

Olgu Sunumu/ Case Report

Plasenta Akreata Spektrumu Tanılı Gebenin Sezaryen-Histerektomi Sonrası Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Eşliğinde Hemşirelik Bakımı: Olgu Sunumu

Nursing Care of Pregnant with Placenta Accreta Spectrum After Cesarean-Hysterectomy with Gordon's Functional Health Patterns Model: A Case Report

Hatice Önder Teker¹  Sibel Peksoy Kaya²  Ayten Arıöz Düzgün² 

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Etik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara, TÜRKİYE

² Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, TÜRKİYE

Geliş tarihi/ Date of receipt: 16/07/2022

Kabul tarihi/ Date of acceptance: 22/09/2022

© Ordu University Faculty of Health Sciences, Department of Nursing, Türkiye, Published online:01/09/2023

ÖZ

Amaç: Plasenta Akreata Spektrumu (PAS) plasentanın patolojik invazyonu olup, maternal olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilir. Bu problemlerden birisi de histerektomidir. Bu olguda PAS tanılı gebeye, sezaryen cerrahisi ile birlikte histerektomi uygulanmıştır. Bu çalışmanın amacı Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli kapsamında, olgunun hemşirelik sürecinin sistematik olarak incelenmesidir.

Yöntem: Olgunun yazılı onamı alınmıştır. Veriler olguya göre geliştirilmiş perinatal dönem veri toplama formu ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği ile toplanmıştır.

Olgu: Olgu 27 yaşındadır ve 29 haftalık gebedir. Hastaneye vajinal kanama, şiddetli kasık ağrısı şikâyetleri ile başvurmuştur. Hemogloblin değeri 13mg/dL'den 9.1mg/dL'ye düşmüş olup, tedavi olarak "1 ünite eritrosit süspansiyonu" ve "1gr Herajit" uygulanmıştır. Tokolitik tedavi başlanmıştır. Bu tedaviye rağmen kontraksiyonlarının devam etmesi üzerine, "Megamük Sezaryen, Plasenta Previa, Vajinal Kanama, PAS Orta-Yüksek Risk" endikasyonları ile "Sezaryen" ve "Total Abdominal Histerektomi" cerrahileri uygulanmıştır. FSÖ Modeli kapsamında olguya yönelik "akut ağrı, anksiyete, kanama riski, aile sürecinde değişiklik, aktivite intoleransı, cinsel disfonksiyonu riski" gibi hemşirelik tanıları belirlenmiştir. Olgunun cerrahi sonrası bakım ve izleminde kanamasının olmadığı, ağrısının azaldığı, günlük yaşam aktivitelerini gerçekleştirdiği gözlemlenmiştir. Aynı zamanda olgunun bebeğini görmesiyle ve bilgi ihtiyacının sağlanmasıyla anksiyetesinin azaldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Olgu sunumunda sezaryen-histerektomi sonrası yaşanan sağlık sorunlarına ve hemşirelik sürecine FSÖ modeli örüntüleri ile sistematik ve bütüncül olarak yer verilmiştir. Bu olgunun sağlık bakım hizmetlerinin güçlendirilmesinde, yüksek riskli gebelere hizmet veren hemşirelere rehberlik edeceği ve literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Anahtar kelimeler: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli, Hemşirelik bakımı, Histerektomi, Plasenta akreata spektrumu, Sezaryen

ABSTRACT

Objective: Placenta Accreta Spectrum (PAS) is a pathological invasion of the placenta which can lead to adverse maternal health outcomes. One of these problems is hysterectomy. In this case, hysterectomy with cesarean section was applied to the pregnant woman who was diagnosed with PAS. The aim of this case a study is to systematically examine the nursing process of the case in line with the Functional Health Patterns (FHP) Model.

Method: Material and Method: Written informed consent was obtained from the case. The data were collected with the perinatal period data collection form developed according to the case and the Perinatal Anxiety Screening Scale.

Case: The case is 27 years old and 29 weeks pregnant. She was admitted to the hospital with complaints of vaginal bleeding and severe inguinal pain. Hemoglobin value decreased from 13mg/dL to 9.1mg/dL, and "1unit of erythrocyte suspension" and "1gr Heragitis" were applied as treatment. Tocolytic therapy was administered. As the contractions continued despite this treatment, "Cesarean section" and "Total Abdominal Hysterectomy" surgeries were performed with the indications of "Megamuc Cesarean section, Placenta Previa, Vaginal Bleeding, PAS Medium-High Risk". Nursing diagnoses such as "acute pain, anxiety, bleeding risk, changes in family process, activity intolerance, sexual dysfunction risk" were determined within the scope of the FHP Model. It was observed that the patient did not have bleeding in the post-surgical care and follow-up, his pain decreased, and he was able to perform his daily life activities. At the same time, it was determined that the patient's anxiety decreased when he saw his baby and his need for information was provided.

Conclusion: In the case report, the health problems experienced after cesarean-hysterectomy and the nursing process are included in a systematic and holistic manner with FHP model patterns. It is thought that this phenomenon will guide nurses serving high-risk pregnant women and contribute to the literature on strengthening health care services.

Keywords: Functional Health Patterns Model, Nursing care, Hysterectomy, Placenta accreta spectrum, Cesarean section

ORCID IDs of the authors: HÖT: 0000-0002-7664-4617; SPK: 0000-0003-1444-2857; AAD: 0000-0002-3070-6560

Sorumlu yazar/Corresponding author: Dr. Öğr. Üyesi Sibel Peksoy Kaya

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Ankara, TÜRKİYE

*Bu çalışma 17-18 Mayıs 2022'de Ankara'da düzenlenen "2nd International 3rd National Health Care Services Congress" de sözel bildiri olarak sunulmuştur.

e-posta/e-mail: sibelpeksoy@gmail.com

Atf/Citation: Önder Teker H, Peksoy Kaya S, Arıöz Düzgün A. (2023). Plasenta akreata spektrumu tanılı gebenin sezaryen-histerektomi sonrası Gordon'un Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli eşliğinde hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi, 6(2), 474-486. DOI:10.38108/ouhcd.1140807



Content of this journal is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License.

Giriş

Plasenta previa (PP), viabilite sınırını aşmış plasentanın, uterin alt segmente yerleşip internal osu kısmen ya da tamamen kapatmasıdır (Oyelese ve Smulian, 2006). Plasental invazyon bozuklukları ise uterusun myometriyum tabakasına anormal trofoblast invazyonudur. Bu invazyon, derinliğine bağlı olarak üç alt tipte incelenmektedir (Jauniaux ve ark., 2018; Koçarlan, 2020; Usta ve ark., 2005). İlk olarak 1930'lu yıllarda, plasental invazyon bozukluklarından “plasenta akreata” klinik olarak tanımlanmıştır. Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu [International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO)] 2018 yılında gerçekleştirdiği konsensusta; “Plasenta Akreata Spektrumu (PAS)” teriminin, plasental invazyon bozukluklarının üç alt tipini de (plasenta increta, plasenta perkreta ve plasenta akreata) ifade ettiğini bildirmiştir (Jauniaux ve ark., 2018). PP prevalansı 1000 doğumda dört iken (Cresswell ve ark., 2013), PAS prevalansı 1000 doğumda 17'dir (Jauniaux ve ark., 2019a).

Plasental bozuklukların tanılanmasında ileri ultrasonografi incelemeleri önemlidir (Jauniaux ve ark., 2018; Jauniaux ve ark., 2019b). PAS olgularında, doğum için önerilen gebelik haftası 34.-35. gebelik haftalarıdır. PP ve PAS maternal morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Bu olgularda maternal mortalite ve morbidite oranlarının düşürülmesinde, prenatal tanılanmanın doğru yapılması ve cerrahi yönetim önemli yer tutmaktadır (Durukan ve ark., 2019; Koçarlan, 2020; Shamsirsaz ve ark., 2015). PP ve PAS olgularında antepartum, postpartum ve masif kanamalara bağlı ciddi komplikasyonlar (dissemine intravasküler koagülopati, enfeksiyon, yoğun bakım ünitesi gereksinimi, mesane, üreter, barsak yaralanmaları, transfüzyon ihtiyacında artış, ölüm) görülebilmekte olup, doğumla birlikte histerektomi cerrahisi de uygulanabilmektedir (Durukan ve ark., 2019; Shrivastava ve ark., 2007).

Histerektomi, uterusun cerrahi olarak çıkartılmasıdır. Kadınlarda çoğunlukla 45-55 yaşları arasında sıklıkla myoma uteri, jinekolojik kanserler, düzensiz kanama, pelvik ağrı, prolapsus gibi nedenlerle uygulanmakta olup (Taşkın, 2016), obstetrik acil cerrahilerde de gerektiğinde başvurulabilmektedir (Jauniaux ve ark., 2018; Koçarlan, 2020; Oyelese ve Smulian, 2006). Günümüzde artan sezaryen [Caesarean Section (C/S)] oranları ile birlikte, plasenta akreata ve PP oranları da artmakta olup (Jauniaux ve ark., 2018; Jauniaux ve ark., 2019a; Koçarlan, 2020), bu

durum peripartum histerektomi uygulamalarına yansımaktadır (Kılıççı ve ark., 2018).

Obstetrik acillerde ve uygulanan cerrahilerde hemşirelik bakımı, sağlık bakım hizmetlerinde önemlidir. Hemşireler güncel sağlık bakım bilgileri ile etkin bakımı sürdürmektedir (Erbaş ve Demirel, 2016). Hemşirelik modelleri, hemşirelik sürecinin bilimsel ve planlı olarak analiz edilmesine rehberlik etmektedir. Hemşirelik modelleri, sağlıklı/hasta bireyin bilgilerine sistematik ve çok yönlü yaklaşımını sağlamaktadır (Bayat, 2017). Bilgiye ulaşmada ve hemşirelik bakımını kapsamlı değerlendirmede başvurulacak önemli modeller arasında Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri (FSÖ) Modeli de bulunmaktadır.

FSÖ Modeli, Marjory Gordon tarafından 1982 yılında hemşireliğe özgü bir tanılama modeli olarak, yaşanan sağlık sorunlarını çözmek amacıyla geliştirilmiştir (Türk, 2017). FSÖ Modeli sağlıklı/hasta bireyin, bireysel sorumluluğunu almasını vurgularken, bakım sürecinde hemşirenin yerine getirmesi gereken rolleri de tanımlanmaktadır. Bu modelde, bireylerin bakım gereksinimleri 11 fonksiyonel alanda incelenmektedir (Erbaş ve Demirel, 2016; Türk, 2017). Bu alanlar Şekil 1'de gösterilmiştir.

Obstetrik acillerde sezaryen sıklıkla başvuru bir cerrahidir. Bununla birlikte obstetrik acillerde histerektomi cerrahisi gerektiğinde uygulanmaktadır (Jauniaux ve ark., 2018; Kılıççı ve ark., 2018; Koçarlan, 2020; Oyelese ve Smulian, 2006). Peripartum histerektomi, masif obstetrik kanama gibi acil durumlarda uygulanan bir cerrahi yaklaşımdır (Durukan ve ark., 2019; Jauniaux ve ark., 2018; Şahin ve Bulut, 2020). Literatürde sezaryen-histerektomi cerrahisine ilişkin yapılmış sınırlı çalışma bulunmaktadır. Bu olgu sunumunun amacı; FSÖ Modeli eşliğinde, PAS tanılı gebenin C/S ve total abdominal histerektomi (TAH) cerrahileri sonrası, yaşadığı sorunların belirlenmesi ve model doğrultusunda hemşirelik bakımının sistematik bir şekilde incelenmesidir.

Yöntem

Veri toplama süreci başlamadan önce G.K.'ya çalışma ile ilgili bilgi verilmiştir. Bilgi verildikten sonra sözlü ve yazılı onamı alınmıştır. G.K.'ya bilgilerin sadece bilimsel amaçla kullanılacağı üçüncü şahıslarla veya kurumlarla paylaşılmayacağı belirtilerek, gizlilik ilkesine dikkat edilmiştir. FSÖ Modeline göre Hemşirelik Bakımı sistematize edilmiştir. G.K.'nın onamı 24 Mart 2022 tarihinde alınmıştır.

Sağlığın algılanması ve sağlığın yönetim biçimi	• Bireyin sağlığı ve iyilik halini nasıl algıladığını ve nasıl yönettiğini tanımlar.
Beslenme şekli ve metabolik durum	• Metabolik gereksinimlerine göre yeme-içme tüketimini tanımlar.
Boşaltım	• Barsaklar, mesane ve cilt yoluyla sekresyon biçimini tanımlar.
Aktivite-egzersiz	• Bireyin aktivitelerini, yaptığı egzersiz, boş vakitlerini değerlendirme ve eğlence biçimini tanımlar.
Uyku-istirahat	• Uyku, istirahat ve relaksasyon (gevşeme, dinlenme) biçimini tanımlar.
Bilişsel-algılama	• Bireyin duyuşsal algılama ve biliş durumunu tanımlar.
Kendini algılama-kavrama	• Bireyin kendini algılama ve kavrama, rahatlatma, beden bilinci ve duyuşsal durumunu tanımlar.
Rol-ilişki	• Üstlendiği rol ve ilişkileri tanımlar.
Cinsellik ve üreme	• Cinsel yaşamdaki doyum/doyumsuzluk ve üreme şeklini tanımlar.
Baş etme, stresi tolere etme	• Genelde stres ile baş etme ve stresi tolere etmede etkinliğini tanımlar.
İnanç ve değerleri	• İnançları (ruşsal durumu) ya da karar ve seçeneklerine yön veren amaçları tanımlar.

Şekil 1. Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modelinde yer alan örüntüler ve tanımları (Erbaş ve Demirel, 2016; Türk, 2017)

G.K.'nın 24-26 Mart 2022 tarihlerinde izlem, bakım ve değerlendirmesi yapılmıştır. Veriler, olguya göre geliştirilmiş perinatal dönem veri toplama formu ve Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PASS-TR) ile toplanmıştır. PASS-TR için ölçeği Türkçe'ye uyarlayan yazarlardan e-mail yoluyla izin alınmıştır. Olgu cerrahi sonrası birinci, ikinci ve üçüncü günlerde değerlendirilmiş olup, hemşirelik süreci planlanmış ve uygulanmıştır.

Perinatal Veri Toplama Formu

Sosyo-demografik özellikleri, genel sağlık öyküsü, obstetrik öyküsü, şimdiki gebelik öyküsü, fiziksel muayene, sistemlerin değerlendirilmesi, hijyen alışkanlıkları, uygulanan tedaviler ve cerrahiler, laboratuvar bulguları, yaşamsal bulguları, gebelikte yaşanan problemler, hemşirelik sürecine ilişkin bilgiler bu formda yer almaktadır (Bayat, 2017; Coşkun, 2016; Erdemir, 2012; Fıfşkın ve Oskay, 2015; Kök ve ark., 2020; Şahin ve Bulut, 2020; Taşkın, 2016; Türk, 2017).

Perinatal Anksiyete Tarama Ölçeği (PASS-TR)

PASS-TR, perinatal dönemdeki kadınların anksiyete bozukluklarını taramak amacıyla geliştirilmiş bir ölçme aracıdır (Somerville ve ark., 2014). PASS-TR'nin Türkçe uyarlamasını Yazıcı ve arkadaşları (2019) yapmıştır. Ölçek 31 maddeden oluşmakta olup, dördümlük likert yapısıdır. Ölçeğin en düşük puanı 0, en yüksek puanı ise 93'tür. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı 0.95 ve kesme puanı 16'dır. Ölçek puanının artması anksiyetenin yüksek olduğunu göstermektedir (Yazıcı ve ark., 2019).

Olguya Ait Genel Bilgiler ve Geçmiş Obstetrik Öykü

G.K., 27 yaşında, 11 yıllık evli, ilkököl mezunu ve ev hanımıdır. Hastaneye başvurduğunda, G.K.'nın gravidası 4, paritesi 3 ve yaşayan çocuk sayısı ise 3'tür. Bebekleri sağlıklı doğmuştur. Kronik bir hastalığı, ailesel hastalık öyküsü ve alerjisi bulunmamaktadır. Kontraseptif yöntem olarak dört yıldır rahim içi araç (RİA) kullandığını, RİA takıldıktan sonra kontrole gitmediğini ve RİA ile gebe kaldığını ifade etmiştir. Antenatal takiplerini düzenli olarak yaptırmış olup, tarama testlerinde risk belirtilmemiştir. Sürekli kullandığı bir ilaç bulunmamaktadır. Sigara ve alkol kullanmamaktadır. 2012 yılında miadında sezaryenle, 2014 yılında miadında sezaryenle ve 2017 yılında intrauterin gelişme geriliği tanısıyla takipli sezaryenle 29 haftalık doğumları gerçekleşmiştir.

Olgunun Tanı, Tedavi ve Bakım Sürecine İlişkin Veriler

G.K. bu gebeliğinde antenatal takipleri sırasında dış merkezde "Plasenta Previa" tanısı almıştır. 29 hafta olan G.K., 23 Mart 2022 tarihinde bir kadın doğum hastanesine vajinal kanama ve şiddetli kasık ağrısı şikâyetleri ile başvurmuştur. Hastanede yapılan ultrasonografik incelemelerde; orta-yüksek risk PAS düşünülmüştür.

G.K.'nın Non Stress Test (NST) değerlendirmesi yapılmış olup, NST'de kontraksiyonların

saptanması nedeniyle G.K.'ya fetal nöroprotektif olarak 6gr Magnezyum Sülfat (MgSO₄) yükleme, 2gr/50cc/h MgSO₄ idame tedavisi toplamda 12 saat uygulanmıştır. Tedaviyi takiben gebeye 100cc/h olarak Laktatlı Ringer başlanmıştır.

NST'de kontraksiyonlarının devam etmesiyle tokolitik tedavi olan Nidilat 10mg 20'şer dakika ara ile 3 doz yükleme verilmiştir. Nidilat'ın hipotansiyon ve taşikardi gibi yan etkilerinden dolayı düzenli aralıklarla tansiyonu ve nabızı değerlendirilmiştir. Nabzının 120/dk ölçülmesi

nedeniyle Nidilat 10mg stoplanmış ve Endol tokolizi almasına karar verilmiştir. Gebe Endol 100mg 1x1 supozituar yükleme başlanmış ve sonrasında Endol 25mg idame verilmiştir. Yaşamsal bulguları: Kan basıncı:120/70mmHg, Nabız: 96/dk, Solunum: 20/dk, Ateş: 36.8°C'dir. Düzenli yaşamsal bulgu takibi yapılmıştır. İlerleyen saatlerde G.K.'ya kortikosteroid olan Betametazon 1x2 ampul hatırlatma dozu yapılmıştır. Olgunun tedavi planı Tablo 1'de yer almaktadır.

Tablo 1. Olgunun kronolojik sıralamaya göre tedavi planı

Tarih	Tedavisi	Kullanım Şekli ve Dozu
23.03.2022	Cales 3mg/ml	1x2 Ampul Intramüsküler (IM)
	Endol 25mg kapsül/supozituar	1x1 Rektal /4x1 Per oral (PO)
	Nidicard 10 mg kapsül	Yükleme dozu: 1x3 (PO) İdame dozu: 4x1 (PO)
	Herajit 250 mg/2.5 ml enjeksiyonluk çözelti	1x4 İntravenöz (IV)
	Magnesium Sülfat %15 10ml ampul	Yükleme dozu: 6gr MgSO ₄ * İdame dozu: 40gr MgSO ₄ *
24-26.03.2022	Tylol 500 mg tablet	3x1 (PO)
	Rodinac 75 mg/3ml ampul	2x1 (IM)
	Oksapar 0,4 ml enjektör	1x1 Subkutan (SC)
	Meneklin 300 mg ampul	3x3 (IV)
	Eqiceft-iv 1000 mg flakon	2x1 (IV)
	Vomepram 10 mg /2ml ampul	1x2 (IV)

*Yükleme dozu, 100cc SF içinde 6gr MgSO₄ 30 dakika içinde infüzyon şeklinde verildi. İdame dozu, 1000cc Ringer Laktat içinde 40gr MgSO₄ 50cc/h olacak şekilde infüzyon şeklinde 12 saatlik tedavi olarak uygulandı.

Hemogram değerleri düzenli olarak takip edilmiş olup, cerrahi öncesi Hgb değeri: 13mg/dL, ikinci saat Hgb değeri: 11mg/dL, altıncı saat Hgb değeri:10mg/dL ve 24. saat Hgb değeri:

9.1mg/dL'dir. Hgb değeri düşüş gösterince "1 ünite eritrosit süspansiyonu +1gr Herajit" uygulanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. Olgunun laboratuvar değerleri

Test Parametreleri	Laboratuvar Değerleri			Sonuç Birimi	Referans Değerler
	23.03.2022	24.03.2022	25.03.2022		
Lökosit	11	12	10	x10 ³ /μL	4-10
Eritrosit	4.28	3.85	3.80	x10 ⁶ /μL	3.50-5.00
Hemoglobin	10	11.5	11.8	g/dL	11.7-15.5
Hematokrit	%30	%33.2	%37	%	%37-%47
Trombosit	160	162	170	10 ³ /mm ³	100-420
Lenfosit	1.4	1.3	1.3	x10 ³ /μL	1.2-3.6
Nötrofil	60	61	61	%	39.9-73
Bazofil	0.2	0.3	0.3	%	0.3-1.8
C-reaktif protein (CRP)	8	10	10	mg/L	1-2.9
Alanin Aminotransferaz (ALT)	12	7	7	U/L	7-35
Aspartat Aminotransferaz (AST)	19	17	16	IU/L	15-42
Sodyum	136	131	130	mmol/L	135-145
Potasyum	3.9	4.0	4.5	mmol/L	3.5-5.5
Magnezyum	3	2.1	2	mg/dL	1.2-2.5

Gebenin, vajinal kanamasının ve tokolize rağmen kontraksiyonlarının devam etmesi üzerine, “Megamük C/S+PP+Vajinal Kanama+PAS Orta-Yüksek Risk” endikasyonu ile sezaryen doğumuna karar verilmiştir. Doğumdan sonra anne bebeğiyle ten-tene temas kuramamış ve bebeğini görememiştir. Bebek K.’nın APGAR değeri birinci dakikada “7”, beşinci dakikada “8” olup, doğum ağırlığı 1300gr’dır. Bebek K.’nın düşük kiloda olması nedeniyle yenidoğan yoğun bakıma alınmıştır. C/S sırasında PAS derecesine göre histerektomi yapılabileceği hakkında G.K. bilgilendirilmiştir. G.K.’nın plasental invazyon tanısına C/S sırasında da “plasenta akreata” olduğuna karar verilmiş olup, C/S ile beraber TAH yapılmıştır. G.K.’nın TAH cerrahisi sırasında bilateral overleri korunmuştur. Histerektomiden sonra G.K.’nın ilk soruları “*Bir daha adet göreceğim miyim?*” ve “*Cinsel yaşamımı nasıl etkileyecek?*” olmuştur. G.K. bu konuda bilgilendirilmiştir. G.K.’ya overleri korunduğu için menopoza girmeyeceği, overlerin ürettiği kadınlık hormonlarının çalışacağı, böylece menopoza dair şikâyetlerinin olmayacağı ve cinsel aktivitesinin etkilenmeyeceği anlatılmıştır. Uterusu olmadığı için adet göremeyeceği ve gebe kalamayacağı belirtilmiştir.

Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli Eşliğinde Değerlendirilmesi

Olgu FSÖ’nün 11 örüntüsüne göre incelenmiştir. G.K.’nın sorunlarına yönelik Tablo 3’te belirtilen hemşirelik tanıları ve girişimleri uygulanarak değerlendirilmiştir.

1. Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi

G.K.’nın bu gebeliğinde geçirmiş olduğu C/S ve TAH dışında bir cerrahisi bulunmamaktadır. Jinekolojik açıdan önceki muayenelerinde “plasenta previa” tanısıyla düzenli takiplerine geldiğini, herhangi bir sağlık problemi yaşadığında sağlık kuruluşuna başvurduğunu ifade etmektedir. C/S ve TAH sonrası bebeği hakkında endişe olduğu için G.K.’ya “bilgi eksikliği” tanısı belirlenmiştir.

C/S ve TAH cerrahileri sonrası birinci günde, G.K.’nın insizyon yerinde ağrı yaşadığını ifade etmiştir. G.K.’nin ağrısı Vizüel Analog Ağrı Skalasına (VAS) göre ağrı puanlaması “4” olarak belirlenmiştir. G.K. “Ameliyat sonrası karın bölgemde ve sezaryen yerimde ağrım var. Şimdi bu ağrılar yaşıyorum ama ameliyat ağrısı bu, geçecek inşallah...” ifadesiyle ağrıya yaklaşımını belirtmiştir. Hemşirelik bakım sürecinde “akut ağrı” hemşirelik tanısına yönelik uygun girişimler

yapılmıştır. Post-operatif ikinci ve üçüncü günlerde ağrı skorunda azalma olmuştur.

2. Beslenme-Metabolik Durum

G.K.’nın C/S ve TAH cerrahisi öncesinde, normalde günde üç öğün beslendiği, iştahının iyi olduğu belirlenmiştir. G.K.’nın ağırlığı 64kg, boyu 155cm’dir. Cerrahi sonrası birinci gün diyetinde G.K. katı beslenmeye geçmemiş olup, yalnızca sıvı diyet ile beslenmesi sağlanmış, gaz çıkışına göre yavaş yavaş katı gıdalara geçiş yapılmıştır. Abdominal bölgede geçirilen cerrahilere bağlı suture hattı vardır. Post-operatif dönemde hem abdominal suture hattında hem de perineal alanda herhangi bir sorun ve enfeksiyon belirtisi gözlenmemiştir. G.K.’nın dreni mevcuttur ve düzenli dren takibi yapılmaktadır. G.K.’nin tam kan ve rutin biyokimyasal değerleri Tablo 2’de yer almaktadır. Bu kapsamda, G.K.’ya yönelik “doku bütünlüğünde bozulma, kanama riski ve enfeksiyon riski” hemşirelik tanıları belirlenmiş, olası sorunlara yönelik planlama, girişim ve değerlendirmeler gerçekleştirilmiştir.

3. Boşaltım

G.K. cerrahi sonrası birinci günde, günde ortalama 4-5 kez idrarını yaptığını belirtmiştir. Bununla birlikte gaz ve gaita çıkışı henüz gerçekleşmemiştir. Bu kapsamda G.K.’nın olası boşaltım sorununa yönelik “konstipasyon riski” hemşirelik tanısının belirlenmiş ve değerlendirilmiştir.

4. Aktivite-Egzersiz

G.K. cerrahi sonrası altıncı saatten sonra mobilize edilmiştir. G.K. hem yatak içerisindeki hareketlerinde hem de mobilize olurken destek arayışında olduğu belirlenmiştir. Başlıca yakınmaları arasında ağrı, yorgunluk, halsizlik olduğu için “düşme riski ve aktivite intoleransı” hemşirelik tanıları belirlenmiştir.

5. Uyku-Dinlenme

G.K. doğum öncesi dönemde yaklaşık 8-9 saat uyuduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte G.K.’nın cerrahi sonrası uyku örüntüsü incelendiğinde; hastanın insizyon yerinde ağrısının olması (VAS: 4 puan), hastane ortamındaki sesler, bebeğinin yoğun bakımda izlenmesine bağlı nedenlerle uyku düzeni olumsuz etkilenmiştir. Bu durumlar, uykuya dalmada güçlük çekmesine neden olmaktadır. Dolayısıyla ile G.K. gün içinde uykusunun geldiğini ifade etmektedir. G.K. bu ifadelerine rağmen, uykusuzluk yaşamadığını belirtmektedir. Bu durumlara yönelik olguya “uyku örüntüsünde bozulma riski” hemşirelik tanısı belirlenmiştir.

Tablo 3. Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik süreci (Erdemir, 2012; Kök ve ark., 2020)

Örüntü Adı	Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuç	Tanımlayıcı Bulgular	Girişimler	Değerlendirme
Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi	Akut Ağrı	Olgunun ağrısının azaldığını/olmadığını ifade etmesi	-Hastanın sözel olarak ağrısının olduğunu ifade etmesi -Huzursuzluk -Halsizlik -Anksiyete -Vücut ve yüz ifadesinde değişiklik. -VAS:4 puan	-Hastanın ağrısının yeri, niteliği ve şiddeti düzenli aralıklarla değerlendirilir. -Ağrı esnasında dikkati dağıtma teknikleri öğretilir (ritmik nefes alma, ameliyat bölgesini bir yastıkla destekleme vb.). -Erken mobilize olması için teşvik edilir. -Gün boyu dinlenme periyodları oluşturulur. -Gürültüsüz bir ortam ve uyku olanağı sağlanır. -Ağrısını azaltan/arttıran nedenler sorgulanır. -Günlük düzenli yürüyüş yapması sağlanır. -Doktor istemine uygun analjezik tedavi uygulanır ve sonuçları değerlendirilir.	G.K. ağrısının azaldığını ifade etti. VAS:2 puan
Sağlığı Algılama-Sağlığın Yönetimi	Bilgi Eksikliği	Bilgi ihtiyacını sağlama	-C/S+TAH cerrahisi sonrası menstruasyon, cinsel aktivite, yapılan işlemler ve bebeğin sağlık durumuna yönelik sorular sorması	-Hastanın bilgi eksikliğinin sebepleri araştırılır ve öğrenme davranışı belirlenir. -Hastalığı ile ilgili soru sormaya cesaretlendirilip, sorduğu sorular açık ve net olarak cevaplanır. -Hastaya hastalığı, tedavisi, ilaçları, mobilizasyon hakkında bilgi verilir. -Güvenli ve etkili iletişim ortamı sağlanarak, hastaya uygun zamanda eğitim gerçekleştirilir. <i>*Baş etme-stres toleransı örüntüsünde yer alan "Anksiyete" tanısı kapsamında diğer girişimler ve değerlendirmeler belirtilmiştir.</i>	Bilgi eksikliği giderildi.
Beslenme-Metabolik Durum	Kanama Riski	Kanama belirti ve bulgularının görülmemesi	-Geçirdiği cerrahi girişimler -Riskli gebelik yaşamaması -Doğum sonu dönemde olması	-Aldığı çıkardığı takibi yapılır. -İnsizyon yeri açılma, kanama yönünden izlenir. -Öksürme, hapsirme esnasında insizyon hattı bir yastıkla desteklenir. -Vajinal kanama takibi yapılır. -Şok belirti ve bulguları yönünden izlenir. -Yaşamsal bulguları takip edilir. -Laboratuvar değerleri takibi yapılır. -Kısa açıklamalar yapıp rahatlaması sağlanır. -Gerektiğinde anksiyeteyi azaltacak emosyonel destek sağlanır.	Kanama belirti ve bulgularına rastlanmadı. Vajinal kanaması normaldi. 25.03.2022 Hgb: 11.8g/dL Hct: %37
Beslenme-Metabolik Durum	Enfeksiyon Riski	Enfeksiyon belirti ve bulgularının görülmemesi	-Hastane ortamında bulunma -İnsizyon yerinin olması -C/S+TAH cerrahisi -Dren bulunması -IV kanül -Postpartum dönemde olma -Laktasyon döneminde olma	-Enfeksiyona ilişkin risk faktörlerini (obezite, abdominal insizyon ve dren ve intravenöz kateter vb.) değerlendirilir. -Enfeksiyon belirtileri açısından (klinik belirtiler, dren giriş alanı, yara yeri vb.) değerlendirilir. -Yeterli sıvı ve besin alımının takibi yapılır. -Cilt akıntı ve sıcaklık artışı bakımından değerlendirilir. -Gereksiz invaziv girişim yapılmamasına dikkat edilir. -Lökosit değerinin takip edilip, ziyaretçilerin ve hastane personelinin hastayla temastan önce ellerinin yıkanması sağlanır. -Hasta ve ailesine enfeksiyon belirtileri ve korunma yolları öğretilir. -İnsizyon bölgesinin pansumanının aseptik şartlarda yapılması sağlanır. -Vajinal kanama takibi yapılır. -Dren takibi yapılır. -Emzirme sırasında meme değerlendirilir. -Yaşamsal bulguları takip edilir. -Profilaktik antibiyotik uygulanır.	Enfeksiyon belirti ve bulguları gözlenmedi. 25.03.2022 -Ateş: 36.8°C -Lökosit: 10x10 ³ /μL -Antibiyotik alıyor.

Tablo 3. (devam) Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik süreci (Erdemir, 2012; Kök ve ark., 2020)

Örüntü Adı	Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuç	Tanımlayıcı Bulgular	Girişimler	Değerlendirme
Beslenme-Metabolik Durum	Doku bütünlüğün de bozulma	Doku bütünlüğündeki hasarın azaltılması ve insizyon hattında iyileşme olması	C/S+TAH cerrahisine bağlı insizyonunun olması	-Hastanın doku bütünlüğü ve insizyon hattı (kızarıklık, akıntı, kötü koku, ekimoz, ödem vb.) açısından değerlendirilir. -Doku bütünlüğünü bozan faktörler varsa kızarıklık, kötü kokulu akıntı, ödem, yara yerinde ayrılma belirtileri yönünden izlem yapılır. -Yeterli sıvı ve besin alımı desteklenir. -Günlük kilo takibi yapılır. -Hastanın pozisyon değişiminin sağlanır. -Laboratuvar değerleri takip edilir. -Yaşamsal bulguları takip edilir. -Hasta ve ailesine doku bütünlüğünün korunmasına yönelik bilgi verilir.	-İnsizyon yerinde kızarıklık, akıntı, kötü koku gözlenmedi. -İnsizyon hattı kuru ve temizdi.
Boşaltım	Konstipasyon Riski	-Hastanın bağırsak seslerinin yeterli olması -Günde bir kez gaita çıkışının olması	C/S+TAH cerrahisi sonrası birinci günde hasta gaita ve gaz çıkışının henüz olmadığını ifade etmesi	-Hastanın dengeli ve dengeli beslenmesi sağlanır. -Günlük yeterli sıvı alımının sağlanır. -Katı beslenmeye geçildiğinde posalı besinlerin diyetle eklenmesi sağlanır. -Erken mobilizasyon sağlanır. -Dişkilama alışkanlıkları değerlendirilir.	Hastada ameliyat sonrası ikinci günde defekasyon çıkışı gözlemlendi.
Aktivite-Egzersiz	Aktivite İntoleransı	Hastanın aktivite düzeyinin ve günlük yaşam aktivitelerini yapmadaki bağımsızlığını artırılması	-C/S+TAH cerrahisi sonrası kendini yorgun, halsiz hissetmesi -Ayağa kalkmama isteği -VAS:4 puan	-Hastanın dinlenme halindeyken ve aktiviteden hemen sonraki yaşamsal bulguları değerlendirilir. -Günlük yaşam aktivitelerini sürdürmesine yardımcı olunur. -Yatak içi aktif-pasif ROM egzersizlerinin yaptırılması teşvik edilir. -Aktiviteler sırasında gözlemlenir. -Dinlenme periyodları düzenlenir. -Aktivitenin yavaş yavaş artırılması teşvik edilir.	-Cerrahi sonrası altıncı saatte hasta destekle mobilize edildi. -Cerrahi sonrası ikinci ve üçüncü günlerde günlük yaşam aktivitelerini kendisi gerçekleştirdiği gözlemlendi
Aktivite Egzersiz	Düşme Riski	Olgunun düşmesinin engellenmesi ve travmalara karşı korunması	-Yorgunluk, halsizlik -C/S+TAH cerrahisi geçirme	-İTAKİ düşme riski değerlendirilir. -Yatak seviyesi ayarlanır. -Kaymayan terlik kullanımı önerilir. -Kaygan zeminde yürümemesi konusunda uyarılıp sık sık gözlenir. -Alarm sistemi konusunda hasta bilgilendirilir. -Hasta yakını düşme riskine yönelik bilgilendirilir.	-İTAKİ risk puanı "1" olarak değerlendirildi. -Düşme riski yaşanmadı.
Uyku-İstirahat	Uyku Örüntüsün de Bozulma Riski	Rahat uyuduğunu, dinlendiğini ifade etmesi	-Doğum öncesi süreçte yaklaşık 8-9 saat uyuduğunu ifade etmesi -Uykusunun gece bölündüğünü, ses, ışık gibi faktörlerden etkilendiğini belirtmesi -Gün içinde uykusunun geldiğini belirtmesi -Gece uykuya dalmada güçlük çekmesi -Bebeğinin yoğun bakımda olması -VAS: 4 puan	-Gürültü ve sesler azaltılır. -İşlemler, tedaviler uyku dönemindeyken en az rahatsız edecek şekilde düzenlenir. -Gündüz uyukularını azaltması konusunda uyarılır -Yatma vaktinde kafeinli içeceklerden uzak durması gerektiği söylenir. -Bebeğinin durumu hakkında bilgilendirilir. -Anksiyete düzeyi değerlendirilir. <i>*Sağlığı algılama-sağlığını yönetimi örüntüsünde yer alan "Akut ağrı" tanısı kapsamında diğer girişimler ve değerlendirmeler belirtilmiştir.</i>	-G.K. rahat bir şekilde uyuduğunu, dinlendiğini ifade etti. -G.K. altı saat uyuduğunu ifade etti.

Tablo 3. (devam) Olgunun Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeline göre hemşirelik süreci (Erdemir, 2012; Kök ve ark., 2020)

Örüntü Adı	Hemşirelik Tanısı	Beklenen Sonuç	Tanımlayıcı Bulgular	Girişimler	Değerlendirme
Kendini Algılama-Kavrama	Benlik Saygısında Bozulma Riski	G.K.'nın geleceğe yönelik pozitif bir bakış açısı ifade edip önceki fonksiyon düzeyini sürdürmesi	-C/S+TAH cerrahisi geçirmesi -Üreme organı kaybı -TAH sonrası cinsel yaşam ve menstrual siklusa yönelik sözel ifadeleri	-Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır. -Güvene dayalı etkili iletişim (göz teması kurma, beden dilini etkin kullanmak vb.) sürdürülür. -İletişimde basit ve somut ifadeler kullanılır. -Hastanın sorulara cevap verebilmesi için zaman tanınır, birey kendini ifade etmesi için desteklenir. -Histerektomi sonrası bedeninde rahatsızlık duyduğu durumlar belirlenir. -Olumsuz düşüncelerini tanınmasına yardımcı olunur. -Bireyin yetenekleri ve özellikleri üzerine yoğunlaşılır. -Hasta bir aktiviteye veya uğraşa yönlendirilir. -Aile desteğinin önemi vurgulanır.	-G.K. çocuklarının ve ailesinin onun için çok önemli olduğu onlar için ayakta durması gerektiğini vurguladı. -Cerrahi sonrası geleceğe yönelik pozitif bir bakış açısı ifade edip, bu cerrahinin aile süreçlerini ve yaşamını etkilemeyeceğini belirtti.
Rol ve İlişki	Aile Sürecinde Değişiklik	Aile içi süreçlerin birbirini karşılıklı destekleyen sistem olarak sürdürülmesi	-Hastane ortamında bulunma -Eşinden ve çocuklarından uzak olma -Bebeğinin yoğun bakımda takip edilmesi	-Ailenin güçlü yönleri vurgulanır. -Aile içi mahremiyetine dikkat edilir. -Mümkün olduğu kadar aile üyelerinin bakımına katılması teşvik edilir. -Aile üyelerinin duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanır. -Gerektiğinde diğer sağlık profesyonelleri ile iş birliği sağlanır. -Yenidoğan yoğun bakım ile iletişime geçilir. -Bebeğini görmesi, bebeğin genel durumu iyi ise emzirmesi, tenel temas sağlanması, gerektiğinde sütünü sağması teşvik edilir.	Aile üyelerinin birbirini desteklediği gözlemlendi.
Cinsellik-Üreme	Cinsel Disfonksiyon Riski	Olgunun postpartum dönemi takiben cinsel aktivitesini sürdürmesini n sağlanması	-C/S+TAH cerrahisi -Histerektomi sonrası cinsel yaşam yönelik sözel ifadeleri	-Hasta ile güvenli ve etkili iletişim sağlanır. -Hastanın cinsellik hakkında korku ve endişelerini ifade etmesi sağlanır. -Üreme organı kaybına bağlı olarak hastanın ve eşinin uyum düzeyi değerlendirilir. -Üreme organı kaybına karşı verdiği bu tepkilerinin normal olduğu açıklanır. -Gebelik öncesine eşdeğer cinsel aktiviteye dönmesi için cesaretlendirilir. -Cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında, kendini rahatsız eden konularda kendini ifade etmesi için cesaretlendirilir. -Hastanın mahremiyetine özen gösterilir. -Postpartum dönemde görülebilecek cinsel problemler hakkında bilgilendirilir. -Taburculuk eğitiminde cinsel yaşama geri dönme zamanı hakkında bilgi verilir. -Gerektiğinde diğer sağlık profesyonelleri (psikolog vb.) ile iş birliği sağlanır.	-G.K.'nın cinsellik ve cinsel fonksiyonlar hakkında bilgi eksikliği giderildi. -G.K. hastanede yattığı ve postpartum süreç tamamlanmadığı için cinselliği değerlendirilemedi
Baş Etme-Stres Toleransı	Anksiyete	Annenin rahatladığını ifade etmesi, Anksiyetesinin azalması, Duygu ve düşüncelerinin ifade etmesinin sağlanması	-Riskli gebelik yaşaması -C/S+TAH cerrahisi geçirmesi -Bebeğin sağlık durumunu sorması ve bebeği için endişelenmesi -PASS-TR puanı, ölçek kesme değerinin üzerinde olması (35 puan) -Hastanede yatma, aileden uzak olma	-Hastaya sağlık durumu, cinsel yaşam, üreme organı kaybı hakkında bilgi verilir. -Anneye ve babaya bebeğin durumu ile ilgili açıklayıcı bilgi verilir. -Bebeğe uygulanacak klinik ve tedavi ile ilgili basit ve anlaşılır bir iletişim kurularak bilgi verilir. -Ebeveynleri, bebeğin bakımında aktif rol almaları konusunda cesaretlendirilerek bakıma dahil edilir. -Psikolojik olarak anne ve baba rahatlatılıp, onların duyguları, endişeleri ve kaygılarını ifade etmeye cesaretlendirilir. -Gerektiğinde diğer sağlık profesyonelleri (psikolog vb.) ile iş birliği sağlanır.	-Duygu ve düşüncelerini ifade etmesi sağlandı. -Annenin bebeğini belli saatlerde görmesi sağlandı. -Bebek ve kendi durumuyla ilgili bilgi verildikten sonra anksiyetesinin azaldığı gözlemlendi. -PASS-TR ölçek puanı yeniden değerlendirildi (26 puan).

6. Bilişsel Algılama Biçimi

G.K.'nın kişi, yer ve zaman oryantasyonunda bir sorun yoktur. Aynı zamanda duyularına (işitme, tat, dokunma vb.) yönelik bir sorun da gözlenmemiştir.

7. Kendini Algılama ve Kavrama Biçimi

G.K. geçirdiği cerrahileri ve gebeliğe bağlı yaşadığı sorunları kabullendiğini belirtmiştir. C/S ve TAH cerrahisi sonrası öncelikli hedefleri arasında bebeğinin sağlıklı bir şekilde yoğun bakımdan çıkması, ağrı ve diğer şikâyetlerinin azalması olduğunu ifade etmektedir. G.K. bu örüntüyle ilişkili olarak post-operatif dönemde ağrı şikâyetlerinin geçeceğini, yine sağlıklı bir kadın olarak hastaneden ayrılmak istediğini vurgulamaktadır. Bu nedenle hemşirelik bakım sürecinde "benlik saygısında bozulma riski" tanısına yer verilmiştir.

8. Rol-İlişki

G.K. rol ilişkisi örüntüsüyle bütünleşik olarak "Sezaryenden sonra bebeğimin yoğun bakımda takip edilmesi, ailemden uzak olmam beni üzüyor. Dört tane kızım, sevdiğim bir ailem var... Kızlarımla, eşimle ve komşularımla bir sorunum yok... Sevdiklerime çok değer veriyorum..." ifadesinde bulunmuştur. Bu nedenle hemşirelik bakım sürecinde G.K.'ya yönelik "aile sürecinde değişiklik" tanısına yer verilmiştir.

9. Cinsellik-Üreme

Gebelik öncesi seksüel yaşamının aktif olduğu, gebeliğinde yaşadığı sorunlar nedeniyle seksüel aktivitesine ara verdiğini ifade etmiştir. Özellikle TAH cerrahisine bağlı endişeleri bulunmaktadır. "Adet görebilecek miyim? Cinselliğimi etkileyecek mi? Menopoza mı girdim? şeklindeki sorularımı doktora ameliyat sonrası sordum ve adet göremeyeceğimi, yumurtalıklarım alınmadığı için menopoz dönemine girmediğimi, çocuk sahibi olamayacağımı, cinselliğimi etkilemeyeceğini söyledi. Çok şükür yaşayan dört tane kızım var." ifadesinde bulunmuştur. Bu kapsamda, G.K.'nın cinsellik-üreme durumuna ilişkin "cinsel disfonksiyon riski" hemşirelik tanısı belirlenmiştir.

10. Baş Etme-Stres Toleransı

G.K. cerrahi öncesi ve sonrasına yönelik olarak; "Ameliyat ve doğum öncesinde çok stresli bir haldeydim. Hastaneye kanamayla geldim bebeğime bir şey olacak mı, bebeğim ölecek mi, ameliyatta ölür müyüm diye korkuyordum" açıklamasıyla yaşadığı korku ve endişesini ifade etmektedir. Karşılaştığı sorunları dua ederek üstesinden geldiğini, eş/aile ve arkadaş desteğine başvurduğunu belirtmiştir. G.K. bebeğinin sağlığı ile ilişkili olarak; "Ameliyattan sonra bebeğimi görememek ve yoğun

bakım takibi gerekmesinden dolayı stres yaşadım ve şu an hala yoğun bakımda bebeğimi aralıklı olarak gidip görüyorum ve süt sağıp götürüyorum bir süre yoğun bakım takibi gerekiyormuş onun sağlığı önemli... İyileşsin yeter ki" ifadesinde bulunmuştur. Olguya PASS-TR ölçeği post-operatif birinci günde uygulanmış ve ölçek puanının 35 olduğu saptanmıştır. Bu puan kesme değerinin üzerinde olup, anksiyetesi yüksek bulunmuştur. Bu kapsamda, G.K.'nın baş etme-stres toleransına ilişkin "anksiyete" hemşirelik tanısı belirlenmiştir.

11. Değer-İnanç

G.K. gebeliğe bağlı yaşadığı sorunların ve geçirdiği cerrahilerin değer ve inançları üzerinde bir etkisinin olmadığını belirtmektedir.

Tartışma

PAS, plasentanın uterusu patolojik invazyonu olup, bu duruma birden çok etken sebep olabilmektedir (Jauniaux ve ark., 2018; Koçarlan, 2020; Usta ve ark., 2005). PP ve PAS için risk faktörleri arasında; maternal ileri yaş, C/S ile doğum, sigara kullanımı, parite, çoğul gebelik, yardımcı üreme teknikleri, uterin cerrahiler ve konjenital uterin anomaliler yer almaktadır (Jauniaux ve ark., 2018; Klar ve Michels, 2014; Koçarlan, 2020; Silver ve ark., 2006). Literatürde, önceki doğumların C/S ile gerçekleşmesi ve C/S sayısındaki artış ile birlikte PAS insidansı arasında ilişki olduğu vurgulanmaktadır. PP tanısı alan ve daha önce C/S ile doğum yapmamış kadınlarda PAS insidansı %3.3-4.0 iken, üç veya daha fazla sayıda C/S ile doğum yapan kadınlarda PAS insidansının %50-67 arasında olduğu bildirilmektedir (Jauniaux ve ark., 2019b). Olgumuzda bu risk faktörlerinden; dördüncü gebeliğini deneyimleme, geçmişteki üç doğumunun da C/S ile gerçekleşmesi PAS'a zemin hazırlayan faktörler arasındadır.

PP ve PAS, maternal olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir. Bunlardan biri de sezaryen histerektomidir (Durukan ve ark., 2019; Shrivastava ve ark., 2007). Antenatal takiplerini düzenli yaptıran G.K.'nın, gebeliğinde PP tanısı alması nedeniyle gebeliğinin riskli olduğu bilinmektedir. Plasental bozukluklarda komplikasyonların öngörülebilmesi ve erken tanılabilmesi için bu gebelerin üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında izlenmesi, mortalite ve morbiditeyi önlemede önemlidir. Bu gebelerde, doğumunun zamanlanmasında antenatal kortikosteroid kullanımı ile birlikte, erken doğum risklerinin de dikkate alınması önemlidir (Durukan ve ark., 2019). G.K.'ya PAS nedeniyle C/S ile birlikte TAH cerrahisi uygulanmış ve hemşirelik

süreci FSÖ Modeli kapsamında değerlendirilmiş ve yönetilmiştir.

C/S maternal/fetal mortalite ve morbidite risklerini azaltmak amacıyla uygulanmaktadır (Sayın ve ark., 2018). Dünyada ve ülkemizde C/S trendinde artış görülmekte birlikte (Betran ve ark., 2021; Sağlık Bakanlığı, 2022), özellikle ülkemizde bu oran %57.3'e ulaşmış durumdadır (Sağlık Bakanlığı, 2022). C/S ile doğum; uzun hastane yatışları, sonraki gebeliklerde uterin rüptür gelişimi, plasenta implantasyon anomalileri, masif kanamalara bağlı histerektomi gibi obstetrik komplikasyonları beraberinde getirebilmektedir (Sayın ve ark., 2018). Bu bağlamda postpartum dönemdeki hemşirelik bakımının amacı; maternal ve neonatal bakımı sağlamak, risk değerlendirmesi yapmak ve riskli durumları önlemek, aile üyelerinin psikososyal uyumunu sağlamaya yönelik rehberlik etmek olarak sıralanmaktadır. Postpartum bakım yaşam kalitesinin yükseltilmesinde de etkilidir (Karabulutlu ve Yavuz, 2019). Postpartum dönemde involüsyon sürecini etkileyen en önemli riskli durumlar arasında postpartum kanamalar bulunmaktadır. Kanamalar, dünyada ve ülkemizde anne ölümlerinin en önemli nedenleri arasındadır (Gulumser ve ark., 2018; Say ve ark., 2014). Plasental anomaliler de kanama ile yakından ilişkilidir. Plasental anomaliler, perinatal sürecin her aşaması önemlidir. Gebeliği, doğum eylemini ve doğum sonu süreci yakından izlemek gerekmektedir. Plasental anomalilere bağlı kanamaları azaltmada ve önlemede çeşitli tedavi yaklaşımları bulunmaktadır. Masif kanamaların kontrol altına alınmasında ve anne ölümlerini azaltmada başvurulan tedavi seçenekleri arasında histerektomi cerrahisi de bulunmaktadır (Durukan ve ark., 2019; Jauniaux ve ark., 2018; Şahin ve Bulut, 2020). Histerektomide hemşirelik bakımının kısa dönem amaçları fizyolojik sorunlarla ilişkilidir. Bu sorunlara yönelik olarak; yaşamsal bulgular, beslenme, sıvı alımı, aktivite düzenlenmekle birlikte; ağrıyı, konstipasyonu ve enfeksiyon gelişmesini önlemek önceliklidir. Histerektominin uzun dönem amaçlarına yönelik olarak; kadının sağlığının korunması sağlamak, sağlığını geliştirmek, cinselliğe yönelik duygu ve düşüncelerini ifade etmesini sağlamak oldukça önemlidir (Taşkın, 2016). G.K.'da her iki cerrahi birlikte uygulanmış olup, geçmiş gebelik öyküsüne bağlı riskler, gebeliğin getirdiği riskler, geçirdiği cerrahilerle ilişkili riskler nedeniyle hemşirelik süreci karmaşık ve çok yönlü olup, sistematik bir şekilde yürütülmesi önemlidir. G.K. üç gün izlenmiş

olup, hemşirelik tanılarında öncelikle fizyolojik sorunlar değerlendirilmiştir.

Olgunun post- operatif öncelikli fizyolojik sorunlarına yönelik hemşirelik tanılarından biri "akut ağrı"dır. Hemşirelik sürecinde öncelikle; hastanın ağrı ile baş etme yöntemleri ve ağrıya yönelik deneyimleri belirlenmelidir. Bu bilgilerle birlikte hemşire ağrının kontrolünde hastaya ağrı ile başa çıkma stratejileri öğretmeli ve bunun sonuçlarını izleyerek süreci yönetmelidir (Çöçelli ve ark., 2008). G.K.'da ağrıya yönelik değerlendirme yapılarak hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bu girişimler sonucunda G.K.'nın algıladığı ağrının şiddeti azalmıştır. Doku bütünlüğünün korunması konusunda hemşirelerin, doku bütünlüğünü değerlendirip, risk faktörlerini belirleyip, önleyici ve koruyucu girişimleri sağlaması önem taşımaktadır (Barutcu, 2017). G.K.'nın doku bütünlüğüne yönelik değerlendirme yapılarak hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bu girişimler sonucunda G.K.'nın inzision yerinde bir sorun gözlenmemiştir. Aktivite intoleransı günlük yaşam aktivitelerini etkilemektedir. Özellikle post-operatif dönemde ağrı, yorgunluk, halsizlik, yaşamsal bulgularda değişimler aktivite intoleransı ile ilişkilidir (Erbaş, 2017). G.K.'da aktivite intoleransına yönelik olarak, cerrahi sonrası altıncı saatte mobilize edilmiştir. Aynı zamanda postoperatif ikinci ve üçüncü günlerde günlük yaşam aktivitelerini kendisi gerçekleştirdiği gözlemlenmiştir.

Perinatal dönemde sorunlardan biri olan kanamalar, çoğunlukla doğum sonu dönemle ilişkilidir. Bu nedenle kanama riski açısından, annenin değerlendirilmesi hemşirelik bakımında önem taşımaktadır (Canbay ve ark., 2019). Kanama tespitinde, değerlendirilmesinde ve yönetiminde, anne antepartum hospitalizasyonundan postpartum taburculuğuna, hatta lohusalık süreci tamamlanana kadar her aşamasında dikkatle izlenmelidir (Fışkın ve Oskay, 2015). G.K.'da "kanama riski" hemşirelik tanısına yönelik değerlendirme yapılarak hemşirelik girişimleri uygulanmıştır. Bu girişimler sonucunda G.K.'da kanama belirti ve bulguları görülmemiştir. Fizyolojik sorunlara yönelik risk içeren diğer hemşirelik tanıları arasında "uyku örüntüsünde bozulma riski", "enfeksiyon riski", "konstipasyon riski" ve "düşme riski" bulunmakta olup, gerçekleştirilen planlama ve girişimler sonucunda herhangi bir sorun gözlenmemiştir.

Histerektomi cerrahisi sonrası üreme organı kaybına yönelik kadınların adaptasyonu farklılık gösterebilmektedir. G.K.'nın post-operatif dönemde

yaşadığı fizyolojik sorunlarla birlikte, psikososyal uyum süreci ve histerektomi cerrahisine verdiği tepki de önemlidir. Özdemir ve Pasinlioğlu (2009) çalışmasında, histerektomi geçiren kadınların bazılarında uterusun anlamının önemli olduğu, kadınlığının en önemli parçasını kaybettiği düşüncesinin hâkim olduğu vurgulanmaktadır. Olgumuzda ise, G.K. histerektomi cerrahisine bağlı olumsuz duygu ve düşüncelerinin olmadığını ifade etmektedir. G.K.'nın C/S ve TAH cerrahisi sonrası bu duygu ve düşüncelerinin; olumsuz kadınlık algısı ve beden imgesine sahip olmaması, pozitif eş/aile desteğinin olması ve dört yaşayan çocuğunun olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. G.K.'nın gebelik öncesi cinsel yaşantısında eşiyile uyumlu bir birlikteliği bulunmaktadır. G.K.'nın geçirdiği cerrahileri kabullendiği gözlemlenmiştir. G.K.'nın post-operatif dönemde fizyolojik gereksinimlerine yönelik sorunları dikkat çekmektedir. Bununla birlikte rol-ilişkisi örüntüsüne yönelik olumsuz düşünceleri bulunmamaktadır. G.K.'nın FSÖ Modeli kapsamında; sağlığı algılama ve yönetimi, bilişsel algılaması, kendini algılama-kavraması, rol ilişkisi, cinsellik ve üreme sağlığı örüntüleri kapsamında; "benlik saygısında bozulma riski", "aile sürecinde değişiklik", "cinsel disfonksiyon riski" ve "bilgi eksikliği" tanıları belirlenmiştir. G.K. soru sormaya cesaretlendirilip, sorduğu sorulara açık ve net cevaplar verilmiştir. G.K.'nın yoğun bakımda takip edilen bebeğiyle ilgili ve cinsel yaşamına yönelik soruları ile ilgili bilgi eksikliği giderilmiştir.

Yüksek riskli gebelikler, sağlıklı gebeliklere kıyasla anne veya fetüse ait sorunlardan dolayı daha fazla stres ve endişe yaşamaktadır (Karabulutlu ve Yavuz, 2021). G.K.'nın anksiyetesini arttıran sebeplerin; hastaneye kanama şikâyetiyle gelme, bebeğine ve kendisine bir şey olup olmayacağı korkusu, ameliyattan sonra bebeğini görememe ve bebeğin yoğun bakım takip edilmesinden dolayı stres yaşaması ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. Olgunun PASS-TR puanı ilk değerlendirmede 35 puan olduğu saptanmıştır. G.K.'nın yenidoğan yoğun bakımda bebeğini görmesi, ten-tene temas sağlanması, sütünü sağması konusunda teşvik edilmesi ile birlikte rahatladığı gözlemlenmiştir. PASS-TR puanı post-operatif üçüncü günde yeniden değerlendirilmiş olup, 26 puan olduğu belirlenmiştir. G.K.'nın anksiyete düzeyi azalmasına rağmen, bu puanın da kesme değerinin üzerinde olduğu dikkat çekmektedir. Bu nedenle anksiyete açısından takip edilmesi önemlidir.

FSÖ modelinin, sezaryen (Erbaş, 2017) ve histerektomi cerrahisi (Kök ve ark., 2020) uygulanan kadınlarda, kullanıldığı görülmektedir. Bununla birlikte üçüncü trimester kanamalarına bağlı acil obstetrik cerrahilerde hemşirelik bakımına yönelik, literatürde sınırlı bilgiye ulaşılmaktadır. Bu nedenle acil obstetrik cerrahilerde bu olgu çalışmasının, literatüre önemli katkı sağladığı düşünülmektedir. Olgu sınırlılık açısından incelendiğinde; G.K. post-operatif dönemde takip edilmiş ve hastanede olduğu süreçte hemşirelik süreci değerlendirilmiştir. Olgunun taburculuk sonrası değerlendirilememesi nedeniyle, FSÖ modelinin özellikle "cinsellik-üreme" ve "baş etme-stres toleransı" örüntüleri ile ilişkili hemşirelik süreçlerinde değerlendirme süreci devam etmektedir. Aynı zamanda G.K.'nın postpartum süreci devam ettiğinden, henüz seksüel aktivitesi değerlendirilmemiştir. G.K.'nın anksiyete düzeyi azalmış olsa da PASS-TR puanı kısmi olarak yüksek olup, taburculuktan sonra değerlendirilememiştir.

Sonuç ve Öneriler

C/S ve TAH cerrahisi uygulanan annenin FSÖ Modeli doğrultusunda hemşirelik süreci ele alınmıştır. Olgunun, riskli bir gebelik yaşaması, uygulanan cerrahiler, tedaviler ve diğer işlemler, bebeğinin yenidoğan yoğun bakımda takip edilmesi, doğumun erken dönemde gerçekleşmesi gibi nedenlerle endişelerinin olduğu belirlenmiştir. Olgunun aynı zamanda anksiyete düzeyinin yüksek olması nedeniyle, bakımın yönetiminde eğitim ve danışmanlık hizmetleri önemli yer tutmaktadır. FSÖ Modeli, histerektomi ve sezaryen sonrası bakım sürecinde, anneyi biyopsikososyal açıdan değerlendirebilmeyi sağlamaktadır. Bu değerlendirme süreci hem sistematik hem de bütüncül bakıma katkı sağlamaktadır. Bu olgunun perinatoloji alanında hizmet veren hemşireler için, bakımın güçlendirilmesi ve anneyi biyopsikososyal açıdan değerlendirebilmesinde rehberlik sağlayacağı düşünülmektedir.

Araştırmanın Etik Yönü/ Ethics Committee

Approval: Olguya çalışmanın amacı hakkında bilgi verilmiştir. Olgunun sözlü ve yazılı onamı alınmıştır.

Hakem/Peer-review: Dış hakem değerlendirmesi.

Yazar Katkısı/Author Contributions: Fikir/Kavram: HÖT, SPK, AAD; Tasarım: HÖT, SPK, AAD; Danışmanlık: SPK, AAD; Veri Toplama: HÖT, SPK; Analiz ve/veya Yorum: HÖT; SPK, AAD; Literatür Tarama: HÖT, SPK; Makale Yazımı: HÖT; SPK; Eleştirel İnceleme: SPK, AAD.

Çıkar çatışması/Conflict of interest: Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/ veya hasta ve hasta yakınları arasında bir çıkar çatışması olabilecek herhangi bir bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Finansal Destek/Financial Disclosure: Bu çalışma sırasında, herhangi bir kurum, firma, şirket veya bireyden destek alınmamıştır.

Çalışma Literatüre Ne Kattı?

- Histerektomi, üreme çağı sonunda benign veya malign nedenlerle uygulanan bir cerrahidir. Peripartum histerektomi ise masif obstetrik kanama gibi acil durumlarda gerektiğinde başvurulabilmektedir.
- Jinekolojik/jineonkolojik endikasyonlarla uygulanan histerektomi sonrası, literatürde hemşirelik modeli eşliğinde bakımının değerlendirildiği çeşitli çalışmalar mevcuttur. Bununla birlikte peripartum histerektomide hemşirelik bakımına yönelik bilgi sınırlıdır.
- Bu olgu sunumunda PAS tanılı gebenin sezaryen-histerektomi sonrası hemşirelik bakımı FSÖ Modeline rehberliğinde ele alınmış olup, bu çalışmanın yüksek riskli gebelere hizmet veren hemşireler için bakımın güçlendirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynaklar

- Barutcu CD. (2017). Kalp yetersizliğinde deri bütünlüğünün korunması. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 108-111.
- Bayat M. (2017). Hemşirelik modelleri ve teorileri. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZH, editors. *Hemşirelik teorileri ve modelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, p. 29-52.
- Betran AP, Ye J, Moller AB, Souza JP, Zhang J. (2021). Trends and projections of caesarean section rates: global and regional estimates. *BMJ Global Health*, 6(6), e005671.
- Canbay FÇ, Şeker S, Çitil ET. (2019). Doğum sonrası kanamanın önlenmesi ve yönetiminde ebelerin sorumlulukları. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, 8(2), 91-98.
- Cresswell JA, Ronsmans C, Calvert C, Filippi V. (2013). Prevalence of placenta praevia by world region: a systematic review and meta-analysis. *Tropical Medicine & International Health: TM & IH*, 18(6), 712.
- Coşkun A. (2016). Hemşire ve ebeler için kadın sağlığı ve hastalıkları öğrenim rehberi. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Çöçelli LP, Bacaksız BD, Owayolu N. (2008). Ağrı tedavisinde hemşirenin rolü. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 14(2), 53-58.
- Durukan H, Durukan ÖB, Yazıcı FG. (2019). Planned versus urgent deliveries in placenta previa: maternal,

surgical and neonatal results. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 300(6), 1541–1549.

- Erbaş N. (2017). Sezaryen sonrası fonksiyonel sağlık örüntüleri modeline göre verilen bakımda kadınların yaşadığı sorunlar ve hemşirelik tanılarının belirlenmesi. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*, 9(1), 15-29.
- Erbaş N, Demirel G. (2016). Kadın sağlığının değerlendirilmesinde bir model: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 5(2), 84-91.
- Erdemir F. (2012). *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. 3. Baskı. Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Fıfşkın G, Oskay Ü. (2015). Postpartum hemoraji risk değerlendirmesi, yönetimi ve ebe/hemşirenin rolü. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 5(3), 72-77.
- Gulumser C, Engin-Ustun Y, Keskin L, Celen S, Sanisoglu S, Karahmetoglu S, et al. (2018). Maternal mortality due to hemorrhage: population-based study in Turkey. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine: The Official Journal of the European Association of Perinatal Medicine, the Federation of Asia and Oceania Perinatal Societies, the International Society of Perinatal Obstetricians*, 32(23), 3998–4004.
- Jauniaux E, Chantraine F, Silver R. M, Langhoff-Roos J, FIGO Placenta Accreta Diagnosis and Management Expert Consensus Panel. (2018). FIGO consensus guidelines on placenta accreta spectrum disorders: Epidemiology. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: the Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 140(3), 265–273.
- Jauniaux E, Bunce C, Grønbeck L, Langhoff-Roos J. (2019a). Prevalence and main outcomes of placenta accreta spectrum: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 221(3), 208-218.
- Jauniaux E, Alfirevic Z, Bhide AG, Belfort MA, Burton GJ, Collins SL, et al. (2019b). Placenta praevia and placenta accreta: diagnosis and management: Green-top guideline No. 27a. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 126(1), 126(1), e1–e48.
- Karabulutlu Ö, Yavuz C. (2019). Annelerin doğum sonu dönemde aldıkları ebelik/hemşirelik bakımından memnuniyet düzeylerinin değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 6(2), 182-199.
- Karabulutlu Ö, Yavuz C. (2021). Yüksek riskli gebeliklerde depresyon ve anksiyete düzeylerinin sıklığının değerlendirilmesi. *Caucasian Journal of Science*, 8(1), 51-69.
- Kılıççı Ç, Kürek Eken M, İlhan G, Çöğendez E, Şanverdi İ, Keskin M, et al. (2018). Evaluation of risk factors, incidence, perinatal and maternal outcome of placenta previa cases with and without placenta accreta spectrum. *Duzce Medical Journal*, 19 (3), 75-80.

- Klar M, Michels KB. (2014). Cesarean section and placental disorders in subsequent pregnancies—a meta-analysis. *Journal of Perinatal Medicine*, 42(5), 571-583.
- Koçarslan S. (2020). Plasenta akreata; geçmişten bugüne öyküsü. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 15 (3), 88-93.
- Kök G, Erdoğan EN, Söylemez EB, Güvenç G. (2020). Histerektomi olan hastanın fonksiyonel sağlık örüntülerine göre hemşirelik bakımı: Olgu sunumu. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 11(2), 273-278.
- Oyelese Y, Smulian JC. (2006). Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstetrics and Gynecology*, 107(4), 927-941.
- Özdemir F, Pasinlioğlu T. (2009). Histerektomi operasyonu geçiren kadınların histerektomi hakkında görüşlerinin belirlenmesi. *Hemşirelikte Araştırma ve Geliştirme Dergisi*, 11(1), 30-37.
- Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2022. Erişim tarihi: 15.07.2022, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>
- Say I, Chou D, Gemmill A, Tunçalp Ö, Moller A, Daniels J, et al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. *The Lancet. Global Health*, 2(6), e323-e333.
- Sayın C, Gürsoy-Erzincan S, Uzun-Çilingir I. (2018). Sezaryen: Kanıta dayalı bilgiler. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics*, 11(1), 76-81.
- Shamshirsaz AA, Fox K, Salmanian B, Diaz-Arrastia CR, Lee W, Baker BW, et al. (2015). Maternal morbidity in patients with morbidly adherent placenta treated with and without a standardized multidisciplinary approach. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 212(2), 218.e1–218.e2189.
- Shrivastava V, Nageotte M, Major C, Haydon M, Wing D. (2007). Case-control comparison of cesarean hysterectomy with and without prophylactic placement of intravascular balloon catheters for placenta accreta. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 197(4), e401–e402.
- Silver RM, Landon MB, Rouse DJ, Leveno KJ, Spong CY, Thom EA, et al. (2006). Maternal morbidity associated with multiple repeat cesarean deliveries. *Obstetrics and Gynecology*, 107(6), 1226–1232.
- Somerville S, Dedman K, Hagan R, Oxnam E, Wettinger M, Byrne S, et al. (2014). The Perinatal Anxiety Screening Scale: Development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 17(5), 443-454.
- Şahin S, Bulut, ÖÜ. (2020). Doğum sonu komplikasyonlar ve riskli durumlar. Çınar N, Şahin S, editors. *İlk 1000 Gün Anne ve Çocuk Sağlığı*. Ankara: Akademisyen Kitabevi, 211-231.
- Taşkın L. (2016). Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 15. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi.
- Türk G. (2017). Marjory Gordon: Fonksiyonel Sağlık Örüntüleri Modeli. Karadağ A, Çalışkan N, Baykara ZH, editors. *Hemşirelik teorileri ve modelleri*. İstanbul: Akademi Basın ve Yayıncılık, p. 604-619.
- Usta IM, Hobeika EM, Musa AA, Gabriel GE, Nassar AH. (2005). Placenta previa-accreta: risk factors and complications. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 193(3 Pt 2), 1045–1049.
- Yazıcı E, Mutu-Pek T, Uslu-Yuvacı H, Köse E, Cevrioglu S, Yazıcı AB, et al. (2019). Perinatal Anxiety Screening Scale validity and reliability study in Turkish (PASS-TR validity and reliability). *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 29(4), 609-617.