

## Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Obstetrik ve Jinekolojik Olguların Retrospektif Olarak Analizi\*

Analysis of Retrospective of Obstetric and Gynecological Cases in Intensive Care Unit

Neziha ATEŞ<sup>1</sup>, Kerime Derya BEYDAĞ<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Uzman Hemşire, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anestezi ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul, Türkiye, nzh\_ates@hotmail.com, 0000-0002-2166-8179

<sup>2</sup> Prof. Dr. Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Yalova, Türkiye, kerime.beydag@yalova.edu.tr, 0000-0002-7251-4882

### ÖZET

**Amaç:** Bu çalışma, multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguların retrospektif olarak değerlendirilerek, kabul nedenlerini ve klinik sonuçlarını araştırmak amacıyla retrospektif tanımlayıcı ve niteliksel tipte bir çalışmadır. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırma, 1 Nisan - 1 Haziran 2016 tarihleri arasında İstanbul ili Avrupa yakasındaki bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde Haziran 2012 - Haziran 2016 yılları arasında obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan toplam 73 hastanın verileri ile gerçekleştirilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır. **Bulgular:** Yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastaların yaş ortalaması, 31,47 yaş, mortalite oranı %7,5 ve en sık kabul nedeninin HELLP Sendromu/ Eklampsi/ Preeklampsi (%40) olduğu, hastaların %20'sinde hastalığa eşlik eden kardiyak problemler varlığı ve %85'inin gebeliğin ikinci trimesterinde ve sezeryan ile doğum yaptıkları belirlenmiştir. **Sonuç:** Yoğun bakıma kabul edilen jinekolojik hastaların yaş ortalaması 65,60 yaş, mortalite oranı %21,3 ve en sık kabul nedeninin Over Ca (%48,5) olduğu saptanmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Yoğun bakım ünitesi; Obstetrik hasta; Jinekolojik hasta; Obstetrik ve jinekolojik yoğun bakım

### ABS TRACT

**Objective:** This study is a retrospective descriptive and qualitative type study to investigate the reasons of acceptance and clinical outcomes of obstetric and gynecologic cases followed in multidisciplinary general intensive care unit retrospectively. **Material and Methods:** The study was conducted with the data of a total of 73 patients who were hospitalised for obstetric and gynaecological reasons between June 2012 and June 2016 in the Intensive Care Unit of the Anaesthesiology and Reanimation Clinic of a Training and Research Hospital on the European side of Istanbul between 1 April - 1 June 2016. Number, percentage, mean, standard deviation were used as descriptive statistical methods in the evaluation of the data. **Results:** The mean age of the obstetric patients was 31.47 years, the mortality rate was 7.5% and the most common reason was HELLP Syndrome / Eclampsia / Preeclampsia (40%), 20% of the patients had cardiac problems accompanying the disease, of pregnancies are in the second trimester of pregnancy and they have been delivered by cesarean section. **Conclusion:** The gynecologic patients who accepted intensive care were 65,60 years old, mortality rate 21,3%, and the most frequent cause was Over Ca (48,5%).

**Keywords:** Intensive care unit; Obstetric patient; Gynecologic patient; Obstetric and gynecological intensive care

\* Bu çalışma, İstanbul Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Anabilim Dalı tarafından 2018 yılında yüksek lisans tezi olarak kabul edilen "Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Obstetrik ve Jinekolojik Olguların Retrospektif Olarak Analizi ve Bu Hastalara Bakım Veren Hemşirelerin Görüşleri" başlıklı tezin bir bölümünden alınmıştır.

**Corresponding Author:** Kerime Derya BEYDAĞ

Prof. Dr. Yalova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Yalova, Türkiye, kerime.beydag@yalova.edu.tr, 0000-0002-7251-4882

Peer review under responsibility of Munzur Health Science Journal

Received: 10.12.2024

Revised: 17.12.2024

Accepted: 17.12.2024

Available Online: 17.01.2025

Cite this article as: Ateş N ve Beydağ KD. Analysis of Retrospective of Obstetric and Gynecological Cases in Intensive Care Unit. Munzur Health Sci. J. 2025;1(1):30-45

## GİRİŞ

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

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

Maternal mortalite, gebelerin çoğunun genç ve sağlıklı olmalarından ötürü beklenmedik bir olaydır (4). Bundan 50-60 yıl öncesine kadar gebe kadınların perinatal, intranatal ve postnatal dönemde mortalitesi oldukça sık duyulmaktaydı. O dönemlerde obstetrik açıdan ilk amaç gebe kadını yaşatabilmektir. Teknolojinin ve kliniklerin değişimiyle birlikte antenatal, intranatal dönemde ve postnatal dönemde bakımın öneminin artmasıyla birlikte maternal mortalite oranı oldukça azalmıştır (7). Fakat 21. yüzyıldaki gelişmelere rağmen maternal mortalite önemli bir toplum sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Riskli durumda olan gebelerin yoğun bakım kliniğine yatışı doğumların %0,1-%0,9’unu kapsamaktadır. Bu sıklıkta bile maternal mortalite %3,4-%21 arasında görülmektedir (4,5,8,9). Yoğun bakım ünitelerinde sağlanan tedavi ve bakım, hastaların iyileşme sürecine ve komplikasyonların erken tanınmasına katkı sağlamaktadır (8). Tıptaki ilerlemeler ve ileri teknolojik gelişmelerle birlikte kronik hastalığı olan ve ileri yaşta kadınların gebelik oranları artmıştır. Bu nedenle kritik obstetrik hastaların yoğun bakım ünitelerinde takip edilmesi önerilmektedir (8,10). Mortalitenin büyük çoğunluğu doğrudan obstetrik nedenlere bağlı olup uzmanlarca yapılmış düzenli perinatal bakımlarla önlenecek ölümlerdir. Yoğun bakım kliniklerinde tıbbi teknolojik gelişmelere ve tedavideki ilerlemelere rağmen maternal mortalite ve morbidite halen devam etmektedir. Bu artan risk önceden var olan hastalıklar, gebelikte artan fizyolojik değişiklikler, laboratuvar ve parametrelerin diğer hastalardan değişik oluşu, postpartum dönemde gelişen komplikasyonlar, ilaç ve girişimsel işlemlerin fetüs için tehlike oluşumundan kaynaklandığı düşünülmektedir (9). Kadınların yaşam süresi uzadıkça, menopoz ve menopoz sonrası yaşam süresi uzamaktadır. Yaşlı kadın nüfusunun artması ve bunlara paralel olarak menopozda geçireceği sürenin uzaması, jinekolojik sağlık sorunlarının artmasına neden olmaktadır. Menapoz, kadın hayatının yaklaşık 3/4’lük dönemini kapsamakta, jinekolojik nedenlerle yoğun bakım ünitelerinde yatan ileri yaş hastaların kronik hastalıklarının da varlığı tabloyu ağırlaştırmaktadır (10-12).

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

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

Ülkemizde kritik obstetrik olgular ile ilgili birçok retrospektif çalışmalar bulunmaktadır. Jinekolojik nedenler ya da jinekolojik operasyonlardan sonra yoğun bakım yatışı ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Yoğun bakım ünitesinde yatan obstetrik ve jinekolojik olgulara bakım veren hemşirelerin görüşleri doğrultusunda bakım planlanması ve önceliklerin belirlenmesi

oldukça önemlidir. Ayrıca bu hastaların tedavi ve bakımından sorumlu olan hemşireler ile ilgili çalışmalar kısıtlıdır.

Bu çalışmanın amacı, multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirerek kabul nedenlerini ve klinik sonuçlarını araştırmaktır.

## **GEREÇ VE YÖNTEM**

**Araştırmanın Tipi:** Bu çalışma, multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirerek, kabul nedenlerini ve klinik sonuçlarını incelemek amacıyla retrospektif tanımlayıcı ve niteliksel tipte bir çalışmadır.

**Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman:** Araştırma, 1 Nisan - 1 Haziran 2016 tarihleri arasında, İstanbul ili Anadolu yakasındaki bir Eğitim Araştırma Hastanesinin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde gerçekleştirilmiştir.

**Araştırmanın Evreni ve Örnekleme:** Araştırmanın evrenini, çalışmanın yürütüleceği hastanenin Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği Yoğun Bakım Ünitesinde Haziran 2012 - Haziran 2016 yılları arasında yatan toplam 3099 hasta oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise, obstetrik nedenle (gebe ve/veya postpartum dönem) yoğun bakımda yatan 40 hasta ve jinekolojik nedenle yatan 33 hasta olmak üzere toplam 73 hasta oluşturmuştur. Retrospektif olarak hasta dosyaları incelenmiştir.

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

Araştırmanın Etik Boyutu: Veri toplama işlemi öncesinde bir üniversitenin Etik Kurulundan 30.03.2016 tarih ve 75/12 karar ile Etik Kurul onayı alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında araştırmanın yürütüleceği hastaneden kurum izni alınmıştır.

Verilerin Analizi: Araştırmada elde edilen nicel veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemleri olarak sayı, yüzde, ortalama, standart sapma kullanılmıştır.

## BULGULAR

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

Yoğun bakıma en sık kabul edilen 40 obstetrik hastalardan 16'sı (%40) HELLP sendromu, eklampsi ve preeklampsi, 11 hasta (%27.5) kanama (DIC, uterus perforasyonu, uterus atonisi), 6 hasta (%15) solunum sıkıntısı (solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni), 5 hasta (%12.5) yüksek kardiyak riskli (mitral stenoz, Eisenmenger sendromu, pulmoner HT, yüksek tansiyon), 2 hasta (%5) genel durumu bozukluğu (intrauterine mort fetus, tirotoksikoz) nedeniyle kabul edilmişlerdir. Hastaların %82,5'inde arter kateterizasyonu uygulanmış, %20'sinde hastalığa eşlik eden kardiyak problemler olduğu saptanmıştır. Hastaların %85'i gebeliğin üçüncü trimesterındadır ve sezeryan ile doğum yapmıştır. Hastaların %22,5'in komplikasyon olarak akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişmiş ve mortalite oranı %7,5 olarak saptanmıştır. Hastaların ortalama yatış süresi, 4,55 gün ve yaş ortalaması 31,47 yaşdır (Tablo 1).

**Tablo 1.** Obstetrik Hastaların Yoğun Bakım Özellikleri

Değişkenler	n	%
<b>Yoğun Bakım Yatış Sebebi</b>		
<b>HELLP-Preeklamsi-Eklampsi</b>	16	40,0
<b>Kanama</b> (DIC, uterus perforasyonu, uterus atonisi)	11	27,5
<b>Solunum Sıkıntısı</b> (Solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni)	6	15,0
<b>Yüksek Kardiyak Risk</b> (Mitral stenoz, mitral yetmezlik, Eisenmenger sendromu, pulmoner hipertansiyon, yüksek tansiyon)	5	12,5
<b>Kötü genel durum</b> (Ölü fetus, tirotoksikoz)	2	5,0
<b>Yapılan İnvaziv Girişimler*</b>		
<b>Üriner kateter</b>	40	100,0
<b>Arter kateterizasyonu</b>	33	82,5
<b>CVP</b>	25	62,5
<b>Hemofiltrasyon /Hemodiyaliz</b>	5	12,5
<b>Plazmaferez</b>	4	10,0
<b>PICCO</b>	4	10,0
<b>ECMO</b>	2	5,0

**Tablo 1. devamı**

Eşlik	Eden	Başka	Kardiyak Problemler (Mitral Stenoz, Kalp yetmezliği)	8	20,0
<b>Hastalıkların Varlığı</b>			<b>Hipertansiyon</b>	3	7,5
			<b>Gestasyonel Diabetüs Mellitüs (GDM)</b>	3	4,5
			<b>Astım</b>	1	2,5
<b>Doğum Şekli</b>			<b>Sezeryan doğum</b>	34	85,0
			<b>Abortus/ uterus rüptürü</b>	5	12,5
			<b>Normal doğum</b>	1	2,5
<b>Gestasyon Haftası</b>			<b>Üçüncü trimester</b>	34	85,0
			<b>İkinci trimester</b>	5	12,5
			<b>İlk trimester</b>	1	2,5
<b>Hastada Ortaya Çıkan Komplikasyonlar</b>			<b>ABY</b>	9	22,5
			<b>ARDS</b>	3	7,5
			<b>Sepsis</b>	3	7,5
			<b>DIC</b>	3	4,5
<b>Yoğun Bakım Sürecinin Nasıl Sonuçlandığı</b>			<b>Taburcu</b>	37	92,5
			<b>Exitus (İntraserebral hemoraji 2 hasta, sepsis 1 hasta)</b>	3	7,5
<b>Hastaların Ortalaması</b>	<b>Yatış Süresi</b>		4.55 gün (min:1 gün, max: 40 gün)		
<b>Hastaların Yaş Ortalaması</b>			31.47 yaş (min:22, max:39)		

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

**Tablo 2. Jinekolojik Hastaların Yoğun Bakım Özellikleri Yatış Nedenleri**

Değişkenler		n	%
<b>Yoğun Bakım Yatış Sebebi (N:33)</b>	<b>Over Ca</b>	16	48,5
	<b>Total Histerektomi</b>	11	33,5
	<b>Subtotal Histerektomi</b>	2	6,0
	<b>Uterus Tümörü</b>	2	6,0
	<b>PID (tuba overyan abse)</b>	1	3,0
	<b>Uterus Perforasyonu</b>	1	3,0
<b>Yapılan İnvaziv Girişimler* (N:33)</b>	<b>Üriner katater</b>	33	100,0
	<b>İnvaziv arter monitorizasyonu</b>	30	91,0
	<b>Mekanik ventilasyon</b>	22	66,7
	<b>Nazogastrik sonda</b>	20	60,6
	<b>CVP</b>	16	48,5
	<b>Hemofiltrasyon /Hemodiyaliz</b>	2	6,1

**Tablo 2. devamı**

Eşlik Eden Başka Hastalıkların Varlığı (N:24)	Kardiyak problemler (atrial fibrilasyon, pacemaker, konik kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, bypass öyküsü, mitral kapak değişimi, tiriküspit darlık)	11	33,3
	<b>Hipertansiyon</b>	11	33,3
	<b>KOAH</b>	6	18,1
	<b>Akut ve kronik böbrek yetmezliği</b>	4	12,1
	<b>Tiroid hastalığı</b>	3	9,1
	<b>Meme kanseri</b>	2	6
<b>Hastada Ortaya Çıkan</b>	<b>Sağlık hizmeti ile ilişkili enfeksiyon (Vankomisine Dirençli Enterokok İnfeksiyonu (VRE), Acinetobacter)</b>	2	6,1
<b>Komplikasyonlar (n:6)</b>	<b>Sepsis</b>	2	6,1
	<b>Akut solunum yetmezliği</b>	1	3,0
	<b>Gastrointestinal sistem kanamaları (GİS kanamaları)</b>	1	3,0
<b>Yoğun Bakım sürecinin nasıl sonuçlandığı (n:33)</b>	<b>Taburcu</b>	25	75,7
	<b>Exitus (sepsis 1 hasta, multiorgan yetmezliği 1 hasta, GİS kanama 2 hasta, kardiyak arrest 3 hasta)</b>	7	21,3
	<b>Nöroloji yoğun bakıma sevk</b>	1	3,0
	<b>DIC</b>	3	4,5
<b>Hastaların Yatış Süresi Ortalaması</b>	3,03 gün (min:1, max: 16)		
<b>Hastaların Yaş Ortalaması</b>	65,60 yaş (min: 29, max:88)		

Katılımcıların obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken yapılan bakım planları ve NANDA tanı listesinden faydalanma durumu Tablo 3'te gösterilmiştir.

**Tablo 3. Obstetrik ve Jinekolojik Nedenlerle Yatan Hastalara Bakım Verirken Yapılan Bakım Planları**

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

\*Birden fazla yanıt verilmiştir.

Katılımcıların %85,7'si emzirmenin sürdürülmesi ve perine bakımı, %50'si loşia takibi, %45,2'si atoni açısından takip en çok hemşirelik bakımı planı uyguladıkları alanlar olarak belirtmişlerdir. Katılımcıların %23,8'i fundus masajı, %21,4'ü aile planlaması, %19'u

kadınlığın kaybı, %16,7'si histerektomi sonrası cerrahi menapoz konularında en az hemşirelik bakım planı uyguladıkları alanlar olarak belirtmişlerdir.

## TARTIŞMA

Multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirmek ve bu hastalara bakım veren hemşirelerin görüşlerini incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, yoğun bakıma en sık kabul edilen 40 obstetrik hastadan 16'sı (%40) HELLP sendromu, eklampsi ve preeklampsi, 11 hasta (%27,5) kanama (DIC, uterus perforasyonu, uterus atonisi), 6 hasta (%15) solunum sıkıntısı (solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni), 5 hasta (%12,5) yüksek kardiyak riskli (mitral stenoz, eisenmenger sendromu, pulmoner HT, yüksek tansiyon), 2 hasta (%5) genel durumu bozukluğu (intrauterine mort fetus, tirotoksikoz) nedeniyle kabul edilmişlerdir (Tablo 1).

Obstetrik hastalar için yoğun bakım ünitesine kabul edilmesine neden olan hastalıklara bakıldığında çoğunluğu preeklampsi, eklampsi, HELLP sendromu, antepartum ve postpartum kanama, bazı çalışmalarda en sık 3. hastalık ise maternal ve postpartum sepsis, kardiyak hastalıklar oluşturmaktadır (16-18). Araştırma bulguları incelendiğinde, hipertansif hastalıklar ve hemoraji ilk sırada yer almaktadır. Literatürde çalışma bulgusundan farklı sonuçlar yer almaktadır. Balsera ve ark. 2011 yılında İspanya'da 262 olguyu kapsayan çalışmasında hastalarının %78'inin ciddi preeklamsi, %16'sının HELLP sendromu ve %6'sının eklampsi olarak bildirmiştir (19). Okafor ve Aniebue 2004 yılında Nijerya Üniversitesi Eğitim Hastanesinin yoğun bakım ünitesine alınan 18 obstetrik hastanın %50'sini preeklampsi ve eklampsi, %22,2'sini ise obstetrik kanamaların oluşturduğunu rapor etmiştir (20). Demirkıran ve ark.'nın 1995-2000'de 125 olgu ile yaptığı çalışmada ise hastaların yoğun bakıma alınma nedeni %73,6 preeklampsi-eklampsi iken; %11'i postpartum hemoraji olduğunu bildirmiştir (3). Çevik'in 2005-2010'da 21 olgu ile yaptığı çalışmada farklı olarak ilk sırada %57,1 doğum sonu kanama, %19 pre-eklampsi, eklampsi ve HELLP sendromu olarak bildirilmiş (6). Şimşek'in 1999-2009'da 63 olgu ile yaptığı çalışmada preeklampsi, eklamsi ve HELLP sendromu %65, postoperatif hemoraji %9.5 ve DIC %9.5 olarak bildirmiştir (16). Çeray ve ark. 2017'deki çalışması, 10 yıl yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavi ettiği 94 obstetrik hastalarının en sık %25,5'i pre-eklampsi/eklampsi, %20 obstetrik kanama olduğunu rapor etmiştir (21). Yousuf ve ark.'nın Pakistan'da (2015) 150 olgu ile yaptığı çalışmada eklampsi ve HELLP sendromu %43,33; pre-eklampsi %10, %16.6'sı hemoraji, %12'si ile ilk 3. sırada farklı neden olarak sepsis nedeniyle yoğun bakım ünitesinde takip edilmiştir (22). Assef ve ark 1998-2004 Küba Havana'da 312 olgu ile yaptığı çalışmada, %23,1 postparum hemoraji, %13,5



preeklampi/eklampsi ve %4,2 postpartum sepsis olarak rapor edilmiştir (23). Arıcı ve ark., 2007-2013 yaptığı çalışmada obstetrik hemoraji %46, pre-eklampsi/eklampsi %36 olarak rapor edilmiştir (24). Ülger ve ark. 2005-2009 yıllarında tersiyer yoğun bakım ünitesinde 102 olgu ile yaptığı çalışmada %30 obstetrik hemoraji, %13,7 preeklampsi, %25,5 eklampsi, %24,5 HELLP sendromu rapor edilmiştir (25). Qureshi ve ark. Ocak 2005-Aralık 2014 Pakistan'da 194 obstetrik yoğun bakım olgusu ile yaptığı çalışmada %28,4 hemoraji, %17,5 hipertansif nedenler, %20,1 sepsis nedeniyle takip edilmiştir (26). Yosunkaya ve ark'nın 28 olgu ile yaptığı çalışmada %53,6 HELLP sendromu, %28,6 obstetrik kanamalar, %7,1 pre-eklampsi/eklampsiye bağlı pulmoner ödem, %7,1 sepsis, %3,6 tokolize bağlı pulmoner ödem olduğu bildirilmiştir (18). Literatürde çalışma bulgusu ile benzer ve farklı sonuçlar yer almaktadır. Obstetrik olguların yoğun bakıma kabul nedenlerinin bilinmesi, hastaların bakım ve tedavisine odaklanarak öncelikleri belirleyip seri ve hızlı müdahaleler ile maternal mortalite ve morbiditeyi azaltmış olacaktır.

Hastaların %22,5'in komplikasyon olarak akut böbrek yetmezliği (ABY) gelişmiş ve mortalite oranı %7,5 olarak saptanmıştır (Tablo 1). Çalışmada komplikasyon oranının yüksekliği yoğun bakıma alınan hastaların ek hastalıklarının varlığı, hemodinamik açıdan stabil olmaması, mekanik ventilasyon gerektirecek solunumsal sıkıntılarının olmasının nedenlerindedir. Yapılan çalışmalarda YBÜ'ne alınan obstetrik olgularda mortalite oranları ülkelerin gelişmişliklerine göre %0-36 arasında değişmektedir (3,4,8,16,25) Koca'nın 2004-2013 yılları arasında yaptığı çalışmada mortalite %3,7 (17), Cohen ve ark'nın 2000 yılında İsrail'de yaptığı çalışmada %2,3 (27), Cheng ve Raman 2000 yılında Singapurda yaptıkları çalışmada %4,6 (28), Çeray ve ark'nın 10 yıllık retrospektif çalışmada %5,2 maternal mortalite bildirilmiştir (21). Lapinsky ve ark'nın 1997 yılında Kanada da yayımlanan çalışmalarında ise sıfır mortalite bildirilmiştir (29). Çalışma sonucu, bu ülkelerdeki sonuçlara göre yüksek bulunmuştur. Çalışma bulgusundan farklı olarak, ülkemizde Şimşek'in (2009) çalışmasında maternal mortalite %20,6 (16), Demirkıran ve ark'nın 1995-2000 yaptığı çalışmada maternal mortalite %10,4 (3). Okafor ve Aniebue 2004 yılında Nijerya' da yaptığı çalışmada mortalite oranı %33,3 bulunmuştur ve yazarlar bu durumu Nijerya gibi fakir Afrika ülkesinin yetersiz doğum öncesi bakım, yetersiz beslenme ve sosyo-ekonomik durumun yetersizliğine bağlamıştır (20). Şimşek'in (2009) çalışmasında 9 pre-eklampsi hastasının %7,8'inde ABY gelişmiştir (16). Balsera ve ark. 2011 yılında İspanya'da 262 olguyu kapsayan çalışmasında hastaların %14' ü komplikasyon (%9 kalp yetmezliği, %5 akut böbrek yetmezliği, %2 koagülopati) gelişmiştir (19). Yousuf ve ark. 2015'te yaptığı çalışmada maternal mortalite %27,3, komplikasyonlara bakıldığında %32,6

şiddetli hipertansiyon ve serebral ödem %29,3 hipovolemik şok, %16 septik şok,%15,3 pulmoner ödem, solunum sıkıntısı olduğu tespit edilmiştir (22). Karnad ve ark'nın 1997-2001'de Hindistan'da yaptığı çalışmada maternal mortalite %21,6 olduğu tespit edilmiştir (30). Maternal mortalitenin bu kadar yüksekliğini yazarlar multiorgan yetmezliğine, yeterli doğum öncesi bakım almamaya, yoğun bakım ünitesine sevklerin gecikmesine, acil durumda tanı ve sevk esnasındaki gecikmelere, yasal olmayan düşüklerin, evde yapılan doğumların, postpartum bakım yetersizliğine bağlamıştır. Bizim çalışmamızda maternal mortalitenin düşük olması yoğun bakım ünitesine alımların hızlı bir şekilde olmasından, ileri düzey cihazlar ile hastaların gerekli tedavi ve takiplerinin yapılması, yoğun bakım ekibinin koordineli olarak çalışması, iyi eğitim almış yoğun bakım hemşirelerinin yoğun bakım hastalarına kaliteli bakım sunmalarından ve multidisipliner yaklaşımdan kaynaklandığını düşündürmüştür. Gebe olgularda doğru zamanda doğumun gerçekleşmesi, hipertansiyon ve obstetrik kanama gibi komplikasyonlara erken müdahale maternal mortaliteyi azaltacaktır.

Çalışmada üçüncü trimester gebelerin oranı %85 bulunmuştur. Yousuf ve ark. 2015'te yaptığı çalışmada %62, Çeray ve ark. yaptığı çalışmada gestasyonel hafta  $32,30 \pm 6,50$  olarak bulunmuştur (22). Çalışma bulgusu literatürle uyumlu bulunmuştur.

Çalışmaya alınan hastaların ortalama yaşı 31,47 yıldır (Tablo 1). Demirkıran ve ark'nın 2003 yılında yaptığı çalışmasında yaş ortalaması  $28 \pm 6$  (3), Çeray ve ark. 2017'de yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $29,1 \pm 5,5$  (21), Arıcı ve ark. 2014'te yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $28,80 \pm 5,74$  (24), Yousuf ve ark. 2015'te yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $30,3 \pm 5,047$  (22), Çevik ve ark'nın 2011'de yaptığı çalışmada ortalama yaş  $34,7 \pm 7,9$  (6), Karnad ve ark'nın 2004'te Hindistan'da yaptığı çalışmada yaş ortalaması daha düşüktür ( $25,5 \pm 5,6$ ) (30). Bu durum ülkeler arasındaki sosyoekonomik farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Erken evlenme yaşı ve çocuk sahibi olma Hindistan gibi Asya ülkelerinde mortaliteyi etkileyen önemli bir faktör olabilirken, eğitim seviyesinin yükselmesine bağlı olarak geç evlilikler ve geç gebeliklerde gelişmiş ülkelerde obstetrik popülasyonun ileri yaşta olmasına neden olmaktadır.

Jinekolojik kanserler, kadın kanserlerinin içinde önemli sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Jinekolojik kanserler kadının beden imajını, cinsel ve üreme sağlığını birey ve aile sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (31). Çalışmada YBÜ'sine kabul edilen hastaların hepsi, jinekolojik cerrahi operasyon geçiren hastalardır. Yüksek risk taşıyan hastalara radikal histerektomi, debulking gibi geniş operasyonlar yapılmaktadır. Cerrahi işlem ne kadar geniş olur ise komplikasyon oranı artar, birden fazla organ etkilenir, ciddi hemoraji görülebilir, hemodinamik stabilizasyon sağlanması zorlaşır yoğun bakım ihtiyacı artar. Yoğun bakım

ihtiyacı en fazla malignitesi olan hastalarda görülür (32). Çalışmada 16'sı (% 48,5) over Ca, 11 hasta (%33,5) total histerektomi, 2 hasta (%6) subtotal histerektomi, 2 hasta (% 6) uterus tümörü, 1 hasta (% 3) PID ve 1 hasta (%3) uterus perforasyonu nedeniyle yoğun bakıma kabul edilmiştir. Hastaların ortalama yatış süreleri 3,03 gün (en az 1, en çok 16 gün) ve yaş ortalaması 65,60'tır (min:29, max: 88), mortalite oranı %21,3 olarak bulunmuştur.

YBÜ'ne en çok over kanseri nedeniyle post-operatif dönemde debulking tedavisi yapılan olgular kabul edilmektedir. Over kanseri tüm jinekolojik kanserler içinde morbidite ve mortalitesi en yüksek olan kanser türüdür. Bu hastalara cerrahi işlem olarak total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi yapıldı. Didik'in 2014 yılında 1000 jinekolojik kanser nedeniyle ameliyat olmuş hastaların 110 (%11) tanesi postoperatif yoğun bakıma alınmış ve %39,6'sına total abdominal histerektomi ve bilateral salpingooferektomi operasyonu yapıldığı rapor edilmektedir (33). Pepin ve ark. 2017'de yaptığı çalışmada 43 adet over kanseri hastası YBÜ kabul edildiğini rapor etmiştir (34). Yousuf ve ark. 2015'te 150 olgu ile yaptığı çalışmada over kanseri %2,66 oranında bulunmuş ve endometriyum, serviks kanserine rastlanmamıştır (22). Asghari 2014 yılında 132 hasta ile yaptığı çalışmada %27,3 over, %56,1 endometriyum, %15,2 serviks kanseri olarak tespit etmiştir (31).

Çalışmaya alınan hastaların ileri yaş olması nedeniyle organ fonksiyonları daha da azalarak risk artacak ve ek hastalıkları da yoğun bakıma alınma nedenleri arasında olacaktır. Necofova'nın 2016 yılında over kanseri nedeniyle opere edilen hastaların yaş ortalaması  $52,4 \pm 11,6$  (min:22-max:82) (35). Asghari 2014 yılında 132 hasta ile yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $53,2 \pm 13,1$  rapor etmiştir (31). Gökçe'nin 2015 yılında 107 endometriyum kanserli olgu ile yaptığı çalışmasında yaş ortalaması 64,1 (min:27- max:85) (36), Didik'in 2014 yılında yaptığı çalışmada yaş ortalaması  $55,4 \pm 12,4$  olarak tespit etmişlerdir (33). Bu çalışmada yaş ortalamasının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Çalışmaya alınan hastaların en sık %11 ile hipertansiyon ve kardiyak problemler (atrial fibrilasyon, pacemaker, konik kalp yetmezliği, geçirilmiş miyokard infarktüsü, bypass öyküsü, mitral kapak değişimi, tiriküspit darlık) tespit edilmiştir. Didik'in 2014 yılında 110 jinekolojik kanser nedeniyle ameliyat olmuş post operatif yoğun bakım yatışı olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların %40,7'sinde ek hastalığı olduğu, en sık yandaş hastalığın hipertansiyon ve Diabetüs Mellitüs olduğunu rapor etmiştir (33). Kaplan ve ark. 2012'de yaptığı çalışmasında, YBÜ'ne alınan hastalarda yandaş hastalık olarak KOAH, (koroner hastalıklardan. DM, HT, tiroid, astım) diğer hastalıklarından daha fazla rapor edilmiştir (32).

Yoğun bakım ünitesinde kalış süresi, hemşirelik bakımının etkili yapılması ile azaldığı görülmüştür (37). Çalışmada, hastaların ortalama yatış süreleri 3,03 gün olarak bulunmuştur. Didik'in 2014 yılında 110 jinekolojik kanser nedeniyle ameliyat olmuş postoperatif yoğun bakım yatışı olan hastalar ile yaptığı çalışmada hastaların yoğun bakımda kalış süresi ortalama  $3,3 \pm 4,6$  (min:1-max:38) gün olarak rapor edilmiştir (33). Pepin ve ark'nın (2017) yaptığı çalışmada, hastalara debulking operasyonu olanları ortalama kalış süresi 2,7 ve perioperatif morbiditeyi azaltmak için neoadjuvant tedavi yapılan hastaların ortalama kalış süresi 3,5 gün olarak rapor edilmiştir (34).

Çalışmada mortalite oranı %21,3 olarak bulunmuştur. Bunun nedeni jinekolojik kanserlerin geç belirti ve bulgu verdiğinden, kanserin ileri aşamasında tespit edilmesine neden olmaktadır. Bundan dolayı tedavi şansları ve sağkalımları azalır. Kadınların düzenli kontrollerinin yaptırmadıkları için vakalar geç tespit edilir. Geç evrede tespit edilen vakalara yaşam kalitesini arttırmak amacıyla palyatif cerrahi yapılmaktadır. Bu işlemlere karar vermek multidisipliner ekip ile yapılmaktadır (38). Asghari'nin (2014) yaptığı çalışmada hastaların %75'i pap smear tarama testini yaptırmadıkları, kadınların Human Papilloma aşılarını yaptırmadıkları tespit edilmiştir (31). Human Papilloma aşıları pahalı olduğundan gelişmekte olan ülkelerde halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Didik'in 2014'te yaptığı çalışmada mortalite oranı %0,5 olarak rapor edilmiştir (33).

Obstetrik ve jinekolojik nedenlerle yatan hastalara bakım verirken yapılan bakım planları, %85,7'si emzirmenin sürdürülmesi ve perine bakımı, %50'si loşia takibi, %45,2'si atoni açısından takip en çok hemşirelik bakımı planı uyguladıkları alanlar olarak belirtmişlerdir (Tablo 3). Hemşirelerin bakım planı oluşturmada hastaların bireyselleştirilmiş ihtiyaçlarına yönelik bakım planları uyguladıkları ve çoğunun doğum sonu bakım planı yaptıkları görülmüştür. Nitelikli bakım alabilmeleri sağlanmaya çalışılmış, kapsamlı değerlendirme ve izlem sağlanarak verilerle uyumlu tanımlar konulduğu görülmüştür. En az hemşirelik bakım planı uyguladıkları alanlar ise %23,8'i fundus masajı, %21,4'ü aile planlaması, %19'u kadınlığın kaybı, %16,7'si histerektomi sonrası cerrahi menapoz konuları olarak belirtmişlerdir (Tablo 3). Hemşirelerin bakım planlarında yer verdikleri hemşirelik tanımlarının çeşitliliği hemşirelik sürecini doğru bir şekilde uyguladıkları görülmektedir. Tanımların konulma alanlarına bakıldığında jinekolojik hastalıklara yönelik tanımların az konulması göze çarpmaktadır. Bu hastaların tanımları ihtiyaçları doğrultusunda konulduğu açıkça görülmektedir. Ülkemizde 2007 yılında değiştirilen 6283 sayılı hemşirelik kanununa göre hemşire "her ortamda bireyin, ailenin, toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve

hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmekle görevli sağlık personeli” olarak tanımlanmıştır (39).

## SONUÇ

Multidisipliner genel yoğun bakım ünitesinde takip edilen obstetrik ve jinekolojik olguları retrospektif olarak değerlendirerek, kabul nedenlerini ve klinik incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada, yoğun bakıma kabul edilen obstetrik hastaların %40’ının HELLP sendromu, eklampsi ve preeklampsi, %27.5’sinin kanama (DIC, uterus perforasyonu, uterus atonisi) ve %15’inin solunum sıkıntısı (solunum yetmezliği, astım, ARDS, pnömoni) nedeniyle; jinekolojik hastaların ise %48,5’inin Over Ca, %33,5’inin total histerektomi nedeniyle yatışının yapıldığı belirlenmiştir.

Bu sonuçlar doğrultusunda aşağıdaki önerilerde bulunulmuştur:

- Obstetrik ve jinekolojik hastalara yönelik kurumun uygun gördüğü ayrı bir yoğun bakım ve multidisipliner bir ekip anlayışı ile yoğun bakım açılması planlanmalı;
- Hemşirelerin hemşirelik süreci konusunda bilinçlendirilmeleri, obstetrik ve jinekolojik hastalara yönelik bireye özgü bakım hizmeti sunulmasının desteklenmesi, gereksinimlere yönelik hemşirelik bakım planlarının oluşturulması ile ilgili eksiklerin giderilip uygun bakım planları yapılması ve NANDA tanı listesinden yararlanılması;
- Yoğun bakım kliniklerinde obstetrik ve jinekolojik hastaların takip ve tedavisi için protokol geliştirilmesi, gebe ve lohusa hastalara yönelik bakım kontrol listeleri hazırlanması önerilebilir.

## Yazar Katkıları

Fikir/Kavram, Tasarım: Neziha ATEŞ, Kerime Derya BEYDAĞ. Denetleme/Danışmanlık: Kerime Derya BEYDAĞ. Veri Toplama ve/veya İşleme: Neziha ATEŞ. Analiz ve/veya Yorum: Neziha ATEŞ, Kerime Derya BEYDAĞ. Kaynak Taraması , Makalenin Yazımı, Kaynaklar ve Fon Sağlama: Neziha ATEŞ. Eleştirel İnceleme: Kerime Derya BEYDAĞ

## Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında herhangi bir finansal destek kullanılmamıştır.

## Çıkar Çatışması Beyanı

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması olmadığını beyan etmiştir.

## Teşekkür

Çalışmaya katılan tüm katılımcılara teşekkür ederiz.

## Etik Beyan

Bu çalışma Okan Üniversitesi Etik Kurulu tarafından 30.03.2016 tarih ve 75 sayılı toplantıda onaylanmıştır.

## KAYNAKLAR

1. Döm S, Balas Ş, Aydın O, Ağalar F. Türk yoğun bakım biliminin literatüre katkısı. Yoğun Bakım Dergisi. 2010; 9(2): 114-119.
2. Abali S, Oskay U. Critical care at the obstetric. Journal of Education and Research in Nursing. 2011; 8(1):14-21.
3. Demirkiran O, Dikmen Y, Utku T, Ürkmez S. Critically ill obstetric patients in the intensive care unit. Int J Obstet Anesth. 2003; 12(4): 266-270.
4. Şimşek T, Eyigör C, Uyar M, Karaman S, Moral AR. Retrospective review of critically ill obstetrical patients: A Decade's experience. Turk J Med Sci. 2011; 41(6): 1059-1064.
5. Keleş GT, Topçu İ, Kefi A. Yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular. Fırat Tıp Dergisi. 2006; 11(1): 62-65.
6. Akköz Çevik S. Yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular. Perinatoloji Dergisi. 2011; 19(3): 118-122.
7. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik C, Haberal A. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi, 1. Baskı, Güneş Kitap Evi, Ankara, 2004.
8. Al-Suleiman SA, Qutub HO, Rahman J, Rahman MS. Obstetric admissions to the intensive care unit: A 12-year review. Arch Gynecol Obstet. 2006; 274(1): 4-8.
9. Guntupalli KK, Hall N, Karnad DR, Bandi V and Belfort M. Critical illness in pregnancy: An approach to a pregnant patient in the ICU and common obstetric disorders. Chest. 2015; 148: 1093-1104.
10. Pekin Deklarasyonu ve Eylem Platformu. <https://www.tbmm.gov.tr/komisyon/kefe/docs/pekin.pdf>. Erişim: 03.04.2018.
11. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, VI, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara, 2003.
12. Karadağ E, Aylaz R, Işık K, Yetiş G, Bayır B. Altmış yaş ve üzeri kadınlarda jinekolojik sorunlar. Sted. 2014; 23(3): 80-85.
13. Yılmaz K, Koçaşlı S. Tamamlayıcı ve alternatif tedavinin yoğun bakım hastaları üzerine

- etkisi ve hemşirenin rolü. 10. Ulusal Dahili ve Cerrahi Bilimler Yoğun Bakım Kongresi - 2. Avrasya Yoğun Bakım Toplantısı, İstanbul, 2013, 49.
14. Dikmen Y. Yoğun bakım hemşirelerinde etik duyarlılığın incelenmesi. Cumhuriyet Hemşirelik Dergisi. 2013; 2(1): 1-7.
  15. Akdeniz S, Ünlü H. Yoğun bakım hemşireliği. Yoğun Bakım Dergisi. 2004; 4(3): 179-185.
  16. Şimşek T. yoğun bakım ünitesinde kritik obstetrik hastaların retrospektif değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2009.
  17. Koca D. Anestezi yoğun bakım ünitesinde kritik obstetrik hastalar: On yıllık derleme. Erciyes Üniversitesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Tezi. 2015.
  18. Yosunkaya A, Keçecioglu A, Erdem TB, Borazan H. Yoğun bakım ünitemizde sık rastlanan obstetrik sorun: HELLP sendromu (15 olgunun analizi). Selçuk Tıp Üniv. Dergisi. 2011; 27(1): 18-23.
  19. Balsera E, Palomino MA, Bono J, Elvira MJ, Galeas JL, García G. Analysis of maternal morbidity and mortality among patients admitted to Obstetric Intensive Care with severe preeclampsia, eclampsia or HELLP syndrome. Med Intensiva. 2011; 35: 478-483.
  20. Okafor UV, Aniebue U. Admission pattern and outcome in critical care obstetric patients. Int J Obstet Anesth. 2004; 13(3): 164-166.
  21. Çeray Y, Yılmaz M, Cengiz M, Kaplan S, Ramazanoğlu A. Evaluation of obstetric patients who were admitted to the intensive care unit. Turk J Yoğun Bakım. 2017; 15(3): 124-129.
  22. Yousuf N, Shaikh SN, Soomro A, Baloch R. Analysis of characteristics, rationale, and management of ill obstetric patients transferred to ICU. J Pak Med Assoc. 2015; 65 (9): 959-962.
  23. Assef AP, Gallestey JB, Pereira SA, Vazco YG. Severe maternal morbidity in the intensive care unit of a Havana teaching hospital 1998 to 2004. MEDICC Rev. 2008 ;10(3): 7-23.
  24. Arıncı S, Karaman S, Doğru H, Çakmak B, Tapar H, Karaman T, Doğru S, Kaya Z. Multidisipliner yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular: Retrospektif analiz. Çağdaş Tıp Dergisi. 2014; 4(1): 14-17.
  25. Ülger F, Tosun M, Çelik H, Dilek A, Azar H, Malatyaloğlu E, Şahinoğlu H. Obstetric intensive care admissions: A four-year review in a Tertiary Care Centre. Obstetrics. 2010 ; 6 (19): 29-33.
  26. Qureshi R, Ahmed SI, Raza A, Khurshid A, Chishti U. Obstetric patients in intensive care unit: perspective from a teaching hospital in Pakistan. Journal Of the Royal Society of Medicine Open. 2016; 7(11): 1-8.

27. Cohen J, Singer P, Kogan A, Hod M, Bar J. Course and outcome of obstetric patients in a general intensive care unit. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2000; 79(10): 846-850.
28. Cheng C, Raman S. Intensive care use by critically ill obstetric patients: A fiveyear review. *Int J Obstet Anesth.* 2003; 12(2): 89-92.
29. Lapinsky SE, Kruczynski K, Seaward GR, Farine D, Grossman RF. Critical care management of the obstetric patient. *Can J Anaesth.* 1997; 44(3): 325-329.
30. Karnad DR, Lapsia V, Krishnan A, Salvi VS. Prognostic factors in obstetric patients admitted to an Indian Intensive Care Unit. *Crit Care Med.* 2004; 32: 1294-1299.
31. Asghari N. Bir Üniversite hastanesinde tedavi olan jinekolojik onkolojik vakaların değerlendirilmesi. Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi. 2014.
32. Kaplan C, Araz C, Candan S, Pirat A, Zeyneloğlu P, Ayhan A, Arslan G. Evre III-IV over kanseri nedeniyle sitoredüktif cerrahi geçiren hastalarda postoperatif yoğun bakım gereksiniminin ön belirleyicisi. *Türk Yoğun Bakım Dergisi.* 2012, 10; 102-109.
33. Didik M. Jinekolojik kanser cerrahisi geçiren hastalarda postoperatif akut böbrek hasarı için risk faktörlerinin belirlenmesi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2014.
34. Pepin K, Bregar A, Davis M, Melamed A, Hinchcliff E, Gockley A, Horowitz N, Carmen MG. Intensive care admissions among ovar cancer patients treated with primary debulking surgery and neoadjuvant chemotherapy-interval debulking surgery. *Gynecol Oncol.* 2017; 147(3): 612-616.
35. Necefova G. Rekürren over kanseri tedavisinde sekonder, tersiyer ve kuarterner sitoredüksiyonun sağkalıma etkisi ve morbiditesi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2016.
36. Gökçe E. Standart cerrahi uygulanan tip 11 endometrium kanseri'nde adjuvan tedavi modalitelerinin genel sağkalıma katkısı ve morbiditesi. Başkent Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi. 2015.
37. Sungur M, Sungur O, Konar S, Yavru A, Kılıç M, Seyhan TÖ. Jinekolojik operasyonlarda postoperatif bakım ünitesinde kalış süresini etkileyen faktörler. *İstanbul Tıp Fakültesi Dergisi.* 2012; 75(1); 1-6.
38. Topgül K. Yaşam sonu bakım ve cerrahi. *Türkiye Klinikleri J Gen Surg-Special Topics.* 2016; 9(1): 56-64.
39. Hemşirelik Kanunda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, Resmi Gazete, <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-3.htm>, Erişim:27.05.2018.