

DERLEME/REVIEW

GEBELİĞİN TIBBİ TERMİNASYONU: HEMŞİRELİK DESTEK PROGRAMI
ÖRNEĞİ

Meltem Mecdi KAYDIRAK*

Ergül ASLAN **

Alınış Tarihi/Received	Kabul Tarihi/Accepted	Yayın Tarihi/Published
08.11.2018	22.09.2020	

Bu makaleye atıfta bulunmak için/To cite this article:

Kaydırak MM, Aslan E. Gebeliğin tıbbi terminasyonu: Hemşirelik destek programı örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2020; 23(3): 430-443. DOI: 10.17049/ataunihem.480328

ÖZ

Gebelik kaybı anne ve diğer aile fertlerini etkileyen biyo-psiko-sosyal ve spiritüel boyutu olan bir yaşam krizidir. Özellikle viabilite sınırını aşmış gebelerde yapılan fetosit işlemi anne için yıpratıcı bir durumdur. Kayıp aile için sadece bir bebeğin kaybı ile sınırlı kalmaz geleceğe yönelik ümitsizlik ve hayal kırıklığına da neden olur. Her ebeveynin yas süreci birbirinden farklı olsa da bu süreçte sosyal desteğe ve destekleyici hemşirelik bakımına ihtiyaç duyar. Tıbbi terminasyon süreci kadının anksiyeteye, bilgi eksikliğine bağlı korkuyla ve tıbbi terminasyon kararı aşamasındaki zorlukla baş etmesine ve uyum sağlamasına yönelik pek çok zorluğu içerir. Buna ek olarak kadının doğum süreci ve sonrasında da karşılanması gereken fiziksel (ağrı, kanama, bulantı, kusma vb.) ve ruhsal (anksiyete, korku, yas vb.) bakım gereksinimi vardır. Kayıp yaşayan ailenin bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bakımın sağlanması profesyonel bir ekip tarafından yapılmalıdır. Hemşire bu ekip içerisinde bakım verici rolüne ek olarak multidisipliner veya interdisipliner sağlık ekip üyeleriyle işbirliği yapar ve koordinatör rolü üstlenir. Bu derleme gebeliğin tıbbi terminasyon sürecini, tıbbi terminasyon sürecindeki hemşirelik yaklaşımını tanımlamak ve “Roy’un Adaptasyon Modeli”nin kullanımını, bir örnek ile açıklayarak, hemşirelik modellerinin kullanılmasının gerekliliğine dikkat çekmek ve kullanımının yaygınlaştırılmasını sağlamak amacıyla yazılmıştır. **Anahtar kelimeler:** Gebeliğin tıbbi terminasyonu, hemşirelik bakımı, perinatal kayıp, Roy Adaptasyon Modeli

ABSTRACT

The Medical Termination of Pregnancy: An Example Nursing Support Programme

Loss of pregnancy is a life crisis with bio-psycho-social and spiritual aspects which affect the mother and other family members. Especially feticide in pregnant women who exceeded viability limit is a backbreaking situation for the mother. The loss is not limited to the loss a baby for the family, it also causes hopelessness and disappointment towards future. Termination of pregnancy process contains various difficulties in relation to pregnant woman’s coping with and adapting to anxiety, fear based on lack of information and the difficulties during medical termination decision. In addition, there is a need for physical (pain, bleeding, nausea, vomiting etc.) and spiritual (anxiety, fear, grief etc.) care that should be met after the labour of the woman. Care needs of the family that suffered a loss should be determined and care should be provided by a professional team. When solving the medical problems identified, the nurse cooperates with multidisciplinary or interdisciplinary healthcare professionals and assumes coordinator role in addition to her role as caregiver. The aim of this review is to definition a termination of pregnancy process, nursing care of termination of pregnancy women as well as an attempt to attract attention to the necessity of using the nursing models and to enable the spread of their usage by explaining the utilization of “Roy’s Adaptation Model” with a sample.

Key Words: Medical termination of pregnancy; nursing care; perinatal loss; Roy Adaptation Model

* **Sorumlu Yazar:** İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (Dr. Öğr. Üyesi), Orcid ID: 0000-0002-6877-0269, e-posta: meltemecdi@gmail.com

** İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD (Prof. Dr.), Orcid ID: 0000-0002-6529-5992, e-posta: ergul34tr@hotmail.com

GİRİŞ

Gebelik kaybı bir embriyo, fetüs veya yenidoğanın dölleme, gebelik, doğum ve erken neonatal dönem süreçlerinin birinde ölümünü ifade etmektedir. Fetal ölüm gebelik süresinden bağımsız olarak, konsepsiyon materyalinin anneden tam olarak atılmasından önce meydana gelen ölüm şeklidir. Fetal ölümler erken (20 haftadan küçük), orta (20-27. haftalar arası) ve geç (28 haftadan sonra) görülen ölümler olarak ayrılmaktadır (1). Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) ve Dünya Sağlık Örgütü abortusu 20. gebelik haftasından küçük gebeliğin sonlanması veya gebelik haftası bilinmiyor ise 500 gr'dan küçük bir fetüsün doğumu olarak tanımlanmaktadır (2,3).

Gebelik kayıplarını açıklarken ortak bir literatürde gebeliğin tıbbi terminasyonu, gebelik sonlandırılması, medikal abortus, tıbbi tahliye, terapötik abortus tanımlarının birbiri yerine kullanıldığı görülmektedir (4). Oysa ki her bir kavram birbirinden ayrı olayları tanımlamaktadır (5). Özellikle MEsH'de ikinci ve üçüncü trimester fetal geç kayıplarda gebeliğin tıbbi terminasyonu terimi kullanılmaktadır. İkinci ve üçüncü trimester gebeliğin tıbbi terminasyon yöntemi ile sonlandırılacağı durumda o ülkenin yasal düzenlemeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Bu derleme orta ve geç fetal kayıplar ve fetüsün maternal ve/veya fetal nedenlerden dolayı gebeliğin tıbbi terminasyon sürecini ve hemşirelik bakımını detaylı olarak açıklamaktadır. Buna göre gebeliğin tıbbi terminasyon kararı, yöntemi ve endikasyonları açıklanırken, bilinmesi gereken anahtar kavram fetal viabilite'dir. Fetal viabilite, fetüsün dış ortamda, annesine bağımlı olmadan yaşayabilirliği olarak tanımlanır. Viabilite sınırını 24. gebelik haftası olarak belirten kaynaklar olsa da Türkiye'de fetal viabilite ile ilgili kabul edilen yaygın sınır 22. gebelik haftasıdır (6,7). Gebelik sonlandırma endikasyonu açıklanırken literatür, fetal viabilite sınırı ve yasal düzenlemeler temel alınarak gebelik haftasını üç grupta sınıflandırmak mümkündür. Buna göre;

- 10. gebelik haftası ve altı (fetal viabilite öncesi)
- 10⁺¹ – 21⁺⁶. gebelik haftası arası (fetal viabilite sınırı)
- 22. gebelik haftası ve üzeri (fetal viabilite sonrası) sınıflandırılır.

Türkiye'de 2827 Sayılı Nüfus Planlaması Kanunu'na göre isteğe bağlı gebelik sonlandırılması sınırı 10. gebelik haftasıdır. Aynı Kanunun 5. maddesinde 10 haftadan büyük

gebelikler için sonlandırılma aşağıdaki endikasyonlara dayalıdır;

- Annenin hayatını tehdit eden veya edecek durumlarda,
- Doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olabilecek hallerde (8).

Fetal viabiliteye ulaşmış gebelikler için, terminasyon sürecinde fetüs 21⁺⁶ gestasyonel haftadan büyük ise fetosit işlemi yapılmaktadır. Fetosit, alanında eğitilmiş uzman bir ekip tarafından aseptik koşullarda fetal kardiyak ventriküle girilerek potasyum klorit (KCL) enjeksiyonu ile fetal kalbin durdurulması işlemidir (1,6).

İkinci ve üçüncü trimester gebeliklerin tıbbi terminasyonunda dünyada ve Türkiye'de yaygın kullanılan yöntem servikal olgunlaşmayı sağlayarak doğumun indüklenmesidir. Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanları Koleji (The American College of Obstetricians and Gynecologist, ACOG) gebeliğin tıbbi terminasyonu, hem anne hem bebek yararına ise servikal olgunlaştırma yöntemi ile doğum indüksiyonunun, doğum endikasyonları içinde saymaktadır (9,10). İkinci trimester gebelik sonlandırılmasında nadir de olsa cerrahi yöntemler kullanılmaktadır. Fakat gebelik haftası büyüdükçe (ikinci trimesterden sonra) fetal-plasental ünitenin genişlemesi, uterin kan akımının artması ve serviksin olgunlaşmamasından dolayı işlem gebe için riskli hale gelmektedir (11). Gebeliğin tıbbi terminasyonunda yeterli servikal olgunlaşma gerçekleşmiş ise ek müdahale gereksinimi ve komplikasyon oluşma ihtimali azalır. Gebeliğin sonlandırılmasında kullanılan farmakolojik ajana (misoprostol) bağlı olarak hipertermi, bulantı, kusma, diyare, baş ağrısı ve karın ağrısı yaşanabilir. Eğer servikal olgunlaşma yeterli olmazsa başarısız indüksiyon sonucu distozi, postpartum hemoraji, dissemine intravasküler koagülasyon (DIC) ve uterus rüptürü yaşanabilecek komplikasyonlardır. İntrauterin fetal ölüm üzerinden dört hafta ve daha fazla zaman geçtiyse DIC oluşma olasılığı da artmaktadır (12).

2. Tıbbi Terminasyon ve Hemşirelik Bakımı

Gebelik kaybı anne ve diğer aile fertlerini etkileyen biyo-psiko-sosyal ve spiritüel boyutu olan bir yaşam krizidir. Kayıp aile için sadece bir bebeğin kaybı ile sınırlı kalmaz, ailelerin geleceğe

yönelik ümitsizlik ve hayal kırıklığı yaşamasına da neden olur (13).

Gebeye maternal ve/veya fetal nedenlerden dolayı tıbbi terminasyon seçeneğinin sunulması gebe ve ailesine ciddi stres ve kaygı yaşatır. Tıbbi terminasyon süreci gebenin anksiyete, korku ve kayıp duyguları, bilgi eksikliği ve tıbbi terminasyon kararı verme aşamasındaki zorluklarla baş etmesini ve uyum sağlamasını gerektirir (14). Perinatal dönemde olduğu gibi gebeliğin tıbbi terminasyon sürecinde de doğum öncesi, doğum anı ve doğum sonrasında ilişkin gebenin karşılanması gereken pek çok sağlık bakım gereksinimi vardır. Bu gereksinimlerin belirlenmesi ancak yakın gözlemlerle olasıdır. Hemşire belirlediği sağlık sorunlarının çözümünde bakım verici rolüne ek olarak multidisipliner veya interdisipliner sağlık ekip üyeleriyle işbirliği yapar ve koordinatör rolü üstlenir. Kadının kendi bakımına aktif katılımını sağlar. Böylelikle planlanan hemşirelik bakımı süreklilik kazanır. Hemşire, kayıp yaşayan kadın ile güvenilir bir ilişki kurar ve sorunlarını belirlemek için kadına gerekli zaman ayırır. Hemşire, kayıp karşısında kendi duygularının farkında olmalı ve bu konuyu konuşmaktan çekinmemelidir (15).

2.1 Girişim öncesi hemşirelik bakımı

Acıya neden olma korkusu, durumdan dolayı suçlanma, sempati duyma, duygusal davranma gibi pek çok nedenden dolayı sağlık personeli kötü haber verirken zorlanır. Hastaya kötü haber verme uzmanlık, deneyim ve doğru iletişim becerisi kullanmayı gerektirir. Bu konuda geliştirilmiş rehberler ve modeller (Örneğin: Rabow ve McPhee tarafından geliştirilen ABCDE modeli) sağlık personeline çerçeve oluştursa da iletişimin bireysel ve hastaya özgü olması gerekir (16,17). Gebeliğin sonlandırılması kadını fiziksel (ağrı, kanama vb.) ve ruhsal (korku, kaygı, pişmanlık, kayıp vb.) açıdan zorlayan travmatik bir süreçtir (18). Bu nedenle hemşire kayıp yaşayan kadın ve ailesinin ihtiyaçlarını ve bakım gereksinimlerini çok yönlü ele alır. Kurulan iletişim anlaşılır, net ve ön yargısız nitelikte olmalıdır (19).

Gebeliğin tıbbi terminasyonunda yaşanan emosyonel distres derecesi kadının var olan ruhsal sorunları, eş şiddeti, sosyal destek düzeyi, gebeliğin tıbbi terminasyonuna yönelik tutumu, aile yapısı, yaşayan çocuğunun olması, ailedeki birey sayısı ve gebeliğin sonlandırılmasının fetal anomaliye bağlı olması ile yakından ilişkilidir (15). Gebeliğin tıbbi terminasyon öncesi değerlendirme, danışmanlık ve uygulama

bileşenleri aşağıda maddeler halinde açıklanmıştır;

Gebeyi değerlendirme

- Tıbbi terminasyon tüm ayrıntılarıyla detaylı bir şekilde belirlenir. Riskli gruplar ilgili özel alanlara (psikiyatri, adli tıp, genetik vb.) yönlendirilir. Fiziksel ve mental engelli, tecavüz veya cinsel saldırıya uğrayan, aile içi şiddet yaşayan, doğurganlık sorunları olan ve kültürel inanç ve değerlerinden dolayı tıbbi terminasyona olumsuz bakış açısı olan kişiler ve adölesanlar riskli gruplardır. Aile öyküsünde kalıtsal, genetik veya tanısı konulmamış nörolojik hastalık varlığında, gebe ve ailesi genetik danışmanlık için yönlendirilir (20,21).

Fiziksel muayene ve öykü alma

- Fiziksel değerlendirme, tıbbi öykü ve semptomları içerir. Vital bulgular ölçülür, son adet tarihi sorgulanır, ultrason ile gebelik haftasının uyumu kontrol edilir. Gebelik sonlandırma yöntemini seçmek ve fetosit işlemi için gebelik haftası belirlenir.
- Jinekolojik, obstetrik ve cinsel öykü alınır.
- Geçmiş ve şimdiki tıbbi öykü alınır.
- Ektopik gebeliği düşündüren klinik bulgu varsa daha detaylı değerlendirilir.
- Bakteriyel enfeksiyonların tedavisi için gebeliğin terminasyonundan önce serviko-vajinal sürüntü örneği alınır. Eğer bakteriyel vajinozis tespit edilirse terminasyondan önce tedavi edilir.
- Rutin antenatal laboratuvar taraması yapılır. Hemogloblin düzeyi bakılır. Kan grubu tayini ile gebe Rh negatif ise doğum sonrası Rhogam (anti-D) yapılır. Endikasyona bağlı ek laboratuvar testleri istenir. Örneğin, intrauterin fetüs kaybında gebede fibrinojen düzeyi bakılır (12, 20-22).

Danışmanlık ve koordinasyon

- Zamanında sevk ve koordinasyon için interdisipliner ve multidisipliner gerekli hazırlıklar yapılır. Örneğin; ilgili özel alanların (kardiyoloji, genetik birimi, patoloji birimi) koordinasyonu sağlanır. Psikososyal destek/danışmanlık verilir. Mental sağlığın değerlendirilmesi ve sürdürülmesinde destek/televi verilir. Gebelik sonlandırma işleminin uygulamasında koordinasyon sağlanır. Doğum için hasta odası veya doğumhane hazırlanır.

- Takibi kolaylaştırmak için randevu planı oluşturulur (12,20,21).

Tıbbi terminasyon yöntemi

- Medikal veya cerrahi yöntemler birlikte kullanılabilmesi gibi ayrı ayrı da kullanılabilir.
- Yöntemin seçimi hekim tercihi, hasta uygunluğu, farmakolojik ajanların kullanılabilirliği, hasta tercihi ve gebelik haftası ile ilişkilidir.
- Komplikasyonlar ve riskler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılır.
- Yöntemin hasta için güvenilirliği tartışılır.
- Tıbbi terminasyon sürecinde beklenen (ağrı, anksiyete, korku) ve olası (mide bulantısı, kusma, hipertermi) şikâyetler hastanın anlayabileceği şekilde anlatılır.
- Olası ve beklenen şikâyetler ile baş etme yöntemleri hakkında ayrıntılı danışmanlık verilir (Ağrı kontrolü, progresif gevşeme egzersizi, nefes farkındalığı gibi) (12, 20-24).

Kontrasepsiyon

- Terminasyon sonrası kontrasepsiyonun hemen başlanması için teşvik edilir.
- Tüpligasyon, rahim içi araç gibi girişimsel yöntemler uygulanacaksa gerekli hazırlık yapılır (12,20-22).

Sağlığı geliştirici bakım hizmetleri

- Sağlık taramalarının yapılması ve önerileri içerir. Örneğin; Pap-smear testi ve Rubella titresi tayini yapılır. Kendi kendine meme muayenesi, kendi kendine vulva muayenesi ve pelvik taban kas egzersizleri öğretilir. Üreme sağlığı hizmetleri ve kontraseptif yöntem seçimi hakkında bilgi verilir. Sigarayı bırakma konusunda bilgilendirme yapılır (12,20-22).

2.2 Girişim anı hemşirelik bakımı

Girişim anı hemşirelik bakımı doğumun birinci, ikinci ve üçüncü evresini kapsamaktadır. Bireysel bakım tüm süreçte olduğu gibi doğum anında da vazgeçilmezdir. Ebeveynlerde kayıp hissi ve yas süreci aslında terminasyon kararının alınması ile başlar. Kadın bebeğinden ve kendisinden korkmayan, ona saygı gösteren, deneyimli hemşireden bakım alma ihtiyacı duyar (25).

Kadınlar bu süreçte rahatlama, üzüntü, pişmanlık, suçluluk, kayıp hissi gibi ruhsal sıkıntıları yaygın yaşar. Gebelik terminasyonu süresince öğretilen başa çıkma yöntemleri kadının bu sürece olan uyumunu artıracak ve doğum sonrası duygu

durum bozukluklarını azaltacaktır (26). Kültürel ve dini farklılıklar kayba verilen tepkiyi etkileyebilir. Bu nedenle her kadının ihtiyacının farklı olduğu dikkate alınır (25).

Hissedilen ağrı tıbbi terminasyon esnasında başa çıkılması gereken önemli bir sıkıntıdır (23). Tıbbi terminasyon sürecinde gebe büyük bir stres ve bilinmezlik yaşar. Özellikle gebenin ölü bir doğum yapacak olması ve doğumda çok ağrı duyacağını beklemesi, korku yaşamasına neden olur. Çalışmalarda tıbbi terminasyon esnasında yaşanan anksiyete ve depresyonun doğum ağrısıyla yüksek düzeyde ilişkili olduğu da belirtilmiştir. Doğum ortamının özel, sessiz olması gerektiği gibi canlı doğum yapan diğer annelerden de ayrı olması sağlanmalıdır (25, 26).

Büyük üzüntü ve keder yaşayan ebeveynlere verilen destek, onların olumlu bir doğum deneyimi yaşamalarına yardımcı olur. Doğum esnasında bebeğe yavaş ve nazik davranılmalıdır. Nazik ve hassas davranmak olası vücut zedelenmelerini azaltır. Ölü doğumlarda fetüste tonüs kaybının olması, anhidroamniyos, prematüre bebek, makat gelişler nedeniyle ekspülsiyon evresi yavaştır. Bu durum annede stres yaratabilir. Doğum öncesi anneye bebeği görmek isteyip istemediği muhakkak sorulmalıdır. Anne bebeği görmek istemiyorsa bebek bir havluya ya da beze sarılır (25). Doğum kaydı ve defin/cenaze işlemleri için bilgi verilir. Resmi prosedür için ilgili kurumlara yönlendirilir (12,20,21,24,25).

Üçüncü evrenin yönetimi maternal riskler değerlendirilerek yapılır. Plasentadan örnek alınacaksa plasenta uygun şekilde (hastane prosedürüne göre) patolojiye gönderilir. Bazı aileler plasentanın da bebekle birlikte gömülmesini isteyebilir. Böyle bir durumda işlem sonrası plasenta aileye verilir. Eğer ebeveynler bebekleri için hatıra ve anılar oluşturmak isterse onlara yardımcı olunabilir. Hatıralar yas sürecini kolaylaştıran imgelerdir. Mevcut koşullarda olabildiğince fazla hatıra ve özel anılar oluşturulmaya çalışılmalıdır (18,25). DIC açısından değerlendirmek amacıyla tam kan sayımı ve pıhtılaşma faktörleri için kan örneği alınır. Bu kadınlar koagülopati açısından yakın takip edilmelidir. Servikal olgunlaştırma yöntemi ile doğum indüksiyonu başladıktan sonraki bakım, normal doğum eylemi ile benzerdir. Travayda fetal kalp atımı ve fetal sağlık değerlendirmesi yapılmaz (20,25).

Kadına ilaçların ve doğumun beklenen ve olası yan etkileri hakkında bilgi verilir. Bu sıkıntıların üstesinden gelebilmesi için baş etme

yöntemleri doğum öncesi öğretilir. Beklenen fiziksel yan etkiler ağrı, karında kramp, vajinal kanamadır. Kadınların yaşayabileceği olası diğer yan etkiler ise hipertermi, mide bulantısı, kusma ve nadir de olsa ishaldir. Bu beklenen ve olası fiziksel şikayetlere ek olarak uykusuzluk, yorgunluk, kaygı, anksiyete, stres, korku ve huzursuzluk gibi ruhsal sıkıntılar da yaşanır. Şikayetlerle baş etme yöntemleri kapsamında hemşirenin uygulayabileceği fiziksel ve ruhsal yöntemler olarak açıklanabilir. Fiziksel yöntemler; nefes farkındalığı, fiziksel gevşeme egzersizi, hareket ve pozisyon değişikliği, masaj ve sıcak uygulamadır. Ruhsal yöntemler ise zihinsel gevşeme egzersizi, masaj, müzik, odaklanma ve hayal etmedir (20,21).

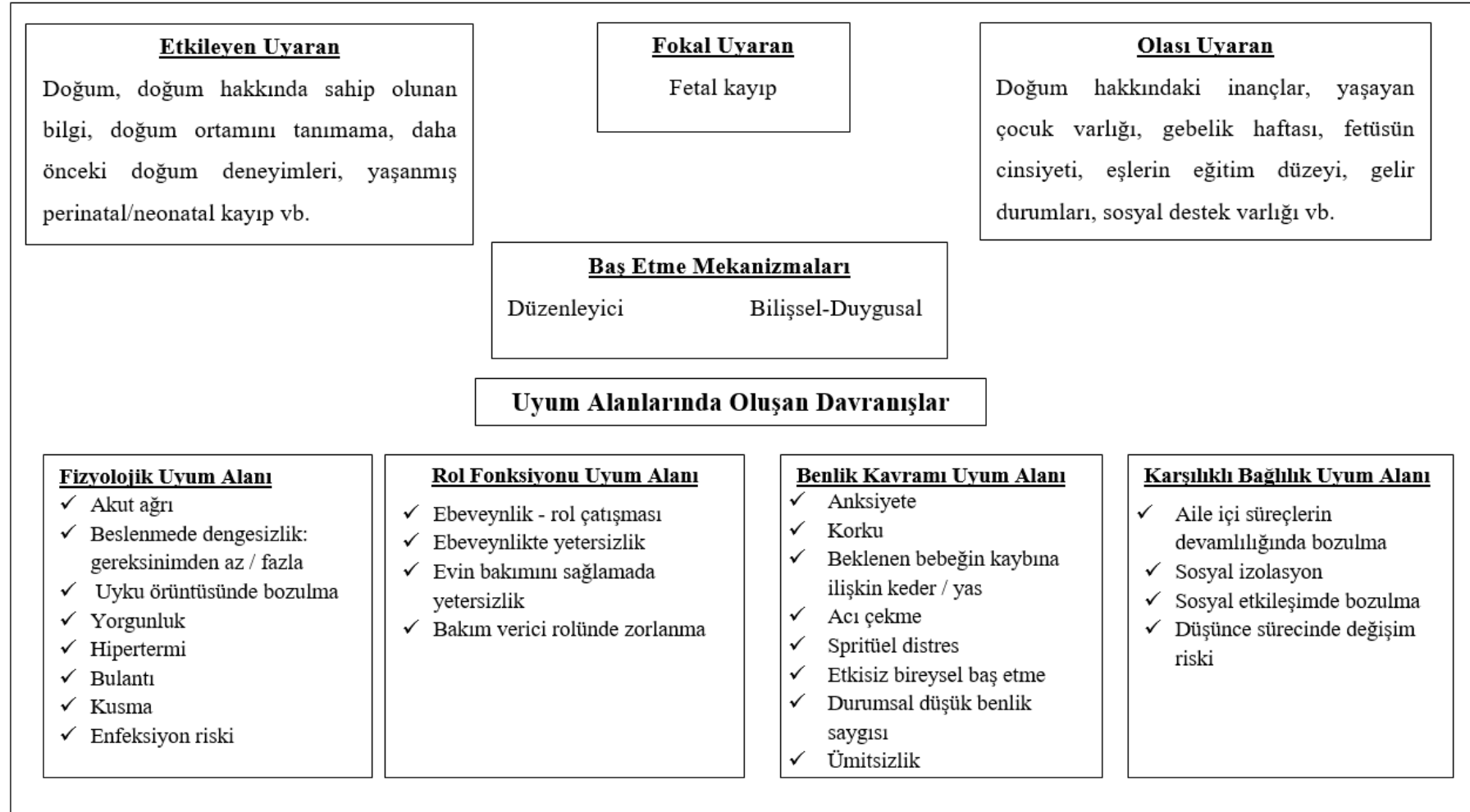
2.3 Girişim sonrası hemşirelik bakımı

Doğum sonrası dönemdeki sağlık bakımı kadın ve ailesinin fizyolojik, ruhsal ve sosyal gereksinimlerini karşılanmasını kapsar. Hemşire gebelik kaybı yaşamış kadının bakım gereksinimlerini değerlendirir, bu konuda yeterli bakımı ve desteği sağlayarak postpartum dönemdeki sorunların azalmasına yardımcı olur (27). Hemşire doğum sonrası da yas sürecindeki aileye desteğini sürdürmeye devam eder. Ebeveynler asıl doğum sonrası kayıp ile karşı karşıya kalır. Kötü haberi diğer aile bireylerine ve çocuklara söyleme, fiziksel ve ruhsal sıkıntılar gibi pek çok zorlukla baş etmeye çalışır. Aileler kaybı hemen kabul edip, diğer aile fertlerine söylemesi konusunda acele ettirilmemelidir. Kadın kendini ne zaman hazır hissederse o zaman söylemelidir. Hemşire bu konuda eşlere destek olmalıdır. Doğru ifadenin neler olabileceği kadın ve eşi ile konuşulabilir. Eşler diğer çocuklarına bebeğin nasıl öldüğünü ve ne söyleyeceklerini çocuğun yaşı, gelişimi ve kendileri ile olan iletişimini dikkate alarak karar verir. Her çocuğun kayıp karşısında farklı tepkileri ve soruları vardır. Çocuklar kayıp karşısında öfke ve kırgınlık hissedebilir ya da aşırı ilgiye ihtiyaç duyabilir. Bunun yanı sıra öfkeli veya saldırgan tavırlar da sergileyebilir. Bazen çocuklar kardeşleri öldüğünde, kendisinin de öleceği hissine kapılarak endişe duyabilir. Büyük çocuklar ise ölüm sonrasında korkabilir. Aileler çocukların sorduğu soruları, onların anlayabilecekleri ve dürüst bir şekilde cevaplamalıdır. Çocuğun kayıp ile baş edemediği düşünülüyorsa ruhsal destek alması aileye söylenir (12,22,24,28).

Gebelik kaybı yaşamış bir kadının doğum sonrası hüznün yaşama olasılığı sağlıklı bebek doğurmuş kadından çok daha fazladır. Yaş, parite, gebelik ve doğum komplikasyonu, sezaryen ve emzirememe gibi obstetrik riskler hüznün ile yakından ilişkilidir. Gebelikte tıbbi sorun ve doğum komplikasyonu yaşayan kadınlarda hüznün daha yaygın görülmektedir. Obstetrik risklere var olan psikiyatrik risk faktörleri de eklenince kadının hüznün yaşama ihtimali daha da artmaktadır. Bu nedenle hemşire doğum sonrası kadının bakım gereksinimlerini bütüncül bir yaklaşımla ele alır. Zamanında ve doğru bir şekilde verilen psikososyal destek kadın için hayata uyumu artıran önemli bir adımdır (27). Doğum sonrası dönemde uygun, erişilebilir ve sürdürülebilir bakım çok önemlidir. Çünkü birçok ciddi komplikasyon işlem sonrası dönemde tespit edilir (23). Özellikle doğum sonrası erken dönemde yapılacak hasta değerlendirmesi postpartum dönemde izlenmesi gereken durumlar hakkında veri sağlayacaktır (27).

Gebeliğin tıbbi terminasyonu sonrası hasta bakımı ve takibi konusundaki dikkat edilmesi gereken önemli noktalar şunlardır;

Klinik bulgu varsa terminasyon işlemi esnasında elde edilen dokulardan histopatolojik inceleme yapılır. Tıbbi terminasyon sonrası ilk 72 saat içerisinde kadına Rhogam (anti-D) 300 µg IM olarak yapılır. Ağrı ile baş etmede medikal tedavi ve nonfarmakolojik yöntemler önerilir. Tıbbi terminasyon sırasında, sonrasında ya da cerrahi terminasyondan sonra kadının ağrı düzeyine göre analjezik verilir. Ağrı, uterus perforasyonu ve retansiyonun göstergesi olabileceği için analjezikler klinik gözetim altında verilir. Doğum sonrası bakım kapsamında kadının konforu sağlanır (beslenme, pozisyon verme ve vücut sıcaklığını koruma vb). Yakın gözlem ve takibi yapılır. Vital bulguları alınır. Gebelik haftasına göre fundus büyüklüğü ve kıvamı değerlendirilir. Kanama kontrolü ve ped takibi yapılır. Perine bakımı verilir. Varsa epizyotomi bakımı yapılır. Vulva hematoma açısından değerlendirilir (soğuk uygulama yapılabilir). İlk dört saat içerisinde ayağa kaldırılır. Miksiyon kontrolü yapılır. Mesane distansiyonu açısından değerlendirilir. Kayba yönelik verilen tepkiler ve yaşananlar değerlendirilir.



Şekil 1. Roy Adaptasyon Modeli'ne Göre Hemşirelik Tanıları

Aile üyelerinin birbirlerini desteklemesi için cesaretlendirilir. Ailenin acısını paylaşması için özel ve mahrem alanlar sağlanır. Ailenin yasını yaşamasına izin verilir. Stres ile baş etme yöntemleri öğretilir. Kayıp ile baş etme yöntemleri öğretilir. Taburculuk sürecinde taburculuk zamanı planlanır, hastane protokolü uygulanır. Taburculuk eğitimi yapılır. Bir sonraki gebeliği planlama konusu aile ile görüşülür. Psikososyal destek için yönlendirilir. Takip için randevu planı oluşturulur. Acil durumlar ve belirtiler hakkında bilgi ve yazılı materyal verilir. İzlem aşamasında psikososyal destek ve bakım sağlanır. Kadının uzun süreli destek sisteminden faydalanabilmesi için desteklenir. Doğumdan 6-8 hafta sonrası kontrol ve takip için randevu verilir. Patoloji sonuçları, özellikle fetal anomaliye bağlı yapılmış histopatoloji ve otopsi için randevu oluşturulur. Kadın başka bir disiplinden sağlık profesyoneline yönlendirilecekse, konsültasyon isteğinde bulunulur. Terminasyon sonrası ruhsal sıkıntıları uzun süren kadınlar daha detaylı bakım hizmeti alabilmesi için ilgili birimlere sevk edilir. Partner/eş desteği yetersiz olanlar, kültürel, sosyal ve spiritüel faktörlerden dolayı terminasyonun yanlış olduğunu inananlar ve baş etme düzeyi yetersiz olanlar özellikle desteklenir. Destek grupları hakkında bilgi verilir (12,20-23,25,27).

3. Yapılandırılmış Hemşirelik Destek Programı Örneği

Hemşirelik bakım ve uygulamalarının kuram ve modellere temellendirilmesi, hemşirenin ihtiyaca yönelik bütünsel bakım vermesini sağlar. Model ve kuramlar hemşireler için yol göstericidir. Perinatal kayıp yaşayan kadın ve ailesinin bakım gereksinimlerini karşılarken Roy Adaptasyon Modeli, Watson İnsan Bakım Kuramı, Dorothea E. Orem Özbakım Kuramı, Worden'ın Yas Görevleri Modeli, Swanson Bakım Kuramı gibi model ve kuramlardan faydalanılabilir (29-31). Bu derlemede Roy Adaptasyon Modeli'ne (ROM) göre temellendirilen hemşirelik destek programı verildi. Roy Adaptasyon Modeli'nin fizyolojik, benlik kavramı, rol fonksiyonu ve karşılıklı bağlılık olmak üzere dört uyum alanı vardır. Hemşire, kişilerin adaptasyon gücü azaldığında onlara bütünsel bakım vererek, tekrar uyumlarını sağlayan dış güç olarak rol alır (30).

Sağlıklı bir gebelik hayali kuran kadın ve ailesinin, tıbbi terminasyon kararı ile aniden kayıp ile karşı karşıya kalması ve adaptasyon gerektiren çok yönlü zorluk yaşaması nedeniyle hemşirelik destek programını yapılandırılırken Roy adaptasyon Modeli seçildi. Tıbbi terminasyon sürecinde hemşirenin temel görevi gebenin uyum sağlayabilmesi için kadına kendi rol ve sorumlulukları kapsamında yardımcı olmaktır.

Roy Adaptasyon Modeli'nin uyum alanlarına göre verilen hemşirelik destek programının şu şekildedir;

Fizyolojik Uyum Alanı; Tıbbi terminasyon yöntemi ve süreci, vajinal doğum (temel doğum bilgisi, doğum pozisyonları, nefes farkındalığı), ağrı ile baş etme yöntemleri, stres ile baş etme yöntemleri, enfeksiyondan korunma, bulantı-kusma-hipertermi durumu, semptomlarla baş etme, doğum sonu bakım, laktasyon inhibisyonu.

Benlik Kavramı Uyum Alanı; Stres yönetimi ve gevşeme teknikleri.

Rol Fonksiyonu Uyum Alanı; Değişen rol ve sorumluluklar, cinsellik konusunda duygu ve düşüncelerin paylaşımı ve bilgi verme, gevşeme teknikleri.

Karşılıklı Bağlılık Uyum Alanı; Sosyal yaşama katılma ve sosyal destekten faydalanma hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşımı

Tıbbi terminasyon süreci aileye gebeliğin sonlandırılması seçeneğinin sunulması ve doğum sonrası takip izlemlerini kapsayan uzun bir süreçtir. Geliştirilen hemşirelik destek programının oturumları; tıbbi terminasyon süreci boyunca aileye destek sağlamak ve bakım gereksinimlerini sağlamak amacıyla beş oturum olacak şekilde planlandı. Buna göre oturumlar; kadın ve ailesinin tıbbi terminasyon kararını verdiği gün, servise kabul esnasında, doğum öncesi ve doğum sonrası 4-24 saat aralığında olmak üzere dört oturum ve postpartum 6-8 hafta sonra izlem basamağından oluşacak şekilde planlandı. Gebeliğin tıbbi terminasyonu hemşirelik destek programının her bir oturumda hemşirenin izleyeceği akış şeması, yöntemler, eğitim hedefleri ve hedeflere uyumlu içerik planı yer almaktadır Tablo 1'de verildi. Roy Adaptasyon Modeli'nin uyum alanlarına göre belirlenen olası hemşirelik tanıları ise Şekil 1'de belirtildi.

Tablo 1. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması

Oturum	AKIŞ	YÖNTEM	EĞİTİM HEDEFLERİ
I	<ul style="list-style-type: none"> Tanışma Uygulama planı hakkında bilgi paylaşımı Gebeliğin tıbbi terminasyon kararı hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşımı Hastaneye kabul/yatış süreci konusunda bilgi verme Anksiyete ve stres ile baş etme konusunda bilgi verme 	<p>Anlatım Soru - cevap Tartışma Demonstrasyon (60dak.)</p>	<p><i>Kadının;</i></p> <ol style="list-style-type: none"> Güven duyması Yaşadığı fetal kayba yönelik duygu ve düşüncelerini ifade etmesi Daha önce kullandığı başarılı baş etme yöntemlerinin saptaması Baş etme yöntemlerinin tekrar kullanılmasının sağlanması Anksiyete ve stres ile baş etmesi için gevşeme egzersizlerinin öğretilmesi Gebeliğin tıbbi terminasyonu için hastaneye kabul ve hastane prosedürü konusundaki bilgilendirilmesi
<p>İçerik Planı; Hemşire;</p> <p>Hedef 1. Empati ile yaklaşır Güvenli bir ortam sağlar Mahremiyete ve insan onuruna saygılı bir şekilde davranır Görüşmeyi uygun bir zamanda ve ortamda yapar Açık iletişime uygun kadının göz hizasında oturur</p> <p>Hedef 2. Kadının yanında var olma nedenini söyler (burada size yardım etmek için bulunuyorum. Yaşadıklarınızı anlamak ve destek olmak istiyorum) Destekleyici geri bildirimlerde bulunur (anlıyorum, çok üzücü, çok zor) Kadına duygu ve düşüncelerini ifade etmesi için zaman tanır Kadını aktif bir şekilde dinler Kadının duygularını ifade etmesine yardımcı olmak için açık uçlu sorular sorar (bu konuda ne hissediyorsunuz?) Duygularını anladığını belirten geri bildirimlerde bulunur Kadının duygusal tepkiler (ağlamasına, üzülmesine) vermesine izin verir</p> <p>Hedef 3. ve 4. Kadının daha önce kullandığı başarılı baş etme yöntemlerini saptar (zor anlarınızda kendinizi nasıl rahatlatırsınız?) Kadının baş etme yöntemlerini kullanmasını sağlar (Dua okumak sizi rahatlatmıştı düşünüyorsanız burada da dua okuyabilirsiniz)</p> <p>Hedef 5. Gevşeme egzersizleri basamaklarını öğretir (nefes farkındalığı ve gevşeme egzersizleri) Nefes farkındalığı: Nefes burundan alınır ve burundan verilir. Bu eğitim esnasında kadına olabildiğince az komut verilir. Derin nefes alın, verin gibi sözlerden, rakamlardan uzak durulur. Kadının rahat edebileceği bir pozisyonda (yatarak/oturarak) yapılır. Kadın nefes farkındalığı kazanana kadar isterse, sağ elini göğsün sol elini karın üzerine yerleştirebilir. İsterse sonrasında da bu pozisyonda devam edebilir. Nefes alıp verme esnasında hemşire şu telkinlerde bulunabilir; alınan her nefesle bedeninizin enerji dolduğunu hissedin, verdiğiniz her nefesle birlikte bedeninizi saran kötü düşüncelerden arının... şeklinde. Nefes farkındalığı günde 3-4 defa 5-10 dak. süre ile yapılır. Gevşeme egzersizleri: Gevşeme egzersizi kasların düzenli bir şekilde kasılıp ve rahatlatma tekniğine dayalı bir egzersizdir. Bu egzersiz oturur ya da yatar pozisyonda, kadının rahat edebileceği bir şekilde yapılır. Sırasıyla; 1. Eller ve kollar, 2. Boyun, omuz ve yüz, 3. Göğüs, karın, kalça 4. Ayaklar ve parmaklar çalıştırılır. Her kasın kasılma ve gevşeme sürecinde nefes alınıp verilir. Kasma ve gevşeme aralarında en az 3-4 nefes alınır. Örnek: Oturur ya da yatar durumda en rahat ettiğiniz pozisyonu alın. Gözlerinizi kapatın....zihninizi yüz kasınızın üstüne toparlayın... nefes almayı sürdürün....huzur içinde olduğunuza odaklanın....alınınız dudaklarınız rahat ve gevşemiş...gözlerimi sıkıyorum sıkıyorum ... ve yavaş yavaş bırakıyorum... gevşiyorum....nefes alıyorum..... verdiğim her nefesle bedenimi saran korkudan uzaklaşıyorum... nefesime odaklanıyorum.... geriniyorum.. rahatladığımı hissediyorum....şeklinde.</p> <p>Hedef 6. Hastaneye yatış evrakı, raporların hazırlanması için bölüm sekreterliğine ve hasta kayıta yönlendirilir</p>			

Tablo 1. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması (Devam)

Oturum	AKIŞ	YÖNTEM	EĞİTİM HEDEFLERİ
II	<ul style="list-style-type: none">Hastaneye kabul/yatış süreci konusunda bilgi vermeTıbbi terminasyon süreci ve gebelik haftasına göre fetosit işlemi hakkında bilgi vermeAnksiyete ve stres ile baş etme konusunda bilgi vermeSosyal desteğin oluşturulması ve sürdürülmesini sağlamaEylem planı yapma ve ekip üyelerinin rol ve sorumluluklarını tartışma	Anlatım Soru-cevap Tartışma Demonstrasyon (60 dak.)	<i>Kadının;</i> 1. Doğumhane ve hasta servisine yatış konusunda bilgilendirilmesi 2. Gebeliği sonlandırma yöntemi konusunda bilgilendirilmesi 3. Yaşayabileceği olası fiziksel ve ruhsal şikâyetler hakkında bilgilendirilmesi 4. Fiziksel ve ruhsal şikâyetlerle baş edebilme yöntemleri hakkında bilgilendirilmesi 5. Doğuma yönelik duygularını ifade edebilmesi 6. Travayda nefes farkındalığı uygulamasını yapabilmesi 7. Gebenin yaşadığı kayba yönelik duygularını ifade etmesi konusunda cesaretlendirmesi 8. Anksiyete ve stres ile baş etmesi için gevşeme egzersizlerinin tekrar edilmesi 9. Sağlık ekibine ulaşabileceği hemşire bankosu, tedavi odası, hemşire odası hemşire çağrı butonu yeri konusunda bilgilendirilmesi
İçerik Planı; Hemşire;			
Hedef 1. ve 2. Hastanenin uyguladığı gebelik sonlandırma protokolüne uygun hastaya bilgi verir Gebelik haftası viabilite sınırından büyük (>21 ⁺⁶) ise kadına fetosit konusunda bilgi verir Kadına gebeliğin sonlandırılmasının vajinal doğum yöntemi ile yapılacağını konusunda bilgi verir Doğum sonrası gerekli durumlarda küretaj işleminin yapılabileceği konusunda bilgi verir			
Hedef 3. Hastaya fiziksel şikâyetler; ağrı, ateş, kanama, bulantı, kusma, ishal ve baş ağrısı yaşayabileceği konusunda bilgi verir Hastaya ruhsal şikâyetler; yorgunluk, uykusuzluk, bitkinlik, suçluluk, pişmanlık, kaygı, korku, anksiyete ve huzursuzluk yaşayabileceği konusunda bilgi verir			
Hedef 4. Hastaya şikâyetlerle baş edebilme yöntemleri konusunda bilgi verir. Fiziksel yöntemler: nefes farkındalığı, gevşeme (fiziksel) egzersizi, hareket ve pozisyon değişikliği, masaj ve sıcak uygulamadır. Hareket ve pozisyon değişikliği: Kadına doğum ve doğum sürecine olan yararı anlatılır. Ayakta durma, yürüme, öne doğru eğilme, yavaşça ritmik sallanma, yanlara doğru germe, dik oturma, tuvalet üzerine oturma pozisyonları eğitim atlasından gösterilir ve birlikte uygulanır. Her 30 dak. bir pozisyon değiştirmesi önerilir. Masaj: Doğum sürecinde ve ağrı kontrolündeki yararları anlatılır. Bele, sakruma, kalçaya, omuza, sırtta ve karın bölgesine uygulanan ritmik ve yumuşak masaj önerilir. Sıcak uygulama: Uygulamanın açılma ve doğum esnasındaki yararları anlatılır. Açılma esnasında kasık bölgesine ve bele, doğum esnasında bebek sıyrılanaya kadar perineye uygulanır. Ruhsal yöntemler: nefes farkındalığı, gevşeme (zihinsel) egzersizi, masaj, müzik, odaklanma ve hayal etmedir Masaj, müzik, odaklanma ve hayal etme: Doğum sürecinde dikkati dağıtma ve odaklanma ağrıyı azaltmaya ve rahatlamaya yardımcı olur. Odaklanma; dokunma, masaj veya okşama gibi dokunsal uyaranlarla, müzik, sözel destek gibi işitsel uyaranlarla, herhangi bir nesneye görsel uyaranlarla veya kendini plajda, dağda hayal ederek uygulanabilir. Bunlara ek olarak; dua etmek, geri saymakta hepsi birer alternatif olarak kadına sunulur.			
Hedef 5. Kadının doğuma yönelik duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlar Daha önceki deneyimleri varsa bunlar hakkında konuşur Varsa korku ve endişelerini gidermeye çalışır Olumlu ve destekleyici geri bildirimlerde bulunur Kadını cesaretlendirir			
Hedef 6. Kadına doğum öncesi ve anında nefes alıp vermenin önemi konusunda bilgi verir Nefes farkındalığı eğitimini tekrar eder Kadını yapması için motive eder Kadını cesaretlendirir			
Hedef 7. Korku, kaygı ve gerilimin ağrıyı artıracığı hakkında bilgi verir Gevşeme egzersizi eğitimini tekrar eder			
Hedef 8. Oturum 1 ve Hedef 5'deki uygulamayı kadın ile tekrar eder ve uygular			
Hedef 9. Sağlık ekibine ulaşabileceği hemşire bankosu, tedavi odası, hemşire odası hemşire çağrı butonunun yeri konusunda bilgi verir			

Tablo 1. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması (Devam)

Oturum	AKIŞ	YÖNTEM	EĞİTİM HEDEFLERİ
III	<ul style="list-style-type: none"> Doğum ve doğum şekilleri hakkında bilgi verme Gebeliğin kaybı konusunda duyguların paylaşılması Eylem planı yapma ve ekip üyelerinin rol ve sorumluluklarını tartışma 	Anlatım Soru-cevap Tartışma Demonstrasyon (45-60 dak.)	<i>Kadının;</i> <ol style="list-style-type: none"> Doğum süreci konusunda bilgilendirilmesi Doğum öncesi ve doğum anındaki uygun pozisyon ve hareketler hakkında bilgilendirilmesi Ağrı ile baş etmesi için non-farmakolojik baş etme yöntemleri konusunda bilgi verilmesi Doğuma yönelik duygularının paylaşılması Doğum salonunda etkili ıkınması Kayıba yönelik duyulan yas ve kederin paylaşılması Sağlık ekibine ulaşabileceği hemşire bankosu, tedavi odası, hemşire odası hemşire çağrı butonu yeri konusunda bilgilendirilmesi
İçerik Planı; Hemşire;			
Hedef 1. Doğum esnasında veya öncesinde kanama ve/veya amniyon sıvısının gelebileceği konusunda bilgi verir Doğum süresi gebelik haftası, fetüsün pozisyonu, gebenin ruh hali ve ilacın dozu ile ilişkili olabileceği konusunda bilgi verir Ağrının ilaç alımından 30 dak. sonra başlayabileceği konusunda bilgi verir Ağrının şiddeti ve yeri konusunda bilgi verir.			
Hedef 2. Doğum öncesi ve doğum anında uygun pozisyon ve hareketler konusunda bilgi verir - Doğum öncesi pozisyonlar; ayakta durma, yürüme, öne doğru eğilme, yavaşça ritmik sallanma, yanlara doğru germe, dik oturma ve tuvalet üzerine oturmadır - Doğum anında pozisyonlar; yarı oturur, sandalyede oturup öne eğilme, dizler üzerinde öne eğilme, çömelme, destekle çömelme, asılma sarkma ve yan yatmadır.			
Hedef 3. Ağrı ile baş etmede non-farmakolojik yöntemler konusunda bilgi verir Hasta ile birlikte uygulayabileceği non-farmakolojik yöntemler hakkında detaylı bilgi verir Non-farmakolojik yöntemlerin uygulanmasında eş/refakatçi katılımını sağlar Non-farmakolojik yöntemler; nefes farkındalığı, gevşeme egzersizi, sıcak uygulama, odaklanma, masaj, müzik dinleme, hayal etme ve odaklanmadır			
Hedef 4. Kadının doğuma yönelik duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlar Daha önceki deneyimleri varsa bunlar hakkında konuşur Varsa korku ve endişelerini gidermeye çalışır Olumlu ve destekleyici geri bildirimlerde bulunur Kadını cesaretlendirir			
Hedef 5. Hastaya ıkınma hissinin kendiliğinden geleceği konusunda bilgi verir Ikınma esnasında; - Burundan nefes alınır - Rahim ve çevresindeki karın kasları içeri doğru çekilir - Kademe kademe ıkınılır - İkınıırken dudaklar büzülür, nefes yumuşak bir şekilde ağızdan verilir - Olabildiğince ağrı esnasında ıkınma sürdürülür - Ağrı devam ederse tekrar nefes alınır ve aynı şekilde ıkınılır - Ağrı azalınca normal nefes alınır ve dinlenilir			
Hedef 6. Kadına kayıp sonrası da yanında olduğunun mesajını verir (elini tutabilir, dokunabilir) Kadının kayıp sonrası tepkilerini gözlemler Kadının kayıp sonrası duygularını ifade etmesine izin verir Kadının kayıp sonrası verdiği tepkilerin normal olduğunu ifade eder Kadının konuşmaya ihtiyacı olduğunda burada olduğunun ve konuşabileceğinin bilgisini verir Baş etme yöntemlerini tekrar eder			

Tablo 1. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması (Devam)

Oturum	AKIŞ	YÖNTEM	EĞİTİM HEDEFLERİ
IV	• Doğum sonu döneme ilişkin uygulamalar		<u>Kadının;</u> 1. Rahat edebileceği bir ortamın sağlanması
	• Fetüsün teslimi ve genetik tarama hakkında bilgi verme	Anlatım	2. Doğum sonu döneme ilişkin gereksinimlerinin karşılanması
	• Kayıp ve yas süreci hakkında duygu ve düşüncelerin paylaşımı	Soru-cevap Tartışma	3. Doğum sonu döneme ilişkin bilgi verilmesi 4. Aile ilişkileri ve rollerini yerine getirebilmesi için desteklenmesi
	• Aileye kayıpla başa çıkma davranışlarını kazandırma	Resim gösterme (45 - 60 dak.)	5. Cinsellik ve aile planlaması konusunda bilgilendirilmesi 6. Kanunlarla belirlenmiş olan otopsi, patolojik muayene ve genetik tarama isteme hakkını kullanabilmesi
	• Taburculuğun planlanması		7. Cenaze ve tefin işlemlerini kişisel inanç veya kültürene göre yerine getirebilmesi 8. Kayba yönelik duyulan yas ve kederin paylaşılması 9. Taburculuk eğitiminin verilmesi 10. İzlem randevusu oluşturulması

İçerik Planı; Hemşire;

Hedef 1. Kadının sessiz, sakin ve diğer normal doğum yapmış kadınlardan uzak bir ortamda dinlenmesini sağlar

Hedef 2. ve 3. Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlar

Ağrı ve kanama kontrolü yapar

Laktasyon inhibisyonu için uygun girişimde bulunur

Rh uyumsuzluğu olan kadına Rhogam (anti-D) yapar

Enfeksiyonun önlenmesi için hemşirelik girişimlerini (perine bakımı, kateter bakımı vb) yapar

Mobilizasyonu sağlar

Mesane distansiyonu açısından gözlemler

Uyku ve dinlenmesini sağlar

Yapılan işlemleri açık ve anlaşılır bir şekilde açıklar

Özbakım aktivitelerini yerine getirebilmesi için destekler

Hedef 4. Aile üyelerinin birbirlerini desteklemesi için cesaretlendirir

Ailenin acısını paylaşması için özel ve mahrem alanlar sağlar

Ailenin yasını yaşamasına izin verir

Hedef 5. Yaklaşık altı hafta cinsel ilişkiye girmemeleri konusunda bilgi verir

Uygun kontraseptif yöntem seçmeleri konusunda danışmalık verir

Doğum sonrası cinsel ilişkiye başlama (isteksizlik, yorgunluk vb.) ve cinsel ilişki sırasında yaşanabilecek sorunlar (disparoni, kuruluk vb) hakkında bilgi verir

Hedef 6. ve 7. Kadın ve ailesini otopsi, patolojik muayene, genetik tarama ve genetik danışmanlık için yönlendirir

Kadın ve ailesini defin işlemleri için yönlendirir

Hedef 8. Kadına kayıp sonrası da yanında olduğunun mesajını verir (elini tutabilir, dokunabilir)

Kadının kayıp sonrası tepkilerini gözlemler

Kadının kayıp sonrası duygularını ifade etmesine izin verir

Kadının konuşmaya ihtiyacı olduğunda burada olduğunun ve konuşabileceğinin bilgisini verir

Baş etme yöntemlerini tekrar eder

Geri bildirim alır

Hedef 9. Taburculuk zamanını planlar, taburculuk eğitimi (vücut hijyeni, vücuttaki değişiklikler, cinsel ilişki, kontrasepsiyon vb) yapar

Bir sonraki gebeliği planlama konusunda aile ile görüşür

Psikososyal desteğe ihtiyacı olduğu belirlenen kadını yönlendirir

Takip için randevu planı oluşturur

Acil durumlar ve belirtiler hakkında bilgi ve yazılı materyal verir

Hedef 10. Doğumdan 6-8 hafta sonrası kontrol ve takip için randevu verir

Tablo 1. Gebeliğin Tıbbi Terminasyonu Hemşirelik Destek Programı ve Akış Şeması (Devam)

Oturum	AKIŞ	YÖNTEM	EĞİTİM HEDEFLERİ
V	<ul style="list-style-type: none"> Doğum sonrası bakım gereksinimlerini karşılayabilme Perinatal kayıpla ev ortamında başa çıkma 	Soru-cevap (20 dak)	<i>Kadının;</i> <ol style="list-style-type: none"> Doğum sonrası bakım gereksinimlerini karşılaması Perinatal kayıp ile ev ortamında baş etmesi
İçerik Planı; Hemşire;			
Hedef 1. Kadının doğum sonrası özbakım gereksinimlerini (beslenme, uyku, eğlence vb) karşılayıp karşılayamadığını değerlendirir			
Kadının durumunu sorgular			
Kadının ihtiyaç duyduğu konuda bilgi verir			
Kadını cesaretlendirir			
Geri bildirim alır			
Hedef 2. Kayıp sonrası deneyimlerini sorar			
Kayıp sonrası olumlu ve olumsuz duygu ve düşüncelerini sorar			
Kayıp sonrası aile ve arkadaşları ile olan ilişkisini sorar			
Baş etmede güçlük yaşadığı durumları sorar			
Kadının ihtiyaç duyduğu konuda bilgi verir			
Kadını cesaretlendirir			
Geri bildirim alır			
Yeni bir gebelik planlayıp planlamadıklarını sorar			
Yeni bir gebelik için planlama (genetik danışmanlık, folik asit kullanımı vb) yapmasını sağlar			
Kadının yetersiz baş ettiğini düşünüyorsa psikososyal destek için yönlendirir			

SONUÇ VE ÖNERİLER

Perinatal kayıp kadın ve ailesini derinden etkileyen bir yaşam krizidir. Kayıp yaşayan ebeveyn tıbbi terminasyon süreci boyunca anksiyete, hüznün ve keder gibi pek çok olumsuz duygu yaşar. Bu duygu yoğunluğuna ek olarak ağrı, kanama gibi fiziksel şikâyetlerle de baş etmek zorunda kalır. Hemşireler gebeliğin tıbbi terminasyonunda kadın ve ailesinin bakım gereksinimlerinin farkında olmalıdır. Perinatal kayıp sonrası hemşire kadın ve ailesini destekleyebilmeli ve bu desteğin sürekliliğini

sağlayabilmelidir. Bu nedenle hemşirelik bakımını model ya da kuram çerçevesinde oluşturmalıdır. Hemşirelik modelleri hemşirelik uygulamalarını sistematize eder ve hemşireye bütüncül bakım sağlama olanağı tanır.

Çıkar çatışması: Çalışma kapsamında yazarlar arasında herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Yazar Katkısı: Fikir sahibi: M.M.K.; E.A.;
Kaynak taraması: M.M.K.; Makalenin yazılması: M.M.K.; Eleştirel inceleme: M.M.K., E.A.

KAYNAKLAR

1. Cunningham FG, Leveno K, Bloom SL, Hauth, JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams Obstetrik. 3rd ed. İstanbul, Türkiye: Nobel Tıp Kitapevleri; 2010. p. 226-37.
2. World Health Organization (WHO). (1995). *GENEVRE: Complications of Abortion*. 19-25.
3. Jatlaoui TC, Shah J, Mandel MG, Krashin JW, Suchdev DB, Jamieson DJ, Pazol K. Centers For Disease Control and Prevention: Abortion Surveillance-United States, 2014. *Surveillance Summaries* 2017; 66(24): 1-48.
4. Büyükkurt S. Anomalili Fetusun Takibi, Doğrultulması ve Gebeliğin Terminasyonu. *Türkiye Klinikleri Journal of Gynecology Obstetrics, Special Topics* 2017;10(1):110-6.
5. Uyumaz A, Avcı Y. Türk Hukuku'nda Gebeliğin Sonlandırılması. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi* 2016; 7(1):1- 60.
6. Royal College of Obstetricians And Gynaecologists (RCOG) (2010, Mayıs). Termination of pregnancy for fetal abnormality in England, Scotland and Wales report of a working party. *Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Reports*. Erişim 09.05.2018, <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/terminationpregnancyreport18may2010.pdf>
7. Özel Ş, Üstün YE, Avşar F. Türkiye'de Gebelik Terminasyonunun Yasal Durumu. *Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi* 2017;14(1):34-8.
8. T.C. Resmi Gazetesi. (Aralık, 1983). Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük. Erişim 01.02.2018, http://www.istanbul saglik.gov.tr/w/sb/halk sag/bel/ge/mevzuat/rahim_tahliye_steril_hizmetleri_yurut_denet_tuzuk.pdf
9. The American College of Obstetricians and Gynecologist (ACOG). (2014). Medical management of first – trimester abortion. *ACOG Practice Bulletins*. March, 2014. [cited 2018 May 11]. Retrieved from: <https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Practice-Bulletins/Committee-on-Practice-Bulletins-Gynecology/Medical-Management-of-First-Trimester-Abortion>
10. Çetinkaya ŞE, Söylemez F. Doğum İndüksiyonunda Başarıyı Etkileyen Faktörler ve Doğum İndüksiyonu Yöntemleri. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2013;66(1):25-32.
11. Dündar Ö, Müngen E, Tütüncü L, Muhcu M, Bodur S, Yergök YZ. İkinci Trimester Gebelik Sonlandırmasında İnterservikal Prostaglandin E₂ (Dinoproston) ve İntervaginal Misoprostolün Etkinliğinin Araştırması. *Perinatoloji Dergisi* 2006;14(1):19-25.
12. Queensland Clinical Guidelines. (Mart 2018a). Stillbirth Care. Erişim 01.10.2018, www.health.qld.gov.au/qcg
13. Yörük S, Türkmen H, Yalnız H, Nebioğlu M. Gebelikte Yas, Kayıp ve Ebelik. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi* 2016;6(3):207-12.
14. Perry SE. Perinatal Loss and Grief. İçinde, Green CJ, ed. *Maternal Newborn Nursing Care Plans*. Burlington; Jorles and Barlestt, 2015. p. 932-55.
15. Landy U, Darney PD, Steinauer JS. *Psychiatric Aspects of Pregnancy Termination*. Wolters Kluwer 2017. p.1-10. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates
16. Güner P. Kötü Haber Verme. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi* 2006;3(2): 6-9.
17. Rinehart M, Kiselica M. Helping Men With The Trauma of Miscarriage. *American Psychological Association* 2012;47(3):95-288.
18. Kadioğlu M, Oskay Ü. Profesyonel Bir Bakım Destek Modeli: Perinatal Palyatif Bakım ve Hemşirenin Rolü. *Türkiye Klinikleri J Nurs Sci* 2016;8(1):44-52.
19. Kara EJ. William Worden, Grief Counseling and Grief Therapy: A Handbook For The Mental Health Practitioner, 4nd ed. Springer Publishing Company, 2008, 314s. Hitit Üniversitesi İlahiyat Fakültesi Dergisi 2016;8(16):180-8.
20. Hammond C, Steinauer J, Falk SJ. Overview of Second-Trimester Pregnancy Termination. *Wolters Kluwer* 2017a.p. 1-9. Erişim 01.03.2018,

- www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
21. Steinauer J, Barbieri R, Falk SJ. Overview of Pregnancy Termination. Wolters Kluwer, 2017.p. 1-11. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
 22. Queensland Clinical Guidelines. (Nisan, 2018b). Grief After Baby Dies. Erişim 05.05.2018, www.health.qld.gov.au/qcg
 23. Hammond C, Steinauer J, Falk SJ. Second-trimester pregnancy termination: Induction (medication) termination. Wolters Kluwer 2017b.p.1-10. Erişim 01.03.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
 24. Roberts DJ, Lockwood CJ, Barss VA. Evaluation of Stillbirth. Wolters Kluwer 2017. p. 1-7. Erişim 01.09.2018, www.uptodate.com ©2018 UpToDate, Inc. and/or its affiliates.
 25. Durmaz A, Kavanagh B, Charles C. Ölü Doğum ve Neonatal Ölüm. İçinde Chapman V, Charles C, Can HÖ, Yücel U, Hadımlı, A, eds. Ebelerin Travay ve Doğum El Kitabı. 3rd ed. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri; 2018. p.336-53.
 26. Lafarge C, Mitchell K, Fox P. Women's Experiences of Coping with Pregnancy Termination for Fetal Abnormality. Qualitative Health Research 2013;23(7):924-36.
 27. Balkaya NA. Annelik Hüznü. 1. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2017. p.20-82.
 28. Ramdaney A, Hashmi SS, Monga M, Carter R, Czerwinski J. Support Desired by Women Following Termination of Pregnancy For a Fetal Anomaly. J Genet Counsel 2015;24(6):60-952.
 29. Swanson KM. Empirical Development of a Middle Range Theory of Caring. Nursing Research 1991; 40(3):6-161.
 30. Roy C. The Adaption Model, 3rd ed. New Jersey: Upper Saddle River: Pearson Prentice Hall Health, 2009. p. 35-50.
 31. Worden JW. Grief Counseling and Grief Therapy. 4nd ed. ABD, New York: Springer Publishing Company, LLC; 2009: p. 90-186.