

Derleme Makalesi– Review Paper

PERİNATOLOJİDE ÖZEL GRUPLAR VE HEMŞİRELİK BAKIMI

SPECIAL GROUPS AND NURSING CARE IN PERINATOLOGY

Burcu ÖSKAN FIRAT¹, İlkay GÜNGÖR SATILMIŞ²

Özet

Perinatolojide adölesan, göçmen, yoksul ve engelli gebelerin tıbbi, sosyal, emosyonel ve ekonomik açıdan risk altında oldukları bilinmektedir. Bu özel gruplarda düşük sosyoekonomik düzey, yetersiz beslenme, doğum öncesi bakım hizmetlerine geç ulaşma veya ulaşamama, doğumun sağlıklı koşullarda gerçekleşmemesi, sigara ve alkol kullanımı, duygusal stres, aile içi şiddet, ayrımcılık ve dışlanma gibi nedenlerden dolayı maternal ve fetal riskler diğer gruplara göre daha fazla ortaya çıkmaktadır. Bu nedenle özel gruplarda perinatal risklerin azaltılması için antenatal bakım büyük önem taşımaktadır. Gebeliğin erken dönemde teşhis edilip, yeterli doğum öncesi bakımın sağlanması, risklerin erkenden tespit edilmesi, yeterli beslenmenin sağlanması, bağışıklama, folik asit desteği, demir takviyesi ile aneminin önlenmesi, ruh sağlığının değerlendirilmesi ve gerekli psikolojik desteğin sağlanması anne ve bebek ölümlerini ciddi oranda azaltmaktadır. Bu derlemenin amacı perinatal dönemde özel risk gruplarını oluşturan adölesan, göçmen, yoksul ve engelli kadınların karşılaştıkları riskler ve bakımı ile ilgili güncel literatür bilgilerini özetleyerek bu gruplara bakım veren ebe/hemşirelere rehberlik etmek ve literatüre katkı sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Göçmen, Yoksul, Engelli, Gebelik

Abstract

In perinatology, it is known that adolescent, immigrant, poor and disabled pregnant women are at risk in terms of medical, social, emotional and economic aspects. Maternal and fetal risks are higher in these special groups due to reasons such as low socioeconomic level, malnutrition, late access or inability to reach prenatal care services, delivery not in healthy conditions, smoking and alcohol use, emotional stress, domestic violence, discrimination and exclusion. Therefore, antenatal care is of great importance to reduce perinatal risks in special groups. Early diagnosis of pregnancy, providing adequate prenatal care, early detection of risks, providing adequate nutrition, immunization, folic acid support, prevention of anemia with iron supplementation, evaluation of mental health and providing necessary psychological support significantly reduce maternal and infant mortality. The aim of this review is to guide the midwives/nurses who care for these groups and to contribute to the literature by summarizing the current literature information about the risks faced by adolescent, immigrant, poor and disabled women who constitute special risk groups in the perinatal period.

Keywords: Adolescent, Immigrant, Poor, Disabled, Pregnancy

1. GİRİŞ

Perinatolojide adölesan, göçmen, yoksul ve engelli gebeler diğer gebelere göre daha fazla maternal ve fetal risk altındadır. Bu nedenle risk altında olan ve bakıma erişme sorunu yaşayan bu gruplar özel olarak ele alınmalıdır (Azevedo ve ark., 2015, ss. 618–626; Fair ve ark., 2020, ss. 1-26).

Dünya çapında tüm gebeliklerin yaklaşık %25'i adölesan gebeler oluşturmaktadır. Adölesan gebeliklerde yetişkin gebeliklere kıyasla preeklampsi, erken doğum, prematür membran rüptürü (PROM), preterm prematür membran rüptürü (PPROM), düşük doğum ağırlığı, fetal büyüme geriliği, konjenital malformasyonlar ve perinatal mortalite gibi olumsuz maternal ve fetal sonuçlar daha fazla görülmektedir (Marković ve ark., 2020, ss. 136-140). Tüm bu sorunların yanı sıra bu dönemde abortus, küretaj, anemi, puerperal endometrit ve idrar yolu enfeksiyonları da daha sık görülmektedir (Azevedo ve ark., 2015, ss. 618–626). Gebelik göçmen kadınlar için oldukça hassas bir dönemdir. Maternal ve neonatal morbidite ve mortalite riski göçmen kadınlarda daha yüksektir. Göçmen kadınlarda yapılan birçok çalışma ölü doğum, perinatal mortalite, sezeryan doğum, erken doğum ve düşük doğum ağırlığı gibi olumsuz gebelik sonuçlarının ülke vatandaşlarına kıyasla daha fazla olduğu saptanmıştır (Fair ve ark., 2020, ss. 1-26 ; Col Madendag ve ark., 2019, ss.1-5). Yoksul ülkelerde anne ve bebek ölümleri oldukça yüksektir. Gebelik öncesi ve sırasında kötü beslenme, yeterli ve kaliteli besin alamama annede anemi, preeklampsi, bebekte ise intrauterin gelişme geriliği, düşük doğum ağırlığı, erken doğum sorunlarına yol açmaktadır (Lassi ve ark., 2020, ss. 1-16; Scorgie ve ark., 2015, ss. 1-12). Ayrıca sağlık hizmetlerine erişememe, yetersiz bağışıklama, doğumun sağlıklı koşullarda yapılması, sigara ve alkol kullanımının yüksek olması anne ve fetüsün sağlığını olumsuz etkileyen diğer faktörlerin başında gelmektedir. Perinatolojide özel yaklaşıma gereksinim duyulan bir diğer grupta engelli kadınlardır. Engelli birçok kadının gebeliği sağlıklı sonuçlanabilmektedir. Ancak tıbbi komplikasyonlar ve olumsuz doğum sonuçları açısından daha büyük risk altındadır. Engelli kadınların diyabet, astım, obezite, ruh sağlığı sorunları ve şiddete maruz kalma oranlarının daha yüksek olduğu ve bu kadınların gebelik sırasında ve doğum sonrasında daha fazla sorunlar yaşadığı görülmüştür. Engelli kadınların gebelikte solunum sıkıntısı, idrar yolu enfeksiyonu, konstipasyon, doku bütünlüğünde bozulma, denge sorunları ve düşme riski yaşadıkları, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve sezeryan doğum oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (D'Angelo ve ark., 2020, ss. 291–296; Iezzoni ve ark., 2016, ss. 133–140; Tarasoff ve ark., 2020, ss. 27-40).

Rutin doğum öncesi bakım maternal, fetal mortalite ve morbiditeyi azaltmanın en etkili yöntemleri arasında kabul edilmektedir (Lassi ve ark., 2020, ss. 1-16). Özel gruplar rutin doğum öncesi bakıma daha az ulaşmakta ve ciddi perinatal sorunlar yaşamaktadır. Bu gebelerin bakım kalitesini ve sağlık hizmetlerine erişimlerini arttırmak oldukça önemlidir. Bu derlemenin amacı perinatal dönemde özel risk gruplarını oluşturan adölesan, göçmen, yoksul ve engelli kadınların karşılaştıkları riskler ve bakımı ile ilgili güncel literatür bilgilerini özetleyerek bu gruplara bakım veren ebe/hemşirelere rehberlik etmek, bakım kalitesini arttırmak ve literatüre katkı sağlamaktır.

2. ÖZEL GRUPLAR VE GEBELİK

Perinatolojide adölesan, göçmen, yoksul ve engelli gebelerin tıbbi açıdan risk altında oldukları bilinmektedir. Bu gruplar gebelik döneminden itibaren özel bakıma gereksinim duymaktadır. (Azevedo ve ark., 2015, ss. 618–626; Fair ve ark., 2020, ss. 1-26). Ebe/hemşireler

özel grupta yer alan gebelere bakım veren en önemli sağlık profesyonelleridir. Adölesan, göçmen, yoksul ve engelli gebelerin bakım kalitesini ve sağlık hizmetlerine erişimini arttırmak için maternal-fetal riskleri ve hemşirelik bakımını literatür doğrultusunda ele almak gerekmektedir.

3. ADÖLESAN DÖNEM VE GEBELİK

Adölesan dönem, korunmasız cinsel ilişki, erken yaşta evlilikler, erken gebelikler, istenmeyen gebelikler, yasal olmayan ve güvensiz düşükler gibi bazı risklerin ortaya çıkmasına neden olan dinamik bir geçiş sürecidir (Anık ve Ege, 2019, ss. 46-55). Her yıl, gelişmekte olan ülkelerde 15-19 yaş arasındaki 21 milyon kız çocuğunun gebe kaldığı bu gebeliklerin 10 milyonunun istenmeyen gebelik olduğu, yaklaşık 12 milyon kız çocuğunun doğum yaptığı tahmin edilmektedir. 15 yaşından küçük olan grupta ise her yıl 777.000 doğum meydana gelmektedir. Adölesan döneme özgü doğurganlık hızı evrensel olarak son 20 yılda %11.6 oranında azalmıştır. Ancak bölgeler arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Doğu Asya'da adölesan doğurganlık hızı 7.1 iken, Orta Afrika'da 129.5'tir (World Health Organization (WHO), 2020; Azevedo ve ark., 2015, ss. 618–626; Fleming ve ark., 2015, ss. 740–756). Ülkemizde ise Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verileri sonucuna göre adölesan gebelik oranı 1993 yılında %10'iken 2018'de %4'e düşmüştür (TNSA, 2018).

3.1. Adölesan gebeliklerin maternal ve fetal riskleri

Adölesan gebelikler riskli gebelikler arasında yer almakta, anne ve bebek sağlığı açısından önemli tıbbi ve sosyal problemlere neden olabilmektedir (Anık ve Ege, 2019, ss. 46-55). Adölesan gebeliklerin sosyal problemlerinin başında istihdam ve okul sorunları gelmektedir. Her yıl 30.000 kız çocuğu gebelik nedeniyle okulu bırakmaktadır. Yaşanan istihdam sorunları ise düşük sosyoekonomik düzey, kötü beslenme, gebeliğin geç teşhis edilmesi, yeterli doğum öncesi bakım alamama gibi sorunlara neden olmaktadır. Bu dönemde sigara, alkol ve madde kullanımı, duygusal stres, aile içi şiddet, eşin terk etmesi gibi sorunlarda daha fazla görülmektedir. Bu sorunların hepsi anne ve fetüsün sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Leftwich ve Alves, 2017, ss. 381–388).

Adölesan gebelikler dünya çapında gerçekleşen doğumların %10'unu oluştururken, maternal mortalite ve morbiditenin %23'ünden sorumludur. Gebelik dünya çapında 15 ile 19 yaşındaki kız çocuklarının önde gelen ölüm nedenlerinin başında gelmektedir. Bu ölümlerin %90'ı yoksul ülkelerde görülmekte ve çoğu önlenilebilmektedir (Fleming ve ark., 2015, ss. 740–756). Her yıl 15–19 yaş arası kız çocuklarında meydana gelen yaklaşık 5,6 milyon kürtajdan 3,9 milyonu güvensiz koşullarda yapılmakta ve bu da anne ölümleri, morbidite ve kalıcı sağlık sorunlarına neden olmaktadır (WHO, 2020). Adölesan gebeliklerde olumsuz maternal ve fetal sonuçlar daha yüksektir (Marković ve ark., 2020, ss. 136-140). Yapılan çalışmalarda bunu destekler niteliktedir. Kaya ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında adölesan gebelerin %44.5'i, kontrol grubunun ise %53'ü sezaryen ile doğum yapmıştır. Adölesan gebelerde en sık sezaryen nedeni fetal distress iken (%24.3) kontrol grubunda ise eski sezaryen (%62.3) olarak

saptanmıştır (Kaya ve ark., 2017, ss. 22-27). Abebe ve arkadaşlarının (2020) 618 gebe ile yaptıkları çalışmada kadınların 309'u 13-19 yaş arasında doğum yapmıştır. Adölesan annelerin %11.3'ünde gebeliğe bağlı hipertansiyon, % 12.9'unda erken doğum, %17.5'inde düşük doğum ağırlığı görülürken, yetişkin annelerde bu oranlar sırayla %4.2, % 4.5 ve % 6.8'dir (Abebe ve ark., 2020, ss. 1-8). Adölesan gebelerin erişkin gebelere göre daha fazla risk ve stres ile karşılaşmaları, kaygı durumlarının artmasına neden olmaktadır (Anık ve Ege, 2019, ss. 46-55.). Yapılan çalışmalar adölesan gebelerde depresyon görülme oranının %8 ile %47 arasında değiştiğini göstermektedir. Major depresyon adölesan gebelerin %16'sında görülürken, doğum sonrası 6. Haftada %20, doğumdan 1 yıl sonra %26 olduğu bildirilmiştir (Gureje ve ark., 2020, ss. 1-11).

3.2. Adölesan gebelik ve hemşirelik bakımı

Adölesan dönemde ortaya çıkan komplikasyonların çoğu doğum öncesi bakım sayısının az olması, doğum öncesi bakımın geç başlaması, uygunsuz doğum öncesi bakım, düşük eğitim düzeyi, sigara içme ve yoksulluk gibi diğer faktörlerle ilişkili olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir. Adölesan gebeliklerin önlenmesi, aile planlaması hizmetlerine erişimin sağlanması, gebelik oluştuysa erken dönemde saptanması, istenmeyen gebeliklerin güvenli koşullarda sona erdirilmesi, gebelik devam edecekse doğum öncesi bakımın sağlanması ve doğumun uygun koşullarda gerçekleştirilmesi bu dönemdeki anne ve fetüsün sağlığını yükseltecek davranışların başında gelmektedir. Hemşirelerin bu dönemde sağlık ekibi içerisinde oldukça önemli rolleri vardır. Hemşirelerin bakımdaki temel amacı olumlu gebelik ve doğum deneyimleri yaşamalarını sağlamak ve riskleri erkenden belirleyerek ortadan kaldırmaktır (Azevedo ve ark., 2015 ss. 618–626; Quosdorf ve ark., 2019, ss. 1 –13).

Sağlık çalışanlarının adölesanlara gebelik, doğum ve doğum sonrası dönemde özel bakım vermeleri gerekmektedir. Gebe adölesanların erken dönemde tespit edilmesi ve doğum öncesi bakıma erken dönemde başlaması perinatal riskleri azaltmaktadır. Adet düzensizliklerinin sık görülmesi, gebelik tanısının konulmasına ve doğum öncesi bakımın gecikmesine neden olmaktadır. Bu nedenle adet düzensizliği yaşayan ve cinsel olarak aktif olan her adölesana gebelik testi yapılmalıdır. Ayrıca bulantı, kusma, meme hassasiyeti, yorgunluk, karın ağrısı, baş dönmesi gibi gebelik şikayetleri dikkatlice değerlendirilmelidir. Sağlık çalışanları adölesan gebelerin doğum öncesi bakıma yetişkin gebelerden daha geç ulaştığının farkında olarak adölesanların kolayca erişebileceği multidisipliner bakım sunmalıdır. Tüm ihtiyaçların tek bir yerde ele alınmasını sağlayan bakım modelleri kullanılmalıdır (Fleming ve ark., 2015, ss. 740–756; Leftwich ve Alves, 2017, ss. 381–388).

Standart doğum öncesi bakımın adölesan gebeliklerin anne ve fetüs sağlığı üzerine olan olumsuz sonuçları iyileştirdiği görülmüştür. Ancak standart bakımın psikososyal yönleri, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların taranması, emzirme, aile planlaması ve doğum sonrası okula dönüş sorunlarını ele almadığı görülmektedir. Adölesan gebelerin doğum öncesi bakım bileşenleri arasında sağlık eğitimi ve sağlığın teşviki yer almaktadır. Bu dönemde gebelikte meydana gelen fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, tehlike belirtileri, hijyen, bulantı, kusma

vb. şikayetleri ile baş etme yöntemleri, cinsellik, emzirme, yenidoğan bakımı, aile planlamasına yönelik eğitim verilmelidir. Eşlerde gebelik dönemi, doğum, doğum sonu ve bebek bakımı eğitimine mümkün olduğunca dahil edilmelidir (Fleming ve ark., 2015, ss. 740–756).

Adölesan gebelerde tekrarlayan gebelik oranları oldukça yüksektir. Doğum sonrası bir yıl içinde yeniden gebe kalma oranı %25’iken, iki yıl içinde bu oran %35’e yükselmektedir (Leftwich ve Alves, 2017, ss. 381–388). Doğum sonrası bakımda gebelik oranlarını azaltmak için doğum öncesi aile planlaması eğitimi verilmeli, etkili ve geri dönüşümlü kontraseptif yöntemlerine odaklanılmalıdır. Bu dönemde bilgi eksikliği, adaptasyon sorunları nedeniyle emzirme sorunları da görülmektedir. Anneye doğum öncesi emzirme eğitimi verilmeli, doğum sonrası emzirmeye teşvik edilmeli ve yeterli destek verilmelidir (Fleming ve ark., 2015, ss. 740–756).

Hemşire/ebeler tarafından verilen antenatal eğitim programlarının adölesanların gebelik sürecini daha sağlıklı geçirdikleri, olumlu doğum deneyimi yaşamalarını sağladığı ve doğum sonu dönemde anne bebek ilişkisini desteklediğini görülmüştür. Aba ve Kömürçü’nün (2017) çalışmasında antenatal eğitimin adölesan gebelerde prenatal uyum ve doğum sonu uyum düzeyini arttırdığı saptanmıştır (Aba ve Kömürçü, 2017, ss. 42–49). Adölesan gebelere verilecek antenatal eğitim programlarının anne bebek bağlanması, postpartum depresyon, emzirme, aile planlaması düzeylerine etkisini inceleyen ve literatüre katkı sağlayacak daha fazla çalışmaya ihtiyaç duyulmaktadır.

4. GÖÇ VE GEBELİK

Yaşadıkları ilk yerleşim yerinden farklı bir ülkeye yerleşen bireyler göçmen olarak tanımlanırken, savaş, doğal afet, ırk, din veya siyasi görüşlerinden dolayı zulüm korkusuyla yaşadıkları ülkeyi terk etmek zorunda kalan ve o ülkeye tekrar geri dönmek isteyen veya istemeyen kişiler ise mülteci olarak tanımlanmaktadır (Davaki, 2019). Yapılan bazı araştırmalar sonucunda 2050 yılında göçmen sayısını 230 milyon (dünya nüfusunun %2.6’sı) olması beklenirken, 2019 yılında uluslararası göçmen sayısının 272 milyon (dünya nüfusunun %3.5’i) olduğu ve bu oranı aştığı tahmin edilmektedir. Suriye 6.7 milyon ile dünya çapında en fazla mülteci kaynağı olan ülkeyken, Türkiye ise 3.7 milyon ile en fazla mülteciye ev sahipliği yapan ülke olmuştur (World Migration Report, 2020).

Yapılan çalışmalar sonucu göçmenlerin doğurganlık hızının göç ettikleri ülke vatandaşlarından daha yüksek olduğu saptanmıştır. Birleşik Krallıkta 2015 yılında yaşam boyu toplam doğurganlık hızı 1.75 iken, göçmenler arasında bu oran 2.06’dır. 2018 yılında 10 milyon olan İsveç nüfusunun yaklaşık %24’ünü yabancı ülke vatandaşları oluşturmaktadır. 2014 yılında çocuk sahibi olan ve İsveç dışında doğan kadınların oranı %26.7’dir. 2015-2016 yıllarında Almanya’da göç oranı %8.5 oranında artmıştır. Almanya’da göç ile gelen genç kadınlar nedeniyle genel doğum oranlarında artış göstermiştir. Bu gelişme, Almanya’da anne bakımı konusunda yeni zorluklar yaşanmasına neden olmuştur (Fair ve ark., 2020, ss. 1-26; Gürbüz ve ark., 2019, ss. 555–67; Oscarsson ve Stevenson-Ågren, 2020, ss. 1-6). Ülkemizde

2018 TNSA verilerine göre Türk kadınların toplam doğurganlık hızı 2.3, Suriyeli kadınlarda ise 5.3'tür (TNSA, 2018).

4.1. Göçmen gebelerin maternal ve fetal riskleri

Maternal ve neonatal morbidite ve mortalite riski göçmen kadınlarda daha yüksektir. Göç etmeden önce yaşadıkları ülkenin sağlık hizmetlerinin standart altında olması, sağlık hizmetlerinde eşitsizlik, iletişim sorunları, sosyokültürel farklılıklar, ekonomik sorunlar, ayrımcılık, sosyal dışlanma, çoklu kayıplar ve bunlardan kaynaklanan kronik stres gibi göçle ilgili sosyal problemler nedeniyle gebelik döneminde göçmen kadınların fiziksel ve ruhsal sağlıkları olumsuz etkilenmektedir. Ayrıca mülteci kadınlar doğum öncesi bakıma ya hiç erişememekte ya da yetersiz bakım almaktadırlar. Bu kadınlar hepatit, sifiliz, HIV gibi intrauterin yolla bulaşan hastalıklar ve neonatal ölümlere yol açan kızamıkçık ve suçiçeği gibi hastalıklar açısından yetersiz aşılama nedeniyle risk altındadır (Davaki, 2019; Fair ve ark., 2020, ss. 1-26; Col Madendag ve ark., 2019, ss. 1-5).

1970 ve 2013 yılları arasında Batı Avrupa'da 6 ülke, 42 milyondan fazla kadın ve 4995 anne ölümü de dahil olmak üzere 13 çalışmayı kapsayan meta analiz sonucuna göre göçmen kadınların doğum sırasında veya doğumdan kısa bir süre sonra ölme olasılığı 2 kat daha fazladır (Van den Akker ve Van Roosmalen, 2016, ss. 26–38). Yapılan çalışmalar göçmen kadınlarda gebeliğe bağlı komplikasyonların daha fazla yaşandığını ortaya koymuştur. Nilsen ve arkadaşlarının (2018) yaptıkları çalışmada 1990-2013 yılları arasında Norveç'te 1.287.270 tekil gebelik olduğu ve bu gebelerin 163.508'inin göçmen oldukları saptanmıştır. Norveçli gebelerle kıyaslandığında göçmen gebelerde preeklampsi oranı %2.5 iken Norveçli gebelerde % 3.5'tir (Nilsen ve ark., 2018, ss.1-9). Col Madendag ve arkadaşları (2019) vajinal ve sezeryan doğum yapmış 2.040'ı göçmen olmak üzere toplam 6.311 kadının verilerini değerlendirmiş ve göçmen kadınlarda hemoglobin değerinin anlamlı düzeyde düşük, erken doğum, ölü doğum, hastaneye varmadan önce meydana gelen planlanmamış doğum, kan transfüzyonu ve doğum sonu enfeksiyon oranlarının ise anlamlı düzeyde yüksek olduğunu saptamıştır (Col Madendag ve ark., 2019 ss. 1-5). Almeida ve arkadaşlarının (2016) Portekiz'de 89 göçmen ve 188 Portekizli kadınla yaptıkları çalışmada göçmen annelerin sosyal desteklerinin az ve postpartum depresyon risklerinin fazla olduğunu ortaya koymuşlardır (Almeida ve ark., 2016, ss. 1-13).

4.2. Göçmen gebeler ve hemşirelik bakımı

Göçmen veya diğer mülteci kadınlar, göçmen olmayan kadınlarla aynı genel doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakıma ihtiyaç duymaktadır. Bu nedenle bu grupta kanıta dayalı ulusal ve uluslararası klinik yönergeler doğrultusunda bakım verilmelidir. İlk izlem 10-14. Haftalar arasında yapılmalı ve gebelik yaşı hesaplanmalıdır. Gebelik yaşı ve muayene süreci ile ilgili tüm bilgiler kadınların kendi dillerinde sözlü veya yazılı olarak sunulmalıdır. Fetal anomali için USG taraması 18- 20+6 haftalar arasında yapılmalıdır. Bu tarama testleri ile ilgili kadınların dini veya kültürel faktörlerden etkilenebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Sağlık çalışanları kadınlara bilinçli karar vermeleri için yeterli bilgi verilmelidir. Fetal hareketlerin önemi konusunda bilgilendirilmeli ancak bunu açık ve net bir şekilde kendi dilleri ile ifade ederek yapmalıdır. Sağlık çalışanları perinatal dönemde anne ve fetüsün sağlığını olumsuz etkileyecek ciddi hastalıkların uyarı işaretlerini, acil bakım ve uygun tıbbi müdahaleye nasıl erişebileceklerini tercüman kullanarak anlatmalı ve verilen bilgilerin tam anlaşıldığından emin olmalıdır. Gestasyonel diyabet taraması yapılmalı ve gestasyonel diyabetin önlenmesi ve



yönetimi için erişilebilir, uygun toplum temelli programlar sunulmalıdır (Practice Guide for Perinatal Health Care of Migrant, Asylum- seeking & Refugee Women, 2017).

Anemi taraması tüm göçmen veya mülteci kadınlar için önemlidir. Gerekirse demir takviyesi yapılmalıdır. Ebe/hemşireler folik asidin önemini açıklamalı ve folik asit almanın önündeki olası engelleri tespit etmelidir. HIV testinin önemi kültürel faktörler göz önünde bulundurularak uygun dille anlatılmalı ve rutin olarak her gebeye yapılmalıdır. Göçmen veya diğer mülteci kadınların göç ettikleri ülkedeki aşı protokolleri net olmadığı için suçiçeği veya kızamıkçık gibi aşuların yapılması gerekmektedir. Göçmen kadınlarına aşı ile önlenbilir hastalıkların riskleri ve yararları hakkında uygun dille kültürel faktörler göz önüne alınarak uygun bilgi verilmelidir (Practice Guide for Perinatal Health Care of Migrant, Asylum- seeking & Refugee Women, 2017).

Ebe/hemşireler yaşanan geçmiş travmaların perinatal dönemeki etkilerinin farkında olmalı ve kadınların mental sağlıklarını hassas bir şekilde değerlendirmelidir. Aile veya sosyal desteği az olan kadınlar sağlık çalışanları tarafından bu zorlu süreçte desteklenmelidir. Göçmen veya diğer mülteci kadınların oturma izinleri kısıtlı olduğu için şiddete karşı daha zayıf oldukları saptanmıştır. Bu kadınların duygusal ve cinsel şiddete daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür. Özellikle cinsel şiddete maruz kalan kadınların eşleri tarafından sağlık hizmetlerine erişimi kısıtlanmaktadır. Bu nedenle ebe/hemşireler cinsel şiddet belirti ve bulgularını tespit etmeli ve kadınların aile içi şiddete karşı tutumlarının kültürel farklılıklar göstereceği göz önünde bulundurularak destek sunulmalıdır. Ek destek için kadınların telefon numaralarının alınması önemlidir (Practice Guide for Perinatal Health Care of Migrant, Asylum- seeking & Refugee Women, 2017).

Doğumda tıbbi müdahaleler hakkında kadının dini ve kültürel faktörleri göz önünde bulundurulmalı ve anlayacağı dilde bilgi verilmelidir. Kadınlar karar aşamasına dahil edilmelidir. Riskli gebeler yakından takip edilmeli, uterus rüptürü konusunda dikkatli davranılmalıdır. Ebe/hemşireler bazı göçmen kadınların doğum sonu kanama için yüksek risk kategorisine girebileceğinin farkında olmalıdır. Ayrıca düşük doğum ağırlığı ve prematüre yenidoğan veya ölü doğumlarla ilgili potansiyel kötü doğum sonuçlarına dikkat etmelidir (Practice Guide for Perinatal Health Care of Migrant, Asylum- seeking & Refugee Women, 2017).

Ebe/hemşireler doğum sonu risk tespiti yapmalı ve annenin ihtiyaçlarını karşılamalıdır. Uygun bakım sunarken özellikle yenidoğan ve anne geleneksel uygulamalar açısından değerlendirilmelidir. Bu faktörler göz önünde bulundurularak bakım ve destek verilmelidir. Yanlış uygulamalar uygun dil ve yaklaşımla düzeltilmelidir. Göçmen/mülteci kadınlarda doğum sonrası depresyon sosyal destek azlığı, stres, ayrımcılık, şiddet vb. nedenlerden dolayı göçmen olmayan kadınlara göre 2 kat daha fazla görülmektedir. Bu kadınların emzirme oranlarının da daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu nedenle bu süreçte mutlaka depresyon açısından değerlendirilmeli ve gerekli bakım sunulmalıdır. Anne emzirmeye teşvik edilmeli ve uygun aile planlaması danışmanlığı verilmelidir (Practice Guide for Perinatal Health Care of Migrant, Asylum- seeking & Refugee Women, 2017).

Hemşire/ebelerin göçmen gebelere eğitim ve bakım verirken en sık karşılaştıkları problem dil sorunudur. Bu soruna yönelik geliştirilen eğitim programlarının doğum öncesi bakımın kalitesini artırarak anne ve fetüsün sağlığının gelişmesine önemli katkı sağladığı görülmektedir. Kim ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında Kore'de yaşayan göçmen kadınların

gebeliğe uyumunu arttırmak için Roy adaptasyon modeline temelli çok dilli sekiz aşamalı sağlıklı gebelik eğitim kılavuzları geliştirilmiştir. Kılavuzlar web sitesinde ve gebelere eğitim broşürleri şeklinde ulaştırılmıştır. Eğitimin kalitesi göçmen gebeler tarafından anket yoluyla değerlendirilmiştir. Sonuç olarak çok dilli eğitim materyallerinin göçmen gebelerin eğitimi için yarar sağladığı ve gebeliklerinin yönetiminde hemşirelere yardımcı olduğu saptanmıştır (Kim ve ark., 2014, ss. 235-245). Ülkemizdeki göçmen gebe oranları göz önüne alındığında hemşireler tarafından geliştirilen çok dilli eğitim materyalleri, mobil uygulamalar, web destekli eğitim programları ve etkinliğine yönelik çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5. YOKSULLUK ve GEBELİK

Dünya bankası yoksulluğu açlık, barınma eksikliği, okula erişimin olmaması ve tıbbi bakım eksikliği gibi temel ihtiyaçların karşılanmasında yaşanan yetersizlik olarak tanımlanmaktadır. Dünya Bankasının tahminlerine göre günde 1.90 dolar veya daha azı ile yaşayan aşırı yoksul insan sayısı 1990 yılında 1.9 milyar iken, 2015 yılında yaklaşık 736 milyona gerilemiştir. Aşırı yoksulluk içinde yaşayan insanların sayısı Sahra Altı Afrika'da artmaya devam etmektedir ve 2030 yılında bu ülkede yaşayan her 10 kişiden 9'unun aşırı yoksulluk sorunu yaşayacağı tahmin edilmektedir (Ngoma ve Mayimbo, 2017, ss. 442-446; World Bank, 2018).

5.1. Yoksul gebelerin maternal ve fetal riskleri

Yoksulluk sorunuyla mücadele eden kadın ve çocuklar sağlık hizmetlerine erişememe, beslenme yetersizliği, eğitim seviyesinin düşük olması gibi birçok olumsuz nedenden ötürü ciddi sağlık sorunları yaşamaktadır. Kadın ve çocuklar beslenme yetersizliğine bağlı olarak protein, iyot, demir, A vitamini ve çinko eksikliği gibi sorunlarla sık karşılaşmaktadır. Üreme çağındaki kadınlar arasında anne ölümleri ikinci önde gelen ölüm nedenleri arasındadır. Düşük gelirli ülkelerde anne ölüm oranları 100.000 canlı doğumda 150 ile 1.000 arasında, ölü doğum ve yenidoğan ölüm oranları ise 1.000 doğumda 20 ile 40 arasında değişmektedir. Bazı yoksul ülkelerde anne ölüm oranlarının 180'de 1 olduğu görülmektedir. Yüksek gelirli ülkelerle kıyaslandığında bu sorunların düşük gelirli ülkelerde 10 kat daha sık görüldüğü saptanmıştır. Küresel olarak meydana gelen anne ve yenidoğan ölümlerinden % 99'u düşük ve orta gelirli ülkelerde meydana gelmektedir (Langlois ve ark., 2015, ss. 259-270 ; Ngoma ve Mayimbo, 2017, ss. 442-446).

Preeklampsi, dünya genelinde anne ölümleri ve morbiditesinin önde gelen nedenleri arasındadır. Yoksul ve gelişmiş ülkeler arasında preeklampsi oranlarının farklı olmasında beslenme faktörü önemli rol oynamaktadır. Yapılan çalışmalar sonucunda düşük magnezyum ve kalsiyum alımı ile preeklampsi arasındaki ilişkiyi ortaya koymuştur (Araújo ve ark., 2020, ss. 1-6). Raghuraman ve arkadaşlarının (2014) Haiti'de 1.743 gebe ile yaptıkları çalışmada kadınların %16,6'sına preeklampsi veya eklampsi tanısı konmuştur. Bu gebeliklerin %17,8'i ölü doğum, %1,9'u anne ölümü ile sonuçlanmıştır (Raghuraman ve ark., 2014, ss. 279-286). Araújo ve arkadaşlarının (2020) düşük gelirli Brezilyalı gebe kadınlarda yaptıkları randomize kontrollü çalışmada, preeklampsi için oral magnezyum sitrat takviyesinin etkisi araştırılmıştır. 12-20 gebelik haftaları arasında 150 gebe deney, 150 gebe plasebo grubuna dahil edilmiştir. Deney grubuna günde 300 mg magnezyum sitrat kapsül verilmiştir. Çalışma esnasında 55 kadında (26 deney, 29 plasebo) preeklampsi gelişmiştir. Oral magnezyum takviyesinin düşük

gelirli ve düşük riskli gebe kadınlarda preeklampsi insidansını azaltmadığı saptanmıştır (Araújo ve ark., 2020, ss. 1-6).

Anemi düşük ve orta gelirli ülkelerde gebe kadınların yarısını, dünya çapında ise 32 milyon gebe kadını etkilemektedir. Anemi prevalansı Sahra Altı Afrika’da en yüksektir (%57) ve 17 milyon gebe kadına anemi teşhisi konulmuştur. Anemi prevalansı en düşük olan ülke ise Güney Amerika’dır (%24.1). Yoksul ülkelerde demir eksikliği, beslenme yetersizliği, sıtma, HIV gibi nedenlerden dolayı anemi riski artmaktadır. Bazı çalışmalar gelişmekte olan ülkelerde aneminin anne ölümlerinin %23’ünden sorumlu olduğunu göstermiştir. Şiddetli anemisi olan kadınlarda marternal moratalite riski 2.36 kat artmıştır (Gedefaw ve ark., 2015, ss. 155–162; Daru ve ark., 2018, ss. e548–e554; Stephen ve ark., 2018, ss. 1-9). Anemi antepartum ve postpartum kanama nedeniyle maternal mortalite ve morbidite riskini arttırmaktadır. Ayrıca yorgunluk, çalışma kapasitesinin azalması, bağışıklık sisteminde bozulma, kalp hastalıkları riskinde artışa da neden olmaktadır. Aneminin erken doğum riski, düşük doğum ağırlığı gibi bebeğe ait sorunları da mevcuttur. Bu sorunlar Tanzanya gibi gelişmekte olan ülkelerde yenidoğan ölümlerinin %30’undan sorumludur (Stephen ve ark., 2018, ss. 1-9; Daru ve ark., 2018, ss. e548–e554).

Düşük gelirli ülkelerde yaşanan bir diğer sorun ise yetersiz aşılama, doğumun uygun olmayan koşullarda, sağlık personeli dışındaki kişiler tarafından yaptırılmasına bağlı gelişen maternal neonatal tetanozudur. Yoksul ülkelerde hala ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Pakistan’da son yıllarda 0-11 ay aralığındaki 8 milyon çocuk tetanoz aşısı olmuş ve oranlar %50’den, %75’e yükselmiştir (İqbal ve ark., 2019, ss. 1529-1532). Endonezya’ da Sağlık Bakanlığında elde edilen veriler doğrultusunda 2015 yılında 5.382.779 gebeden sadece 3.509.350’ünün aşılandığı ve bağışıklık kazandığı saptanmıştır (Nur ve ark., 2018, ss. 3917-3920).

Düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşan insanların yaşadıkları ekonomik stresle baş etmek için sigara, alkol ve madde kullanım oranları artış göstermektedir. Dünya çapında sigara içen insanların %80’inden fazlası düşük ve orta gelirli ülkelerde yaşamaktadır (Caleyachetty ve ark., 2013, ss. e513–20). Gebelik sırasında tütün kullanmak hem anne hem de fetüsün sağlığını olumsuz etkilemektedir. Sigara kullanımı derin ven trombozu, pulmoner emboli, miyokard infarktüsü, ektopik gebelik, plesanta previa, erken doğum, intrauterin gelişim geriliği ve konjenital kalp hastalıklarına neden olmaktadır (Barakoti ve ark., 2017, ss. 1-6). Addila ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında Sahra altı Afrika’da gebelik sırasında yüksek alkol tüketiminin (%21) olduğu saptanmıştır. Gebelik sırasında alkol tüketiminin nedenleri arasında depresyon, partnerlerin alkol kullanımı, planlanmamış gebelik ve alkol tüketiminin zararları hakkında bilgi sahibi olunmaması gelmektedir (Addila ve ark., 2020, ss. 1-14).

2017 yılında dünya çapında perinatal depresyon prevalansının %11.9 olduğu saptanmıştır. Yapılan çalışmalar gelir düzeyi düşük olan kadınlarda perinatal depresyon riskinin daha fazla olduğunu ortaya koymuştur. Stres, düşük eğitim düzeyi, işsizlik, düşük gelir düzeyi, sosyal destek azlığı ve aile içi şiddet risk faktörlerinin başında gelmektedir (Klawetter ve ark., 2015, ss 1-8).

5.2. Yoksul gebeler ve hemşirelik bakımı

Uluslararası kuruluşlar düşük ve orta gelirli ülkelerde anne ölümlerini azaltmak için çeşitli stratejiler geliştirmiştir. Bu stratejilerin başında doğum eyleminin sağlık çalışması

tarafından yaptırılması, acil obstetrik bakıma hızlı erişimi sağlamak ve resüsitasyon da dahil olmak üzere kaliteli yenidoğan bakımına sahip olmaktır (Goldenberg ve ark., 2018, ss. 7-14). Hemşireler hem kentsel hem de kırsal bölgede yoksul gebelerle sıklıkla karşılaşmaktadır. Hemşireler öncelikle gebelere beslenme, demir, folik asit alımı, doğum öncesi bakımın önemi, tarama testleri, aile planlaması, emzirme konusunda eğitim vermelidir. Hastaneye erişimlerini engelleyecek durumlar sorgulanmalıdır. Sosyal desteğe ihtiyaç duyan kadınlar gerekirse yetkili kurumlara yönlendirilmelidir (Yerel yönetim, sosyal hizmetler, sosyal yardımlaşma derneği, ŞÖNİM, kadın sığınma evi, vb.). Kırsal alanda yaşayan gebelerin sağlık kuruluşlarına erişimlerinin zor olduğu ve daha fazla risk altında oldukları göz önünde bulundurulmalıdır. Bu bölgede yaşayan gebelerin yeterli doğum öncesi bakım ve eğitim aldıklarından emin olunmalıdır. Her randevuda kan basıncı ölçülmeli, idrarda proteinüri bakılmalıdır. Kan sonuçları mutlaka değerlendirilmelidir (Hg, Trombosit, AST, ALT vb.) Gebeye tehlike belirtileri hakkında bilgi verilmeli anladığına emin olunmalıdır (Baş ağrısı, epigastrik ağrı, görme bozukluğu, kanama, şiddetli karın ağrısı, bacakta tek taraflı ağrı, kızarıklık, ısı farkı vb. gibi). Yoksul gebelerde obstetrik riskler daha fazla olduğu için sezeryan doğum oranları artmıştır. Kırsal bölgede doğumun üst basamakta gerçekleşmesine karar verildiği anda gebenin sevk işlemleri yapılmalı, ulaşım koşulları gözden geçirilmelidir. Doğumun uygun koşullarda sağlıklı anne ve yenidoğanla gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır (Ngoma ve Mayimbo, 2017, ss. 442-446).

Doğum sonrası bakımında sürecin bir parçası olduğu unutulmamalıdır. Diğer anne ve bebek sağlığı hizmetleriyle karşılaştırıldığında, doğum sonrası bakım kapsamının nispeten zayıf olduğu görülmektedir. Kongo Demokratik Cumhuriyeti'nde gebe kadınların en az %93'ü doğum öncesi bakımı alırken, doğum yapan kadınların sadece %35'i doğum sonrası bakım almaktadır. Kenya'da kadınların %20'sinden azı doğum sonrası bakım hizmetlerini kullanmaktadır (Langlois ve ark., 2015, ss. 259-270).

Yoksul gebelerin sağlık hizmetlerine erişimini arttırmak için geliştirilen güncel evde bakım programları doğrultusunda verilen bakımın anne ve bebek sağlığını yükselttiği görülmüştür. (Corbacho, 2017, ss. 1367-1374). Bu nedenle İngiltere, Hollanda ve ABD'de gibi ülkelerde geliştirilen programların ülkemizdeki yoksul, genç, şiddet riski altında bulunan sağlık hizmetlerine erişemeyen kadınlara sunulacak şekilde entegre edilmesi gerekmektedir.

6. ENGELLİ KADINLAR VE GEBELİK

Dünya çapında 1 milyardan fazla insanın engelli olduğu ve bu sayının dünya nüfusunun %15'ine tekâmül ettiği görülmektedir. 15 yaşın üzeri 110 milyon ile 190 milyon arasındaki yetişkin fonksiyonel zorluklar yaşamaktadır. Engellilerin sağlık hizmetlerine erişimi daha düşüktür ve bu nedenle karşılanmamış sağlık ihtiyaçları daha fazladır. Bu durum engelli kadınları da kapsamaktadır. Üreme çağındaki her 10 kadından biri engellidir. Her yıl 165.000 fiziksel engelli kadının gebe kaldığı ve bu kadınların 44.000'inde ciddi fiziksel engeller olduğu tahmin edilmektedir. ABD'de üreme çağındaki kadınların yaklaşık %10-%12'si, İngiltere'de

ise son yıllarda doğum yapmış kadınların %9.4'ü engellidir (D'Angelo ve ark., 2020, ss. 291–296; Smeltzer ve ark., 2016; WHO, 2018).

6.1. Engelli gebelerin maternal ve fetal riskleri

Engelli kadınlar olumsuz gebelik sonuçları açısından daha yüksek risk altındadır. Ancak bu riskler engelliliğin türüne veya engelliliğe katkıda bulunan altta yatan faktörlere göre değişmektedir. Zihinsel ve gelişimsel engelli kadınlar preeklampsi ve venöz tromboembolizm açısından yüksek risk altındadır. Omurilik yaralanması olan kadınlar ürolojik problemler, cilt bütünlüğünde bozulma, fonksiyonel kabiliyette potansiyel düşüş, postural hipertansiyon ve otonom disrefleksi gibi komplikasyonlar yaşamaktadır. Fiziksel engelli gebelerin düşme, tekerlekli sandalyeyi güvenli şekilde kullanamama, solunum sıkıntısı (nefes almada güçlük), boşaltım sorunları, idrar yolu enfeksiyonu gibi sorunlar yaşadıkları görülmüştür. Ayrıca bu kadınlarda primer sezaryen doğum olasılığı, erken doğum veya düşük doğum ağırlıklı bebeğe sahip olma riski, engelli olmayan kadınlara göre daha yüksektir. (D'Angelo ve ark., 2020, ss. 291–296; Mitra ve ark., 2016, ss. 507–515; Tarasoff ve ark., 2020, ss. 27-40).

Morton ve arkadaşlarının (2013) 34 fiziksel engelli gebeyle yaptıkları çalışmada gebelerin %85'inin tekerlekli sandalye kullanan orta ve şiddetli nörolojik engelli olduğu, %40'ının erken doğum yaptığı, bebeklerin %34'ünün düşük doğum ağırlıklı olduğu ve gebeliklerinde idrar yolu enfeksiyonu oranının yüksek olduğu saptanmıştır. İdrar yolu enfeksiyonu ile erken doğum arasında yüksek ilişkili olduğu görülmüştür (Morton ve ark., 2013, ss. 90–98). Iezzoni ve arkadaşlarının (2015) son 10 yıl içinde doğum yapmış ciddi fiziksel engeli olan 22 kadınla yaptıkları çalışmada 18'inin tekerlekli sandalye kullandığı, 14'ünün sezaryenle doğum yaptığı saptanmıştır. Kadınlar gebeliğinde solunum desteği gerektiren ciddi nefes darlığı, idrar yolu enfeksiyonu, doku bütünlüğünde bozulma, denge sorunları ve düşme riski yaşadıklarını ifade etmiştir (Iezzoni ve ark., 2015, ss. 133-140). Mitra ve arkadaşlarının çalışması, engelli kadınların gebelik sırasında engelli olmayan kadınlara oranla neredeyse iki kat daha fazla sigara içtiğini ortaya koymuştur. Yine yapılan çalışmalarda engelli kadınların gebeliklerinden önce, gebelikte ve doğum sonrasında depresyon oranlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır (Mitra ve ark., 2016, ss. 507–515).

6.2. Engelli gebeler ve hemşirelik bakımı

Engelli kadınların, özellikle zihinsel ve gelişimsel engelli kadınların, doğum öncesi bakıma daha geç başladıkları görülmektedir. Bir diğer önemli risk faktörü ise karşılaştıkları sorunlar nedeniyle yeterli perinatal bakım alamamalarıdır. Engelli kadınlar hareket kısıtlılığına uygun olmayan muayene masaları, işitme engelli kadınlar için tercüman eksikliği, özellikle zihinsel ve gelişimsel engelli kadınlara karşı kullanılan karmaşık tıbbi terminoloji gibi sorunlardan dolayı sağlık hizmetlerine erişimde sorun yaşamaktadır. Yapılan çalışmalar ayrıca kadın doğum uzmanlarının, ebe/hemşirelerin, engelli kadınlara bakım sağlanması konusunda sınırlı eğitim aldıklarını ortaya koymuştur (Tarasoff ve ark., 2020, ss. 27-40). Smeltzer ve arkadaşlarının (2016) son 10 yıl içinde doğum yapmış 25 fiziksel engelli kadınla yaptıkları niteliksel çalışmada klinisyenlerin engelli bireylere yaklaşımı sorgulanmıştır. Klinisyenlerin

fiziksel engelli kadınların gebelik döneminde ihtiyaç duydukları bilgi gereksinimini karşılamadığı, kadınların kendi engelleri hakkındaki bilgi, deneyim ve uzmanlıklarını dikkate almadıkları, üreme sorunları ile ilgili endişelerinin farkında olmadıkları sonucuna varılmıştır (Smeltzer ve ark., 2016, ss. 781-789).

Tüm sağlık çalışanlarına engelli kadınların yaşadıkları sorunlar konusunda eğitim verilmeli ve farkındalık oluşturulmalıdır. Engelli kadınların sağlık hizmetlerine erişimlerinin kısıtlı olduğu göz önünde bulundurulmalı ve randevular gebenin koşullarına göre ayarlanmalıdır. Fiziksel engele sahip kadınlar için ayarlanabilir masalar kullanılmalı, litotomi pozisyonu uygun değilse başka seçenekler sunulmalıdır. İşitme engelli kadınlar için tercüman bulundurulmalı, zihinsel ve gelişimsel engelli kadınlar için basit ve anlaşılır dil kullanılmalıdır. Fiziksel engelli kadınların gebelik döneminde yaşayacakları solunum sıkıntısı, idrar yolu enfeksiyonu, doku bütünlüğünde bozulma vb. sorunları göz önünde bulundurulmalı ve baş etmeleri için uygun danışmanlık hizmetleri verilmelidir. Engelli kadınlar için doğum, anne ve bebeğin özel ihtiyaçlarına göre düzenlenmelidir. Hastane ortamı engelli gebelere göre tasarlanmalı, emzirme ve aile planlaması eğitimleri verilmelidir (Başgöl ve Oskay, 2015, ss. 88-95; Tarasoff ve ark., 2020, ss. 27-40).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde kullanılan mobil sağlık (kısa mesaj, web sayfaları, uygulamalar vb.) uygulamalarının özellikle ulaşılması zor ve sağlık hizmetine erişimde engelleri olan gebelerin takibinde etkili olduğu görülmüştür. Hemşireler tarafından engelli gebelerin yaşadıkları sorunlar göz önünde bulundurularak hazırlanan mobil eğitim programlarına ihtiyaç duyulmaktadır (Ünlü ve Güngör, 2020, ss. 919-922). Engelli gebelerin sağlık hizmetlerine erişimini arttırmak için atılacak en önemli adımlardan biride ev ziyaretleridir. Bu nedenle hemşireler tarafından engelli gebelere yönelik evde bakım modellerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Corbacho, 2017, ss. 1367-1374).

7. SONUÇLAR

Bu derlemede literatür doğrultusunda özel gruplar içerisinde yer alan adölesan, göçmen, yoksul ve engelli gebelerin preterm eylem ve doğum, düşük doğum ağırlığı, anemi, enfeksiyon, preeklampsi, perinatal mortalite, sezeryan doğum vb. birçok maternal ve fetal riskle karşı karşıya kaldığı göze çarpmıştır. Tıbbi sorunların yanı sıra emosyonel sorunlara da daha fazla maruz kaldıkları görülmektedir. Adölesan dönemde gebe kalan kız çocukları eğitim ve istihdam gibi temel haklarından mahrum kalmaktadır. Göçmen kadınlar ise yasal sorunlar nedeniyle aile içi şiddete boyun eğmek zorunda bırakılmıştır. Yoksul gebelerin yetersiz beslenme, şiddet, sigara ve alkol kullanımı önemli bir sorun olarak göze çarpmaktadır. Engelli gebeler ise yaşamlarının her döneminde olduğu gibi gebelik döneminde de ihmal edilmektedir. Özel gruplar içerisinde yer alan adölesan, göçmen, yoksul ve engelli gebelerin bakımında ebe/hemşirelere büyük sorumluluklar düşmektedir. Ebe ve hemşireler özel gruplar içerisinde yer alan gebelerin risklerini saptayacak, gereksinimlerini karşılayacak bilgi ve beceriye sahip olmalı, kadınların sağlığının korunup yükselmesine katkı sağlamalıdır. Ayrıca hemşireler



tarafından geliştirilecek olan eğitim modelleri, mobil uygulamalar, web tabanlı ve farklı dillerde destek veren programlarının yanı sıra evde bakım hizmetlerinin etkin kullanımı ve yurt dışında geliştirilen evde bakım modellerinin ülkemize entegre edilmesi bu gruptaki kadınlara verilen perinatal bakımın kalitesini yükseltmekte oldukça önemlidir.

8. KAYNAKLAR

Aba, Y.A., Kömürcü, N. (2017). Antenatal education on pregnant adolescents in Turkey prenatal adaptation postpartum adaptation and newborn perceptions. *Asian Nursing Research*, 11(1), 42–49.

Abebe, A. M., Fitie, G. W., Jember, D. A., Reda, M. M., & Wake, G. E. (2020). Teenage pregnancy and its adverse obstetric and perinatal outcomes at Lemlem Karl Hospital, Tigray, Ethiopia, 2018. *BioMed Research International*, 1–8.

Addila, A. E., Bisetegn, T. A., Gete, Y. K., Mengistu, M. Y., & Beyene, G. M. (2020). Alcohol consumption and its associated factors among pregnant women in Sub-Saharan Africa: a systematic review and meta-analysis' as given in the submission system. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*, 15(1), 1-14.

Almeida, L. M., Costa-Santos, C., Caldas, J. P., Dias, S., & Ayres-de-Campos, D. (2016). The impact of migration on women's mental health in the postpartum period. *Revista de Saúde Pública*, 50, 35.

Anık, Y., Ege, E. (2019) Erken evlilikler ve adölesan gebeliklerde hemşirelik yaklaşımı. Çelebioğlu A, Editör. *Adölesan Sağlığı ve Hemşirelik Yaklaşımları*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri;. p.46-55.

Araújo, C. A. L., Sousa Oliveira, L., Gusmão, I. M. B., Guimarães, A., Ribeiro, M., Alves, J. G. B. (2020). Magnesium supplementation and preeclampsia in low-income pregnant women – a randomized double-blind clinical trial. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1). doi:10.1186/s12884-020-02877-0

Azevedo, W. F. D., Diniz, M. B., Fonseca, E. S. V. B. D., Azevedo, L. M. R. D., & Evangelista, C. B. (2015). Complications in adolescent pregnancy: systematic review of the literature. *Einstein (São Paulo)*, 13, 618-626.

Barakoti R., Ghimire A., Pandey A.R., Baral D.D., Pokharel P.K. (2017). Tobacco use during pregnancy and its associated factors in a mountain district of Eastern Nepal: A cross-sectional questionnaire survey. *Front. Public Health*, 5, 129, 1-6.

Başgöl, Ş., Oskay, Ü. (2015). Fiziksel engelliliğin gebelik ve annelik üzerine etkisi. *F.N. Hem. Derg Cilt*, 23(1), 88-95.



Caleyachetty, R., Tait, C. A., Kengne, A. P., Corvalan, C., Uauy, R., & Echeouffo-Tcheugui, J. B. (2014). Tobacco use in pregnant women: analysis of data from Demographic and Health Surveys from 54 low-income and middle-income countries. *The Lancet Global Health*, 2(9), e513–20. doi:10.1016/s2214-109x(14)70283-9

Col Madendag, I., Eraslan Sahin, M., Madendag, Y., Sahin, E., Demir, M. B., Ozdemir, F., Acmaz, G., & Muderris, I. I. (2019). The effect of immigration on adverse perinatal outcomes: analysis of experiences at a Turkish tertiary hospital. *Biomed research international*, Article ID 2326797, 1-5. <https://doi.org/10.1155/2019/2326797>

Corbacho B., B. K. (2017). Cost-effectiveness of the family nurse partnership (FNP) programme in England: Evidence from the building blocks trial. *Journal Evaluation Clinacal Practice*, 1367-1374.

D'Angelo, D. V., Cernich, A., Harrison, L., Kortsmit, K., Thierry, J. M., Folger, S., & Warner, L. (2020). Disability and pregnancy: A cross-federal agency collaboration to collect population-based data about experiences around the time of pregnancy. *Journal of Women's Health*, 29(3), 291-296.

Daru, J., Zamora, J., Fernández-Félix, B. M., Vogel, J., Oladapo, O. T., Morisaki, N., Tunçalp, Ö., Torloni, M.R., Mittal, S., Jayaratne, K., Lumbiganon, P., Togoobaatar, G., Thangaratinam, S. & Khan, K. S. (2018). Risk of maternal mortality in women with severe anaemia during pregnancy and post partum: a multilevel analysis. *The Lancet Global Health*, 6(5), e548-e554.

Davaki K. (2019). Access to maternal health and midwifery for vulnerable groups in the EU. Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs. <http://www.europarl.europa.eu/committees/en/supporting-analyses>

Fair, F., Raben, L., Watson, H., Vivilaki, V., van den Muijsenbergh, M., Soltani, H., & ORAMMA team. (2020). Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS one*, 15(2), e0228378.

Fleming, N., O'Driscoll, T., Becker, G., Spitzer, R. F., Allen, L., Millar, D., Brain, P., Dalziel, N., Dubuc, E., Hakim, J., Murphy, D. & Spitzer, R. (2015). Adolescent pregnancy guidelines. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(8), 740-756.

Gedefaw, L., Ayele, A., Asres, Y., Mossie, A. (2015). Anemia and associated factors among pregnant women attending antenatal care clinic in wolayita sodo town, southern ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Sciences*, 25(2), 155–162.

Goldenberg, R. L., McClure, E. M., & Saleem, S. (2018). Improving pregnancy outcomes in low-and middle-income countries. *Reproductive Health*, 15(1), 7-14.



Gureje, O., Kola, L., Oladeji, B. D., Abdulmalik, J., Ayinde, O., Zelkowitz, P., & Bennett, I. (2020). Responding to the challenge of adolescent perinatal depression (RAPiD): protocol for a cluster randomized hybrid trial of psychosocial intervention in primary maternal care. *Trials*, 21(1), 1-11.

Gürbüz, B., Großkreutz, C., Vortel, M., Borde, T., Rancourt, R. C., Stepan, H., Sauzet, O., Henrich, W., David, M., & Seidel, V. (2019). The influence of migration on women's satisfaction during pregnancy and birth: results of a comparative prospective study with the Migrant Friendly Maternity Care Questionnaire (MFMCQ). *Archives of gynecology and obstetrics*, 300(3), 555-567.

Iqbal, S., Ali, I., Ekmekcioglu, C., & Kundi, M. (2020). Increasing frequency of antenatal care visits may improve tetanus toxoid vaccination coverage in pregnant women in Pakistan. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 16(7), 1529-1532

Iezzoni, L. I., Wint, A. J., Smeltzer, S. C., & Ecker, J. L. (2015). Effects of disability on pregnancy experiences among women with impaired mobility. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 94(2), 133-140.

Kaya, A. E., Başbuğ, A., Sönmez, C. I., Barut, C., Şengün, Y., & Çağlar, M. (2017). Geç adolesan gebelikler, maternal ve fetal sonuçlar. *Family Practice and Palliative Care*, 2(3), 22-27.

Kim, K. W., Baik, S. H., & Jeong, G. H. (2014). Development and evaluation of multilingual education materials to promote immigrant women's adaptation to pregnancy. *Korean Journal of Women Health Nursing*, 20(4), 235-245.

Klawetter, S., McNitt, C., Hoffman, J. A., Glaze, K., Sward, A., & Frankel, K. (2020). Perinatal depression in low-income women: A literature review and innovative screening approach. *Current psychiatry reports*, 22(1), 1-8.

Langlois, É. V., Miszkurka, M., Zunzunegui, M. V., Ghaffar, A., Ziegler, D., & Karp, I. (2015). Inequities in postnatal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(4), 259-270.

Lassi, Z. S., Padhani, Z. A., Rabbani, A., Rind, F., Salam, R. A., Das, J. K., & Bhutta, Z. A. (2020). Impact of dietary interventions during pregnancy on maternal, neonatal, and child outcomes in low-and middle-income countries. *Nutrients*, 12(2), 531,1-16.

Leftwich, H. K., & Alves, M. V. O. (2017). Adolescent pregnancy. *Pediatric Clinics of North America*, 64(2), 381-388.

Marković, S., Bogdanović, G., & Cerovac, A. (2020). Premature and preterm premature rupture of membranes in adolescent compared to adult pregnancy. *Med Glas (Zenica)*, 17(1), 136-140.



Mitra, M., Clements, K. M., Zhang, J., & Smith, L. D. (2016). Disparities in adverse preconception risk factors between women with and without disabilities. *Maternal and Child Health Journal*, 20(3), 507–515.

Morton, C., Le, J. T., Shahbandar, L., Hammond, C., Murphy, E. A., & Kirschner, K. L. (2013). Pregnancy outcomes of women with physical disabilities: A matched cohort study. *PM&R*, 5(2), 90–98.

Ngoma, C., Mayimbo, S. (2017). The negative impact of poverty on the health of women and child. *Annals of Medical and Health Sciences Research*, 7(6): 442-446.

Nilsen, R. M., Vik, E. S., Rasmussen, S. A., Small, R., Moster, D., Schytt, E., & Aasheim, V. (2018). Preeclampsia by maternal reasons for immigration: A population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 1-9.

Nur, R., Rahman, A., Triyani, E., Radhiah, S., Patui, N.S., Marcelina, Vidyanto. (2018). Determinant of tetanus toxoid immunization: Impact in pregnancy in Palu. *Indonesia International Journal of Medical Science and Clinical Invention*, 5(07), 3917-3920.

Oscarsson, M. G., & Stevenson-Ågren, J. (2020). Midwives experiences of caring for immigrant women at antenatal care. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 24, 100505, 1-6. DOI: 10.1016/j.srhc.2020.100505

Quosdorf, A., Peterson, W. E., Rashotte, J., & Davies, B. (2020). Connecting with adolescent mothers: Perspectives of hospital-based perinatal nurses. *Global Qualitative Nursing Research*, 7, 1 –13.

Practice guide for perinatal health care of migrant, asylum- seeking & refugee women (2017). ORAMMA

Raghuraman, N., March, M. I., Hacker, M. R., Modest, A. M., Wenger, J., Narcisse, R., ... & Rana, S. (2014). Adverse maternal and fetal outcomes and deaths related to preeclampsia and eclampsia in Haiti. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, 4(4), 279-286.

Scorgie, F., Blaauw, D., Dooms, T., Coovadia, A., Black, V., & Chersich, M. (2015). “I get hungry all the time”: experiences of poverty and pregnancy in an urban healthcare setting in South Africa. *Globalization and Health*, 11(1), 1-12.

Smeltzer, S. C., Mitra, M., Iezzoni, L. I., Long-Bellil, L., & Smith, L. D. (2016). Perinatal experiences of women with physical disabilities and their recommendations for clinicians. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 45(16), 781-789.



Stephen, G., Mgongo, M., Hussein Hashim, T., Katanga, J., Stray-Pedersen, B., & Msuya, S. E. (2018). Anaemia in pregnancy: Prevalence, risk factors, and adverse perinatal outcomes in Northern Tanzania. *Anemia*, 1–9. <https://doi.org/10.1155/2018/1846280>

Tarasoff, L. A., Ravindran, S., Malik, H., Salaeva, D., & Brown, H. K. (2019). Maternal disability and risk for pregnancy, delivery, and postpartum complications: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 222(1), 27-40

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (2018 TNSA) Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.

Ünlü, G., Güngör, İ. (2020). Antenatal dönemde mobil sağlık hizmetleri. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 8 (3), 919-922.

Van den Akker T, Van Roosmalen J. (2016). Maternal mortality and severe morbidity in a migration perspective. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 32, 26–38.

WHO (2020) Adolescent pregnancy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>

World Bank (2018). <https://blogs.worldbank.org/opendata/number-extremely-poor-people-continues-rise-sub-saharan-africa>

WHO Disability (2018). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>

World Migration Report, 2020. International Organization for Migration (IOM). https://publications.iom.int/system/files/pdf/wmr_2020.pdf