

Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı

Home Care of High Risk Pregnant Women

(Derleme)

Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi (2012) 80–91

Zekiye KARAÇAM*, Emine ŞEN*

* Adnan Menderes Üniversitesi Aydın Sağlık Yüksekokulu

ÖZET

Günümüzde çok sayıda gebe yüksek riskli gebelik nedeni ile aktivite sınırlamasını da içeren bir tıbbi bakım almaktadır. Yüksek riskli gebelik anne ve bebek sağlığını tehdit eden fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur. Bu gebelerin hastanede bakımı, evde bakımına göre, daha çok sayıda olumsuz etkileri de beraberinde getirmektedir. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde, evde kullanılabilen yeni teknolojilerin artması, sağlık bakım maliyetlerini azaltma gereksinimi, hastaların bilinçlenmesi ve kendi bakımlarına katılma isteği, yüksek riskli gebelerin bakımının hastaneden eve geçişini hızlandırmıştır. Yüksek riskli gebeler anne ve fetüsün sağlık durumu, bakım verecek sağlık personeli ve ailenin psikolojik, sosyal ve ekonomik kaynakları dikkate alınarak evlerine gönderilmektedirler. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı konusunda özelleşmiş ebeler tarafından verilecek bakım ile gebelik, bebek ve aile ile ilgili sonuçlar geliştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: *Yüksek riskli gebelik, evde bakım, hemşirelik/ebelik*

ABSTRACT

Today there is a number of pregnant women who is receiving medical care for a high risk pregnancy that includes a limitation in their activities. The significant health problem of a high risk pregnancy that threatens the health of the mother and infant has physiologic, social, emotional and economic dimensions. Care of these women in the hospital, compared to caring for them at home, has many more negative effects. In recent years in developed countries an increase in new technology that can be used in the home has decreased health care expenses, made patients more aware and increased their desire to participate in their own care, and has increased the speed with which women in high risk pregnancies are able to leave the hospital and go home. The health of the mother with a high risk pregnancy and the fetus, the health care personnel who will provide their care and the family's psychological, social and economic resources are taken into consideration when the mother is sent home. Care that is provided by midwiferies with specialized training in home care of high risk pregnancies can improve results for the pregnant women, their infants and their families.

Key Words: *High risk pregnancy, home care, nursing/midwifery*

Giriş

Gebelik normal fizyolojik bir süreç olmakla birlikte, önemli riskleri de beraberinde getirmektedir. Yüksek riskli gebelik anne ve bebek sağlığını tehdit eden, mortalite ve morbidite oranlarını arttıran, fizyolojik, psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları olan önemli bir sağlık sorunudur^{1,2}. Yüksek riskli gebelikler, kadının gebelik öncesi döneme ait bir sağlık sorununa bağlı olarak gelişebildiği gibi, gebelik süresince de ortaya çıkabilir¹. Yüksek riskli gebeliklerin anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkilerini azaltabilmek için yakın izlem ve bakım gerekmektedir. Yüksek riskli gebeliklerde yatak istirahati yaygın olarak kullanılan bir tedavi şeklidir^{3,4}. Son yıllarda özellikle gelişmiş ülkelerde evde kullanılabilen yeni teknolojilerin artması, sağlık bakım maliyetlerini azaltma gereksinimi, gebelerin bilinçlenmesi ve kendi bakımlarına katılma isteği, yüksek riskli gebelerin bakımının hastanede yapılması yerine evde bakım hizmetleri kapsamına alınmasına neden olmuştur^{5,6}. Yüksek riskli gebelerin evde izlem ve bakımı, perinatoloji alanında eğitim almış hemşireler ve ebeler tarafından yapılabilir ve böylece sağlık bakımının maliyeti azaltılabilir⁵⁻⁸. Literatüre dayalı olarak hazırlanan bu yazıda, yüksek riskli gebeliklerin izlem ve bakımlarının evde bakım hizmetleri kapsamında yürütülmesi ile ilgili bilgilerin paylaşılması hedeflenmiştir.

Yüksek Riskli Gebelikler ve Yatak İstirahati

Yüksek riskli gebelik anne, fetus ve yenidoğan sağlığının tamamen ya da kısmen tehlikede olduğu gebelik durumları olarak tanımlanmaktadır^{9,10}. Yüksek riskli gebelikler preterm eylem, hiperemesis gravidarum, spontan preterm membran rüptürü, kanamalar, gebelikte hipertansif durumlar, servikal yetmezlik, tromboembolik hastalık, diyabet, kalp hastalıkları, madde bağımlılığı ve enfeksiyonlar gibi çok sayıda sağlık sorununu kapsamaktadır^{3,11,12}. Yang ve arkadaşlarının çalışmasında⁴ (2009) gebelerin yaklaşık 1/3'ünün yüksek riskli oldukları ve 1/4'ünün aktivite sınırlamasını da içeren bir tıbbi bakım aldıkları bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan bir çalışmada da gebelerin %56,6'sının gebelikleri süresince fiziksel, %23'ünün ise ruhsal rahatsızlık yaşadıkları bildirilmiştir¹³. Bir diğer çalışmada ise gebelerin %14,8'inin hastanede yatarak tedavi aldıkları rapor edilmiştir¹⁴.

Yüksek riskli gebeliklerde, yatak istirahati üç farklı biçimde uygulanmaktadır. *Birinci tip yatak istirahati* hafif ev işleri, yarım gün çalışma, kısa yürüyüş ve gün içinde iki saat dinlenme şeklinde olmaktadır. *İkinci tip yatak istirahati* çalışmayı bırakma, ev işleri için yardım alma, yürüyüş dâhil egzersiz yasağı, günün büyük bir kısmında dinlenme biçimindedir. *Üçüncü tip yatak istirahatinde* kesin (tam) yatak istirahati (sadece oda içinde hareket edebilme) uygulanmaktadır. Kesin yatak istirahatina alınan gebeler aktivite sınırlaması olanlara göre yatak istirahatinin olumsuz etkilerinden daha fazla etkilenmektedirler^{10,15,16}. Yatak istirahatinin her üç biçiminde de gebe ve ailesinin günlük yaşam düzenlerinde önemli değişiklikler oluşmaktadır ve hem gebe hem de ailesi bu durumdan olumsuz etkilenmektedir.

Yatak İstirahatının Gebe ve Ailesine Etkileri

Yüksek riskli gebeliğe sahip olma ve gebenin evde ya da hastanede yatak istirahatına alınması çok sayıda fiziksel ve psikolojik sorunu da beraberinde getirmektedir. Yatak istirahatına alınan gebe çaresizlik, kendi kendine yetememe, belirsizlik, hasta rolü, kontrol kaybı, can sıkıntısı, suçluluk, öfke, yalnızlık, umutsuzluk, fetüsün sağlık durumu ile ilgili endişe, beklemekten yorulma, duygulanım değişikliği, ilaç uygulamaları ve diğer çocukların bakımı ile ilgili endişe hissedebilir^{2,4,16}. Bu gebeler uyku biçiminde bozukluk, kabızlık, sindirim problemleri, baş, kas ve eklem ağrıları, kas tonüsü ve kilo kaybı, glikoz intoleransı, kardiyovasküler kapasitede azalma, ortostatik intolarans, trombozis, kemik demineralizasyonu, cinsel yaşamda değişiklik gibi çok sayıda fiziksel sorun ile de karşılaşabilirler^{17,18,19}. Ayrıca yatak istirahati yüksek riskli gebelerin düşük benlik saygısı, anksiyete, depresyon, somatik yakınmalar gibi duygusal değişikliklerden oluşan ruhsal rahatsızlıklar ile aile fonksiyonlarında bozulma yaşamalarına neden olabilir^{4,16,20,21}. Gebenin yatak istirahatına alınarak tedavi edilmesi aile üyelerini de ekonomik ve duygusal olarak olumsuz etkilemektedir. Ayrıca annenin mevcut rollerini yerine getirememesi ailedeki diğer bireylerin rollerinde değişime neden olmaktadır. Bu rollere ilişkin işlerin baba ya da diğer bireyler tarafından yapılamaması, ailede kriz yaşanmasına ve mevcut rollerin sürdürülememesine neden olabilir. Yatak istirahati süresinin uzaması bu olumsuz etkileri daha da artırabilir^{3,4,22}.

Ülkemizde Evde Bakım Hizmetleri

Son yıllarda ülkemizde evde bakım hizmetleri ile ilgili bazı yasal düzenlemeler yapılmıştır. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkındaki Yönetmelik 2005 yılında çıkarılmıştır. Bu yönetmelikte evde bakım hizmeti; “hekimlerin önerileri doğrultusunda hasta kişilere, aileleri ile yaşadıkları ortamda, sağlık ekibi tarafından rehabilitasyon, fizyoterapi, psikolojik tedavi de dahil tıbbi ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde sağlık ve bakım ile takip hizmetlerinin sunulması” şeklinde tanımlanmaktadır. Bu yönetmeliğe göre, evde bakım hizmeti veren bir sağlık kuruluşunda, istenirse biri ebe olmak üzere, en az dört hemşire veya sağlık memuru görev yapar. Bu kuruluşlarda görev yapan hemşire ve ebeler verecekleri bakımın içeriği ve sıklığını detaylı bir biçimde anlatan bakım planını hazırlar, evde bakım hekimine onaylatır ve uygular²³.

Sağlık Bakanlığı 30.01.2010 tarihinde, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü ve 9 uncu maddeleri ile 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine dayanılarak “Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Yönerge” yayınlamıştır. Bu yönergede ise evde sağlık hizmeti; çeşitli hastalıklara bağlı olarak evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bu yönergede, evde sağlık hizmetleri ekibinde en az bir tabip, bir hemşire, bir sağlık memuru ve bir şoför; mevcut olması halinde bir fizyoterapist ve bir diyetisyen bulunması gerektiği ve

ihtiyaca göre bu ekibe ilave personel görevlendirmesi yapılabileceği bildirilmektedir. Yönergede hemşirenin/sağlık memurunun (toplum sağlığı) görevleri tedavi ve bakım işlemleri için tabibin yazılı ve imzalı talimatını alma, hemşire formlarına kaydetme ve uygulama, etkilerini gözleme ve uygulama sonuçlarını kaydetme olarak gösterilmiştir^{24,25,26}. Bu yönergeden anlaşılacağı gibi, yüksek riskli gebelerin evde bakımı hemşire tarafından yapılabilir ve istenirse ya da ihtiyaca göre bu ekibe ebe de dâhil edilebilir.

Ayrıca ülkemizde, Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönergeye göre hemşire ve ebenin görevleri arasında ev ziyaretleri yaparak gebeleri tespit etme, düzenli aralıklarla ziyaret etme ve izleme, riskli gebelikleri erken dönemde tespit etme ve gerekli birimlere sevk etme yer almaktadır²⁷. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (2010 yılı 27591 sayılı) kapsamında ise, hemşire ve ebelerin “gebelerin izlem ve taramalarını yapma, evde takibi zorunlu olan yüksek riskli gebelere kişiye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak tanı, tedavi, rehabilitasyon ve danışmanlık hizmetlerini verme” görevleri bulunmaktadır²⁸. Mevcut yasal düzenlemelere göre, ülkemizde evde bakım hizmetleri aile hekimliği hizmetleri kapsamında yaygın olarak verilmektedir. Ayrıca bazı özel kuruluşlar da bu hizmeti yürütmektedirler.

Yukarıda sözü edilen yasal görevleri kapsamında, ev ziyareti yapma ve sağlığı geliştirme programlarının yürütülmesi hemşire ve ebenin önemli görevlerindedir. Hemşire ve ebeler, yeterli doğum öncesi bakım ile yüksek riskli gebelikleri saptayabilir, erken tanı ve tedavi için sevk edebilirler. Evde etkili ve yeterli doğum öncesi bakımın sağlanabilmesi için, evde bakım konusunda yeterliliği olan ve evde bakım sağlık hizmetlerinin yapı ve işleyişini bilen hemşire ve ebeler gereksinim bulunmaktadır^{3,5,12}.

Perinatal evde bakım programı antepartum, postpartum ve yüksek riskli yenidoğanların bakımını içermektedir. Evde bakım, sürekli prenatal bakımın önemli bir parçasıdır ve doğum öncesi bakımın sürekliliği için gereklidir. Yüksek riskli gebeliklerde, hemşire ve ebelerin vermiş olduğu evde bakım hizmeti gebelik ve bebek ile ilgili sonuçları geliştirmekte, sağlık bakım maliyetini azaltmaktadır^{5,8,12}.

Yüksek riskli gebelerin daha sık aralıklarla izlenmesi ve hastaneye yatışı gerektiğinde bireysel ve ekonomik nedenler, ulaşım problemleri, diğer çocukların bakım sorunları, sağlık kuruluşunda uzun süre bekleme, yapılan girişimlerin fazlalığı gibi nedenler yeterli bakım ve tedavi almayı olumsuz etkilemektedir. Evde bakım hizmetleri bu sorunları azaltabilir ve gebelik sonuçlarını geliştirilebilir⁵.

Yüksek Riskli Gebelerin Evde Bakımı

Yüksek riskli gebelere evde verilen bakımının amacı, sağlık kurumundan farklı bir ortamda gebenin sağlık durumunu değerlendirmek, tanımlanmış risk faktörlerinin etkilerini izlemek, gebeye özel hazırlanmış bakım planını uygulamak ve sonuçlarını değerlendirmektir²⁹. Yüksek riskli gebelerin evde izlem ve bakımı gebeliğin herhangi bir aşamasında başlayabilir ve sıklığı bireyin durumuna göre düzenlenebilir⁶. Ancak bazı kadınlar diğer çocuklarının bakımı, kendini hasta hissetmeme, ev işlerini yapan yardımcıların bulunmaması, eşin ya da diğer aile üyelerinin desteğinde yetersizlik ve çalışma ihtiyacı gibi nedenlerle yatak istirahatı önerisine uyum sağlayamamaktadırlar¹¹.

Yüksek riskli gebelerin evde bakımının sağlanabilmesi için bazı kriterlerin değerlendirilmesi gerekir. Bu kriterlerden bazıları şunlardır^{12,30,31};

- Anne ve fetüsün durumu belirli aralıklarla izlem yapmaya uygun mu?
- Evde bakım vermek için ailenin koşulları yeterli mi?
- Gerekli hizmeti verecek sağlık personeli var mı?
- Aile ziyaretler dışındaki bakımı sağlayabilecek mi?
- Aile üyeleri birbirlerini destekliyor mu?
- Bu hizmetlerin evde verilmesi ekonomik olarak uygun mu?

Yüksek riskli gebeliklerin evde bakımının olumlu yönleri şöyle sıralanabilir^{7,16,18,24,25}.

- Ev ortamı daha bütüncül ve kapsamlı bir bakıma olanak sağlamaktadır. Gebeler aileleri ile birlikte olma, mahremiyet, rahat ve sakin bir ortam olması nedenleri ile evde bakımı tercih etmektedir.
- Anne ve fetüsün durumunun düzenli aralıklarla izlenmesi kadında güven duygusu oluşturur.
- Gebe evde yatak istirahatını devam ettirebilir, bakım aktivitelerini yerine getirirken daha fazla sorumluluk alır ve yaşamını kontrol etme duygusu yaşar.
- Evde bakım alan gebeler daha az anksiyete ve depresyon yaşamaktadır.
- Evde bakımda hemşire ve ebe, aile ile doğal ve güvenli ortamlarında iletişim kurabilir ve onları gözlemleyebilir. Eğitim araç-gereçleri ev koşullarına uyarlanabilir ve diğer aile üyeleri de eğitime dâhil edilebilir.
- Evde bakım hizmetleri gebelik ve yenidoğan sorunlarını ve sağlık bakım maliyetlerini azaltabilir.
- Gebe hastane ortamındaki enfeksiyon kaynaklarına maruz kalmaz.
- Sağlık çalışanlarının gereksiz girişimde bulunmalarını azaltabilir.
- Gebelerin buldukları ortamda, evlerinde gereksinimlerinin karşılanması iyileşme ve uyumlarını kolaylaştırabilir.
- Evde bakım gebenin fiziksel durumunu değerlendirme, baş etme becerilerini güçlendirme, tıbbi tedavi ve bakımın devamlılığı, olası problemlerin erken saptanması ve müdahale edilmesi açısından kolaylık sağlar.

Yapılan bazı çalışmalarda yüksek riskli gebeliklerin evde ve hastanede bakımı ile ilgili sonuçlar karşılaştırılmıştır. Bu çalışmalarda;

- Hastaneye yatan gebelerin daha fazla anksiyete, depresyon, düşük benlik saygısı ve aile fonksiyonlarında azalma yaşadıkları²⁰,
- Evde bakım alan erken doğum tehdidi olan gebelerin daha fazla olumlu gebelik sonuçlarına sahip olduğu ve evde bakımı kabul edilebilir olarak değerlendirdikleri³²,
- Uzun süre hastanede kalan gebelerde anne-bebek etkileşimi ve ailenin etkileşiminin olumsuz etkilediği³³,
- Gestasyonel diyabeti olan gebelerde evde bakımın düşük doğum ağırlıklı bebek görülme olasılığını azalttığı ve anne-bebek etkileşimini geliştirdiği⁵,

- Evde bakım alan gebelerde fetüs/yenidoğan mortalitesinin daha az olduğu (9'a karşı 2 bebek), doğum öncesi dönemde gebenin (49'a karşı 41 gün) ve doğum sonrası dönemde yenidoğanın hastanede kalma süresinin (24'e karşı 18 gün) daha az olduğu⁸,
- Erken doğum eylemi tanısı olan ve evde bakım alan gebelerin bebeklerinin doğum ağırlığı (ortalama: 2732'ye karşı 2330 gr.) ve gestasyonel yaş (ortalama: 36,1'e karşı 34,0 hafta) ortalamalarının daha fazla; koryoamnionitis görülme sıklığının daha az olduğu³⁴,
- Hipertansiyon ve erken doğum eylemi tanıları ile evde ve hastanede bakım alan gebeler arasında ekonomik bakımdan fark olmadığı³⁵ bildirilmiştir.

Yüksek riskli gebelerin bakımında, hemşirelik ve ebelik girişimleri doğrudan gebenin sağlığını yükseltmeye odaklanmalıdır. Bu girişimler şöyle sıralanabilir^{1,2,6,8,20}.

- a) Gebe ve ailesinin katılımı da sağlanarak evde bakım planı geliştirilmeli, uygulanmalı ve değerlendirilmelidir.
- b) Gebelere beslenme, dinlenme, aktivite, cinsel yaşam, fetüsün büyüme ve gelişmesi, komplikasyonların belirti ve bulguları ile bireysel sorunlarına yönelik eğitim ve danışmanlık verilmelidir. Yüksek riskli gebe ve ailesinin eğitiminde bilgi gereksinimleri ve potansiyel öğrenme stratejileri dikkate alınmalıdır. Ayrıca gebeye günlük fetal hareketleri nasıl takip edebileceği öğretilmeli ve prematüre doğum riski yüksek olan ebeveynlere prematüre yoğun bakım ile ilgili bilgi verilmelidir.
- c) Yatak istirahatındaki gebenin bakımında, kadını anlamak ve endişelerini paylaşmak çok önemlidir. En önemli girişimlerinden biri güvenilir bir ortam yaratarak kadının duygularını ifade etmesine fırsat verilmeli ve yüksek riskli durumla ilgili endişeleri paylaşılmalıdır.
- d) Yüksek riskli gebeye bakım veren hemşire ve ebeler yatak istirahatının gebede durumsal ve ailesel stresler oluşturduğunu bilmelidir. Gebenin stres ile başa çıkmasında olumlu düşünce geliştirme, hayal kurma, gevşeme teknikleri, masaj, durumu hakkında bilgilendirme, eğitim materyalinden yararlanmalarını sağlama, fetal kalp atımlarını dinletme ve USG ile yeniden güvenini sağlama yöntemlerinden yararlanılmalıdır.
- e) Stres ile baş etmede sosyal destek çok önemlidir. Gebe ve ailesinin sosyal destek sistemleri değerlendirilir ve gereksinimleri varsa destekleyici bakım verilir. Gebenin sosyal destekleri eşi, arkadaşları, akrabaları ve sağlık bakımı veren kişilerdir. Ayrıca hemşire ve ebeler gebenin özel sorularını yanıtlayabilecek ve sorunlarını paylaşabilecek bireyler olarak da önemlidirler.
- f) Gebenin yatak istirahatına bağlı olarak gelişen sorunları ile baş etmesine yardım edilmelidir. Evde yatak istirahatında olan gebeler rollerini yerine getiremedikleri için suçluluk duygusu, can sıkıntısı, engellenme, kontrol kaybı, bebeklerinin sağlığına yönelik korku ve anksiyete yaşadıklarını bildirmektedirler. Ancak, hemşire ve ebelerin gebeye destek olması ve tüm bu olumsuz duyguları gidermeye çalışması, gebenin evinde kendini daha rahat ve bağımsız hissetmesini

sağlayabilir. Aktivite sınırlılıkları dikkate alınarak, gebelere kol, sırt, bacak ve ayak egzersizlerinin yaptırılması kas ağrılarını ve güçsüzlüğünü azaltabilir. Ayrıca egzersiz yapma stresin azalmasına, rahatlık ve kendini iyi hissetmeye de yardımcı olabilir.

- g) Gebeye manevi bakım sağlanmalıdır. Bazı manevi inanç ve uygulamaların stresin etkilerini azalttığı, baş etmeye yardımcı olduğu, iyimserlik, olumlu düşünme ve umuda yönlendirdiği bilinmektedir.
- h) Standardize bilgi formu oluşturulması ve kullanılması sağlık kurumu ve ev arasında doğru bilgi akışını, tedavi ve bakımın sürekliliğini sağlamada yararlı olabilir.
- i) Yüksek riskli gebelerin evde bakımında prenatal ev ziyareti protokolünden yararlanılabilir. Ancak ülkemizde Sağlık Bakanlığının geliştirdiği ve uygulamaya koyduğu doğum öncesi bakım rehberi bulunmasına rağmen gebelerin evde ziyaretine ilişkin bir protokol ya da rehber bulunmamaktadır. Bu nedenle yüksek riskli gebelerin ev ziyaretinde Grohar (1994) tarafından geliştirilen ve halen Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılmakta olan prenatal ev ziyareti protokolünden yararlanılabilir (Tablo 1).

Yüksek Gebeliklerde Evde Bakımın Olumsuz Yönleri

Evde bakım alan yüksek riskli bazı gebeler aktivite kısıtlamasına bağlı kalmada ve acil durumlarda hastaneye ulaşmada zorluk yaşayabilirler. Başka çocuğu olan, yoğun stres yaşayan, planlanmamış gebeliği olan ve evli olmayan kadınların yatak istirahatini sürdürme olasılıklarının daha az olduğu bildirilmektedir³. Ayrıca gebe ve ailesi tehlike belirtilerini fark edebilme ve gereksinimleri olduğunda tıbbi bakım ve tedaviye ulaşamama endişesi yaşayabilirler^{6,21}.

Makalenin bu bölümünde erken doğum tehdidi olan gebeler ile ilgili bir bakım protokolü örneği verilmiştir (Tablo 2). Erken doğum tehdidi olan gebeler sıklıkla yatak istirahatına alınmaktadırlar. Bu gebelere uygulanan yatak istirahati ya da aktivite sınırlaması haftalar ya da aylarca devam edebilir. Bu nedenle evde bakım hizmetleri, bu gebelerin uzun süre ailelerinden ve ev ortamlarından ayrı kalmamaları için önemli olabilir. Erken doğum tehdidi olan gebelerin evde bakım hizmetleri kapsamına alınması için gerekli kriterler; 20. gebelik haftasından sonra ya da 36. gebelik haftasından önce düzenli uterus kontraksiyonları ile birlikte servikal silinme (efasman) ya da dilatasyon nedeni ile erken doğum tehdidi tanısı almış, servikal dilatasyonun üç cm ya da daha az ve uterus kontraksiyonlarının saatte 4-6 kezden daha az olması, korioamnionitisin olmamasıdır¹¹.

Erken doğum tehdidi olan gebelerin evde bakımları süresince yapmaları gereken girişimler aşağıda verilmiştir. Bunlar;

- Gebe günde iki-üç kez sırtını yastıkla destekleyerek sol yan pozisyonda yatmalı, elini uterusun fundus kısmına yerleştirmeli ve bir saat süresince uterus kontraksiyonlarını sayarak takip etmeli ve saptadığı önemli bulguları hemşire ve ebeğe bildirmelidir.

Tablo 1. Perinatal Ev Ziyareti Protokolu

<p>1. Ziyaret Öncesi Girişimler</p> <ul style="list-style-type: none">a. Ev ziyaretinin tedaylarını hazırlamak için aile ile iletişim kurulur.<ul style="list-style-type: none">i. Ebe/hemşire ve sağlık sisteminin rolü belirlenir.ii. Ev ziyaretinin amaçları yeniden gözden geçirilir.iii. Ziyaret için uygun zaman planlanır.iv. Ailenin adresi doğrulanır, evi bulmada kolaylık sağlayacak bilgiler alınır.b. Gerekli bilgilere ulaşılır.<ul style="list-style-type: none">i. Anne ve fetüs/yenidoğan ile ilgili bilgiler elde edilir (sevk formu, hastane taburculuk özeti, tanımlanmış aile öğrenme gereksinimleri gibi).ii. Daha önceden verilen hemşirelik hizmetleri kayıtları gözden geçirilir.iii. Bilgiye ulaşmak için, gerekirse diğer sağlık çalışanları ile iletişim kurulur.c. Tanımlanmış mevcut gereksinimleri karşılamak için eğitim materyali ve diğer kaynaklar belirlenir.d. Ziyaret çantası hazırlanır. <p>2. Ev Ziyaretinin Uygulanması</p> <ul style="list-style-type: none">a. Ziyaretin amaçları oluşturulur. Aileye beklentilerini açıklamaları için fırsat verilir.b. Aile ile sosyal iletişim kurulur. Ebe/hemşirenin ulaşılabilir olduğunu göstermek için bu iletişime zaman ayırmak önemlidir.c. Anne ve fetüs/yenidoğanın durumunu ve mevcut komplikasyonları belirlemek için sistematik bir değerlendirme yapılır.d. Ziyaret süresince aile üyelerinin gebeliğe ya da doğuma karşı emosyonel tutumu ve yaşam şekli değişikliklerini belirlemek için veri toplanır. Yenidoğan-aile bağlanması, anne, baba, çocuklar ve varsa diğer aile bireyleri arasındaki iletişim biçimi belirlenir ve kayıt edilir.e. Destek sisteminin yeterliliği değerlendirilir.<ul style="list-style-type: none">i. Temizlik, yemek yapma ve diğer ev işlerinin yapılmasını sağlayabilecek bir kişi var mı?ii. Yenidoğan ya da diğer çocukların bakımında sağlanan yardımın durumu nedir?iii. Kadının kendine bakım yapmasını ve yeterince istirahat etmesini destekleyebilecek bir kişi var mı?iv. Bilgi ve duygusal destek sağlayabilecek bir kişi var mı?f. Ziyaret süresince kaynakların yeterliliği bakımından ev ortamı gözlemlenir.<ul style="list-style-type: none">i. Çocuğun uyuma ve oyun zamanları belirlenir.ii. Evin düzen, temizlik ve tamirat durumu nedir?iii. Yemek yapma olanaklarının yeterliliği nasıldır?iv. Besinlerin depolanma ve soğutma koşulları nedir?v. Banyo ve tuvaletin durumu nasıl?vi. Yenidoğanın uyuması, banyo yapması, mama hazırlama ve bebek kıyafetleri için evde yapılan düzenlemeler nasıldır?g. Ziyaret süresince ev ortamı güvenlik yönünden gözlemlenir.<ul style="list-style-type: none">i. İlaçların, temizlik ürünlerinin saklanma koşulları nasıl?ii. Mobilya ve duvarların durumu nasıl? Düşmeye neden olabilecek ortam ya da eşyalar var mı?iii. Böceklerin varlığı?iv. Güvenlik önlemlerinin alınmadığı oyun alanlarının varlığı,v. Yangına karşı alınan önlemler, alarm sisteminin varlığı?h. Daha önceden belirlenen ve verilmesi planlanan bakım verilir.i. Daha önceden belirlenen gereksinimler doğrultusunda eğitim yapılır.j. Aile uygun sivil toplum örgütleri ve destek kaynaklarından yararlanmaya yönlendirilir.k. Dispozible malzeme kullanılır, yeniden kullanılacak malzemeler temizlenir ve tekrar ziyaret çantasına yerleştirilir. Tıbbi atıklar ev ortamında bırakılmaz.

3. Ziyaretin Sona Erdirilmesi
 - a. Ziyaretin önemli noktaları özetlenir.
 - b. Eğitim planı yeniden gözden geçirilir ve önemli bölümleri yazılır.
 - c. Bir sonraki ziyaret planını da içeren gelecek beklentiler açıklanır.
 - d. Bir sonraki ziyarete kadar, gerekirse, ebe/hemşireye ya da sağlık kuruluşuna nasıl ulaşacağı hakkında bilgi verilir.
4. Ziyaret Sonrası Yapılacaklar
 - a. Ziyaret ile ilgili kayıtlar yapılır.
 - b. Bir sonraki ziyarette ele alınacak konu ile ilgili bilgi verilir.
 - c. Kadın ailesinin diğer sağlık çalışanları ve sağlık sistemi ile iletişimi sürdürülür (telefon, mektup, ilerleme notları, sevk formu gibi).

Kaynak: Grohar J. Nursing Protocols for Antepartum Home Care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(8):687-694.

Tablo 2. Erken Doğum Tehdidini Olan Gebeler İle İlgili Bir Bakım Protokolü Örneği

Hemşirelik tanısı	Sonuç Kriterleri	Girişimler
Tokolitik tedavi ve yatak istirahatıyla ilgili metabolik zarar görme riski	Erken doğum tehdidinin belirti ve bulgularını söyleyebilir	- Günlük olarak kilo, kan basıncı ve nabız ölçümü yapılır. - Kan glikozu, tam kan sayımı ve idrarda protein analizi yapılır. - Gebenin posa bakımından zengin gıdalar alması sağlanır.
Kontraksiyonlar, tokolitik tedavinin yan etkileri, gebelik ve yatak istirahatıyla ilgili rahatta değişim	Gebe uterus kontraksiyonlarını doğru olarak izleyebilir	- Her gün, fetal kalp sesi dinlenir - Gebeye vitamin, mineral ve gaita yumuşatıcı ilaçlar verilebilir. - Servikal muayene ile silinme ve dilatasyon değerlendirilir.
Anne ve fetüsün güvenliği ile ilgili korku ve anksiyete	Miadında ya da miadına yakın bir zamanda sağlıklı bir bebek dünyaya getirir	- Gebenin hekimi tarafından önerilen aktivite sınırlamasına uyması sağlanır
Erken doğum tehdidi ve erken membran rüptürünün belirti ve bulgularıyla ilgili bilgi eksikliği	Sağlık çalışanlarına hangi durumlarda ve nasıl ulaşacağını söyler	- Gebeye erken doğum tehdidinin belirti ve bulguları, özellikle de vajinal akıntıda değişiklik ve uterus kontraksiyonlarındaki artış, palpasyon tekniği, ilaç tedavisi, uterus kontraksiyonlarını arttıran girişimler, kan basıncının ölçüm zamanı, kayıt yapma, sağlık çalışanlarını ne zaman araması gerektiği ve nasıl ulaşabileceği hakkında eğitim yapılır. - Pelvis bölgesindeki kasılmaları azaltabilmek için, meme ucunun uyarılmaması ve orgazmdan kaçınılması gereklidir. Bu nedenle gebe ve eşi ile cinsel ilişkiye alternatif yolların tartışılması gerekli olabilir.
Tedavi ve yatak istirahatı ile ilgili düşünce sürecinde bozulma		- Tokolitik tedavi doktorun istediği şekilde uygulanır.

Kaynak: Grohar J. Nursing Protocols for Antepartum Home Care. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 1994;23(8):687-694.

- Gebe günde bir ya da iki kez, mümkünse günün aynı saatlerinde, sırtını yastıkla destekleyerek sol yan pozisyonda yatmalı, elini uterusun fundus kısmına yerleştirmeli ve fetüsün hareketlerini saymalıdır. Gebe 10 fetüs hareketi sayıncaya kadar bu işlemi sürdürmelidir.
- Gebe her gün, erken doğum tehdidi belirtilerini değerlendirmeli ve saptadığı belirtileri hemşire ve ebeye bildirmelidir. Bu belirtiler; adet (menstruasyon) dönemine benzer kramplar, uterusu gerginlik, vajinal akıntıda artış, sırt ağrısı ve pelvis bölgesinde basınç hissidir.

Sonuç

Sonuç olarak, yüksek riskli gebelikler anne ve bebek sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunudur. Yüksek riskli gebeliklerin evde bakımının gebe ve ailesinin sağlığını geliştirmede önemli katkıları bulunmaktadır. Evde bakım hizmetleri kapsamında çalışan, perinatoloji konusunda eğitim almış hemşire ve ebeler yüksek riskli gebelerin evde bakımını sağlayarak anne-çocuk ve aile sağlığını geliştirebilirler.

Kaynaklar

1. Oskay ÜY. Nursing care in high risk pregnancy. Perinatoloji Dergisi 2004;12(1): 11-16.
2. Price S, Lake M, Breen G, Carson G, Quinn C, O'Connor T. The spiritual experience of high-risk pregnancy. JOGNN 2007;36(1): 63-70.
3. Lowdemilk DL, Perry EP. Maternity & Women's Health Care. 9th ed, Philadelphia: Mosby Inc.; 2007.p.925-974.
4. Yang M, Li L, Zhu H, Alexander IM, Liu S, Zhou W et al. To relieve anxiety in pregnant women on bedrest: A randomized, controlled trial. MCN 2009;34(5): 316-323.
5. Brooten D, Youngblut Jm, Brown L, Finkler SA, Neff DF, Madigan EA. Randomized trial of nurse specialist home care for women with high-risk pregnancies: Outcomes and costs. Am J Manag Care 2001;7(8): 793-803.
6. Heaman M. Antepartum home care for high-risk pregnant woman. AACN Clin Issues 1998a;9(3): 362-376.
7. Olds DL, Kitzman H, Cole R, Robinson J, Sidora K, Luckey DW et al. Effects of nurse home-visiting on maternal life course and child development: Age 6 follow-up results of a randomized trial. Pediatrics 2004;114(6): 1550-1559.
8. Brooten D, Youngblut JM, Donahue D, Hamilton M, Hannan J, Neff DF. Women with high-risk pregnancies, problems, and APN interventions. Journal of Nursing Scholarship 2007;39(4): 349-357.
9. Saka G, Ertem M, İçlin E. Risk Factors on pregnant who give birth Diyarbakır Maternity Hospital: Front study. Perinatoloji Dergisi 2001;9(2): 1-6.
10. Youngblut JM, Madigan EA, Neff J DF, Deoisres W, Siripul P, Brooten D. Employment patterns studies and timing of birth in women with high-risk pregnancies. JOGNN 2000;29(2): 137-144.
11. Grohar J. Nursing protocols for antepartum home care. JOGNN 1994;23(8): 687-694.
12. Lowdermilk DL, Perry SE, Bobak IM. Maternity Women's Health Care. 7th edition. London: Mosby Inc; 2000. p.39-51.

13. Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009;25(4): 344-356.
14. Özçelik G. Aydın İlinde Gebelikte Yaşanan Sağlık Sorunları ve Yaşam Kalitesi ile İlişkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi, 2010.
15. Arslan H, Korkmaz N. Physical and psychologic problems experienced by high risk pregnancies who stay hospital with partial bed rest. *Perinatoloji Dergisi* 2005;13(2): 1-11.
16. Maloni JA. Antepartum bed rest for pregnancy complications: efficacy and safety for preventing preterm birth. *Biological Research for Nursing* 2010;12(2): 106-124.
17. Maloni JA, Park S, Anthony MK, Musil CM. Measurement of antepartum depressive symptoms during high-risk pregnancy. *Research in Nursing & Health* 2005;28: 16-26.
18. Promislow JH, Hertz-Picciotto I, Schramm M, Watt-Morse M, Anderson JJ. Bed rest and other determinants of bone loss during pregnancy. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 2004;191: 1077-1083.
19. Maloni JA, Park S. Postpartum symptoms after antepartum bed rest. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing* 2005;34: 163-171.
20. Heaman M, Gupton A. Perceptions of bed rest by women with high-risk pregnancies: A comparison between home and hospital birth. *Birth* 1998;25(4): 252-258.
21. Meher S, Abalos E, Carroli G. Bed rest with or without hospitalisation for hypertension during pregnancy. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2005;4. Art. No.: CD003514. DOI: 10.1002/14651858.CD003514.pub2.
22. Maloni JA, Margevicius SP, Damato EG. Multiple gestation: Side effects of antepartum bed rest. *Biological Research for Nursing* 2006;8: 115-128.
23. Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Sağlık Bakanlığı Tebliği. 2005; URL: www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com, 2010.
24. Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkında Yönerge. URL: www.saglik.gov.tr, 2010.
25. Doğan F, Fadiloğlu Ç. Evde bakım tedavi hizmetleri ve sağlık politikamızdaki yeri. In: Doğan F, Ertem G. Evde bakım. *Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri*. İzmir: 2006. s.1-4.
26. Fadiloğlu Ç, Fadiloğlu Ç. Evde bakım hizmetlerinin gelişimi ve önemi. In: Doğan F, Ertem G. Evde Bakım. *Meta Basım Matbaacılık Hizmetleri*. İzmir: 2006. s. 7-24.
27. Sağlık Bakanlığınca Sunulan Evde Sağlık Hizmetlerinin Uygulama Usul Ve Esasları Hakkında Yönerge. 2010; URL: www.saglik.gov.tr, 2010.
28. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Mayıs 2010 Resmi Gazete Sayı:27591; URL: <http://www.saglik.gov.tr/tr/belge/1-10376/aile-hekimligi-uygulama-yonetmeligi.html>, 2010.
29. London ML, Ladewig PW, Ball JW, Bindler RC. *Maternal-Newborn & Child Nursing*. New Jersey: Pearson Education Inc.; 2003.p.858-860.
30. Wong DL, Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. *Maternal Child Nursing Care*. 3rd edition. St. Louis: Mosby Inc; 2006. p.329-411.
31. Heaman M, Robinson M, Thompson L, Hekewa M. Patient Satisfaction with an Antepartum Home Care Program. *JOGNN* 1994;23(8): 707-713.
32. Stringer M, Spatz D, Donahue D. Maternal/fetal physical assessment in the home setting: Role of the advanced practice nurse. *JOGNN* 1994;23(8): 720-725.
33. Goutlet C, Gevry H, Lemay M, Gauthier RJ, Lepage L, Fraser W, Polomeno VA. Randomized clinical trial of care for women with preterm labour: Home management versus hospital management. *CMAJ* 2001;164(7): 985-991.

34. Heaman M. Psychosocial impact of high-Risk pregnancy: Hospital and home Care. Clin Obstet Gynecol 1998b;41(3): 626-636.
35. Harrison MJ, Kushner KE, Benzies K, Kimak C, Jacobs P, Mitchell BF, In-Home nursing care for women with high-risk pregnancies: outcomes and cost. Obstet Gynecol 2001;97: 982-7.