftasından sonra yapılan doğumlar
 - **Primipar:** Bir kez 20. gebelik haftasının üzerinde doğum yapmış kadın
 - **Multipar:** Birden çok kez 20. gebelik haftasının üzerinde doğum yapmış kadın
 - **EMR:** Erken membran rüptürü
 - **I. Trimester:** Gebelikte 0-14 haftalar arası
 - **II. Trimester:** Gebelikte 15-28 haftalar arası
 - **III. Trimester:** Gebelikte 29-42 haftalar arası
 - **SAT:** Son âdet tarihi
 - **TDT:** Tahmini doğum tarihi
 - **EDT:** Erken doğum tehdidi

1.1. Gebe Muayenesinde Yapılan İşlemler

Antenatal takip sıklığı ülkelere ve hastane protokollerine göre değişmekle beraber ACOG (American College Of Obstetricians And Gynaecologists) komitesinin 1996 yılında yayınladığı bültene göre antenatal ziyaret sıklığı sağlıklı gebelerde 28. gebelik haftasına kadar 4 haftada bir, 36. haftaya kadar 2-3 haftada bir ve sonrasında her hafta önerilmektedir. Gebelik varlığını ve haftasını teyit etmek için obstetrik ultrasonografi (USG) yapılmalıdır.

1.1.1. Anamnez Alma

Gebelik tanısının doğrulanması ve zamanının hesaplanmasından sonra hangi gebelik haftasında karşılaşırsa karşılaşılsın ilk izlemde ayrıntılı bir öykü alınması (anamnez) gerekir. Öykü alınırken anne ve bebek için geçerli olan tüm risk faktörlerinin varlığı sorulmalıdır.

Gebenin değerlendirilmesinde gebelikle ilgili bilgiler alınmalıdır:

- Kaçınıcı gebeliği olduğu
- Gebeliğin kaçınıcı günü / haftası veya ayında olduğu
- Son âdet tarihi (SAT)
- Tahmini doğum tarihi (TDT)

TDT; son âdet tarihine 7 gün eklenip 3 ay geriye gidilerek hesaplanır. Örneğin, son âdet tarihi 21.07.2012 ise tahmini doğum tarihi 28.04.2012'dur.

- Herhangi bir sorunu (önceki hastalıkları, ağrı, kanama vb.) olup olmadığı gibi bilgiler elde edilir.

Öykü sırasında kişisel bilgiler alındıktan sonra tıbbi öykü, obstetrik öykü ve mevcut gebelik öyküsü alınarak tamamlanır. Öyküde; yaş (adölesan gebelik, 35 yaş ve üzeri gebelik), infertilite sonrası gebelik, önceki gebeliklerin öyküsü (habituel abortus, neonatal ölüm, preterm doğum, intrauterin gelişme geriliği), konjenital anomalili bebek, neonatal yoğun bakım gerektiren yenidoğan öyküsü, vakum, forseps gibi müdahaleli doğum öyküsü, tıbbi endikasyonla sonlandırılmış gebelik, gestasyonel trofoblastik hastalık, kalp hastalığı vs. gibi tüm sistemik hastalıklar, sigara, alkol ve ilaç kullanımı dikkate alınmalıdır.

Öykünün amacı gebenin anlattıklarını dinlemek ve gerekli soruların cevaplarını almaktır. Sorulan sorularla anne ve fetüsün sağlığı için önemli olabilecek ipuçları elde edilir.

Öykü alınırken sabırlı ve güler yüzlü olunmalıdır. Hemşire gebeye sağlık eğitimi vermeli ve danışmanlık yapmalıdır.

1.1.2. Fizik Muayene

Gebeyi öykü ile tanıdıktan sonra muayene ile saptanabilen olası risklerin belirlenmesi için özenle fizik muayenesi yapılır. Fizik muayeneye gözle muayene (inspeksiyon) de eşlik eder. Gebenin gözle muayenesinde solunumun rahat olup olmadığı gözlemlenir. Kansızlık yönünden göz konjonktivaları ve ağız mukozasının rengi değerlendirilir. Kalça kemiklerini ilgilendiren sakatlık olup olmadığı saptanır. Aşırı şişmanlık ya da aşırı zayıflık ve çok kısa boylu olma da yine inspeksiyon sırasında belirlenecek bulgulardandır.

Gebeye tam bir fizik muayene yapılmalıdır. Gebeye yapılan fizik muayenede şu bulgular incelenir:

➤ Boy ölçümü

Gebenin boyunun ölçülmesi, çok kısa boylu gebeleri ayırt etmek için özellikle önemlidir ancak her koşulda boy ölçecek duyarlı araçlar aranmamalıdır. DÖB veren kişinin 150 cm altında olduğunu düşündüğü gebeler için duyarlı ölçüm yapılması için çaba sarf etmesi yeterlidir.

➤ **Ağırlık ölçümü**

İlk izlem ne kadar erken olursa ağırlık ölçümünün o kadar fazla değeri vardır. İlk ölçümde, zayıflık veya obesite açılarından bir değerlendirme yapılabilirse de bu ölçümün daha önemli bir amacı gebelik süresince ağırlık artışını değerlendirebilmektir.

➤ **Kan basıncı ölçümü**

Erken dönemde yapılan izlemde belirlenen kan basıncı değeri gebelik öncesi kan basıncını gösteren en yakın değerdir. Kan basıncının gebe otururken ölçülmesi daha uygundur. Ölçümde sistolik ile diyastolik değerler milimetre cıva basıncı olarak belirlenmelidir. Normalde bu basınç 140/85 mmHg'dan daha düşüktür ancak kan basıncı normal sınırlar içinde de olsa önceki ölçümle arada sistolik değerde 30, diyastolik değerde 15 mmHg'lık bir basınç artışı saptanan gebeler sık izlenmelidir.

➤ **Nabız**

Nabız dakikada 100 vuruştan sıkıya ya da ritim bozukluğu varsa ayrıntılı bir dolaşım sistemi ve kalp muayenesinin yapılması sağlanmalıdır.

➤ **Ödem kontrolü**

Gebelikte hormonların etkisine bağlı su retansiyonu nedeniyle hafif ödem genellikle bulunur ancak bacaklarda tibia kemiği üzerindeki dokuda parmak basıncı ile belirgin çökme varsa ödem olarak değerlendirilmelidir. Bu çökme 1 cm'den fazla ise şiddetli ödem olarak değerlendirilir.

➤ **Varis kontrolü**

Ödem kontrolü sırasında baldırlar ve diz arkası gözlenerek varis olup olmadığı belirlenmelidir. Vulvada varis olup olmadığı olabilecek bulgular anlatılarak sorulmalıdır.

➤ **Memelerin kontrolü**

Meme uçlarında içe çöküklük, meme ucu çatlaklarının olup olmadığı ve herhangi bir nodül, kitle varlığı değerlendirilmelidir.

1.1.3. Abdominal Muayene

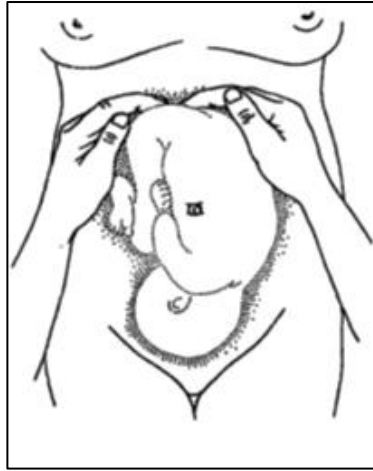
Karın her gebelik döneminde kesinlikle muayene edilmelidir. Bu muayeneyle intrauterin gelişme geriliği, polihidroamnios veya çoğul gebeliğe bağlı olarak görülen karında aşırı büyüme erken dönemde saptanır.

Muayenenin gözlem kısmında ayakta ve yatar durumda karnın şekli, iskelet sistemi ve vertebral kolona ait değişiklikler gözlenir. Sivri karın pelvis darlığını, sarkık karın ise baş-pelvis uyumsuzluğunu düşündürür.

Muayenenin abdominal palpasyon kısmında ise Leopold manevraları ile fundus yüksekliği ve fetusun geliş şekli belirlenir. Leopold manevraları gebeliğin 5. ayından sonra uygulanır. Palpasyon öncesi mesane boşaltılmalıdır. Palpasyonda el ve parmak hareketleri yumuşak olmalı, eşit kuvvette bastırılmalıdır. Aksi takdirde kontraksiyonlara neden olur.

- **I. Leopold manevrası:** Bu manevra ile fundus yüksekliği ölçülerek ortalama gebelik haftası belirlenir. Uterusun karın içinde ne kadar yükseldiği I. Leopold manevrası ile belirlenir. Birinci Leopold manevra uygulamasında;
- Gebe düz bir zemine (muayene masasına) sırt üstü yatırılır ve bacakları hafif bükülür.
 - Muayeneyi yapanın yüzü gebenin yüzüne dönük olarak iki elin parmak uçları birleştirilerek elin alt kenarları fundus uterinin üzerine konur.
 - Parmak uçları ile fundus palpe edilerek gebelik ayı tespit edilir.

Fundusta bulunan fetal kısım baş ise küre şeklinde, sert, düzgün, mobil, ballote edilebilir olarak ele gelir. Fundusta bulunan fetal kısım makat ise yuvarlak, yumuşak, düzensiz ve daha az mobil olarak ele gelir. Belirlenen uterusun üst sınırı (fundus) yüksekliğine göre gebelik ayı belirlenir.

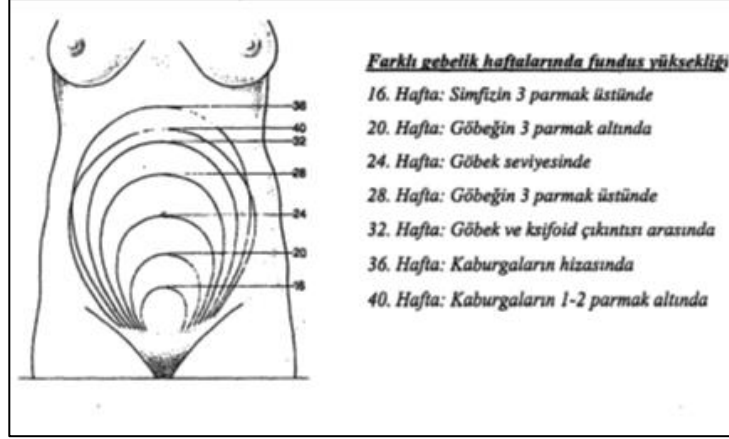


Resim 1.1: I. Leopold manevrası

Gebenin fundus yüksekliği ve ortalama kaç haftalık olduğu şu şekilde değerlendirilir:

- Gebeliğin 16. haftasında fundus, simfizis pubisin üç parmak üstünde hissedilir.
- Gebeliğin 20. haftasında fundus, göbeğin üç parmak altında hissedilir.
- Gebeliğin 24. haftasında fundus, göbek hizasında hissedilir.
- Gebeliğin 28. haftasında fundus, göbeğin üç parmak üzerinde hissedilir.

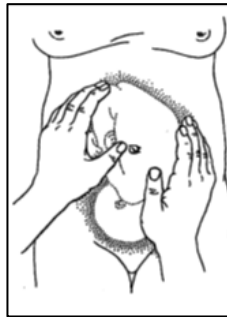
- Gebeliğin 32. haftasında fundus, göbek ve ksifoid çıkıntısı arasında hissedilir.
- Gebeliğin 36. haftasında fundus, sternuma dayanmıştır. Gebelerin bu dönemde soluk alıp vermede ve yemeklerden sonra şikâyetleri artar.
- Gebeliğin 40. haftasında fundus, sternumun bir-iki parmak altına inmiştir. Gelen kısım, yerleştiği için soluk alıp vermede ve yemeklerden sonraki şikâyetlerde rahatlama olduğu ifade edilir.



Resim 1.2: Haftalara göre fundus yüksekliği

- **II. Leopold manevrası:** Fetüsün sırtının hangi tarafta olduğu II. leopold manevrası ile belirlenir. Bunun için;
 - İki elin avuç içleri, batın üzerinden uterusun sağ ve sol tarafına yerleştirilir.
 - Parmak uçları ile palpe edilerek sırtın hangi tarafta olduğu tanımlanmaya çalışılır.

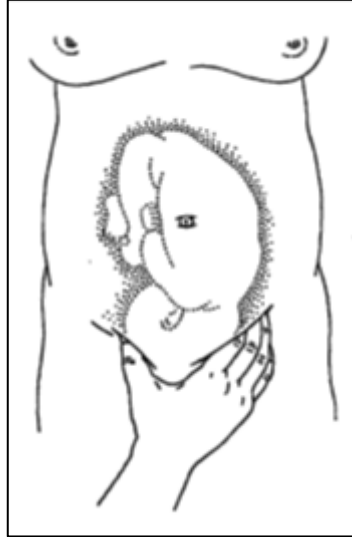
Palpasyonda bebeğin sırtının bulunduğu taraf düz, kol ve bacakların bulunduğu taraf ise girintili çıkıntılı olarak hissedilir. Bu manevra ile sırtın bulunduğu taraf saptanarak fetüs kalp seslerinin dinleneceği yer belirlenir.



Resim 1.3: II. Leopold manevrası

➤ **III. Leopold manevrası:** Pelvise doğru bebeğin hangi kısmının yerleştiği III. leopold manevrası ile belirlenir. Bu manevra için;

- Bir elin başparmağı bir tarafta ve diğer parmakları bitişik olmak üzere simfiz pubisin üzerine yerleştirilir.
- Parmaklar ufak hareketlerle iki yana hafifçe oynatılarak gelen kısmın hangi bölüm olduğu hissedilir.
- Fetüsün prezante olan (önde gelen) kısmı belirlenmeye çalışılır. Önde gelen kısım küre şeklinde, sert, düzgün bir kitle olarak hissedilirse bu başla gelişir. Şekilsiz, yumuşak bir kitle hissediliyorsa makat geliş düşünülmalıdır. Önde gelen kısım hissedilmiyorsa yan gelişten kuşkulmalıdır.



Resim 1.4: III. Leopold manevrası

➤ **IV. Leopold manevrası:** Doğuma yakın dönemde bebeğin pelvise doğru olan kısmının pelvise yerleşip yerleşmediği IV. leopold manevrası ile belirlenir. Bunun için;

- Muayeneyi yapan kişi, gebenin başucuna geçerek iki elini açık bir vaziyette parmaklar birbirine ve pelvis girimine yönelmiş olarak karnın alt sağ ve sol yanlarına yerleştirir.
- Zorlamadan pelvis girimine doğru bastırır.
- Parmak uçları ile başın pelvis içindeki durumunu belirler.

Bu manevra sırasında iki elin parmak uçları birbirine değişiyor, baş sağa sola kolay hareket ettirilebiliyorsa henüz pelvise yerleşmemiştir yani baş mobildir. Parmaklar birleşmiyor ve gelen bölüm hareketli ise baş fiksedir ve pelvise tam oturmamıştır. Baş hiç hareket ettirilemiyorsa pelvis içine girmiş ve yerleşmiştir.



Resim 1.5: IV. Leopold manevrası

1.1.4. Fetüs Kalp Seslerinin Dinlenmesi

Karın muayeneleri sırasında fetüs kalp seslerinin (FKS) dinlenmesi, gebeliğin 20. haftasından sonraki tüm izlemlerde özenle yapılmalıdır. Ultrason ile gebeliğin 7. haftası sonunda bebeğin kalp atışının olup olmadığı belirlenebilir ve vuruş hızı ölçülebilir. FKS, gebeliğin 12. haftasından itibaren anne karnı üzerinde fetüsün sırtının bulunduğu bölümden fetal el dopleri veya stetoskopla dinlenir. Normal FKS dakikada 120-160'dır. FKS'nin 100'ün altına inmesi veya 160'ın üzerine çıkması fetüs sağlığı için tehlike olduğunu gösterir. FKS'nin duyulmaması ya da normal değerlerde olmaması durumunda zaman kaybetmeden gebe hastaneye nakledilmelidir.

➤ **Fetal el dopleri**

Cep boyutunda, anne karnına temas ettiğinde fetüsün kalp atış seslerini algılayan, yüksek duyarlılığa sahip probu bulunan cihazdır. Pil ile çalışmakta olup herhangi bir yerde, herhangi bir zamanda fetüsün kontrol edilmesini sağlar. Dijital göstergeli LCD ekranı yanında sesli olarak da kalp seslerini dinleme imkânı sunar.

➤ **Stetoskop**

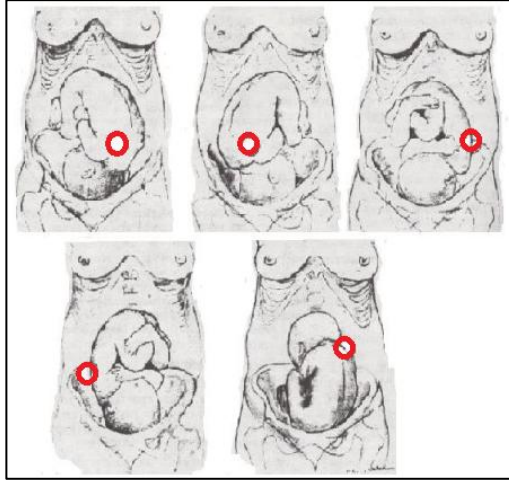
Stetoskoplarda bulunan dinleme çanı, fetüsün kalp atış sesini yükselterek duyulmasını sağlar.



Resim 1.6: Fetal el dopleri ve stetoskop

FKS dinlenmesi işlemleri aşağıdaki basamaklar takip edilerek yapılır:

- Gebe sırtüstü yatırılır.
- Fetal el dopleri açık konuma getirilir ve proba ultrason jeli sürülür.
- Prob ya da stetoskop çanı baş ile gelişlerde göbek hizasının alt bölümüne, makat gelişlerde göbek hizası üzerine, yan gelişlerde göbek çevresine yerleştirilir. FKS'nin anne nabızı ile karıştırılmaması için stetoskolla dinleme yapılırken gebenin radial arterinden de nabız takip edilir.
- Fetal el doplerinin ekranı okunur. Stetoskolla dinleniyorsa duyulan ses, 1 dakika süre ile sayılır.
- Elde edilen sonuç kayıt edilir.



Resim 1.7: Fetüs kalp seslerini (FKS) dinleme odakları

1.1.5. Vajinal Muayene

Vajinal muayene, gebeliğin ilk dört ayında gebeliği saptamak ve genital organlarda anormal bir belirti bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılır. Gebeliğin son aylarında ise kollumun durumunu ve önde gelen kısmı belirlemek için yapılır.

➤ Vajinal muayenenin yapılması

Dış genital organlar antiseptik solüsyonla silinir. Sol el ya da muayeneyi yapmayacak elin parmakları ile labia ayrılır. Sağ elin orta ve işaret parmağı birleştirilir. Başparmak dik tutulur. Vajina girişinden bitişik iki parmak sokularak vajinanın şekline uygun olarak önce önden arkaya sonra yukarıya doğru bir kavis porioya ulaşılır. Diğer el ise karın üzerinden muayeneyi destekler.

Vajinal muayene dışında rektal muayeneyle de kollum açıklığı ve başın ilerlemesi izlenebilir. İlk vajinal muayenede kemik pelvisin iç duvarlarına ilişkin özellikler aranır. Spinaların pelvis boşluğuna doğru aşırı çıkıntılı olup olmadıkları ve aralarındaki mesafe tahmin edilir. Koksiksin hareketliliği ve duruşu değerlendirilir. Pubis açısı değerlendirilir.

➤ Doğumda önemli pelvis çapları

- **Diagonal konjugat:** Promontorium ile pubis alt kenarı arasındaki çaptır. Klinik olarak ölçülür.
- **Obstetrik konjugat:** Promontorium ile pubis iç yüzü arasındaki çaptır. Klinik olarak ölçülemez. Diagonal konjugattan 2 cm çıkarılarak hesaplanır.
- **Konjugata vera anatomika:** Promontorium ile pubis üst kenarı arasındaki çap olup yaklaşık olarak 11 cm'dir. Klinik olarak ölçülemez. Diagonal konjugattan 1,5 cm çıkarılarak hesaplanır.

Hemşire hastasına her muayeneye geldiğinde saygı göstermeli ve psikolojik gereksinimlerine fiziki gereksinimleri kadar özen göstermelidir. Muayeneyi yapmadan önce pek çok psikososyal faktörü göz önünde bulundurmalıdır. Hastaya jinekolojik muayeneden rahatsızlık hissetmeyeceği, canının yanmayacağı güvenini vermelidir.

Hemşire muayeneye gelen kadına muayene öncesinde, sırasında ve muayene bitiminde yardımcı olmalı; muayenenin aşamalarını gebeye anlatmalı ve gebenin sorularını açıklayıcı bir şekilde yanıtlamalıdır. Gebenin muayene masasında pozisyon almasını ve gebenin gevşemesi için uygun koşulu sağlamalıdır.

1.1.6. Laboratuvar Muayeneleri

Gebe muayenesinde yapılan laboratuvar muayeneleri şunlardır:

➤ **Tam kan sayımı**

Lökosit sayısı, eritrosit sayısı, eritrositlerin ortalama hemoglobin içeriği, büyüklükleri, trombosit sayısı, hemoglobin ve hematokrit değeri dışında daha çok sayıda parametre belirlenir. Hemoglobin düzeyinin düşüklüğü (< 11 g/dl) anemi varlığını gösterir. Aneminin demir eksikliği, B12 vitamini veya folik asit eksikliği ya da kalıtsal bir hastalığa bağlı olup olmadığı konusunda genel bir fikir sağlar. Lökosit sayısı gebeliğe bağlı fizyolojik artışın üstüne çıktığında (12.000 ve üzeri) enfeksiyona, aşırı düşmesinde ise akyuvar yapımını bozan bir hastalığın varlığını gösterir. Trombosit sayısı ise gebelikteki fizyolojik düşüşün daha altında düşmüş olarak saptandığında kanamayı durdurılmaktan sorumlu bu hücrelerin gereksiz yere harcanmasına neden olan bir hastalığı işaret eder.

➤ **Kan grubu ve Rh faktörü**

Kan grubu tetkiki ile kan grubu uyumsuzluğu saptanır. Kan grubunu bilmeyen mültiparlarda ve ilk gebeliklerin tümünde bu tetkik yapılmalıdır.

➤ **İndirekt coombs testi**

Rh/Rh uyumsuzluğu olan gebelerde (kadın Rh (-), eşi Rh (+) ise) ilk antenatal kontrolde yapılmalıdır. Belli aralıklarla kanda bebeğin alyuvarlarına karşı gelişmesi muhtemel antikorlar bu yöntemle belirlenir.

➤ **İdrar muayeneleri**

İdrar protein, glukoz, keton, lökosit yönünden incelenmelidir. Bu incelemeler idrar yolu enfeksiyonu, gebelikte hipertansif hastalık, böbrek hastalığı ve diyabet gibi sorunların belirlenmesini sağlar. İlk izlemde tam idrar tetkikinin yapılması gebelik süresince olan değişikliklerin saptanmasını kolaylaştırır.

Gebelik süresince idrarda glikoz varlığı belli bir dereceye kadar normal kabul edilir, ancak yine de ileri inceleme gerektirir. Gebelikte tam idrar tahlili sık olarak yapılır. Bunun amacı idrarda enfeksiyon bulgularını ortaya çıkarmak, erken gebelik döneminde aşırı bulantı ve kusmaları olan anne adayının genel beslenme durumunu değerlendirmek, gebeliğin ilerleyen aşamalarında idrarda protein varlığını ortaya çıkarmak ve anne adayının yeterli su içip içmediğini değerlendirmektir.

Gebelik idrar yolu enfeksiyonlarının gelişmesini kolaylaştırır. İdrar sedimentinde lökosit, eritrosit veya bakteri görülmesi enfeksiyona işaret eder ve anne adayının şikâyetleri varsa antibiyotik tedavisi gerektirir ancak antibiyotiklerin her türlü bakteriye etki etmemesi nedeniyle idrar kültürüyle bakterinin cinsi belirlenerek enfeksiyon tedavisi yapmak daha uygundur.

➤ **Glukoz tolerans testi**

Gebelik, diyabet oluşma riskini artıran bir durumdur. Gebeliğin 24-28. haftaları arasında gestasyonel diyabet yönünden kan şekeri kontrol edilmelidir. Gebe kadının risk grubuna göre 50 gram PPG (Postprandial Glikoz) ya da 100 gram glikoz ile OGTT (Oral Glikoz Tolerans Testi) yükleme yapılır.

➤ **Enfeksiyon tarama testleri**

Toksoplazma, Rubella (kızamıkçık) ve Sifiliz (frengi) tarama testleri tercihen gebelik planlandığı dönemde yapılır. Bu amaçla anne adayından alınan kanda Toksoplazma IgG ve IgM (antikorlar); Rubella IgG ve IgM ve sifiliz için genellikle VDRL adı verilen inceleme yapılır. Bu üç enfeksiyon erken gebelik döneminde geçirildiğinde bebekte anomali yaratabilen enfeksiyonların başında gelir ve gebelik öncesi dönemde belirlenmeleri bu yüzden daha uygundur.

Hepatit B ve HIV (AIDS) için tarama testleri ise gebeliğin sonlarına doğru yapılır. Hepatit B taraması için HBsAg ve Anti-HBs incelemeleri yapılır. Hepatit C taraması için Anti-HCV bakılmalıdır. Anne adayında taşıyıcılık saptanması durumunda bebeğin anneden enfeksiyonu kapmasını engellemek için aşıya ek olarak doğumdan kısa süre sonra immun serum tedavisi görmesi gerekir.

➤ **PAP– smear testi**

Gebelikte salgılanan hormonlar neticesinde rahim ağzı (serviks) kanserlerinde artış meydana gelmektedir. İlk prenatal kontrolde tüm gebelere uygulanarak böyle bir durumun varlığı araştırılmalıdır. Gebelerde smear ilk 3 ayda alınabilir fakat smear alınan çubuk rahim ağzından içeri sokulmadan sadece dış yüzeyinden smear alınmalıdır.

➤ **Ultrason**

İlk antenatal muayenede ve tercihen gebeliğin ilk haftalarında yapılan ultrasonun önemi büyüktür. Bu ultrason (SAT) doğruluğunu onaylamak, SAT'ını bilmeyen anne adaylarında gebelik haftasını belirlemek, dış gebelik gibi durumları erken dönemde saptamak, gebelik üzerinde olumsuz etki yaratması muhtemel miyom ya da over kisti gibi kitlesel lezyonları saptamak amaçlı yapılır. Bu amaçla erken gebelik haftalarında (14. haftaya kadar) vajinal ultrason tercih edilmekle beraber abdominal ultrason da kullanılabilir. İlerleyen gebelik haftalarında ilk ultrasonu takiben anomali taraması için 19-23. gebelik haftaları arasında ayrıntılı ultrason incelemesi yapılması önemlidir.

Rutin ultrason incelemeleri dışında bebeğin yaşayıp yaşamadığından şüphelenilen her durumda (düşük tehdidi, bebek hareketlerinin hissedilmemesi, karnın büyümesinin durması gibi), İUGG (intrauterin gelişme geriliği) şüphesi olduğunda ve normal seyirden farklı olarak oluşan her durumda (ateşli enfeksiyon, tansiyon yükselmesi, ağrı gibi) ultrason incelemesi tekrarlanır.



Resim 1.8: 5 haftalık ultrason görüntüsü

➤ **İkili test**

Gebeliğin 11 -14. haftaları arasında yapılan bir incelemedir. Ultrasonda bebeğin ense pilisi kalınlığı belirlenir ve anne adayından alınan kana bakılarak Down sendromu riski saptanır. Maternal yaş, free beta HCG, plazma protein (PAPP-A), fetal ense kalınlığı (NT) ölçümü yapılarak gebelikteki Down sendromlu bebek doğurma riski hesaplanır.

➤ **Üçlü test**

Gebeliğin 16-18. haftaları arasında yapılan bir incelemedir. Anne adayından alınan kanda hormon tetkiki yapılarak Down sendromu ve Nöral tüp defekti riski belirlenir. Günümüzde üçlü tarama testleri (AFP, HCG, E3) prenatal risk değerlendirilmesi amacıyla rutin olarak uygulanmaktadır.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Form No: 003										TC Kimlik No:									
GEBE-LOHUSA İZLEME FİŞİ																			
Kurumu:										Adı Soyadı:									
Sıra No:										Doğum Tarihi:									
Muhtarlığı:										Eşi ile Akrabalık Durumu:									
Evlilik No:										Eğitimi Durumu:									
Sokakı:										Evlilik Yeri:									
Gebelin Tespit Edildiği Tarih:										İlk Gebelik Yarı:									
Tf. No:										Ejini Adı:									
Canlı Doğum Sayısı:										Cansız Doğum Oluşum Oluşum Oluşum									
Yaşayan Çocuk Sayısı:										Ejini Kan Grubu -Rn									
Ölü Doğum Sayısı:										Kann Grubu -Rn									
Kaçını Gebeliği:										Gebelik Öncesi Anamnezine Mavelet Sistemik Hastalık									
										Gebelik Öncesi DM HT KYS Astun Diğer									
										Pelvis Durumu Uygun Dar Şüpheli									
										Doğum Nasil Yaşadı? Spontan Vakum Forceps Sezaryen Diğer									
										Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer									
										Gebelik Sonucu ve Tarihi Dışık Ölü Doğum Canlı Doğum									
Gebelik Öncesi Kullandığı Koruyucu Yöntem RLA Hap Kondom Yok Diğer										Doğum ve Doğum Çeşitleri İlgili Bilgiler Gebelik Sonucu ve Tarihi Dışık Ölü Doğum Canlı Doğum									
Doğum Nasil Yaşadı? Doğumun Yeri ve Bıçımı Cinsiyeti Doğum Bebek										Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Cinsiyeti Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Cinsiyeti Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Cinsiyeti Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Cinsiyeti Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Cinsiyeti Doğum Bebek									
Doğumun Yeri ve Bıçımı Hastanede Evde Sağlık Kuruluşunda Evde Sağlık Personeli Yardımı ile Evde Kendi Kendine Doğumun Planlandığı Yer										Doğum Bebek									

Ebeğin Adı Soyadı :
Tarih :
İmzası :

Hekimin Adı Soyadı :
Tarih :
İmzası :

Form 1.1: Gebe ve lohusa izlem fişi

1.2. Gebe Bakımı ile İlgili Eğitim

Gebe kendisi ve bebeğinin sağlığı için bakım almalıdır. Ancak koruyucu bakım kavramı içinde yer alan sağlığı koruma, sürdürme ve en üst düzeyde tutma sorumluluğunu da gebe üstlenmelidir.

Antenatal kontrollerde yapılması gereken en önemli işlemlerden biri, gebe ve çevresini eğitmektir. Bu eğitim ancak karşılıklı güven ile başarıya ulaşır. Gebe aşağıdaki konularda eğitilmelidir.

1.2.1. Beslenme

Gebelikte beslenme anne ve çocuğun sağlığı için çok önemli bir faktördür. Gebelik ve doğumun normal seyrinde olması annenin yeterli ve düzenli beslenmesine bağlıdır.

Gebenin artan besin gereksinimine paralel olarak beslenme şekli ve miktarı değişmektedir. Yetersiz beslenme, özellikle gebeliğin ilk 3 ayında fetal gelişimi olumsuz etkilemektedir. Yetersiz beslenme sonucu aşığıdaki durumlar oluşabilir:

- Prematüre doğum, ölü doğum, neonatal dönemde ölüm
- Konjenital malformasyonlar
- Zamanında doğdukları hâlde intrauterin malnütrisyon sebebiyle doğum ağırlığı veya boyu eksik bebekler

Gebenin enerji gereksinimi kilo almasına ve bazal metabolizma hızındaki artışa bağlı olarak artmaktadır. Sağlıklı ve normal bir gebelik süresinde ağırlık artışı 9-15 kilogram olmalıdır. Ancak bu artış her ay eşit olarak gerçekleşmemektedir. Gebeliğin ilk üç ayı 1-2, daha sonraki aylarda ise ayda 1-3 kilogram alınması normal sayılmaktadır. Gebenin aşırı kilo alması fetüsün iyi beslendiği anlamına gelmemektedir.

Gebenin beslenmesinde %15-20 protein, %25 yağ, %55-60 karbonhidrat bulunmalıdır.

Besin	Miktarı
Süt ve süt ürünleri	2 su bardağı süt veya yoğurt, 1 porsiyon peynir (2 dilim) veya 2 yemek kaşığı çökelek
Et, yumurta, kuru baklagiller	1 yumurta 1 porsiyon et, balık, tavuk, hindi (60-90 g) 1 porsiyon kurubaklagil yemeği (120 g)
Taze sebze ve meyveler	2 porsiyon pişmiş taze sebze 3 porsiyon çiğ taze sebze 2-3 porsiyon meyve ve taze meyve suyu
Tahıllar	6-8 adet ince dilim ekmek 1 porsiyon pilav veya makarna 1 porsiyon çorba
Yağlar	3-4 silme yemek kaşığı sıvı yağ
Şekerler	1-2 tatlı kaşığı bal, reçel veya pekmez

Tablo 1.1: Gebelik döneminde önerilen örnek günlük besin miktarları

Gebelikte günlük protein ihtiyacı 80-100 gramdır. Proteinin az ya da aşırı miktarda alınması doğru değildir. Protein gebeliğin ilk aylarında daha çok anne dokularının, son aylarında da fetüsün gelişiminde kullanılmak için gereklidir.

Gebelikte günlük yağ ihtiyacı 70 g kadardır. Bu yağın büyük çoğunluğunu bitkisel yağlar oluşturmaktadır. Yağ içermeyen diyet, vitamin eksikliğine neden olur.

Gebelikte karbonhidrat ihtiyacı 320 – 380 gram kadardır. Karbonhidrat kaynağı olarak şekerden değil tahıllardan yararlanılması önerilir.

Gebenin vitamin ve mineral ihtiyacı taze sebze ve meyve ile karşılanmalıdır.

Kahvaltı	1 su bardağı 200 ml süt (az şekerli) 1 yumurta veya 1 kibrit kutusu kadar (30 g) peynir 2 dilim ekmek (50 g) 1 adet meyve veya meyve suyu İhlamur
Ara öğün	1 adet meyve
Öğle	60-90 g etli yemek (3 köfte veya sebzeli olarak pişirilebilir) veya 1 porsiyon kurubaklagil yemeği 1 porsiyon pilav veya makarna 1 kâse yoğurt (125ml) 1 dilim ekmek (25g) 1 porsiyon meyve
Ara Öğün	1 bardak süt veya sütlü tatlı
Akşam	1 porsiyon çorba 60 g et veya etli sebze yemeği Mevsim salata 1 dilim ekmek 1 porsiyon meyve
Yatarken	1 bardak süt veya yoğurt

Tablo 1.2: Gebelikte örnek günlük beslenme programı

Dengeli ve yeterli beslenme ile karbonhidrat, protein, vitamin ve mineraller gibi bütün besin öğelerinin çoğu karşılanabilir fakat gebelikte artan demir, folik asit ve kalsiyum ihtiyacının karşılanması için takviye edilmesi gerekir. Gebenin günde 30 mg demire ihtiyacı vardır. Folik asit ve demir eksikliğinde nöral tüp defekti, plasentanın erken ayrılması, plasentanın önde gelmesi, erken doğum, düşük gibi komplikasyonlarla karşılaşılabilir. Bu nedenle gebeye dışarıdan günde 400 mikrogram folik asit verilmelidir. Gebe kadının kendi günlük ihtiyacına ek olarak 500 miligram kalsiyum alması tavsiye edilir.

Gebelikte sıklıkla görülen bulantı, kusma, mide yanması, gaz yakınması ve kabızlık gibi rahatsızlıkların giderilebilmesi için uygun bir diyet düzenlenmelidir. Gebenin azar azar ve sık sık beslenmesi bulantı ve kusmayı azalttığı gibi mide yanması ve gaz yakınmasını da engeller. Gebenin sabah uyandıktan sonra hafif tuzlu besinleri yemesi veya şekerli sıvı alması, diyetindeki yağı azaltması da bulantı ve kusmayı azaltmaya yardımcı olabilir. Yemek aralarında şekerli süt alımı, aşırı sıcak ve aşırı soğuk besin alımından kaçınma, sık pozisyon değiştirilmesi, yemekten sonra 3 – 4 saat midenin üzerine eğilmeme ve düzenli bağırsak alışkanlığının kazanılması da mide yanması ve gaz yakınmasının önlenmesine katkı sağlayabilir.

Sıvı alımı asla ihmal edilmemeli, günde en az 8-10 bardak su içilmelidir. Özellikle kabızlık şikâyeti varsa bol su içilerek, kabuklu meyveler tüketilerek, her öğünde sebze ile salataya yer verilerek ve yürüyüş yaparak bu sorunun önüne geçilebilir. Bol sıvı alımı aynı zamanda gebenin üriner enfeksiyona yakalanma olasılığını da azaltmaktadır.

Kafein içeren yiyecek ve içecekler anemi riskini ve kalsiyumun idrarla atılmasını artırdığı için mümkün olduğunca az tüketilmelidir. Sindirimi kolaylaştırmak için yemeklerin öğün sayısı arttırılmalıdır. Gebelikte iyot ihtiyacını karşılamak için iyotlu tuz tercih edilmelidir. Gebelik süresince tuz sınırlı tüketilmelidir. Fakat kusma şikâyeti olan gebeler kaybettikleri tuzu geri almalıdır. Gebeye tek yönlü beslenmenin zararları anlatılmalıdır.

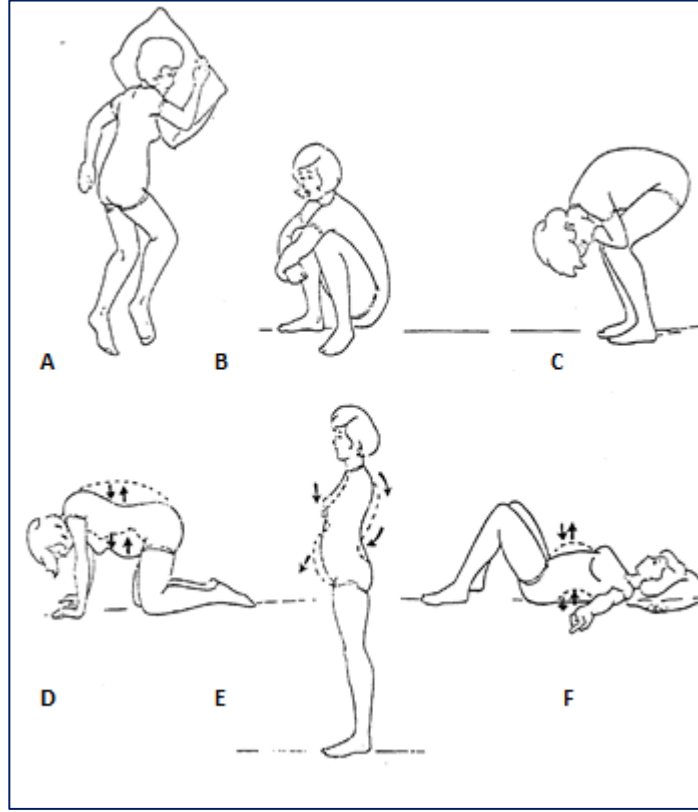
Sigara ve alkol, intrauterin gelişme geriliği, kendiliğinden düşük, plasentanın önde gelmesi, plesantanın erken ayrılması, erken membran rüptürü, erken doğum, yüz anomalileri, kardiyak defektler ve eklem malformasyonları riskini arttırdığından gebelikte kullanılmamalıdır.

1.2.2. Günlük Beden Faaliyetleri ve Egzersiz

Gebelikte yapılan egzersizin yararları şunlardır:

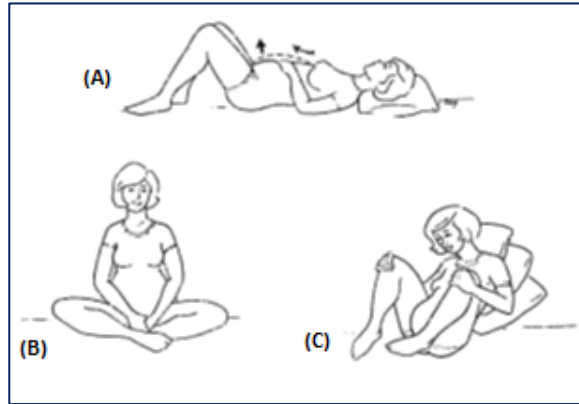
- Dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenler.
- Annenin kilo kontrolünü sağlar.
- Dayanıklılık ve kuvvetin artırılmasına yardımcı olur.
- Doğum için gereken kas aktivitesini destekler.
- Egzersiz, sosyal etkileşimin sağlanması, sosyal ve psikolojik açıdan iyilik hissinin artırılmasına katkıda bulunur.
- Doğum sırasındaki olası sorunların azaltılmasını sağlar.
- Doğum süresini kısaltmaya yönelik potansiyelin geliştirilmesine yardımcı olur.
- Gebelik diyabeti olasılığının önlenmesinde önemlidir.
- Doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırır.

Yukarıda sıralanan bu yararları sağladığı için gebenin aşağıdaki egzersizleri her gün yapması önerilir.



Resim 1.10: Gebelikte günlük egzersizler (A) Gevşeme pozisyonu (B) Çömelme pozisyonu (C) Ayağa kalkarken dengeyi sağlayacak şekilde yükselme (D) El-diz pozisyonu (E) Sırtüstü yatma pozisyonu

Son üç pozisyonda da yapılan pelvisi sallama hareketi bel ağrılarının azalmasına da yardımcı olur.



Resim 1.11: Gebelik egzersizleri (A) Karın solunumu (B) Oturma pozisyonu (C) İtme pozisyonu

Bu pozisyonlar gebenin gevşeme ve dinlenmesini sağlar. Gebelikte egzersizin bu yararlarına karşın aşırı beden hareketlerinden kaçınılmalıdır. İlerleyen gebelik aylarında vücut hareketleri ve günlük işler hafifletilmelidir. Sauna, hamam gibi ortamlardan kaçınılmalıdır.

Gebeler için önerilen en iyi spor yürüyüş ve kısa süreli yüzmedir. Gebelik öncesi egzersiz yapma alışkanlığı olan gebeler egzersiz yapmayı sürdürebilir ancak hareketlerini hafifletmeleri önerilir. Daha önceden var olan hipertansiyon, akciğer ve kalp hastalığı gebelikte hipertansiyon, kanama, düşük veya erken doğum hikâyesi, erken membran rüptürü gibi durumlarda egzersiz yapılmamalıdır.

1.2.3. Günlük Bakım

Gebeler giysi ve ayakkabı seçimi konusunda dikkatli davranmalıdırlar. Günlük kıyafetin dolaşımı engelleyecek özellikte olmaması gerekir. Yüksek ve ince topuklu ayakkabılar bacaklarda kramp ve ağrı yapmakta, pelvisi öne eğerek bedenın ağırlık merkezini bozarak bel ağrısına neden olmaktadır. Bu nedenle gebelerin ayakkabı seçiminde dikkatli olmaları gerekir.

Banyo yapma gerginliği azaltır, kasları dinlendirir, rahat uyumayı sağlar, kötü kokuları giderir ve gebenin kendini daha iyi hissetmesini sağlar. Gebe her gün duş almayı alışkanlık hâline getirmeli, banyoda parfümlü solüsyon ve tahriş edici sabun kullanmamalı, suyun sıcaklığının çok sıcak ya da çok soğuk olamamasına dikkat etmelidir. Yeterli sıklıkta duş alınmazsa östrojen hormonunun safra tuzlarını bedende tutmasına, karaciğer fonksiyonlarının artmasına, kandaki bilirubin düzeylerinin yükselmesine ve ter bezi aktivasyonuna bağlı olarak deride kaşıntı oluşabilir.

Gebelikte artan vajinal akıntı mantar enfeksiyonlarına ortam hazırlar. Bu nedenle perine kuru ve temiz tutulmalıdır. Vajinal lavaj yapılmamalıdır.

Günlük bakımda üzerinde durulması gereken diğer bir konu da ağız hijyenidir. Gebelikte diş eti enfeksiyonu ve diş çürümleri çok sık görülür fakat diş çürümlerinin sebebi gebelik değildir. Bu dönemde diş etleri hormonların etkisiyle hiperemik, şiş, süngerimsi ve kanamaya eğilimlidir. Bu durum ağız pH'nın değişmesine, diş eti enfeksiyonu ve diş çürüklerine neden olur. En büyük etken ise ağız hijyeninin yetersizliğidir. Her yemekten sonra dişler fırçalanmalı veya ağız çalkalanmalıdır. Gebelikte diş çekimi ve dolgular sınırlı uyuşturma ile yapılabilir. Zorunlu durumlarda dişlere cerrahi girişimlerde bulunulabilir.

1.2.4. İlaçlar

Gebelerin aldığı ilaçların ve metabolitlerinin büyük bir kısmı fetüse geçer. Büyük moleküllü, yağda az çözünen, fazla iyonize olan veya plazma proteinlerine önemli ölçüde bağlanan ilaçların plasentayı aşması ve anne ile fetus arasında difüzyon dengesine ulaşması uzun sürebilir ve bu şekilde verilen tek bir ilaç dozu zararsız olabilir ancak ilaçla kronik tedavi sırasında bu konunun önemi artar. İlacın anne kanındaki derişimi arttıkça fetüse

ulaşma ve zararlı olma riski de artar. Özellikle ilk 3 ay boyunca ilaç kullanımından kaçınılmalı ve gebelik süresi boyunca doktora danışmadan ilaç kullanılmamalıdır.

1.2.5. Meme Bakımı

Meme ucunda oluşan çatlak, ağrı, şekil bozuklukları özellikle doğum sonu ilk 10 gün emzirmeyi engellemektedir. Bu problemin ortadan kaldırılmasında doğum öncesi yapılan meme bakımının katkısı büyüktür. Bu bakıma gebeliğin 7. ayında başlamalı ve meme ucu sabunlu ılık su ile temizlenmeli, kurulanmalı, meme ucuna yumuşatıcı krem sürülmelidir.

Gebelik dönemi boyunca sıkmayan, destekleyen sütyen kullanılmalıdır. Banyo sırasında kolostrumun oluşturduğu kabuk yıkanıp temizlenmelidir.

1.3. Doğum Öncesi Bakımda Hemşirenin Rolü

Gebelik bakımı bir sağlık ekibi tarafından yapılmaktadır ve bu ekibin bir üyesi olan hemşire, hastanelerin doğum öncesi bakım polikliniklerinde, aile sağlığı merkezlerinde gebe ile yakından ilişkilidir.

Ekip hizmetinin büyük önem taşıdığı doğum öncesi bakımın niteliği ile ilgili olarak yapılan bilimsel çalışmalarda gebelerin özellikle soru soramamak ve kontroller sırasında da durumlarına özgü bilgi alamama gibi nedenlerden dolayı olumlu duygular yaşayamadıkları anlaşılmaktadır. Bu duruma neden olan en büyük faktörün de bu dönemde yapılan izlemlerde gebelerin birey olmalarının dışında daha çok mekanik anlamda ele alınmalarıdır. Hemşire bu dönem boyunca gebe kadınlara karşı açıklayıcı ve öğretici bir tavır sergilemelidir.

Doğum öncesi dönemde güvenli anneliğin sağlanabilmesi için tüm sağlık çalışanlarının gebelik ve doğum komplikasyonları ile ilgili olarak yeterli bilgi ve beceri sahibi olmaları da gereklidir.

Hemşire doğumdan önceki dönemde gebe kadına ve ailesine temel bakımı sağlayan kişidir. En önemli sorumluluğu da fiziksel ve psikolojik değerlendirme ile gebe kadın ve ailesine danışmanlık yapmaktır.

Kadın hastalıkları ve doğum klinik, poliklinik, aile sağlığı merkezlerinde çalışan hemşireler; kadın ve aile sağlığını korumak ve sürdürmek için danışman, rehber ve sağlık eğitimcisi rolünü üstlenmektedir. İyi bir şekilde verilen danışmanlık hizmetleri ve hastaların duygusal yönden desteklenmesi toplumun hemşirelik hizmetlerine güven duymasını sağlayacaktır. Hemşirelik hizmetlerine özel hasta beklentisini izlemek, bakımın kalitesini artırmada hemşirelere değerli bilgiler sağlar. Hasta beklentileri ve hastaların aldıkları hizmetlerden memnun olma durumlarının belirlenmesi hemşirelik uygulamalarının planlanması ve değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir.

Doğum öncesi hemşirelik bakımı, gebeye sadece bilgi ve fiziksel bakım vermeyi değil aynı zamanda gözlem, destek, yardım etme, sürekli eğitim ve danışmanlık işlevlerini de içermektedir. Böylece hemşire, gebenin bakımına katılımını sağlayarak anlamlı sağlık davranışları kazanması ile başarıya ulaşabilir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Leopold manevraları ile ilgili olarak aşağıdakilerden hangisi doğrudur?
 - A) Leopold manevraları gebeliğin 5. ayından sonra uygulanır.
 - B) Leopold manevraları gebeliğin 4. ayından sonra uygulanır.
 - C) Leopold manevraları gebeliğin 3. ayından sonra uygulanır.
 - D) Leopold manevraları gebeliğin 2. ayından sonra uygulanır.
 - E) Leopold manevraları gebeliğin 1. ayından sonra uygulanır.

2. Son âdet tarihi 15.08.2012 olan bir gebenin tahmini doğum tarihi aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) 22.04.2013
 - B) 22.05.2013
 - C) 23.06.2013
 - D) 23.07.2013
 - E) 24.08.2013

3. Gebelikte varis oluşumunu önlemek için aşağıdakilerden hangisi önerilmez?
 - A) Kısa topuklu ayakkabılar giyilmesi
 - B) Düzenli egzersiz yapılması
 - C) Aynı pozisyonda kısa sürelerle oturulması
 - D) Uzun yürüyüşler yapılması
 - E) Sıkan giysilerden kaçınılması

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise **D**, yanlış ise **Y** yazınız.

4. () Gebelikte diş eti enfeksiyonu ve diş çürümeleri çok sık görülür. Diş çürümelerinin sebebi gebeliktir.

5. () İkili test gebeliğin 11-14. haftaları arasında yapılan bir incelemedir. Beta HCG ve PAPP-A değerlerine bakılır.

ÖĞRENME FAALİYETİ-2

AMAÇ

Riskli gebelikleri ayırt edebileceksiniz.

ARAŞTIRMA

- Gebelik öncesi risk faktörlerini araştırıp bunlarla ilgili sunu hazırlayarak sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.
- Gebelikte doğum öncesi kanamaların önemini araştırıp sınıfta arkadaşlarınızla paylaşınız.

2. RİSKLİ GEBELİK VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Hamileliğin kendisi, kadın sağlığı açısından yüksek riskli bir durum olmayıp kadın yaşamının normal bir sürecidir. Pek çok gebelik sorunsuz bir şekilde geçip sağlıklı ve mutlu bir sonla noktalanır. Ancak bazı gebeliklerde anne adayının ya da karnındaki bebeğin sağlık durumu hatta hayatı tehlikeye girebilir. Riskli gebelikler gebeliğe özgü bir durum olabileceği gibi gebelik öncesinde de var olan, anne adayına ait bir hastalığın gebelik sırasında seyir değiştirmesinden de kaynaklanabilir.

Gebelikten önce sistemik hastalıkları olan kadınların gebelikleri ve gebelik süresince gelişen plasental anomaliler, Rh izoimmunizasyonu, gebeliğin yol açtığı hipertansiyon, erken doğum eylemi, erken membran rüptürü, fetal gelişme geriliği, serviks yetmezliği gibi komplikasyonlu gebelikler yüksek riskli gebelik grubunda yer almaktadır. Yüksek riskli gebelik tanısı konmuş gebeler, tıbbi tedavi ve bakım alabilmeleri için uzun sürelerle hastaneye yatırılabilir. Yüksek riskli durumların bazılarında ise gebelere gerek yatak istirahati gerekse de hastaneye yatmaları önerilmektedir.

Hastaneye yatma ile oluşan sosyal ve fiziksel ortam değişikliği, kendisinin ve bebeğin sağlık durumunda sapma, yatak istirahati nedeniyle aktivitelerinin kısıtlanması, başkalarına bağımlı olma, uygulanan tedavi, aileden ayrılma ve belirsizlik yüksek riskli gebelerde fiziksel ve psikososyal sorunlara yol açmaktadır.

Hemşire mesleki yeterliliği ve gebeyle sürekli birlikte olma özelliği nedeniyle bu gebelerin bakımında önemli role sahiptir.

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

Uzun sürelerle hastaneye yatırılan ve yüksek riskli durumu nedeniyle zamanının çoğunu yatakta geçirmek zorunda kalan gebelerin yaşadıkları fiziksel ve psikososyal sorunlar farklı hemşirelik girişimleri gerektirmektedir.

2.1. Gebelik Öncesi Risk Faktörleri

Gebelikte başlayan ve doğum eyleminden lohusalık döneminin bitimine kadar olan dönemde gebeyi ya da bebeğini ilgilendiren muhtemel anormal durumların ortaya çıkma olasılığı her anne adayı için eşit değildir. Gebelikte anne adayının kendisiyle veya bebeğiyle ilgili anormal durumların ortaya çıkma olasılığını artıran faktörlere gebelikte risk faktörleri adı verilir.

2.1.1. Kronik Hastalıklar ve Gebelik

Hipertansiyon, diabetes mellitus, epilepsi gibi ilaç kullanımını gerektiren kronik hastalığı olan gebelerde, öncelikli olarak verilmesi gereken tavsiyeler annenin hastalığı ile ilgili branş hekiminin gebelik yönünden bir risk olmadığını belirledikten sonra gebe kalmasıdır. Kronik hastalıkları nedeniyle ilaç kullanan ve korunmayıp gebe kalmak isteyen kadınlarda bu ilaçların fetüs için teratojen olmayan ilaçlar arasından seçilmesi gerekmektedir.

2.1.1.1. Gebelikte Kalp Hastalıkları

Gebelikte kardiyak out-put % 30 oranında artar. Gebelik öncesi ciddi bir kalp hastalığı olan kişide, gebelikte konjestif kalp yetmezliği oluşabilir. Bu nedenle gebeyi değerlendirme esnasında iyi bir öykü almak gerekir.

2.1.1.2. Gebelikte Diyabet

Gebelikte Diabetes Mellitus (DM), anne ve fetüs açısından önemli komplikasyonlar oluşturma riski taşıdığından dikkatli ve bilinçli bir şekilde izlem gerektiren kronik bir hastalıktır. Gebelik nedeniyle kan şekeri düzeyi daha çok etkilenmektedir. Kişi diyabetik olmadığı hâlde gebelik esnasında **gebelik diyabeti** ortaya çıkabilir. Çoğunlukla gebelik sona erdiğinde diyabet sorunu da ortadan kalkar. Gebelikte kan şekeri diyetle ayarlanamıyorsa insüline başlanır.

Diyabetik annenin çocuğunda hiperinsülinizm vardır. Hiperinsülinizmin neden olabileceği organik ve işlevsel bozukluklar içinde bazı organların yaşamsal işlevleri ve gelişimlerinin bozulması, akciğerlerde hyalen membran hastalığı, eritroblastosiz fetalis (sarılık), makrozomi ve polisitemi yer almaktadır.

Diyabet ayrıca düşük, ölü doğum, konjenital anomali, büyüme geriliği, neonatal hipoglisemi riskini de arttırmaktadır. Diyabetik gebeler de kan şekeri regulasyonu diyet, egzersiz ve insülin tedavisi ile kontrol altında tutulmaktadır. Diyabet hastalığının yönetiminde, tıbbi tedavinin yanı sıra hastaların kendi bakımlarında aktif rol almaları gerektiği belirtilmektedir.



Resim 2.1: Diyabet ve gebelik

Gebenin diyabetik olduğunu veya olma olasılığını bilmemiz hipoglisemi olasılığı açısından önemlidir. Gebenin diyabet olduğu durumlarda, doğum sonrası bebeğin vücut ısısının korunması, hipoglisemiye girmemesi açısından önemlidir.

2.1.1.3. Gebelikte Hipertansiyon

Hipertansiyon kan basıncının 140/90 mmHg'dan yüksek olmasıdır. Gebelikte kan basıncı, genellikle gebelik öncesine göre daha düşüktür ancak gebe olmadan önce kan basıncı yüksek tansiyon sınırında ise gebelikte ciddi hipertansiyon sorunları yaşanabilir.

Gebelikten önce yüksek tansiyona sahip gebelerin hamilelik süresince dikkat etmesi gerekenler şunlardır:

- Gebe kadın her gün aynı saatte, aynı tartıda tartılıp kilosunu kaydetmelidir.
- Her gün aynı saatte dinlendikten sonra tansiyonunu ölçüp not etmelidir. Tansiyonun yükseldiğini fark ettiğinde sol tarafa yatarak dinlenmelidir. Hamilelik sırasında tansiyonun yükselmesi anne ve bebeğin oksijen teminini tehlikeye sokar. Bu nedenle enerji sarfiyatını en aza indirgeyip vücudun dinlendirilmesi gerekir.
- Gebenin düzenli olarak gün içerisinde dinlenmesi gerekir. Dinlenmek için fazla aydınlık olmayan sakin ortamlar seçilmelidir.
- Bol miktarda sıvı tüketmeli ve mümkün olduğunca tuzdan uzak durmalıdır.

- Damar kasılmasına ve tansiyon yükselmesine neden olduğundan stresli ve gergin ortamlardan uzak durmalıdır.
- Bebeğin karındaki hareketleri gebe tarafından izlenmelidir. Normal şartlar altında bebeğin iki-üç saatte 10 hareket yapması gerekir. Bebeğin hareketleri azaldığında uzmana danışılmalıdır.

Kan basıncı yavaşça yükseliyorsa ve kadın gebeliğin sonuna yakın değilse yatak istirahati kan basıncını düşürebilir. Kan basıncı tehlikeli değerlere kadar yükselmiyorsa doğum başlayana dek gebeliğin devam etmesine izin verilebilir. Yüksek kan basıncı kadını ve bebeği riske sokabilir. Preeklampsi gelişirse tek tedavi doğumdur. Bazen sezaryen ihtiyacı olabilir.

Kontrollerde durumu hakkında bilgi verilen gebe hamileliği süresince kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından daha yakından takip edilir. Hamile tansiyon sorunu nedeniyle ilaç kullanmak zorunda ise durumu aynı zamanda bir nefroloji uzmanı veya iç hastalıkları uzmanı tarafından takip edilir.

2.1.1.4. Gebelikte Nörolojik Bozukluklar

Gebelik kadın bünyesinde hormonal ve fizyolojik değişikliklere yol açtığı gibi yeni nörolojik belirtilere ya da kadında var olan nörolojik hastalıkların farklı bir boyuta taşınmasına da yol açabilir.

İlaç kullanmakta olan epileptik hastalarda antikonvülzan özellikle de valproik asit kullanmak zorunda olanlara gebelik öncesi dönemde folik asit destek tedavisine (400 mikrogram/G) başlanarak nöral tüp defektlerinin önlenmesi gerekebilir. İlgili bölüme danışılarak daha az teratojen ve mümkün olan en düşük dozda ilaç alması sağlanmalıdır.

Gebelik sırasında ortaya çıkan migren ağrıları tedavisinde önce karanlık, sessiz bir ortamda dinlenmeye çekilme, alına soğuk uygulama gibi ilaç dışı yöntemlere başvurulmalıdır.

2.1.1.5. Gebelikte Böbrek Hastalıkları

- Kronik böbrek yetmezliği

Böbrek yetmezliği ileri evrelere kadar sessiz seyreden ve kolay belirti vermeyen bir hastalıktır. Gebeliğe bağlı böbrek fonksiyonlarında olan değişikliklerin bu hastalığın üzerine olumsuz etkileri yoktur. Kronik böbrek yetmezliği gebeliklerin erken doğumla sonlanmasına neden olmaktadır.

Böbrek yetmezliğine bağlı oluşan anemi tablosu gebelik ile birlikte kötüleşme eğilimindedir ve bu gebelerde sıklıkla kan nakli gereklidir. Bu hastalık anne karnında gelişme geriliği ve erken doğuma neden olabileceği için bu gebeler yakın takibe alınmalıdır.

Kronik böbrek yetmezliği olan hastalarda kontrol edilemeyen yüksek tansiyon, böbrek fonksiyonlarında ileri derecede bozulma, eklampsi ya da preeklampsi sıklıkla görüldüğü için gebelik süresince kan basıncı, böbrek fonksiyonları, üriner sistem enfeksiyonu riskine karşı idrar kültürleri yakından takip edilmelidir.

➤ **Diyaliz hastalarında gebelik**

Kronik hemodiyaliz hastalarında başarılı gebelikler bildirilse de yüksek oranda erken gebelik kayıpları gözlenmektedir. Diyaliz hastaları da gebe kalabilir fakat bu durum diyaliz aralıklarının sıklaşmasına neden olmaktadır. Bu hastalar risk grubu oldukları için gebeliklerinde Hepatit B-C ve HIV açısından mutlaka taranmalıdır. Bu gebelerin tansiyon ve böbrek fonksiyonları gebelikleri süresince yakından takip edilmelidir.

➤ **Böbrek taşı ve gebelik**

Gebeliğe bağlı idrar akımında olan yavaşlama, taş ile daha da artar. Bu da idrar yolu ve böbrek enfeksiyonlarına sebep olur. Enfeksiyon nedeni ile annede oluşacak sepsis ya da erken doğum bebek için yüksek risk oluşturur.

2.1.1.6. Gebelikte Tiroid Hastalıkları

➤ **Gebelikte hipertiroidizm**

Hipertiroidizm gebelikte sık rastlanan bir hastalık değildir. Gebe kalmadan önce hastanın hipertiroidizmi ilaç tedavisi ile düzeltilmez ise gebelik genellikle düşük veya erken doğum ile sonlanır. Gebelerde en sık rastlanan hipertiroidi nedeni graves hastalığıdır. Bu hastaların kanında yüksek miktarda tiroid bezini uyaran immunglobulin vardır. Bu madde plasenta yolu ile bebeğe geçip fetusun tiroid bezini fazla çalışmaya zorlayıp anne karnında guatr veya yenidoğan hipertiroidizmine neden olur. Tiroid bezini uyaran immünglobulinlerin kanda yarılanma ömrü iki hafta olduğu için yeni doğan hipertiroidizmi doğumdan sonra ortalama iki, üç ay içinde kendiliğinden geçer.

Fetus normalde, doğum yoluna başını öne eğmiş şekilde en ufak kafa çapı ile girer. Boyunda irileşmiş bir guatr kitlesi fetal başı arkaya doğru iteceğinden fetus doğum yoluna en geniş kafa çapı ile girmeye çalışır. Bu da normal doğumu zora sokar. Bu vakalarda doğum genellikle sezaryen operasyonu ile gerçekleştirilir.

➤ Gebelikte hipotiroidizm

Hipotiroidili hasta sıklıkla kolay kilo almaktan, cildinin kuruluğundan, soğuğa tahammülsüzlükten, kabızlıktan ve hâlsizlikten yakındır. Tedavi görmemiş hipotiroidili hasta kadınların gebe kalmaları zordur. Gebelik oluşsa da düşük yapma olasılıkları çok yüksektir. Bu gebelerin bebeklerinde konjenital anomali görülme sıklığı yüksektir. Gebe kalmadan önce bu kişilerin tiroid hormonu kullanarak tedavi görmeleri bu hastalığın gebelik üzerindeki tüm olumsuz etkilerini ortadan kaldırır. Tedavi için verilen hormon plasentadan geçmediği için anne karnında tedavinin fetüse olumsuz etkisi olmaz.

2.1.2. Adölesan ve İleri Yaş Gebeliği

İdeal gebelik yaşı 18-35 yaş arasındadır. Bu yaş aralığı kadın fizyoloji ve anatomisinin gebeliği tolere edebilmesi açısından en uygun yaşlar olmakla beraber hem ülkemizde hem de dünya üzerinde bu yaş aralıklarının altında veya üstünde yer alan çok sayıda gebelik vardır. Çok erken yaşta ve ileri yaşlarda yaşanan gebelikler bazı anormal durumların oluşma riskini artırır.

Adölesan ve ileri yaş gebeliğin görülme sıklığı aile yapısı, evlenme yaşı, ekonomik durum, aile planlaması hizmetlerinden yararlanma ve geleneksel yapıya bağlı olarak değişmektedir.

Yüksek riskli gebelik olarak kabul edilen ileri yaş ve adölesan gebeliklerinde yeni doğanın düşük doğum ağırlıklı olması, prematürite, gestasyonel hipertansiyon, gebeliğe bağlı diyabet ile preterm erken membran rüptürü gibi kötü obstetrik sonuçların insidansı daha yüksek oranda bulunmuştur.



Resim 2.2: Adölesan ve ileri yaş gebeliği

2.1.2.1. Adölesan Gebelik

Adölesan gebelik, 10-19 yaş arasındaki kadınların gebeliği anlamına gelmektedir. Adölesan anneler ile adölesan annelerden doğan bebekler ölüm ya da hastalık riski taşımalarından dolayı önemli sağlık sorunu oluşturmaktadır.

Adölesan gebelerde, erken doğum riskinin artmasına bağlı olarak prematüre bebeğin dünyaya gelmesi sık karşılaşılan bir sorundur. Yapılan araştırmalarda adölesan annelerden doğan bebeklerde neonatal mortalite oranı daha yüksek bulunmuştur.

Adölesan dönemdeki kadınların cinsel ilişki, gebelikten korunma yolları, gebelik, düşük, anne olma, bebek beslenmesi ve bakımı gibi konularda bilgileri daha ileri yaştaki kadınlara göre yetersiz olduğundan meydana gelen gebelik sadece adölesanların kendi yaşamlarına değil aileye ve doğacak olan bebeğe de ciddi yükler getirmektedir. Bundan dolayı cinsellik, gebelik ve ebeveyn olma yükümlülükleri konularında bilinçli bir eğitimin verilmesi, sorunun zamanında tespit edilerek destek gösterilmesi ve çözüm yollarının sağlanması büyük önem taşımaktadır.

2.1.2.2. İleri Yaş Gebeliği

35 yaş ve üzeri gebelikler ileri yaş gebelikler olarak adlandırılmakta ve yüksek riskli gebelik grubunda değerlendirilmektedir.

Yaş ile birlikte kadının gebe kalma potansiyelinde azalma başlar. 40'lı yaşlarda gebe kalma olasılığı %50 civarında azalır. Doğal yöntemlerle gebe kalma şansının azalmasına rağmen infertilite tedavisi ile bu şans %10 kadar artırılabilir. Bu tedavide önemli olan yumurtalıkların rezervidir. 40'lı yaşlarda gebelik planlanırken kişinin genel sağlık durumu da büyük öneme sahiptir. İleri yaşta gebe kalan pek çok kadın sağlıklı bebekler dünyaya getirmesine rağmen komplikasyonlar açısından risk genç anne adaylarına göre oldukça yüksektir.

Anne adayının ileri yaşlarda bir gebelik yaşaması durumunda kendisiyle ilgili risk artışı yaşın sayısal özelliğiyle değil gebeliğe başladığı anda kendisinde kronik hastalıkların varlığı ile daha yakın ilişkilidir. Bebeğe kromozomal anomali (Down sendromu gibi) ortaya çıkma olasılığı ise maternal yaşla direkt ilişki göstermektedir ancak gebelik esnasında yapılan prenatal testler, özellikle amniyosentez ve korion villus biopsisi ile bu bebekler tanınabilmektedir.

Düşüklerin en önemli nedeni kromozomal anomaliler olduğu ve yaşla birlikte bu anomalilerin görülme sıklığı arttığı için ileri yaş anne adaylarında düşüğe yaklaşık 4 kat daha fazla rastlanır. Genetik problemi olan yumurtanın döllendikten sonra büyüme ve hayatta kalma şansı çok düşüktür. Bu nedenle de 40 yaşından sonra düşük yapma riski artmaktadır.

Gebe Yaşı	Kendiliğinden Düşük (%)
15-19	19.9
20-24	9.5
25-29	10
30-34	11.7
35-39	17.7
40-44	33.8
45 ve üstü	53.2

Tablo 2.1: Yaşla birlikte artan düşük yapma olasılıkları

Yaş ilerledikçe fark edilmiş ya da edilmemiş pelvik enfeksiyon olasılığı artar. Her enfeksiyon tüplerde belirli bir miktar hasar bıraktığından ve yine yaşla birlikte tüplerin hareket etme potansiyeli azaldığından ektopik gebelik daha fazla görülür.

Gebeliğin son dönemlerinde ileri yaş gebelerde gözlenen gestasyonel (gebeliğe bağlı) hipertansiyon genellikle kronik hipertansiyon bulgusu olarak değerlendirilir. Preeklampsi gelişmediği sürece gebeliğin sonlarındaki bu tansiyon yüksekliğinin anne adayını ve bebek için çok büyük bir risk oluşturması beklenmez. Ancak gebeliğin bitiminde tansiyon yüksekliğinin kaybolup kaybolmadığı mutlaka tetkik edilmelidir.

2.1.3. Rh Uyuşmazlığı

Kan uyuşmazlığı gebe anne ile bebeği arasındaki Rh uygunsuzluğudur. Rh uyuşmazlığı, annenin Rh (-), babanın ise Rh (+) olduğu durumlara verilen isimdir. Anne karnındaki bebeğin uyuşmazlıktan etkilenebilmesi için bebeğin kan grubu Rh (+) ile annenin uyumsuz olması, bebeğin kanının anne kanı ile temas etmesi ve annenin bağışıklık sisteminin bu duruma cevap olarak antikor üretmesi gerekir. Bu durumda ilk bebek antikor cevabından etkilenmez.

Kan uyuşmazlığında bebek etkilenmiş işe anneden geçen anti-Rh'lar bebeğin kan hücrelerinin parçalanmasına ve çökmesine neden olur. Bu durumda bebekte anemi görülür. Buna bağlı olarak ultrasonda bebekte hidrops adı verilen durum tespit edilir. Bebekteki anemi sonucu kalp yetmezliği ve vücut boşluklarında biriken sıvı hidrops fetalis tablosunun nedenidir. Hastalığın şiddetine ve yok edilen kan hücrelerinin miktarına bağlı olarak bebekte anne karnında ölüm de dâhil olmak üzere her türlü distres belirtisi görülür.

Kan uyuşmazlığının teşhisi için hem anne hem de baba adayının kan grubu bilinmelidir. Anne Rh (+) ise babanın kan grubu önemini yitirir. Gebelik takibi esnasında annenin kanında normalde olmaması gereken anti-Rh aranır. Bu teste indirekt coombs adı verilir. Doğum sonrası bebekte anneden geçen antikorların aranmasına ise direkt coombs testi adı verilir. Bebeğin kan uyuşmazlığından etkilenip etkilenmediğini anlamak için ayrıca kordosentez de yapılabilir.

Gebelik döneminde Rh uyumsuzluğu tanısı alan gebelere Rh (-) annede 20. gebelik haftasında indirekt coombs testi (IDC) (-) ise 28. ve 34. haftalarda anti D globülin yapılmalıdır. Ayrıca amniosentez, antepartum kanama, doğum, diletasyon ve kürtaj sonrasında da anti D globülin yapılmalıdır.

2.2. Gebelikte Ortaya Çıkan Risk Faktörleri

Gebelik normal ve doğal bir süreçtir. Bazı durumlarda gebelikten önce kadın vücudunda bulunan hastalıklar veya gebelikten dolayı sonradan ortaya çıkan sorunlar, gebelikte çeşitli riskleri doğurur. Böyle gebeliklere riskli gebelik denir ve bu gebelikler daha sıkı, daha yakın takip edilir.

2.2.1. Gebeliğe Bağlı Ortaya Çıkan Hastalıklar

Gebeliğe bağlı olarak gebelerde birtakım hastalıklar ortaya çıkabilir. Bu hastalıklar aşağıda verilmiştir.

2.2.1.1. Gebelikte Hipotansiyon Sendromu

Oturur pozisyonda veya ayakta iken gebelik öncesine göre gebelikte sistolik ve diastolik kan basıncında hafif bir düşüş olur. Kan basıncındaki bu düşüş, uterusun aort ve vena cava inferiora basısı nedeni ile meydana gelir. Çarpıntı, soğuk terleme, fenalık hissi, bulantı ile ortaya çıkan bu hipotansiyona **supine hipotansif sendrom** adı verilir. Gebelikte ortaya çıkan bu kan basıncı düşüklüğü progesteronun damar düz kası üzerine yaptığı dilatasyona bağlıdır. Progesteronun etkisi ile tüm damarlarda vazodilatasyon gerçekleşir ve böylelikle direnç düşer. Hipotansif sendrom, gebeliğin başlangıcı ile başlar ve gebelik boyunca devam eder. Kan basıncı, 3. trimesterde normale dönmeye başlar ve 40. gebelik haftası civarında gebelik öncesi döneme ulaşır.

Doğumdan sonraki dönemde vena cava basıncının ortadan kalkması ile uteroplasental akım sistemik dolaşıma dâhil olur. Kalp debisinde % 30-50 oranında artış meydana gelir. Bu dönem, kalp ve solunum hastalığı olan anneler için kritik dönemdir.

2.2.1.2. Gebelikte Hipertansiyon Sendromu

Hipertansiyon tüm gebeliklerin %7 ile %10'una eşlik eder. Hipertansif bozukluklar gebelikte en çok görülen medikal komplikasyon olup maternal ve perinatal mortaliteyi anlamlı olarak artırır. Gebelikte tespit edilen hipertansiyon iki gruba ayrılır. Birincisi gebeliğin neden olduğu gebelikte ortaya çıkıp doğum ile geriye dönen hipertansiyon, ikincisi ise herhangi bir nedene bağlı olarak gebelikten önceden mevcut olan ve gebeliğe eşlik eden kronik hipertansiyondur.

Gebeliğe bağıli hipertansiyon tanısı koymak için hamile bayan tansiyonunu 10-15 dakikalık bir dinlenme süresi sonrası ölçtürmeli ve en az 2 kez 140/90 değerlerinin üzerinde çıkmalıdır. Gebeliğin ilerleyen döneminde (5. aydan başlayarak doğuma kadar hatta doğumdan sonraki ilk ayda dâhil) tansiyonda yükselme hem anne hem bebek üzerinde olumsuz etkiler yapabilir. Annede gelişen yüksek tansiyon; görme bozukluğu, baş ağrısı, beyin kanaması, karaciğer yetmezliği, böbrek yetmezliği, havale geçirilmesi gibi sorunlar ortaya çıkabilir. Gebelikte tansiyon yükselmesinin bebek üzerine etkileri ise gelişme geriliği, anne karnında bebeğin ölmesi, plasentanın erken ayrılarak kanama olması ve bebeğin kaybıdır.

2.2.1.3. Gebelik Şekeri

Gebelik öncesinde şeker hastalığı olmayan gebelerde kan şekerinin yüksek saptanması ile seyreden, gebeliğe özgü bir hastalıktır. Tüm gebelerin yaklaşık %4'ünü etkiler.

Gebelikte salgılanan hormonlar, bebeğin gelişmesine yardımcı olur fakat bu hormonlar aynı zamanda annenin kan şekeri metabolizmasını düzenleyen insülin hormonuna karşı direnç gelişmesine neden olur. İnsülin direnci, annenin dokularının kan şekerini kullanamamasına yol açar ve kan şekeri seviyeleri normalin üzerinde seyretmeye başlar. Hastalık genellikle üçüncü üç aylık dönemde ortaya çıkar ve gebelik sonrasında kan şekeri seviyeleri kendiliğinden normale döner. Diyet ve egzersiz kan şekeri seviyesini düzenlemeye yardım eder.

Gestasyonel diyabet gebelerin çoğunda belirti vermez. Nadiren aşırı susama veya idrar miktarında artışa yol açabilir. Tüm gebeler 24–28. haftalarda 50 g şeker yükleme testi ile hastalık açısından taranır. Bu test gestasyonel diyabet için bir tarama testidir. Bu testte yüksek değerler saptanırsa 100 g şeker yükleme testi ile hastalığın tanısı konulur. Gestasyonel diyabet için yüksek risk taşıyan gebelerde daha erken haftalarda direkt olarak 100 g şeker yükleme testi uygulanabilir.

Yüksek kan şekeri seviyesi anne ve bebek sağlığı için zararlıdır. Gestasyonel diyabet tedavi edilmezse bebekte doğum sırasında ve sonrasında problemlere yol açma ihtimali vardır. Tedavi olmayan gebelerin bebeklerinde aşırı kilo alma sonucu doğum sırasında omuz takılması gerçekleşebilir. Doğum sonrasında ise sarılık, solunum problemleri ve çeşitli metabolik problemler görülebilir. Bu bebekler ileri yaşlarda da obezite ve şeker hastalığı açısından risk altındadır.

2.2.1.4. Damar Hastalıkları

Gebelik ilerledikçe büyüyen uterus, karın içindeki ve kasık bölgesindeki damarlara baskı uygular. Bunun sonucunda öncelikle bacaklarda olmak üzere toplardamarlar genişleyip kıvrılarak cilt yüzeyinden görünür hâle gelmeye başlar, buna varis adı verilir. Bu durum hafiften ağıra kadar değişebilir. Bazen vulvada da bu tür variköz genişlemeler olabilir. Bunlar gebelik süresince olağan kabul edilir. Doğumdan sonra birkaç hafta içinde genellikle kendiliğinden kaybolur. Bu süre içerisinde yürüyüş yapılabilir, oturulduğu zaman bacaklar uzatılarak hafif yükseltilir. Ayrıca varis çorabı giymek varislerin şiddetini azaltmaya yardımcı olur.

2.2.1.5. Amnion Sıvısı Hastalıkları

Gebeliğin erken dönemlerinde amnion kesesi ekstraselüler sıvının bileşimine benzer bir sıvıyla doludur. Sekiz haftadan önce amnion sıvısı amnion ve fetal deriden transude olan sıvı ile oluşmaktadır. İkinci trimester boyunca fetüs idrar yapmaya, yutkunmaya ve amniyon sıvısının inspirasyonuna başlar. Bu durumların amnion sıvısı hacmi düzenlenmesinde rolü vardır

Normalde amnion sıvı hacmi 36. gebelik haftasında 800- 1000 ml'ye ulaşır ve bundan sonra doğuma kadar yaklaşık 200 ml azalır. Amniyon sıvısının fazla ya da az olduğu durumlar ultrasonografi ile saptanır. Her iki durumda da fetus anomali açısından dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidir.

Amnion sıvısı fazlalığı (polihidramnios) veya azlığı (oligohidramnios) olarak adlandırılır. Polihidramnios miad gebelikte amnion sıvısının 2000 ml'den fazla olmasıdır. Oligohidramnios ise miad gebelikte amnion sıvısının 500 ml'den daha az olması olarak değerlendirilir.

2.2.1.6. Gebelikte Anemi

Gebelikteki hematolojik bozukluklar hastaneye başvurmanın önemli sebeplerinden biridir. Demir eksikliği anemisi sık rastlanan bir sağlık sorunudur.

Gebelikte annede hematolojik olarak bazı değişiklikler meydana gelmektedir. Artan östrojenin su ve tuz tutucu etkisinden dolayı kan hacminde % 40-50 artış olur iken kırmızı küre ve plazma oranındaki artış %30'da kalır. Kan hacminin artması ise vasküler hipertrofiye yol açar. Gebelerde hematokrit düzeyi %30-32'ye kadar düşebilir. Kan hacmindeki artışla birlikte fetusun metabolik ihtiyaçları ve plasenta perfüzyonu sağlanmış olur. Tüm bu etkenler gebelikte ortaya çıkan dilüsyonel anemiyi açıklamaktadır.

Gebelikte anemi için tetkikler periyodik olarak yapılmalıdır. Bunun en iyi yolu, hemoglobin konsantrasyonunun ve hematokritin ölçülmesidir. Bunun yapılamadığı durumlarda, alternatif tanı metotları kullanılmalıdır. Gebelikte 1. ve 3. trimesterde hemoglobin 11 g/dl'den düşükse veya 2. trimesterde hemoglobin 10,5 g/dl'den düşükse anemi kabul edilir.

Gebelerde anemi genellikle birden fazla sebebe bağlıdır. Bu sebepler;

- Demir ve folat yetmezliği,
- Kansızlık ve beslenme hakkında bilgi eksikliği,
- Yetersiz ve dengesiz beslenme,
- Sosyoekonomik koşulların yetersizliği,
- Parazit ve bağırsak kurtları enfestasyonları,
- Doğum aralıklarının kısa olması, sık gebelikler, düşük ve kürtajdır.

Demir eksikliğine bağlı olarak oluşan aneminin önlenmesinde ve ortadan kaldırılmasında, etkin bir beslenme eğitiminin ağırlıklı olduğu özel beslenme danışmanlığı çalışmasının yapılmasına ihtiyaç vardır. Bunun yanında demir desteği uygulanabilir.

2.2.2.7. Gebelikte Bulantı-Kusma

Gebelikte bulantı-kusma, sabah hastalığı, emezis gravidarum, gebelik hastalığı adlarıyla anılan bu durum, şiddeti değişmekle beraber gebelerde % 50-70 sıklıkta görülen bir yakınmadır. Bazı kadınlar için bulantı-kusma gebeliğin âdet gecikmesinden sonraki ilk bulgusu bile olabilir. Gebelikte bulantı-kusma yakınması çoğu kez son âdet tarihinden itibaren 5. haftada başlar 8. ve 12. haftalarda zirveye ulaşır. Daha sonra kendiliğinden azalarak 16. haftaya gelmeden ortadan kalkar. Gebelerin çok küçük bir bölümünde bulantı-kusma yakınması tüm gebelik boyunca sürer.



Resim 2.3: Gebelikte bulantı ve kusma

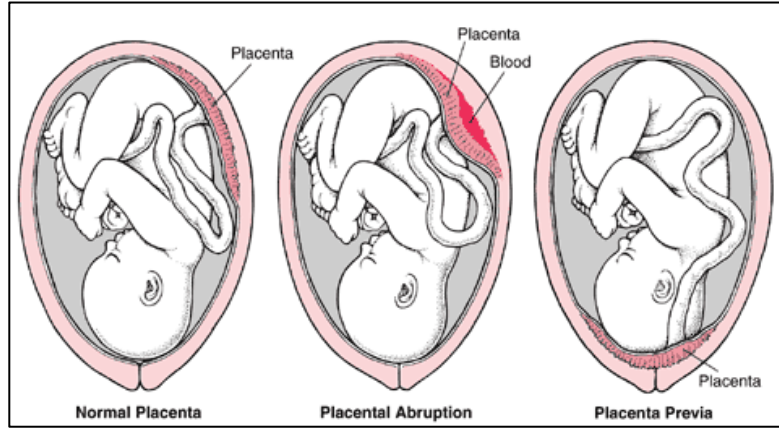
Gebelikte bulantı-kusma kadında ciddi olarak yaşam kalitesi bozukluğuna neden olan bir durumdur. Kadınların sosyal, profesyonel ve ailevi yaşantıları üzerinde olumsuz etkilere yol açabilmektedir. Bulantı-kusma uzun süre devam ederse subakut tiamin (vitamin B1) eksikliğine bağlı Wernicke ensefalopatisi (nistagmus, ataksi ve demans) gelişebilir.

➤ **Hiperemezis gravidarum**

Hiperemezis gravidarum gebelikte görülen bulantı kusmanın daha ağır tablusudur. Kilo kaybına (vücut ağırlığının % 5'i) yol açacak düzeyde aşırı bulantı, kusma ve dehidratasyon, ketozis, elektrolit ve asit-baz dengesizliği bazen de hepatik ve renal yetmezlik ile seyredabilen bir klinik tablodur. Hiperemezis gebeliğin 4 ile 8. haftaları arasında başlayıp genellikle 20. gebelik haftasından önce sonlanmaktaysa da nadiren bulgular gebelik boyunca da devam edebilir. Hiperemezis gravidarum insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte genellikle % 0,5-1 civarında olduğu kabul edilmektedir.

2.2.2. Doğum Öncesi Kanamalar

Doğumla ilgili kanamalar anne ölümünün en önemli nedenlerinden biridir. Plasenta anomalileri ise doğumla ilgili kanamaların en büyük nedenlerindedir. Ablasyo plasenta ve plasenta previa sık rastlanan anomalilerdendir.

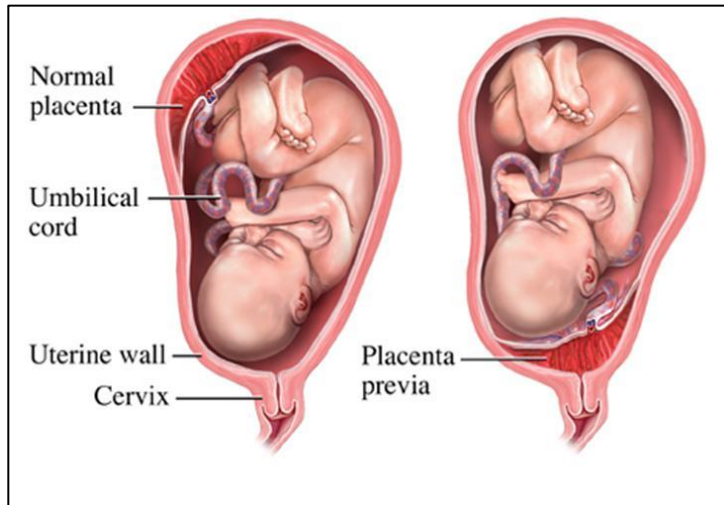


Resim 2.4: Normal plasenta, ablasyo plasenta ve plasenta previa

2.2.2.1. Plasenta Previa

Plasenta previa; hamileliğin son dönemlerinde kanamaya neden olabilen, hem anne hem de bebeğin hayatını tehlikeye atabilen riskli bir gebelik durumudur. İleri gebe yaşı, multiparite, çoğul gebelik, önceki sezaryen öyküsü ve sigara kullanımı görülme sıklığını arttıran faktörlerdir.

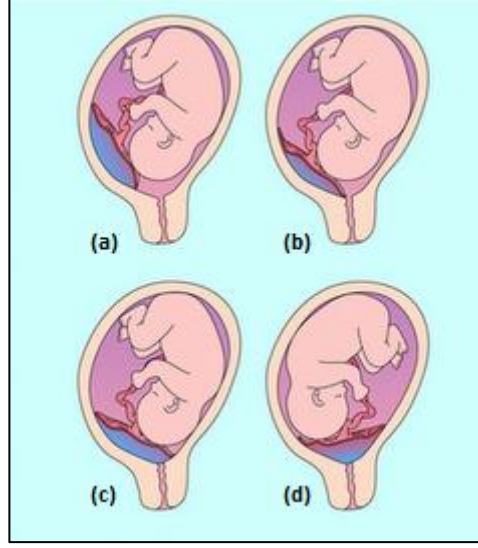
Plasenta previa, fetus ile anne arasında ilişkiyi sağlayan ve bebeğin eş kısmı olan plasentanın, bebek ile doğum kanalının arasında olması (yani doğum kanalını kapaması) durumudur. Bu durumda plasenta, bebeğin önde gelen kısmından daha aşağıda yani serviksin komşuluğundadır.



Resim 2.5: Plasenta previa

Plasenta previada plasentanın yerleşimi dört farklı şekilde olabilir:

- **Aşağı yerleşimli plasenta previa:** Plasenta kenarı, rahim ağzına 2 cm'den daha yakındır fakat temas hâlinde değildir.
- **Marjinal plasenta previa:** Plasentanın kenarı internal osun kenarındadır.
- **Kısmi plasenta previa:** İnternal servikal os kısmen plasenta ile kapatılmıştır.
- **Tam plasenta previa:** İnternal servikal os tamamen plasenta ile kapatılmıştır.



Resim 2.6: Plasenta previa şekilleri

Gebeliğin 20. haftasından sonra yapılan rutin ultrasonografik izlemlerde plasenta previa teşhisi konulması durumunda öncelikle hasta bilgilendirilir ve ani kanamalar konusunda dikkat etmesi için uyarılır. Plasenta previa teşhisi konulan gebelere mesane hafif dolu iken aylık olarak yapılan ultrason izlemleri ile plasentanın yukarıya çekilip çekilmediği kontrol edilir. Bazı durumlarda gebenin hastane koşullarında daha rahat ve güvenli bir şekilde takibi açısından hastaneye yatış yapılabilir. Yatış süreci bazen doğuma kadar uzayabilir.

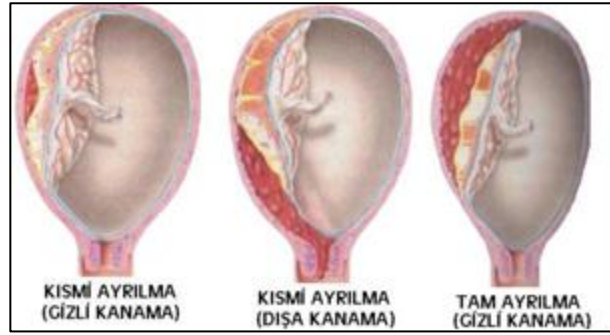
Plasenta previa varlığında kanamayı başlatabileceğinden alttan vajinal muayene yapılması önerilmemekle birlikte eğer yapılacak ise mutlaka önceden acil sezaryen hazırlığı yapılmış olmalıdır. Plasenta previa tanısı alan hamileler aşırı fiziksel aktivitelerden ve cinsel ilişkiden kaçınmalıdır.

2.2.2.2. Ablasyo Plasenta

Bebeğin doğumundan önce plasentanın rahim duvarından ayrılmasıdır. Ablatio plasentaya dekolman plasenta da denir. Yaklaşık 200 doğumda bir görülür ve oluştuğunda anne ve bebek açısından hayati riskler taşır.

Geçirilmiş ablasyo öyküsü, düşük doğum ağırlığı, kronik hipertansiyon, sigara kullanımı, ileri yaş gebeliği, çoğul gebelikler ve preeklampsi ablasyo plasenta görülme riskini arttıran faktörlerdir. Ablasyo plasentanın bulguları;

- Vajinal kanama,
- Karın ağrısı,
- Uterus kasılması,
- Gerginliktir.

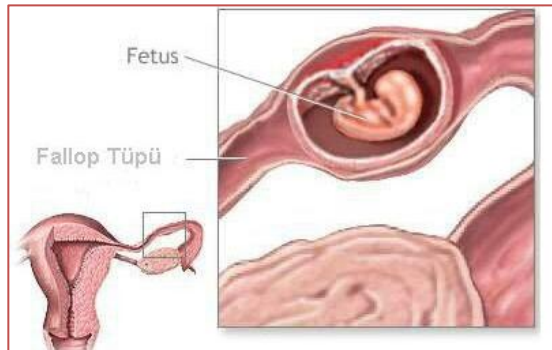


Resim 2.7: Ablasyo plasenta çeşitleri

2.2.3. Dış Gebelik

Dış gebelik, ilk trimesterde maternal morbidite ve mortalitenin en önemli sebebidir ve giderek insidansı artmaktadır. Erken dönem normal gebelik bulgularını taklit eder. Âdet gecikmesi, gebelik testlerinin pozitif olması, bulantı, kusmalar, memelerde hassasiyet normal gebelikte olduğu gibi dış gebelikte de görülür.

Tüplere yerleşen gebelik büyümeye başlar ve belirli bir noktaya geldikten sonra tüpleri girmesi neticesinde burada bir yırtılmaya ve kanamaya neden olur. Bu durum fark edilmez ve tedavi edilmez ise iç kanama sonucu anne ölümü ile sonlanabilir. Eğer bir yırtılma meydana gelmişse ve iç kanama mevcutsa tek tedavi cerrahi girişimdir. Burada laparoskopi ile ya da açık cerrahi ile var olan dış gebelik temizlenir. Uygun vakalarda tüp korunabilir ancak bazen dış gebeliğin geliştiği tüp alınmak durumunda kalınabilir. Yırtılmanın meydana gelmediği vakalarda eğer gerekli bazı şartlar sağlanıyorsa yakın takip altında beklenebilir. Buna bekle ve gör yaklaşımı adı verilmektedir.



Resim 2.8: Dış gebelik

Tubal gebeliklerin bir kısmında gebelik ürünü tüpleri yırtacak ve kanamaya neden olacak büyüklüğe ulaşmadan canlılığını yitirmekte ve bir süre sonra vücut tarafından ya absorbe edilmekte ya da bir vajinal kanama ile dışarıya atılmaktadır. Bu tür vakalarda beklemek hastayı cerrahi bir girişimden kurtarmakta, bu sayede hem operasyona bağlı gelişebilecek yapışıklık riski ortadan kaldırılmakta hem de tüpün alınması gibi bir komplikasyon yaşanmamaktadır. Bekle ve gör tedavisine alınacak hastalar çok iyi seçilmeli, hasta durumu hakkında detaylı olarak bilgilendirilmeli ve bilinçlendirilmelidir. İç kanamaya ait belirtiler hasta ve yakınlarına iyice öğretilerek ortaya çıkmaları durumunda hiç vakit kaybetmeden hastaneye ulaşmaları sağlanmalıdır. Bu tedavi grubundaki hastalar her gün ya da gün aşırı kontrollere çağırılmalı, her seferinde ultrason ve Beta HCG testi ile takip edilmelidir. Beta HCG değerleri düşmeye başladıktan sonra artık iç kanama ve diğer komplikasyonların gelişme riski son derece azalmıştır. Değerler gebelik öncesi değerlere düşene kadar bu takiplere devam edilir.

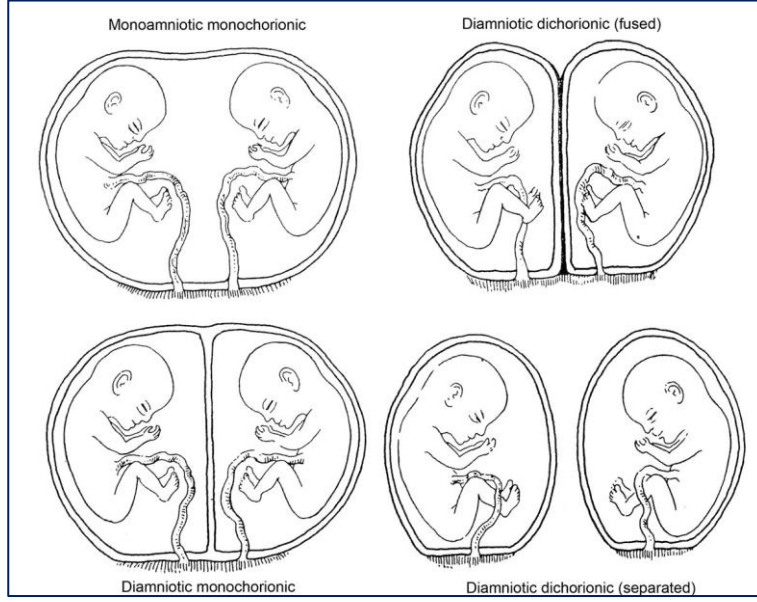
Erken tanı ve doğru tedavi hastanın daha sonraki yaşamı açısından önem taşımaktadır.

2.2.4. Çoğul Gebelik

Uterus içinde iki veya daha fazla sayıda fetüsün bulunması çoğul gebelik olarak tanımlanmaktadır. Çoğul gebeliklerde rol oynayan faktörlerden en önemlileri ırk ve kalıttır.

Gebeliklerin yaklaşık olarak % 1-2'si çoğul gebelik, bunların % 97-98'i ise ikiz gebeliktir. Çoğul gebelikler tekil gebeliklere oranla daha az görülmesine rağmen taşıdığı yüksek perinatal riskler ve artmış tedavi masrafları nedeni ile önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çoğul gebeliklerin erken tanısı, daha yakın gebelik takibi ve tekil gebeliklerden farklı olan perinatal komplikasyonlarının bilinmesi önemlidir.

İkizler tek yumurta ikizleri (monozigot) ve çift yumurta ikizleri (dizigot) olarak ikiye ayrılır. Monozigotlara "eş", dizigotlara "fraternal" adı da verilmektedir. Dizigot ikizler kısırlık tedavisinde olduğu gibi aynı âdet döneminde birden fazla sayıda yumurta hücrenin atılması ve bunların birden fazla sperm ile döllenmesi sonucu oluşur. Genetik olarak aslında ikiz değildirler. Sadece aralarında yaş farkı bulunmayan kardeşlerdir. Monozigot ikizler ise döllenmiş yumurtanın ikiye ayrılması ile oluşur. Bölünme döllenmeden sonra ilk 72 saat içinde olursa bu durumda iki bebek, iki amniyon zarı ve iki plasenta olur (diamniyotik, dikoriyonik). 4-8 günler arası gerçekleşen bölünmelerde iki bebek, iki amniyon ve tek plasenta olur (diamniyotik monokoriyonik) çünkü bu dönemde plasenta oluşmuştur. En çok görülen ikiz gebelik türü budur. 8. gün olan bölünmelerde iki bebek, tek bir amniyon ve tek bir plasenta meydana getirir (monoamniyotik, monokoriyonik). Bu dönemden sonra olan bölünmelerin sonucu ise yapışık ikizler gelişir. Yardımcı üreme tekniklerinde döllenmiş birden fazla sayıda yumurta hücreleri rahim içine bırakıldığından bu bebekler çift yumurta ikizidir.



Resim 2.9: İkiz gebelik tipleri

	Diamniyotik Dikorionik Ayrı plasenta	Diamniyotik Dikorionik Yapışık plasenta	Diamniyotik Monokorionik Tek plasenta	Monoamniyotik Monokorionik Tek plasenta
Sıklık:	%35	%27	%36	%2

Tablo 2.3: İkiz gebelik tipleri ve görülme sıklığı

Çoğul gebeliklerin tüm doğumlardaki sıklığı % 1–2 olmasına rağmen tüm perinatal mortalitenin % 10–14’ünü oluşturmaktadır. Bu oran tekil gebelikle kıyaslandığında 5–10 kat artmış bir risk taşımaktadır.

➤ Çoğul gebeliklerde riskler

Çoğul gebelikler hem anne hem fetüs için risk oluşturmaktadır. Erken doğum, erken membran rüptürü (EMR), intrauterin büyüme geriliği (IUBG), antepartum fetal kayıp, gebeliğe bağlı diyabet, preeklampsi gibi antepartum komplikasyonlar tekil gebeliklerin % 25’inde gelişirken çoğul gebeliklerin % 80’inde ortaya çıkar.

Çoğul gebelikler riskli gebelik sınıfında incelenir çünkü bu tür gebelikler hem anne hem de bebekler için birtakım sorunları da beraberinde taşıyabilir.

Çoğul gebeliklerde salgılanan hormon miktarı fazla olduğundan bulantı ve kusmalar daha fazla görülür. Gebeliğe bağlı dölüsyonel anemi daha derin olur. Kan plazma hacmi tekil gebeliklere göre %10-20 daha fazla artar. Buna bağlı olarak kalp yükü de tekil

gebeliklere göre daha fazla olur. Çoğul gebeliklerde gebeliğe bağlı hipertansiyon ve preeklampsi / eklampsi daha sık görülür.

Çoğul gebeliklerde erken doğum riski daha fazladır. Bebek sayısı arttıkça doğum zamanı da erkene gelmektedir. Bebek sayısı ile ilgili olarak ortalama gebelik süresi aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

1 Fetüs	40 Hafta
2 Fetüs	36 Hafta
3 Fetüs	33 Hafta
4 Fetüs	29 Hafta
5 Fetüs	26 Hafta

Tablo 2.4: Ortalama gebelik süresi

Erken doğum ve düşük riski nedeni ile bu gebelerde fiziksel aktivite kısıtlamaları uygun olur. Bu tür gebelerin 28-30. haftalardan sonra çalışma hayatına ara vermeleri yararlıdır.

Plasenta anomalileri, plasenta previa ve ablasyo plasentaya daha sık rastlanır. Her iki kesede ya da birinde polihidramnios, fetal duruş bozukluğu olma ihtimali vardır. Buna bağlı olarak zor doğum, doğum sonrası atoni ve kanama riski daha yüksektir. Çoğul gebeliklerde konjenital anomali riski de yüksektir.

Bebekler arasındaki damarlanma nedeni ile bir bebekte fazla kan diğesinde ise kanlanma azlığı olabilir. Buna bağlı olarak bebeklerden biri büyük diğeri ise küçük olabilir. Bu duruma ikizden ikize transfüzyon sendromu adı verilir.

2.2.5. Gebelik Zehirlenmeleri

Gebeliğin son üç ayında ve lohusalığın ilk günlerinde görülen tansiyon yükselmesi, ödem ve idrarda protein bulunması ile kendini gösteren duruma gebelik zehirlenmesi ya da **gebelik toksemisi** denir. Gebelik zehirlenmesi preeklampsi ve eklampsi şeklinde görülür.

2.2.5.1. Preeklampsi

Preeklampsi, gebeliğin son trimestrinde hipertansiyon, proteinüri ve ödem görülmesidir. Hipertansiyon en önemli belirtisidir. Diyastolik kan basıncının 90 mmHg ve üzerinde olması preeklampsiyi düşündürmelidir. Ayrıca aşırı kilo alma, baş ağrısı, epigastrik ağrı, kulak çınlaması, görme bozukluğu, bulantı ve kusma da görülebilir.

Preeklampside risk faktörleri:

- İlk gebelik
- Gebenin 18 yaşından küçük ya da 35 yaşından büyük olması
- Doğum sayısının fazla olması

- Gebelik süresince 20 kg'dan fazla kilo alınması
- Gebelik öncesi diyabet ve dolaşım bozukluğu olması

Hekim istemine bağlı olarak magnezyum sülfat uygulanabilir. Preeklampitik hastalarda sıvı dengesinin ayarlanması preoperatif ve operatif dönemde son derece büyük önem taşır. Preeklampsi tedavi edilmezse eklampsi krizleri oluşabilir. Plasental dolaşım bozulduğundan fetüs gelişemez, düşük ağırlıklı doğabilir hatta ölebilir.

2.2.5.2. Eklampsi

Gebelik ya da lohusalık sırasında pre-eklampsi kriterlerini taşıyan hastalarda nörolojik hasar olmadan gelişen konvülsiyon veya koma durumuna eklampsi denir. Eklampsi, preeklampsinin ilerlemiş ve kasılma nöbetlerinin görüldüğü ciddi bir tablodur. Preeklampsi bulgularının yanında solunumda düzensizlik, gözlerde kayma, çift görme, net görememe, huzursuzluk veya uyku hâli ve kasılma tarzında nöbet geçirmeyle sonuçlanır. Nöbet çoğunlukla görme sorunlarıyla başlar, hasta gözünün önünde flaş gibi yanıp sönen ışıklar olduğunu belirtir.

Eklampsi nöbetinin epileptik nöbetten ayırt edilmesi görünüm ve öykü ile olur. Gebede ödemi varsa, kan basıncı yüksekse, epilepsi geçirme ve anti-epileptik ilaç kullanma öyküsü yoksa bu durumda eklampsi nöbeti olduğu düşünülmelidir. Eklampsi nöbetinden önce hastalarda genel olarak gebeliğe bağlı yüksek tansiyon ve idrarda albümin çıkışı görülür.

Eklampsi hem anne hem de çocuk için ölüm nedeni olabilecek bir hastalıktır. Türkiye'de anne ölümlerinin en sık ikinci nedeni eklampsidir. Eklampsi doğumdan önce, doğum sırasında ve doğum sonrasında görülmekle beraber genellikle gebeliğin son üç ayında görülür.

Tüm gebe kadınlara gebelik boyunca kilo takibi yapılmalı, düzenli olarak tansiyonları ölçülmeli ve idrarda albümin bakılmalıdır. Az tuzlu, düşük kalorili, proteinden zengin, karbonhidrat ve yağdan fakir bir beslenme diyeti uygulanmalıdır. Durumu ağır hastalar, hastaneye yatırılarak nöbetleri önleyecek ilaçlar ve tansiyon düşürücü ilaçlar verilmelidir.

2.2.6. Erken Doğum Tehdidi

37. gebelik haftası tamamlanmadan gerçekleşen doğumlar erken doğum olarak adlandırılır. Erken doğum, perinatal mortalite ve morbiditenin en önde gelen nedenidir. Özellikle 30. gebelik haftasından önceki doğumlarda respiratuar distres sendromu (RDS), nekrotizan enterokolit, intraventricüler kanama, sepsis riski ve perinatal mortalite yüksektir.

Oksitosin, progesteron çekilmesi, fetal kortikosteroidler, prostaglandinler, katekolaminler, erken servikal olgunlaşma, uterusu gerilme ve uterus kan akımındaki değişimler erken doğum eylemini başlatan nedenlerdir.

Gerçek erken doğum tehdidi (EDT) tanısını koymak her zaman kolay değildir. Gerçekte EDT olmayan bir anne adayına EDT tanısı koymak anne adayının yan etkileri ciddi olabilen ilaçlarla tedavi görmesine ve uzun süreler hastanede yatmak zorunda kalmasına yol açar. Aksine EDT olan anne adayına tanının konamaması ise prematüre bir bebeğin doğumuyla sonuçlanır.

Geçirilmiş erken doğum öyküsü, uterusu gerginlik (çoğul gebelik, polihidramnios, iri fetus), antenatal kanama, üriner sistem enfeksiyonu, maternal yaş, anemi, sigara kullanımı erken doğum için risk faktörleridir.

Erken doğumun getireceği sorunları önlemenin birinci yolu 37. gebelik haftasından önce erken doğum eylemlerinin durdurulmasıdır. Erken doğum eyleminin erken tanınması ise tedavinin başarı şansını arttırmaktadır.

Erken doğumun önlenmesi için kullanılan ilaçlar gerçekte kontraksiyonları önleyici ilaçlar olup myometriumun uyarana karşı cevabını engellerler ya da myometriumu uyaran maddelerin yapım veya salınımını inhibe eder. Bu ilaçlar uterusun kasılmalarını durdurmaya yardımcı olur. En sık intravenöz yolla ritodrin ve magnezyum sülfat kullanılır.

Düzenli olarak antenatal kontrollere gidilmesi ve bertaraf edilebilen risk faktörlerinin saptanarak giderilmesi (anemi, idrar yolu enfeksiyonları, serviks ve vajinadaki enfeksiyonlar gibi) EDT riskini azaltabilir.

2.2.7. Düşük ve Düşük Tehdidi

Gebeliğin ilk 20. haftası içinde, 500 gramdan az embriyo / fetus ve eklerinin tamamının veya bir kısmının uterus haznesi dışına atılması olayına abortus denilmektedir. Diğer bir deyişle fetusun uterus dışında bağımsız yaşama yeteneğini kazanacak kadar gelişmeden gebeliğin sonlanmasıdır.

2.2.7.1. Oluş Zamanlarına Göre Abortuslar

➤ Subklinik abortus (belirlenemeyen abortus)

Fekondasyondan hemen sonraki günlerde gerçekleşir. Kadın gebe kaldığını fark etmez. Sonuçta ya zamanında bir menstrüel kanama, veya birkaç gün geciken bir menstrüel kanama ile gebelik kendiliğinden sonlanır.

➤ Erken abortus

12. gebelik haftasının sonuna kadar oluşan abortuslardır. Düşüklerin %80'den fazlası ilk 12 haftada olmaktadır. Bunların en az yarısına kromozomal anomaliler yol açmaktadır. Bundan sonra düşük oranlarında hızlı bir düşüş olur.

➤ **Geç abortus**

13-20 haftalar arasında oluşan abortuslardır. Geç gebelik kayıpları, rahim ve rahim kanalının yapısal bozukluklarına bağlıdır. Bu yapısal bozuklukların başlıcaları; servikal yetmezlik, rahim duvarı yapışıklıkları ve rahim içi anatomik bozukluklarıdır.

2.2.7.2. Oluş Şekillerine Göre Abortuslar

➤ **Spontan abortuslar**

Mekanik ya da farmakolojik müdahale ve zorlama olmadan gebeliğin 20. gebelik haftasından önce sonlanmasıdır. Kadın yaşı arttıkça spontan abortus riski artar. Spontan abortusların çok büyük bir bölümü, embriyonun ölümünden sonraki ilk 1-3. haftalar arasında gerçekleşir.

➤ **Zorlanmış (provake) abortuslar**

Kendi aralarında ikiye ayrılır.

• **Medikal abortus (terapötik abortus)**

Tıbbi endikasyonlar nedeniyle gebeliğin sonlandırılmasıdır. Şu durumlar medikal abortus endikasyonudur:

- Maternal ağır sistemik hastalıklar, böbrek hastalıkları, kalp hastalıkları
- Gebelik psikozu, sarılık, kanser
- Fetusda anomali
- Gebelikte teratojenik ilaç kullanımı,
- Özellikle ilk üç ayda TORCH enfeksiyonu geçirilmesi
- Genetik hastalıklar
- Pelvise radyasyon uygulanması
- Fenilketonuri-galaktozemi gibi doğuştan metabolik hastalıklar

• **İstemli (kriminal, elektif) abortuslar**

Anne ve fetüs açısından hiçbir tıbbi sorun yokken istenmeyen bir gebelik olgusunun 20. gebelik haftasından önce sonlandırılmasıdır.

Abortus teşhisi tanısında öncelikle yapılması gereken öykü almaktır. Son âdet tarihi özellikle sorgulanmalı ve âdet düzeni mutlak sorulmalıdır. Çoğu kez hastalar sekonder bir amenore sonrası olan vaginal kanama şikâyeti ile başvurur. Bu hastaların ayırıcı tanısında olası servikal polipler, vajinit, servikal karsinom, gestasyonel trofoblastik hastalık, ektopik gebelik, alt genital traktüs travmaları ve yabancı cisim düşünülmelidir.

Kanama gebeliğin haftasına ve olayın ilerleyiş tarzına göre leke tarzında, bol miktarda veya abondan vasıfta olabilir. Abortus olayının ilerleyişine göre düşen parça öyküsü alınabilir. Gebelik önceden biliniyorsa gebelikte yapılan muayene ve laboratuvar bulguları sorgulanmalıdır. Pelvik muayenenin zorlamadan ve kolay bir biçimde yapılması gerekir. Önce spekulum ile kanamanın nereden olduğu (uterus kavitesi, vagen duvarı, polipoid odaklar veya lezyone sahalar), servikal dilatasyonun olup olmadığı ve abort materyalinin kavite dışına atılıp atılmadığı araştırılır. Tuşe muayenesiyle de servikal açıklık, uterusun büyüklüğü, kıvamı ve hassasiyeti değerlendirilir. Ultrasonografi, erken gebelik kayıplarının tanısında en çok bilgi veren ve ayırıcı tanı yapmayı sağlayan basit ve ucuz bir tanı aracıdır.

Düşükler her zaman aynı belirtilerle olmaz. Bazen kanama veya ağrı henüz başlamamışken teşhis edilebilen düşükler vardır. Gebelik kesesi görülmesine rağmen embriyonun gelişmemesi veya çok erken dönemde gelişmesinin durması nedeniyle görülmemesi (boş kese-anembriyonik gebelik) de bir tür düşüktür.

2.2.7.3. Klinik Seyrine Göre Abortuslar

- **Abortus imminens (düşük tehdidi) :** 20. gebelik haftasından önce vajinal kanama olması şeklinde tanımlanır. Gebelerin %20-25'inde ilk aylarda damlama tarzında vajinal kanama görülür. Erken gebelikte kanaması olan kadınların yaklaşık yarısında abortus olur. Kanama genellikle önce başlar ve kanamayı takiben birkaç saatle birkaç gün sonra kramp tarzında karın ağrısı olur. Muayenede servikal os kapalıdır ve kanamanın uterin kaviteden olduğu görülür. Servikal hareketlerde ve adnekslerde hassasiyet gözlenmez, doku kaybı ya da membran rüptürü yoktur. Klinik olarak abortus imminens, komplet abortus ve rüptüre olmamış ektopik gebeliği birbirinden ayırmak çoğunlukla olanaksızdır.

Düşük tehdidi yaşayan anne adaylarına fiziksel aktivitelerini kısıtlamaları, yatak istirahati ve cinsel ilişkinin yasaklanması önerilir. Tüm önlemlere rağmen düşük tehdidi düşük ile sonlanabilir. Bu olayın bir sebebi de düşüklerin önemli bir kısmının genetik anomalilerden kaynaklanmasıdır. Sağlıksız bir gebeliğin devam etmemesi doğal seleksiyon mekanizmasının işlemesi olarak değerlendirilebilir.

- **Abortus incipiens (önlenebilen düşük):** Düşük, bir olay değil bir süreçtir. Farklı olgular gibi sınıflandırılmalarına rağmen kaçınılmaz ve tam olmayan düşükler, benzer klinik problemler gösterir ve aynı tedaviyi gerektirir. Abortusun önlenebilirliği, servikal dilatasyon varlığında membranların gros rüptürü ile kendini gösterir. Bu koşullarda abortus hemen hemen kesindir. Tam olmayan düşükte, gebelik ürünleri uterus kavitesinden kısmen dışarı çıkmıştır, serviksın dış ağzından görülebilir veya vajinadadır ve kanama ile kramplar sürekli. Fetus ve plasenta, 10 haftadan önce oluşan abortuslarda birlikte atılma eğilimindeyken bundan sonra ayrı ayrı atılma eğilimindedir. Kaçınılmaz veya tam olmayan düşüklerde, fetal yaşam devam edemez. Tedavinin amacı

daha fazla maternal kanamaları ve enfeksiyon komplikasyonlarını önlemek için uterusun boşaltılmasıdır.

- **Missed abortuslar:** Embriyonun oluştuktan sonra yaşamaya devam etmemesidir. Bu durumda embriyonun kalp atışları görülmemektedir. Fetus uzun süredir ölmüş olduğu hâlde uterus kavitesi dışına atılmaması inutero olarak kalması olarak tanımlanır. Ölü fetusun atılmama nedeni kesin bilinmemekle beraber düşük tehdidi olgularında tedavi amacıyla sorumsuzca kullanılan progesteronun bu sonucu yarattığı düşünülmektedir. Çoğu kez kahverengi bir vaginal akıntı vardır. Ağrı şikâyeti çoğu kez yoktur. Bir süre uterus, boyutları bakımından sabit kalabilir ancak meme değişiklikleri genellikle geriler.
- **Habituel abortuslar (rekürren abortus):** Geleneksel olarak son menstruasyon tarihinden itibaren 20. gebelik haftasından önce klinik olarak fark edilmiş, 3 veya daha fazla gebelik kaybı olarak tanımlanır.

Primer ve sekonder olarak sınıflandırılır. Primer habituel abortus daha önce yaşayan çocuğu olmayan, sekonder habituel abortus ise en az bir yaşayan çocuğu olan kadınlarda üç ardışık spontan abortus meydana gelmesi olarak tanımlanır. Özellikle aşağıdaki durumlardan biri olduğunda birbirini takip eden iki spontan düşüğü bulunan çiftlerde klinik araştırma ve tedavi yapılması gerekir. Bu durumlar:

- Gebelik kaybından önce fetal kalp aktivitesi saptanmışsa
 - Kadının yaşı 35'ten fazla ise
 - Önceki gebelik kaybındaki konsepsiyon ürününün normal karyotipte olması
 - İnfertilite
- **Septik abortuslar:** Şahsın kendisi veya başkaları tarafından paramedikal aletler kullanılarak düşük yaptırılarak (kriminal abortus), genital organlarda enfeksiyon meydana gelmesi ile sonuçlanan düşük şekline septik abortus denir. Yaygın bir enfeksiyon tablosu vardır.

2.2.8. Mol Gebelik

Gebeliğin trofoblastik hastalıklarından olan molar gebelik, molar parsiyel ve komplet olarak iki kategoriye ayrılır. Molar gebeliklere ultrasonografi ile tanı konulur. Erken tanı ve tedavi önemlidir. Tedavide gebelik yaşına göre aspirasyon ve dilatasyon ile uterus boşaltılır. Gebe kadının beta-HCG düzeyi normale inene kadar takip edilmelidir.



Resim 2.10: Molar gebelik

2.2.8.1. Komplet Mol Hidatiform

Komplet mol, kromozom içermeyen bir oositin sperm ile döllenmesiyle oluşur. Molar gebeliğin bu tipinde embriyo erken dönemde ölür. Damarlanması olmayan ve ödem sonucu içinde sıvı toplanan koryonik villuslar veziküller oluşturur. Mol vezikülleri üzüm salkımını andırır. Trofoblastlardaki aşırı proliferasyon sonucu beta-HCG düzeyi sürekli yükselir. Komplet molde uterus gebelik tarihine göre büyüktür. FKS yoktur. Bu belirtilerin görüldüğü kişiler genellikle ağrısız vajinal kanama ve veziküllerin düşmesi ile hastaneye başvururlar. Malignleşme riski yüksektir.

2.2.8.2. Parsiyel Mol Hidatiform

Parsiyel mol, normal ovumun iki sperm tarafından döllenmesi sonucu ortaya çıkar. Villuslarda damarlanma vardır. Fetus ve amniotik zarlar bulunur. Beta-HCG düzeyi çok yüksek seyretmez. Uterus büyüklüğü beklenenden azdır. Veziküller yaygın değil kısmidir. Fetus 8-9 hafta canlı kalabilir. Parsiyel mol missed veya spontan abortusla sonuçlanır.

2.2.9. Gün Aşımı Gebelik (Sürmatürite, Postterm, Postmatürite)

Gün aşımı gebelikler, son âdetine göre 42. haftayı tamamlamış gebelikler olarak tanımlanır. Gün aşımı gebelikler perinatal mortalite ve morbiditenin yükselmesi ile beraberinde getirir. 40. gebelik haftasından sonra progresif uteroplental yetmezliğe bağlı olarak fetal asfiksi, intrapartum distres, mekonyum aspirasyonu ve dismatürite sendromu oranları artar. Bu gebeliklerin yakın antenatal takibi ve uygun doğum zamanı sağlıklı bir yenidoğan için gereklidir.

Gün aşımı gebeliklerin maternal yaş, parite ve etnik köken ile ilişkisi yoktur. Daha önce uzamış gebelik öyküsü olanlar ve düşük sosyoekonomik düzeyli toplumlarda daha sık görülür.

2.2.10. Servikal Yetmezlik

Servikal yetmezlik, 2. trimesterde tekrarlayan ve ağrısız servikal dilatasyonu takiben oluşmuş geç 2. trimester ya da erken 3. trimester gebelik kayıplarıdır. Servikal yetmezlik veya erken servikal dilatasyon ikinci trimester gebelik kayıplarının önemli bir nedenini oluşturmaktadır. Gebeliğin 2. trimesterinde serviksin sancısız dilatasyonunu takiben membranların yırtılması ve henüz yaşayabilecek olgunluğa ulaşmamış bir fetüsün atılması ile sonuçlanan durumdur. Serviksin yapısı, bağ dokusundan zengindir. Servikal yetmezliğin en önemli nedeni travmatik serviks yaralanmalarıdır. Ayrıca konjenital, hormonal ve multiple gebelik de servikal yetmezlik nedenleri arasındadır. Tedavisinde ise yatak istirahati, bazı farmakolojik maddeler gibi seçenekler denenmekle birlikte serviksin sirküler suture etmek suretiyle büzülmesi anlamındaki serklaj işlemi en sık kullanılan yöntemdir.

Serklaj için ideal dönem 12-16. gebelik haftalarıdır. Serklaj yapılması için 12. gebelik haftası beklenir çünkü abortusların çoğu bu dönemden önce oluşur. Serklaj yapılmadan önce fetusun canlı olduğunun ve fetusta anomali olmadığını ultrasonla saptanması gereklidir. Belirgin servikal infeksiyonlar tedavi edilmeli, gerekli görüldüğü takdirde serviksten kültür alınmalıdır. Serklajdan en az bir hafta önce başlayarak bir hafta sonraki döneme kadar cinsel ilişki yasaklanmalıdır. Ayrıca bu gebelerde fiziksel aktivite kısıtlanmalıdır.

2.2.11. Erken Membran Ruptürü

Erken membran ruptürü (EMR), gebelik sonuçlarını olumsuz etkileyen en önemli obstetrik sorunlardan birisidir. Fetal membranların doğum eyleminin başlangıcından önce ruptüre olması şeklinde tanımlanan erken membran ruptürü, 37. gebelik haftasından önce meydana gelecek olursa bu duruma preterm erken membran ruptürü (PEMR) denir. EMR tüm gebeliklerin %5-10'unda görülür ve bu olguların büyük çoğunluğu termde meydana gelir.

Fetal membranlardan ince ve içte olanı amnion, kalın ve dışta olanı ise koryondur. Her ikisi arasında kollajenden zengin bağ dokusu vardır. Membranlardaki aktivite 28. gebelik haftasına kadar devam eder ve sonra gerilemeye başlar. Amnion koryona göre daha fazla gerilme kuvvetine sahiptir ancak gebelik ilerledikçe, biyokimyasal ve biyofiziksel değişikliklere bağlı olarak membranlarda zayıflama ile kollajen miktarında azalma görülür.

Erken membran ruptürünün risk faktörleri şunlardır:

- Enfeksiyon
- Vajinal pH
- Beslenme bozuklukları
- Uterusun aşırı gerilmesi
- Hormonlar
- Sigara
- Servikal yetmezlik
- Yüksek prolaktin seviyesi

- Amniosentez
- Vajinal kanamadır.

Suyunun geldiğini ifade eden bir gebeye steril spekulum muayenesi yapılır. Rahim ağzından gelen suyun görülmesi, gelen suya birtakım laboratuvar tetkikleri yapılarak suyun bebeğe ait olup olmadığının anlaşılması ve ultrasonografide bebeğin suyunun azaldığının görülmesi suyun erken gelmesini düşündürür.

Suyu erken gelen gebelerde tedavide en önemli nokta enfeksiyonların önlenmesidir. Bunun için rahim ağzından kültür alındıktan sonra antibiyotik tedavisine başlanır. 34 haftanın altındaki gebeliklerde bebeğin akciğerleri yeterince gelişmediği için akciğerini geliştirecek iğne yapılır. 37 haftanın üzerinde 24 saat içinde suyu gelen gebelerin % 70'inde doğum eylemi başlar. Enfeksiyon riski nedeniyle 24 saat içinde doğum başlamazsa suni sancı ile doğum başlatılmaya çalışılır.

2.2.12. İntrauterin Fetal Ölüm

Gebeliğin 20. haftasından sonra veya 500 gramdan büyük, doğumda ve doğumdan sonra hiçbir canlılık belirtisi olmayan doğumlar ölü doğum olarak adlandırılır.

İleri maternal yaş, obezite, sigara kullanımı, önceden geçirilmiş ölü doğum hikâyesi, maternal hastalıklar, fetal ölüm riskini arttıran faktörlerdir. Geç fetal kayıplar (GFK) fetal, plasental veya maternal nedenlerle olabilir.

- **Fetal nedenler:** GFK'ların %25-40'ının nedeni fetal kaynaklıdır. Bunlar arasında anomaliler, enfeksiyonlar, malnütrisyon, nonimmün hidrops ve anti-D izoimmünizasyonu bulunmaktadır.
- **Plasental nedenler:** Geç fetal kayıptaki plasenta, membranlar ve kordon kaynaklı sebepler %15-25 sıklıkta bildirilmiştir. Bu sebeplerin çoğu aynı zamanda maternal sebepler arasında da sayılabilir. Bu durum kronik hipertansif hastalıklara veya antifosfolipid antikorlarına bağlı gelişen plasental yetmezlik için de geçerlidir. İlk trimester fetal kayıplarının çok fazla nedeni olmasına rağmen ikinci ve üçüncü trimester kayıplarının çoğunun sebebi plasental yetmezlikle ilişkilidir.
- **Maternal nedenler:** Maternal diyabet ve hipertansif hastalıklar fetal ölümlerin %5-8'ine neden olmaktadır. Bu nedenler geç fetal kayıpların nispeten küçük bir kısmını oluşturmaktadır.

Fetal ölüm kadın ve ailesi için psikolojik açıdan travmatik bir olaydır. Fetal ölümün tanısıyla doğum indüksiyonu arasındaki sürenin 24 saatten uzun olmasının aşırı anksiyete ile ilişkili olduğunu saptanmıştır. Ölü doğum tecrübesi yaşamış bir kadın postpartum depresyon açısından yüksek risk altındadır ve yakından takip edilmelidir.

Antenatal bakım, uygun hospitalizasyon bazen intrauterin ortamın zararlı hâle geldiği durumlarda zamanından önce doğum yaptırılarak perinatal mortalitenin büyük bir bölümünü oluşturan ölü doğumların oranında düşmeler sağlanabilir.

ÖLÇME VE DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangisi ideal gebelik yaşıdır?
 - A) 18-35 yaş arası
 - B) 20-30 yaş arası
 - C) 25-35 yaş arası
 - D) 30-35 yaş arası
 - E) 35-45 yaş arası
2. Rh uyumsuzluğu ile ilgili aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
 - A) Rh (-) olan anne kanında antijenlere karşı antikor oluşur.
 - B) Anne Rh (-), fetus Rh (+) olduğunda görülür.
 - C) İlk gebeliklerde anne ve fetus açısından durum oldukça tehlikelidir.
 - D) Fetal kan eritrositlerinin hemolizi sonucu fetüste anemi ve sarılık görülür.
 - E) Fetal eritrositlerde bulunan Rh antijeni plasental dolaşım ile anne karnına geçer.
3. Dış gebeliğin tanımı aşağıdakilerden hangisidir?
 - A) Sperm-ovumun gelişme aşamalarını tamamlayamamasıdır.
 - B) Zigotun kavum uteri dışına yerleşmesidir.
 - C) Sperm-ovumun servikal kanala implante olması hâlidir.
 - D) Zigot ile kavum uterinin enfeksiyon hâlidir.
 - E) Plasentayı oluşturan villusların aşırı dejenerasyonudur.

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise **D**, yanlış ise **Y** yazınız.

4. () 10-19 yaş arasındaki kadınların gebeliği adölesan gebelik olarak adlandırılır.
5. () Gebeliğin 20. haftasından sonra veya 500 gramdan büyük, doğumda ve doğumdan sonra hiçbir canlılık belirtisi olmayan doğumlara ölü doğum denir.

DEĞERLENDİRME

Aşağıdaki soruları dikkatlice okuyunuz ve doğru seçeneği işaretleyiniz.

1. Aşağıdakilerden hangi leopold manevrası ile fundus yüksekliği ölçülerek ortalama gebelik haftası belirlenir?
 - A) 1. leopold manevrası
 - B) 2. leopold manevrası
 - C) 3. leopold manevrası
 - D) 4. leopold manevrası
 - E) 5. leopold manevrası
2. Aşağıdaki ifadelerden hangisi yanlıştır?
 - A) İkili test 11-14. haftalar arasında yapılır.
 - B) Gebelikte PAP-smear testi asla yapılmaz
 - C) Gebenin ilk başvurusunda detaylı bir öykü alınmalıdır.
 - D) Gebeliğin 16-18. haftaları arasında üçlü test yapılır.
 - E) Gebenin her muayenesinde kilo takibi yapılmalıdır.
3. Aşağıdakilerden hangisi erken memran rüptürünün risk faktörlerindedir?
 - A) Enfeksiyon
 - B) Vajinal pH
 - C) Beslenme bozuklukları
 - D) Uterusun aşırı gerilmesi
 - E) Hepsi
4. Aşağıda verilen bilgilerden hangisi doğrudur?
 - A) Uterusun karın içinde yüksekliği 2. leopold manevrası ile belirlenir
 - B) Fetusun sırtının hangi tarafta olduğu 1. leopold manevrası ile belirlenir.
 - C) Gebeliğin 36. haftasında fundus yüksekliği en üst seviyeye ulaşır.
 - D) Pelvise doğru bebeğin hangi kısmının prezente olduğu 4. leopold manevrası ile belirlenir.
 - E) Bebeğin pelvise yerleşip yerleşmediğine 3. leopold manevrası ile bakılır.
5. Aşağıdakilerden hangisi fetal ölüm riskini arttıran faktörlerdendir?
 - A) İleri maternal yaş
 - B) Obezite
 - C) Sigara kullanımı
 - D) Maternal hastalıklar
 - E) Hepsi

Aşağıdaki cümlelerin başında boş bırakılan parantezlere, cümlelerde verilen bilgiler doğru ise D, yanlış ise Y yazınız.

6. () Üçlü test gebeliğin 16-18. haftaları arasında yapılan bir incelemedir. Anne adayından alınan kanda üç ayrı hormon tetkiki yapılarak Down sendromu ve Nöral tüp defekti riski belirlenir.
7. () Erken membran rüptürü fetal membranların doğum eylemi başladıktan sonra açılmasıdır
8. () Gebenin her kontrolünde kan basıncı ölçülmelidir.
9. () Gebelik döneminde yapılan egzersizler fetüse ve gebeye zarar verir.
10. () Miad gebelikte amnion sıvısının 2000 ml'den fazla olması oligohidramnios olarak değerlendirilir.

CEVAP ANAHTARLARI

ÖĞRENME FAALİYETİ-1'İN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	B
3	D
4	Yanlış
5	Doğru

ÖĞRENME FAALİYETİ-2'NİN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	C
3	B
4	Doğru
5	Doğru

DEĞERLENDİRMENİN CEVAP ANAHTARI

1	A
2	B
3	E
4	C
5	E
6	Doğru
7	Yanlış
8	Doğru
9	Yanlış
10	Yanlış

KAYNAKÇA

- **AKBAYRAK, Türkan, Gebelik ve Egzersiz**, Klasmat Matbaacılık, Ankara,2008.
- **AKPINAR, Onur, Gebelik ve Kalp hastalıkları**, Anadolu Kardiyoloji Dergisi, Özel Sayı: 1, İstanbul, 2009.
- **AKYILDIZ, Naciye, Anne ve Çocuk Sağlığı**, Ya-pa Yayıncılık, Ankara, 2000.
- **ARIGÜLOĞLU, Erdal, Ceyhun NUMANOĞLU, Günaşımı Gebeliklerde Perinatal Sonuçlar**, Perinatoloji Dergisi, İstanbul, 1994.
- **ASLAN, Dilek, Halk Sağlığı ile İlgili Güncel Sorunlar ve Yaklaşımlar**, Grafker Matbaası, Ankara, 2009.
- **CEBESOY, Fatma, Ebru DİKENSÖY, Komplet Mol ve Normal Fetustan Oluşan İkiz Gebelik: İki Vakanın Sunumu**, Düzce Tıp Dergisi, sayı: 12, Düzce, 2010.
- **ÇİÇEK, M. Nedim, M. Tamer MÜNGAN, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji**, Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, 2007.
- **ÇİÇEK, Nedim, Tamer MÜNGAN, Klinikte Obstetrik ve Jinekoloji**, Güneş Tıp Kitabevi, İstanbul, 2007.
- **ÇOŞAR, Emine, Erdoğan SOYUÇEN, İntrauterin Fetus Ölümü: Etyolojisi ve Önlenmesi**, D.P.Ü. Fen Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 12. Sayı, Kütahya 2006.
- **DANIŞMAN, Nuri, Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi**, Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Aile ve Toplum Sağlığı, Dünya Sağlık Örgütü, Genava, 2003.
- **DİLBAZ, Berna, Lesley MILNE, Güvenli Annelik**, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Ankara, 2005.
- **EGELİOĞLU, Nuray, Gebelikte Rh Uyuşmazlıkları**, Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, Cilt:5, Sayı:14, Elazığ, 2010.
- **ERGİN, Filiz, Hilmiye AKSU, Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik ve Niteliği**, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, Erzurum, 2010.
- **GÜN, İsmet, Servikal Yetmezlik ve Servikal Serklaj**, Van Tıp Dergisi, Cilt:16, Sayı:2, Van, 2009.
- **KAYA, Cemil, Gülşen VARDAR, Gestasyonel Diabetes Mellitus Tarama ve Tanısında Yeni Yaklaşımlar**, Türkiye klinikleri Jinekoloji Obstetrik Dergisi, Cilt: 10, Sayı:3, Ankara, 2000.
- **KÖŞÜŞ, Aydın, Metin ÇAPAR, Erken membran rüptürü olan 36-42 haftalık gebelerde maternal ve fetal sonuçlar**, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, Konya, 2005.

- KÜÇÜK, Mert, İrfan YAVAŞOĞLU, **Gebelik Ve Hematoloji**, Nobel Medicus 21 Cilt: 7, Sayı: 3, İstanbul, 2011.
- MADAZLI, Rıza, **Rh Uyuşmazlığı-Fetal Anemi Tedavisi**, Herkes İçin Transfüzyon Tıbbı Sempozyum, No: 44, İstanbul, 2005.
- NEYZİ, Olcay, UZEL Nedret, **Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler**, Sağlık Bakanlığı Yayınları, Ankara, 1992.
- OSKAY, Ümran, **Yüksek Riskli Gebelerde Hemşirelik Bakımı**, Perinatoloji Dergisi, Cilt: 12, Sayı: 1, İstanbul, 2004.
- ÖZKAN, Ayşe, Ayşe Uz, **Tıbbi Aciller II ve Doğum**, Birinci Baskı, Feza Gazetecilik AŞ, İstanbul, 2006.
- ROBERTS, James, HEDGES Jerris, **Clinical Procedures in Emergency Medicine**, 4th edition, Saunders, 2003.
- SAMUR, Gülhan, **Gebelik ve Emzicilik Döneminde Beslenme**, Klasmat Matbaacılık, Ankara, 2008.
- SÖNMEZ, Yonca, **Doğum Öncesi Bakım Hizmetleri**, Türk Tabipleri Birliği - Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, Cilt: 16, Sayı:1, Ankara, 2007.
- SUCU, Mete, **Gebelikte Bulantı Kusması Olan Kadınların Hastaneye Yatış Endikasyonunun Belirlenmesinde Puqe Skorlaması**, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilimdalı, Adana, 2009.
- YAŞAR, Derya, **İntrauterin Bebek Ölümleri**, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, 2009.
- YÜCEL, Muzaffer, **Kadın Sağlığı Hastalıkları ve Aile Planlaması**, Palme Yayıncılık, Ankara, 2005.
- <http://www.saglikliyasam.gov.tr/> 20 Temmuz 2012 12.06
- <http://www.gebelik.org/dosyalar/iaiy.html> 6 Temmuz 2012 02.40