

DÜŞÜK RİSKLİ, RİSKLİ, YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK VE EBENİN ROLÜ

Halime AYDEMİR¹, Hale UYAR HAZAR²

ÖZET

Gebelik ve doğumlar çoğunlukla sorunsuz geçse de, tüm gebelikler risk altında olabilir. Gebelikte risk; “düşük riskli, riskli ve yüksek riskli” olmak üzere üç grupta incelenir. Gebelik tanısı koyulan tüm gebeler düşük riskli gebedir. Riskli gebe grubunda laboratuvar testleri sık takip edilir. Gebelikte oluşan komplikasyonlar ve/veya gebelik öncesinde var olan sağlık durumları nedeniyle anne ve/veya fetüsün tehlikede olduğu gebeler ise yüksek riskli gebe olarak tanımlanır. Standartlara göre bakım/ izlem düşük riskli gebede dört kez yapılır. İzlem sayısı gerekliyse riskli gebede arttırılır, bir önceki izleme göre bir sonraki izlem belirlenir. Yüksek riskli gebede ise hastaneye yatırılarak yapılır. Gebeliği etkileyen risk faktörlerini bilmek, gebelikteki riski en erken devrede tanılamak, riskli durumların gebeliğe getireceği zararları önlemek, anne ve bebeğin sağlığını korumak ebe ve hemşirelerin görev ve sorumluluğudur.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Riskli Gebelik, Yüksek Riskli Gebelik, Ebelik

LOW RISK, RISK, AND HIGH RISK PREGNANCIES AND THE ROLE OF MIDWIVES

ABSTRACT

Pregnancy and childbirth are mostly uneventful, but all pregnancies may be at risk. Pregnancy risk; "Low risk, risk and high risk" is examined in three groups. All pregnant women diagnosed with pregnancy is low-risk pregnant women. Risk pregnant women in the group are frequent follow-up laboratory tests. Complications during pregnancy and/or pregnancy due to pre-existing in the health status of the mother and/or fetus is in danger if pregnant women are identified as high-risk pregnancies. According to standard care/follow-up is done four times in low-risk pregnant women. If necessary follow-up number is increased in risk pregnant women, the next follow-up is determined by the previous track. In high-risk pregnant women is hospitalized. Knowing the risk factors affecting pregnancy, to diagnose early stages of pregnancy are most at risk, risky situations will bring the pregnancy to prevent damage, protect the health of mother and baby is the duty and responsibility of nurses and midwives.

Key Words: Pregnancy, Risk Pregnancy, High-Risk Pregnancy, Midwifery

¹Yüksek Lisans öğrencisi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı,

²Yrd. Doç. Dr., Adnan Menderes Üniversitesi, Aydın Sağlık Yüksek Okulu, Ebelik Bölümü,

İletişim / Corresponding Author: Halime AYDEMİR

Tel: 02562182000 **e-posta:** aydemirhalime@hotmail.com

Geliş Tarihi / Received: 06.08.2013

Kabul Tarihi / Accepted: 24.04.2014

GİRİŞ

İnsanlığın başlangıcından bu yana her toplumun ana ögesi olan kadınlar, gebe kalarak neslini devam ettirmektedir. Bebeklik, çocukluk ve ergenlik dönemlerinin, hastalık ve sakatlıklardan uzak olarak en az risk altında geçirilmesi demek gebeliğin en az risk altında olması anlamına gelmektedir (1). Ancak birçok gebelik ve doğum olaysız geçse de tüm gebelikler risk altındadır (2).

Gebelik ve doğum tipik olarak eğlenceli ve iyi beklentiler ile dolu fizyolojik bir süreçtir. Bunun yanında anksiyete ve kaygılarla dolu bir süreç de olabilir. Gebelikte meydana gelen fizyolojik değişiklikler, sağlık ve hastalık arasındaki çizgiyi daraltır. Bu nedenle her gebelik potansiyel bir risk oluşturur ve bir kriz dönemidir.

Tüm gebe kadınların % 15 kadarı profesyonel bakım gerektiren, potansiyel olarak hayatı tehdit eden bir komplikasyon geliştirirler ve bazıları yaşamak için majör obstetrik bir girişime gerek duyacaklardır. Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık sırasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir (2).

Dünyada her bir dakikada; 380 kadın gebe kalmakta, 190 kadın istenmeyen veya planlanmayan gebelikle karşılaşmakta, 110 kadın gebelikle ilgili komplikasyon yaşamakta, 40 kadın tehlikeli düşük yapmakta, bir kadın ölmekte, bu ölümlerin %1'i gelişmiş ülkelerde, %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde dakikada ortalama bir kadın gebelikle ilgili nedenler sonucu ölmekte ve bu ölümlerin %90'ı önlenebilir nedenlerdendir. Dünyada her bir dakikada meydana gelen 380 gebelikten 340'ı en az riskli gebeliktir (3).

Ülkemizde Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)1998'e göre gebeliklerin %40,2'si (4), TNSA-2003'e göre %39'u (5) ve TNSA-2008'e göre %35'i (6) herhangi bir risk kategorisinde yer almaktadır. TNSA'nın gebelikteki risk kategorilerini; anne yaşı (<18 anne yaşı, >34 anne yaşı), doğum aralığı (<24 ay doğum aralığı) ve doğum sırası (>3 doğum sırası) oluşturmaktadır (4, 5, 6).

TNSA-1998'de, gebe kaldığı takdirde yüksek ölüm riski taşıyan doğum yapacak olan halen evli kadınların oranı %64,7 varsayılmış, TNSA-2003'te risk kategorisindeki doğumlar %69,4 oranında elde edilmiştir (4).

TNSA-2003'te, gebe kaldığı takdirde yüksek ölüm riski taşıyan doğum yapacak olan halen evli kadınların oranı %63,9 varsayılmış, TNSA-2008'de risk kategorisindeki doğumlar %66,8 oranında elde edilmiştir (5).

TNSA-2008'de, gebe kaldığı takdirde yüksek ölüm riski taşıyan doğum yapacak olan halen evli kadınların oranının ise %61,4 olacağı varsayılmakta ve bu kadınların araştırma tarihinde gebe kalmaları halinde yüksek risk kategorilerinden birine dahil olacak bir çocuk doğuracağı tahmin edilmektedir (6). TNSA-2003 ve TNSA-2008'den önceki beş yıl içerisinde elde edilen oranlara bakıldığında, TNSA-1998 ve TNSA-2003'te yapılan varsayımların yüksek riskli doğumların büyüklüğü hakkında önemli ipuçları verdiği görülmektedir. Yüksek ölüm riski taşıyan kadınların oranıyla ilgili TNSA-2008'de yapılan varsayım ise 2013 yılında yapılacak olan TNSA'daki yüksek riskli doğumların büyüklüğü hakkında önemli ipucu vermektedir.

Gebelikteki bu riskli durumları, anne ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına almak asıl amaç olmalıdır. Burada ebe ve hemşirelere önemli görevler düşmektedir. En erken devrede gebelikteki riski tanıyarak ve önlemler alarak anne ve bebeğin sağlığını korumak ebe ve hemşirelerin görev ve sorumluluğudur. Temel amacı gebeliğin sağlıklı anne ve bebekle sonuçlanması olan doğum öncesi bakım hizmetleri, temelde koruyucu bir hizmettir ve daha çok riskli durumlar üzerine yoğunlaşmıştır. Ebe ve hemşireler doğum öncesi bakım hizmeti verirken, risklere ilişkin bilgileri değerlendirebilmeli, tanımlayabilmeli ve uygun etkinlikleri planlayabilmelidir (7).

Gebeliğe adapte olabilmek amacıyla insan vücudu fertilizasyonla başlayan önemli fizyolojik, anatomik ve biyokimyasal değişiklikler geçirir. Gebelikte ortaya çıkabilecek hastalık durumlarının belirlenmesi, değerlendirilmesi ve erken müdahale edilmesinde annenin fizyolojisinin gebeliğe uyumunun iyi bilinmesi faydalı olacaktır (8).

Gebeliği risk altında olan anne, fiziksel, emosyonel ve sosyal sorunları olan bir annedir. Gebeliği riskli hale getiren fizyolojik sorunlar; anne gebe kalmadan önce var olan sorunlar (kalp hastalığı, diyabet, hipertansiyon gibi) olabileceği gibi direk olarak gebelikte ortaya çıkan sorunlar da (preeklampsi, eklampsi, kanama, hipertansiyon gibi) olabilir (7).

Prenatal dönem, kadının bedeninde oluşan bir dizi karmaşık fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle biyo-psiko-sosyal dengesinin bozulduğu bir dönemdir. Bu nedenle gebelik gebe ve ailesi için ciddi biyo-psiko-sosyal adaptasyon gerektirmektedir. Bunun yanında anne sosyal bir çevre içinde yaşamaktadır. Biyo-psiko-sosyal dengesinin bozulduğu bir dönem aile

ve işyerindeki rollerinin değiştiği, ebeveynlik ilişkilerinin kurulduğu yaşam krizi olarak da tanımlanmaktadır. Bu dönemde yaşanan değişiklikler her ne kadar aileyi ve yakın çevredeki bireyleri etkilese de anne ve fetus için daha kritik önem taşır. Bu çevreden birey ne kadar etkilenirse, anne karnındaki fetus de o kadar etkilenir. Annenin sağlıklı bir gebelik geçirmesi ve fetusün uterus dışı yaşama sağlıklı bir biçimde hazırlanması, her ikisinin de bu duruma en iyi derecede uyum sağlaması ile olasıdır. Bu nedenle en az fizyolojik faktörler (diyabet ve toksemi gibi) kadar psiko-sosyal faktörler de gebeliği etkilemektedir. Bu faktörlerin gebelik süresince dengede olması, anne ve fetus sağlığı açısından önemlidir. Anne ve fetusün uyum sağlayamaması durumunda ise risklerden söz etmek gerekmektedir (7, 9).

Tüm gebelikler risk faktörlerinin olup olmadığı ya da ileride oluşup oluşmayacağı yönünden değerlendirilmelidir. Bazı kadınlarda daha gebeliğin başında, onları yüksek risk kategorisine dahil eden diyabet ya da erken doğum öyküsü gibi risk faktörleri mevcuttur. Mevcut risk faktörleri taşımayan diğer kadınlarda ise normal gebelikte başlayıp, daha sonra membran rüptürü ya da gebeliğin indüklediği hipertansiyon gibi risk faktörleri gelişebilir. Bu faktörler gebelik sırasında aniden gelişebilir. Bu yüzden bu faktörleri oluştukları anda tanınmak ve yönetebilmek için gerekli protokolleri uygulamak son derece önemlidir (10).

Birçok durumun erken perinatal dönemde veya öncesinde teşhis edilmesi durumunda anne ve bebek için mortalite ve morbidite riskleri azalacaktır. Gebelik öncesinde tespit edilmiş olan Rh uyuşmazlığı, diyabet, epilepsi gibi durumlar gebelik sırasında kontrollü yönetilebilir. Ancak gebelikte ortaya çıkan preeklampsi ve erken membran rüptürü gibi durumlar için geçerli değildir. Bu gibi zor durumları algılamak ve yönetmek için doğum uzmanı ile iş birliği yapılmalıdır (11).

I. Gebelik

Gebelik süresi son menstruasyonun ilk gününden itibaren dokuz ay 10 gün veya 280 gün veya 10 lunar ay veya 40 haftadır (7). Sağlıklı bir gebelik, tahmin edilebilir bir risk bulunmaksızın şu anda veya geçmişte gebelik komplikasyonlarının bulunmaması, önemli bir maternal tıbbi hastalığın olmaması, öncesinde maternal morbidite veya mortalite öyküsünün olmaması ve yeterli fetal büyümenin olması şeklinde tanımlanır (12).

“Risk”, bir ya da daha fazla faktörün varlığı ile istenmeyen durumların oluşma olasılığı iken “gebelik açısından risk”, normal koşullar altında olması beklenmeyen ancak önceden var olan ya da gebelikte gelişebilecek bazı komplikasyonların oluşma olasılığıdır (1).

Literatüre bakıldığında gebelikte risk; “düşük riskli, riskli ve yüksek riskli gebelik” olmak üzere üç grupta ele alınmaktadır (10, 11, 13, 14).

Bazı kaynaklar sadece “riskli gebelik ve yüksek riskli gebelik” kavramından söz ederken (9, 12, 15, 16), bazı kaynaklar ise “düşük riskli gebelik ve yüksek riskli gebelik” kavramından söz etmektedir (17, 18, 19, 20, 21, 22).

Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği'nin hazırladığı Tanı ve Tedavi Klavuzları kitabında da gebelerin yüksek, orta ve düşük risk gruplarına ayrıldığı belirtilmektedir (23).

A. Düşük Riskli Gebelik

Her gebelik potansiyel bir risk oluşturur. Bu nedenle gebeliklerin çoğunluğu düşük riskli olarak kabul edilir, bu aktif bir komplikasyonun olmadığı anlamına gelir ama olumlu sonuçlanır. Çünkü bu gebeler, tüm gebelik boyunca laboratuvar ve tarama testleri normal olan gebelerdir. Tüm gebeliklerde istenmeyen belirtiler, fiziksel sorunlar olabilir ama çoğu zaman anneler tamamen iyileşirler ve sağlıklı çocuklar dünyaya getirirler (10, 11, 13, 14).

B. Riskli Gebelik

“Laboratuvar testleri normal” olan, ancak “testlerinin tekrar edilmesi” ve “daha yakından gözlenmesi” gereken gebelerdir. Bu gebeler orta düzey ebelik ve hemşirelik olanakları ile bir obstetrik ünitesinde sürekli işbirlikçi bakım ve doğum ile tedavi edilebilirler veya gebeliğin geri kalan kısmında önerilen plan dahilinde uzmana yönlendirilebilirler (10, 12, 13). Riskli gebelerin hastaneye yatırılmadan ayaktan takip edilmeleri mümkündür. Ancak bu gebeler, takipler sırasında sağlık personelinin yoğun desteğine gereksinim duyabilirler. Bu durumda gebelerin hastaneye yatırılması zorunlu olabilir.

Gebelikteki riskli durumlar, annenin ve bebeğin sağlığını ve hayatını tehdit etmeden kontrol altına alınabilmelidir. Bu hizmeti sunan ebe ve hemşirelerin görevi; riskli durumların gebeliğe getireceği zararları önlemek ya da en aza indirmek, riski en erken devrede tanılamak ve alacakları önlemler ile anne ve bebeğin sağlığını korumak olmalıdır (16).

Prenatal risk tanınması, gebeliğin erken döneminden başlamak üzere doğuma kadar belli aralıklarla yapılan kontrollerle sürdürülmelidir. Riskli durumlar; öykü alma, fiziksel muayene (genel ve özel), rutin laboratuvar tetkikleri, fetal sağlığın değerlendirilmesi, fetal gelişme ve iyilik halini araştıran özel tetkikleri kapsayan ve titizlikle yürütülen, prenatal kontrollerden elde edilen veriler doğrultusunda belirlenir.

Turan, Ceylan, Teyikçi'nin 96 gebe üzerinde yürüttükleri “annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler” konulu çalışmasında; annelerin %19,8'inin gebelikte sağlıkla ilgili problem yaşadıkları belirtilmektedir. Annelerin gebelikte en sık yaşadıkları problemler sırasıyla; erken doğum riski (%22,7), bulantı ve kusma (%18,2), hipertansiyon (%13,7), üriner sistem enfeksiyonu (%9,1), bel ağrısı (%9,1), gestasyonel diyabet (%9,1), toksoplazma enfeksiyonu (%4,5) ve kardiyolojik problemler (%4,5)'dir (24).

C. Yüksek Riskli Gebelik

Fetus ve / veya annenin açıkça tehlikede olduğu gebelikler yüksek riskli gebelik olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanıma göre yüksek riskli gebelik, var olan etkenin anne ve / veya fetüsün potansiyel davranışlarını ve gebeliğin sonucunu olumsuz etkilemesi olarak tanımlanmaktadır. Yüksek riskli gebelikler; iki grupta ele alınır (7, 10, 13, 22).

• **Gebelikte oluşan komplikasyonlar:** Gebeliğe eşlik eden doğum öncesi kanamalar, erken membran rüptürü, gebelikte hipertansif durumlar, hiperemesis gravidarum, çoğul gebelikler gibi komplikasyonlarda riski ortaya koyan pozitif test sonucu vardır. Risk mevcut olabilir ya da olmayabilir.

• **Gebelik öncesinde var olan sağlık durumları:** Gebeliğin eşlik ettiği bu sağlık durumlarında gebeliğin başlangıcında riski ortaya koyan kalp hastalığı, diyabet, kan hastalıkları, enfeksiyon hastalıkları, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, Rh uyuşmazlığı, anne yaşı gibi tıbbi problemler mevcuttur.

Anne yaşı, doğum aralığı ve doğum sırasına göre gebelikte risk kategorisinin oluşturulduğu TNSA'da yüksek riskli doğurganlık davranışı oranları Tablo 1'de (4, 5, 6) verilmektedir.

Düşük riskli ve riskli gebeliklerle kıyaslandığında, yüksek riskli gebelikler daha az oranda görülmektedir. Gebelikte yüksek riskli komplikasyonlar, tüm gebeliklerin yaklaşık %6 ile %8'ini oluşturmaktadır. Anne ve bebekler için ciddi komplikasyonlar bu yüksek riskli gebeliklerde ortaya çıkmakta ve yüksek riskli gebelerde daha ciddi sorunlar yaşanmaktadır. Bu nedenle yüksek riskli gebelik tanısı almış anne adaylarının, tıbbi tedavi ve bakım için hastaneye yatırılması gerekmektedir (11, 20, 25).

Yüksek riskli durumda, sıklıkla gebeliğin sonucu önceden kestirilemeyeceğinden, gebe hastaneye yatırılmaktadır (21).

Yüksek riskli gebeliklerin yönetimi ile ilgili araştırmalar 1950'li yıllarda başlamıştır. 1960'lı yıllarda yenidoğan bebeklerde değişiklikler araştırılmaya başlanmıştır. 1970'li yıllarda perinatal tıp, çocuk ve kadın doğum araştırmaları güçlenerek devam etmiştir. 1980'li yıllarda bio-fiziksel profil, kordosentez gibi fetal durumun geniş bir şekilde değerlendirilmesi yer almaktadır. 2000'li yıllarda kanıta dayalı perinatoloji getirilmiştir (11).

Ebe ya da hemşire yüksek riskli bir gebeye bakım vereceği zaman, maternal-fetal ünitenin gelişmesi ve annenin vücut fonksiyonlarına uyumu gibi gebeliğin fizyolojik yönünü dikkate almalıdır. Bu fizyolojik yönün analizi ile özel antenatal değerlendirmeler yapılarak yüksek riskli gebelikler belirlenebilir. Fetal sağlığın antepartum ve intrapartum dönemde değerlendirilmesinde, fetal monitorizasyon ve diğer izleme metotları kullanılmaktadır (7).

II. Gebeliği Riskli Duruma Getiren Faktörlerin Sınıflandırılması

Yüksek riskli gebeliklerde yaşanan sorunlara gebe, fetüs ve ailesinin uyumu daha da güçleşir. Riskli durumların erken prenatal dönemde saptanması ve mevcut sorunların anne ve fetüsü en az etkileyecek biçimde çözümlenmesi önem taşır. Ebe/hemşire, yüksek riskli gebe ve ailesinin prenatal izlemlerin önemi ve sıklığı konusunda bilgilendirmeli, nitelikli ve etkin bir bakım için risklere ilişkin verileri değerlendirebilmeli ve uygun girişimleri planlayabilmelidir. Dikkatli ve kapsamlı bir sağlık tanınması, mevcut ve olası risk faktörleri ortaya çıkarmada etkilidir. En iyi prenatal sonuca ulaşmak için mortalite ve morbiditeye neden olan/ katkıda bulunan tüm faktörler, erken dönemde tanılanmalıdır. Çünkü gebeliğin erken döneminde saptanan sorunların çoğu, etkili biçimde tedavi edilebilir (9).

Yüksek riskli bir gebelik için iyi tanınan risk faktörleri arasında; genç ya da ileri anne yaşı, fazla kilolu ya da düşük kilolu olmak önceden mevcut sağlık sorunları, düzenli doğum öncesi bakım ziyaretleri almaması, preeklampsi ve eklampsi gibi sağlık sorunları yer almaktadır (25).

İleri yaş gebeliklerin, bazı toplumlarda anne ve fetüs için yüksek risk taşıdığı bilinmektedir. Gebelik kontrolünün düzgün yapıldığı toplumlarda, ileri yaşlarda nulliparite oranı artarken, parite oranı düşüktür. Ancak bazı ülkelerde çeşitli sosyo-ekonomik, kültürel ve geleneksel nedenlerden dolayı kadınların bir kısmı gelişmiş tıbbi olanaklardan yararlanamamakta ya da engellenmektedir. Sonuçta istenmeyen, kısa aralıklı çok sayıda gebeliğe reproduktif dönemin son dönemlerine kadar rastlanmaktadır. Bu şekilde bilinçsiz ve kontrolsüz üreme, anne-fetüs, aile ve hatta toplum için çok yönlü sorunlar oluşturmaktadır.

İleri yaşta döllenme ve implantasyon kapasitesi azalır, spontan abortuslar, fetüste genetik anomaliler, gelişme anomalileri ve fetal-maternal morbidite-mortalite oranı artar. Yaşla birlikte ortaya çıkmaya eğilimi artan diabetes mellitus ve hipertansiyon en sık karşılaşılan hastalıklardır (26).

Gebelikte risk faktörleri üç ana gruba ayrılabilir:

- Genel sağlık durumu ve sistemik durumları içeren hazırlayıcı risk faktörleri
- Obstetrik durumlar
- Psikolojik ve emosyonel durumları içeren sosyo-ekonomik ve davranışsal faktörler

(12, 27).

Stark'ın çalışmasında demografik özelliklerine göre normal gebe ile yüksek riskli gebe arasında farklılıklar olduğu ve normal gebelerde evlilik oranı %93 iken, yüksek riskli gebelerde bu oranın %55,1 olduğu ve yine normal gebelerde ayrılmış, boşanmış ya da hiç evlenmemişlerin oranı %7 iken, yüksek riskli gebelerde bu oranın %44,9 olduğu belirtilmektedir (28).

Farklı literatürlere bakıldığında gebelikteki risk faktörleri ile ilgili farklı detaylarda sınıflamalar karşımıza çıkmaktadır (7, 9, 12, 16, 27).

Buna göre gebelikteki risk faktörleri en sade şekliyle; düşük sosyo-ekonomik düzeyde olma, anne yaşı, doğum sayısı, doğum sıklığı, beslenme yetersizliği, alkol ve tütün kullanma, kronik sistemik hastalığı olma, önceki gebeliklerinde veya şimdiki gebeliğinde komplikasyon öyküsü verme, gebeliğin ilk üç ayında viral enfeksiyon, istenmeyen gebelikler olarak gruplandırılmaktadır (7).

Yapılan başka bir sınıflandırmaya göre ise gebelikte risk faktörleri;

- Önceki gebelikler ile ilgili sorunlar
- Gebelikte medikal koşullar
- Diğer yüksek risk koşulları olmak üzere üç başlık altında ele alınmaktadır (27).

Yates'in yaptığı sınıflandırmada, gebelikteki risk faktörleri;

- Gebelik öncesinde var olan medikal durumlar
- Gebelik sırasında ortaya çıkan sorunlar olarak ele alınmaktadır.

Daha sonra Yates, gebelikteki risk faktörlerini;

- Genel sağlık durumu ve sistemik durumları içeren hazırlayıcı risk faktörleri
- Obstetrik durumlar
- Psikolojik ve emosyonel durumları içeren sosyo-ekonomik ve davranışsal faktörler

olmak üzere üç ana kategoriye ayırarak daha detaylı bir sınıflandırma yapmıştır (12).

En kapsamlı olarak detaylandırılan gebelikteki risk faktörleri sınıflaması Coşkun tarafından altı alt başlıkta ele alınmaktadır (9). Bunlar:

Demografik Faktörler: Anne yaşı <16 ve >35, anne/ baba eğitimi: < temel eğitim, anne boyu: <150 cm, anne kilosu: aşırı, zayıf ya da şişman olma,

Sosyo-Ekonomik Faktörler: Düşük sosyo-ekonomik düzey, anne ve eşinin mesleği: vasıfsız işçi, olumsuz çalışma koşulları, evlilik dışı / istenmeyen gebelik, akraba evliliği / kalıtsal hastalık öyküsü, aile içi geçimsizlik, dayak ve şiddet, etnik faktörler: azınlık / göçmen olma, yüksek basınç bölgesinde yaşama,

Annenin Yaşam Biçimi ve Alışkanlıkları: Sigara içme, madde bağımlılığı: alkol, ilaç, teratojenik maddelere maruz kalma, yetersiz / dengesiz beslenme, yüksek stresli yaşam olayları, sosyal destek yetersizliği,

Obstetrik Öykü: İnfertilite, ektopik gebelik, spontan abortus, Grand multiparite: ≥ 5 , uterus / serviks anomalileri, prematür doğum: < 37. gebelik haftası, düşük doğum tartılı bebek, ölü doğum / neonatal ölüm, iri bebek, anomalili bebek, girişimli doğum,

Maternal Hastalıklar: Diyabet, kalp hastalığı, kronik hipertansiyon, tiroit hastalıkları, fenil ketonüri, böbrek hastalığı, nörolojik hastalıklar, sistemik lupus eritemazus, solunum hastalıkları,

Mevcut Obstetrik Sorunlar: Geç / düzensiz prenatal kontrol, öz bakım yetersizliği, prenatal kanama, preeklampsi – eklampsi / HELLP Sendromu, çoğul gebelik, erken doğum eylemi, erken membran rüptürü, intra uterin fetal gelişme geriliği, ciddi izoimmunizasyon (Rh ve diğer), miad geçmesi, perinatal infeksiyonlar.

Daha sonra Coşkun daha sade bir gebelikteki risk faktörleri sınıflaması yapmıştır. Bu sınıflandırmaya göre ise gebelikteki risk faktörleri; anne yaşı (18 yaşın altı, 35 yaşın üzeri), doğum sayısı (4-5 doğumdan sonrası), doğum sıklığı (Doğum aralarının iki yıldan az olması), düşük sosyo-ekonomik düzey ve eğitim, beslenme yetersizliği, gebeliğin ilk trimester indeviral bir enfeksiyon geçirme, röntgen filmi çektirme, geçmiş gebeliklerdeki sorunlar (Ölü doğum, zor doğum, prematür doğum vs), şimdiki gebeliğindeki sorunlar (preeklampsi, anemi vb), sistematik hastalık bulunması (kalp, diyabet vb), sigara, alkol, madde, ilaç bağımlılığı, doğum öncesi izlemlerin düzenli yapıldığı ünitelerde risk faktörleri, ilk ziyarette (muayene) 36. haftadaki ziyarette ve eyleme kabulde daha geniş ele alınarak planlama yapma ve değerlendirme olarak gruplandırılmaktadır (16).

III. Gebelikte Risk Durumlarının Belirlenmesinde Kullanılan Ölçme Araçları

Gebelikte risk durumlarını belirlemeyi amaçlayan çeşitli ölçme araçları bulunmaktadır (1, 23, 29).

A. Knox Skorlama Sistemi

Knox Skorlaması Formu; 1993 yılında Knox ve arkadaşları tarafından geliştirilen ve Kuru tarafından Türk kültürüne uyarlanan bir formdur. Maternal faktörler, obstetrik öykü, tıbbi öykü ve gebelik sırasında risk faktörleri olarak dört başlıktan oluşmaktadır (1).

B. Hızlı Risk Değerlendirme Formu

Perinatoloji Derneği'nin üzerinde çalışarak oluşturmuş olduğu bir risk değerlendirme formudur. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formuyla benzerlik göstermekte ve "Obstetrik Öykü", "Şimdiki Gebelik", "Genel Sağlık Durumu" bölümlerinden oluşmaktadır. Hızlı Risk Değerlendirme Formundan farklı olarak Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu'nun "**Obstetrik Öykü**" bölümünde "Erken doğum öyküsü (22-37 hf. arası)", "Anomalili bebek doğurma öyküsü", "**Mevcut Gebelik**" bölümünde "Anemi öyküsü" ve "**Genel Tıbbi Öykü**" bölümünde "Tiroid hastalığı", "Talasemi taşıyıcılığı" maddeleri de yer almaktadır. Hızlı Risk Değerlendirme Formunun sonunda yer alan ifade "Yukarıdaki sorulardan birine EVET cevabının verilmesi durumunda gebe "Risk Taşımayan Gebe Grubu"ndan çıkarılmalıdır" şeklindedir (23).

C. Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu

Sağlık Bakanlığı tarafından standardize edilerek ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında kullanılmakta olan standart bir formdur. Perinatoloji Derneği tarafından hazırlanan "Hızlı Risk Değerlendirme Formu" revize edilerek "Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu" oluşturulmuştur. Bu form, obstetrik öykü, mevcut gebelik ve genel tıbbi öykü olmak üzere üç bölümden oluşmakta ve gebelerdeki riskli durumları saptamayı amaçlamaktadır (29). Sağlık Bakanlığı Risk Değerlendirme Formu Tablo 2'de verilmektedir.

IV. Düşük Riskli, Riskli Ve Yüksek Riskli Gebeliklerde Ebeğin Rolü

Ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla, Sağlık Bakanlığı tarafından Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi oluşturulmuştur. Rehberlerin uygulanması ile her gebenin en az 4 kez nitelikli izlenmesi beklenmektedir. Ebe, Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberine

göre gebenin izlemine “öykü alma, fizik muayene, laboratuvar testleri, gebeye verilecek ilaç desteği, tedaviler ve bağışıklama, bilgilendirme ve danışmanlık, sevk edilecek durumlar, gebe izlem fişinin kontrol edilmesi” basamaklarını kullanarak yapmalı, elde ettiği verileri yorumlamalı, “Risk Değerlendirme Formu” sorgulamasını yapmalıdır. Ebenin, bu basamakları titizlikle izlemesi ve sorgulaması durumunda gebelikte risk durumlarının atlanması ya da gözden kaçması mümkün olmayacaktır. Ebe, izlem sırasında normalden sapma durumunda sevk için gerekli yönlendirmeyi yapmalı ve sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediğini mutlaka takip edilmelidir. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi’ne göre gebeyi değerlendirme basamakları Tablo 3’te verilmektedir.

V. Sonuç Ve Öneriler

Gebelik her ne kadar fizyolojik bir süreç olsa da, bu süreç tamamlanıncaya kadar riskler devam etmektedir. Gebelikte anne ve fetus sağlığı için bakım ve izlem gebelik öncesinden planlanarak başlanmalıdır. Gebelikte risk oluşmuşsa ebe, riskleri erken dönemde tanımlamalı, değerlendirmeli ve planlar yaparak girişimde bulunmalıdır.

Sonuç olarak riskli gebelik takibinde ideal olan ebenin prekonsepsiyonel risk belirlemesini yapmasıdır. Gebelikte risk yönetimi, statik değildir dinamik olmalıdır. İdeal şartlarda sorun yaratacak bir hastalığı olan olguların gebelik öncesi değerlendirilmesi ve olası risklerin hasta ve yakınları ile paylaşılması gerekmektedir. Riskin durumuna göre gebelerin özelliklerinin sınıflandırılması Tablo 4’te verilmektedir.

Tablo 1. Yüksek Riskli Doğurganlık Davranışı

Risk kategorileri	Doğumların yüzde dağılımı		
	TNSA 1998	TNSA 2003	TNSA 2008
Hiç bir risk kategorisinde değil	29,9	30,6	33,2
Kaçınılmaz risk kategorisi	29,9	30,4	31,8
• <i>18-34 yaşları arasındaki ilk doğumlar</i>			
Herhangi bir yüksek risk kategorisi	40,2	39,0	35,0
• <i>Tek yüksek risk kategorisi</i>	29,6	26,5	26,0
➤ <i>Annenin yaşı <18</i>			
➤ <i>Annenin yaşı >34</i>			
➤ <i>Doğum aralığı<24 ay</i>			
➤ <i>Doğum sırası >3</i>			
➤	10,6	12,5	9,0
• <i>Çoklu yüksek risk kategorileri</i>			
➤ <i>Yaş <18 ve doğum aralığı<24 ay</i>			
➤ <i>Yaş >34 ve doğum aralığı<24 ay</i>			
➤ <i>Yaş >34 ve doğum sırası >3</i>			
➤ <i>Yaş >34 ve doğum aralığı<24 ay ve doğum sırası >3</i>			
➤ <i>Doğum aralığı<24 ay ve doğum sırası >3</i>			
	Halen evli kadınların yüzde dağılımı*		
Herhangi bir yüksek risk kategorisi	64,7	63,9	61,4

*Gebe kaldığı takdirde yüksek ölüm riski taşıyan doğum yapacak olan kadınlar

(Hancıoğlu A. Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara – 1999. ss: 97-104, Hancıoğlu A, Alyanak İY. Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara – 2004. ss: 109-118, Yiğit Kurtuluş E, Tezcan S, Tunçkanat H. Çocuk Sağlığı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. ISBN: 978-975-491-274-6 Ankara - 2008.ss:139-141).

Tablo 2. Risk Değerlendirme Formu

Bu risk değerlendirme formu “yüksek riskli gebeleri” saptamak için kullanılır; tüm gebelere uygulanır. Bu form uzman görüşü alınarak izlem sayısı ve izlemin nerede, nasıl yapılacağı konusunda karar verilmesi içindir. Risk değerlendirme formu sevk kriterlerini içermez. Sevk kriterleri doğum öncesi bakım protokolünün içinde yer almaktadır. Bunlardan herhangi biri olmayan gebede de gebelik süresi içerisinde sevki gerektiren bir komplikasyon yaşanabilir.

Hastanın Adı: **Klinik Kayıt Numarası:**

Adres: **Telefon:**

TC Kimlik Numarası:

Aşağıdaki tüm soruları karşılık gelen kutuyu işaretleyerek cevaplandırınız.

OBSTETRİK ÖYKÜ		HAYIR	EVET
1.	Önceki gebeliklerde ölü doğum veya yeni doğan kaybı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	3 veya daha fazla ardı ardına spontan düşük öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Erken doğum öyküsü (22-37 hf. arası)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Anomalili bebek doğurma öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Son bebeğin doğum ağırlığı < 2500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Son bebeğin doğum ağırlığı > 4500g	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Son gebelik: Yüksek tansiyon veya pre-eklampsi/eklampsi nedeniyle hastaneye yatış	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Üreme organlarına yönelik daha önce geçirilmiş operasyon (Myomektomi, septum ameliyatı, kone biyopsi, klasik CS, servikal serklaj)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MEVCUT GEBELİK		HAYIR	EVET
9.	Tanı konmuş veya şüpheli çoğul gebelik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	18 yaşından genç	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	35 yaş ve üstü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Mevcut veya önceki gebeliklerde Rh uygunsuzluğu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Vajinal kanama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	Pelvik kitle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	Diastolik kan basıncının 90 mmHg üstünde olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	Anemi öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
GENEL TIBBİ ÖYKÜSÜ		HAYIR	EVET
17.	İnsülin bağımlı diyabet hastası	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Renal hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Kardiyovasküler hastalık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Tiroid hastalığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Talasemi taşıyıcılığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22.	Sigara, alkol veya diğer madde bağımlılığı	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23.	Diğer ciddi tıbbi hastalık veya durum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24.	Yapılan muayene sonucuna göre tespit edilen riskli durum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dolduran Sağlık Personeli

Eğer risk değerlendirme formundaki kriterlerden birine bile “evet” cevabı verilir ise, mutlaka Kadın-Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu önerisi doğrultusunda izlemler birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı artırılır (<http://www.saglik.gov.tr>).

Protokol 01-V1

Tablo 3. Gebeyi Değerlendirme Basamakları

Birinci İzlem	İkinci İzlem	Üçüncü İzlem	Dördüncü İzlem
Gebeliğin	Gebeliğin	Gebeliğin	Gebeliğin
14. haftasında	18-24. haftalar arasında	30-32. haftaları	36-38. haftaları
veya ilk 14 hafta	(tercihen 20-22.	arasında	arasında
içerisinde	haftalar)	yapılmalı	yapılmalı
yapılmalı	yapılmalı		
İzlem süresi	İzlem süresi	İzlem süresi	İzlem süresi
30 dakikadır	20 dakikadır	20 dakikadır	20 dakikadır
1. Öykü Alma	1. Öykü Alma	1. Öykü Alma	1. Öykü Alma
2. Fizik Muayene	2. Fizik Muayene	2. Fizik Muayene	2. Fizik Muayene
- Risk değerlendirme	3. Laboratuvar Testleri	3. Laboratuvar Testleri	3. Laboratuvar Testleri
formunun sorgulaması	4. Gebeye Verilecek İlaç	4. Gebeye Verilecek İlaç	4. Gebeye Verilecek İlaç
bu aşamada yapılır.	Desteği, Tedaviler ve	Desteği, Tedaviler ve	Desteği, Tedaviler ve
	Bağışıklama	Bağışıklama	Bağışıklama
<i>İzlem ikinci basamakta</i>	5. Bilgilendirme ve	5. Bilgilendirme ve	5. Bilgilendirme ve
<i>devam edecek ise</i>	Danışmanlık	Danışmanlık	Danışmanlık
<i>gebenin yapılan</i>	- Doğumun nerede ve	6. Sevk Edilecek	- Doğum eylemi ve
<i>müdahaleler ve izlem</i>	kim tarafından yapılacağı	Durumlar	doğum *
<i>hakkında birinci</i>	planlanır	<i>İkinci izlemden farklı</i>	- Doğumun nerede ve
<i>basamağa bilgi vermesi</i>	6. Sevk Edilecek	<i>olarak:</i>	kim tarafından
<i>konusunda gerekli</i>	Durumlar	- Çoğul gebelik şüphesi	yapılacağıının
<i>danışmanlık</i>	- Hemoglobinin 7 gr/dl	olması (Doğrulamak ve	planlanması *
<i>verilir. Gebenin izlemi</i>	ve altında olması	doğumu planlamak	- Emzirme *
<i>birinci ve ikinci</i>	- Kanama ve lekelenme	üzere)	- Postpartum aile
<i>basamağın koordineli</i>	olması	* Risk değerlendirme	planlaması
<i>çalışması ile sürdürülür.</i>	- Preeklampsi belirtileri	formunu kullanarak,	danışmanlığı *
3. Laboratuvar Testleri	- Uterus yüksekliğinin	gebenin kuruluşdaki	
	beklenen haftaya göre	izlenebilirliğini tekrar	
	büyük veya küçük olması	değerlendiriniz.	*Özellikle bu
4. Gebeye Verilecek İlaç	- Gebenin fetus	7. Gebe İzlem Fişinin	konulardaki
Desteği, Tedaviler ve	hareketlerini	Kontrol Edilmesi	danışmanlıkların
Bağışıklama	hissetmemesi veya el	- Bir sonraki izlem	verilmesi bu
	doppleri ile fetal kalp	tarihini 36-38. haftalar	haftalardaki izlem için
5. Bilgilendirme ve	seslerinin duyulmaması	olarak belirleyerek	önceliklidir.
Danışmanlık	- Bir önceki izlemde	randevu kartına yazınız.	*40. haftaya kadar
	bakteriüri tespit edilen		doğum gerçekleşmezse
6. Gebe İzlem Fişinin	gebenin tedaviye rağmen		

Kontrol Edilmesi - İzlem sırasındaki tüm ayrıntıların izlem fişine yazılmasına dikkat ediniz. - İzlem fişinin bir örneğini gebeye veriniz. - Bir sonraki izlem tarihini 18-24. haftalar (tercihan 20- 22. haftalar) olarak belirleyerek randevu kartına yazınız.	bakteriürinin devam ediyor olması - Tehlike işaretlerinin varlığı - Gebeliğe eşlik eden sistemik hastalıkların varlığı * Sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediği mutlaka takip edilmelidir. * Risk değerlendirme formunu kullanarak, gebenin kuruluştaki izlenebilirliğini tekrar değerlendiriniz. 7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi - Bir sonraki izlem tarihini 30-32. haftalar olarak belirleyerek randevu kartına yazınız. <u>NOT:</u> İlk izlemin ardından her basamakta herhangi bir değişikliğin olup olmadığını sorgulayınız.	gebeye doğumun yapılacağı sağlık kuruluşuna hemen başvurması konusunda bilgi verilmelidir. 6. Sevk Edilecek Durumlar * Sevk edilen vakaların sevk edilen kuruluşa gidip gitmediği mutlaka takip edilmelidir. 7. Gebe İzlem Fişinin Kontrol Edilmesi - Gebe başka bir sağlık kuruluşuna başvurduğunda tüm gebelik süreci hakkında bilgi edinilmesi sağlanır ve acil obstetrik yaklaşımlar buna göre planlanır. <u>NOT:</u> Üçüncü izlemin ardından her basamakta herhangi bir değişiklik olup olmadığını sorgulayınız.
--	---	---

(Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara - 2009. ss: 9-41).

Tablo 4. Riskin Durumuna Göre Gebelerin Özelliklerinin Sınıflandırılması

	DÜŞÜK RİSKLİ GEBELİK	RİSKLİ GEBELİK	YÜKSEK RİSKLİ GEBELİK
TANILAMA	Gebelik tanısının konulması - Kanda yada idrarda Beta HCG'nin tespit edilmesi	Laboratuvar testlerinin tekrarlanması	Risk Değerlendirme Formu Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara - 2009. ss: 9-41.
GEBE GRUBU	Tüm gebeler	Sağlık personelinin yoğun desteğine gereksinim duyabilen, daha yakından gözlenmesi gereken gebeler	Gebelikte komplikasyonlar oluşan ve / veya gebelik öncesinde sağlık sorunları olan gebeler
İZLEM	Standartlar dahilinde en az 4 kez doğum öncesi izlem yapılır	Kadın-Doğum Uzmanı bulunan bir sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir. Uzman hekimin değerlendirmesi sonucu, önerisi doğrultusunda izlemler birinci veya ikinci basamakta devam ettirilir. Laboratuvar testlerinin tekrar edilmesi söz konusudur. Gebenin izlemi birinci ve ikinci basamağın koordineli çalışması ile sürdürülür, gerekirse izlem sayısı arttırılır ve bir önceki izleme göre, bir sonraki izlem belirlenir	Tıbbi tedavi ve bakım için hastaneye yatırılır
BAKIM TEDAVİ	Evde bakım ve tedavi	Evde bakım ve tedavi	Hastanede bakım ve tedavi

KAYNAKLAR

1. KURU A. Yüksek Lisans Tezi; “Gebelerin Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan “Knox Skorlama Sisteminin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi” Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Neriman Soğukpınar. İzmir - 2007.
2. Gebelik ve Doğumda Komplikasyonların Yönetimi. Üreme Sağlığı ve Araştırma Departmanı Aile ve Toplum Sağlığı Dünya Sağlık Örgütü. ISBN: 92 4 154587 9 Geneva – 2003. ss: vii.
3. Altıparmak S. Türkiye’de Ana Sağlığı Düzeyi http://halksagligi.med.ege.edu.tr/seminerler/2006-07/Ana_sagligi_SA.pdf ss: 5-7. Erişim tarihi: 26.07.2013.
4. Hancıoğlu A. Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 1998. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara – 1999. ss: 97-104.
5. Hancıoğlu A, Alyanak İY. Bebek ve Çocuk Ölümlülüğü, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2003. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara – 2004. ss: 109-118.
6. Yiğit Kurtuluş E, Tezcan S, Tunçkanat H. Çocuk Sağlığı, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2008. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. ISBN: 978-975-491-274-6 Ankara - 2008.ss:139-141.
7. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği.10. Baskı. ISBN: 975-94661-0-4 Ankara- 2011. ss: 227-273.
8. Erdem M, Normal Gebelikteki Fizyolojik Değişiklikler, Yamaç K (ed.), Gürsoy R (ed.), Çakır N (ed.). Gebelik ve Sistemik Hastalıklar.1. Baskı. ISBN: 975-567-019-X Ankara - 2002. ss:1-11.
9. Coşkun A. Yüksek Riskli Gebelikler Fetus / Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Dağoğlu T (ed.), Görak G (ed.). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri.2. Baskı. ISBN: 978-975-420-630-2 İstanbul - 2008. ss: 59-101.
10. Queenan JT, Hobbins JC. Yüksek Riskli Gebeliklerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Güner H (ed.)3. Baskı. ISBN: 975-7175-06-04 Ankara - 1998.ss: 3-8.
11. Queenan JT, Spong CY, Lockwood CJ. Overview Of High-Risk Pregnancy, Queenan JT (ed.), Spong CY (ed.), Lockwood CJ (ed.). Management of High-Risk Pregnancy. 5. Edition. ISBN-13: 978-1-4051-2782-0 UK - 2007: ss: 16-17.

12. Yates S. Pregnancy and Childbirth.1. Edition ISBN 978-0-7020-3055-0 China - 2010. ss: 367-392.
13. OSKAY YEŞİLTEPE Ü. Doktora Tezi; “Hastanede Yatak İstirahatindeki Yüksek Riskli Gebelerde Ortaya Çıkan Sorunların Giderilmesinde Hemşirenin Rolünün Belirlenmesi” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Anahit Coşkun. İstanbul - 2001.
14. <http://obgyn.medschool.ucsf.edu/mfm/lowriskpregnancies.aspx>. Erişim tarihi: 26.07.2013.
15. Kavuncuoğlu S, Öztürk E, Alyıldız ES, Ceylan Y, Özbek S. Riskli gebelik nedeni ile izlenen annelerden doğan preterm bebeklerin erken dönem morbidite ve mortalite sonuçları. JOPP Derg 2010; 2(1):27-30.
16. Coşkun A. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. 1. Baskı. ISBN: 978-605-62575-6-8 İstanbul - 2012. ss: 168-169.
17. Karaca Saydam B, Demirel Bozkurt Ö, Pelik Hadımlı P, Öztürk Can H, Soğukpınar N. Riskli gebelerde öz-bakım gücü'nün sağlıklı yaşam biçimi davranışlarına etkisinin incelenmesi. Perinatoloji Dergisi 2007; 15(3): 131-139.
18. SOYPAK (ÇALTI) F. Yüksek Lisans Tezi; “Hastaneye Yatırılan Yüksek Riskli Gebelerin Sağlık Bakım Gereksinimlerinin Saptanması Ve Karşılama Durumunun Belirlenmesi” İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Prof. Dr. Anahit Coşkun. İstanbul-1999.
19. Serçekuş P, Okumuş H. Yüksek riskli gebelerde uzun süre hastanede yatmanın etkileri. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2004; 3(7): 107-111.
20. Oskay Yeşiltepe Ü. Yüksek riskli gebelerde hemşirelik bakımı. Perinatoloji Dergisi 2004; 12(1): 11-16.
21. Leichtentritt RD, Blumenthal N, Elyassi A, Rotmensch S. High-risk pregnancy and hospitalization: The women's voices. Health & Social Work 2005; 30(1):39-47.
22. Lee S, Ayers S, Holden D. Risk perception of women during high risk pregnancy: A systematic review. Health, Risk & Society 2012;14(6):511-531.
23. Maternal-Fetal Tıp ve Perinatoloji Derneği. Tanı ve Tedavi Klavuzları. Öncü Basımevi. 2005.

24. Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi 2008; 3(9): 157-172.
25. <http://www.nichd.nih.gov/health/topics/high-risk/Pages/default.aspx>.
Erişim tarihi: 26.07.2013.
26. Özçelik S, Kale A, Karaman O, Bayhan G, Yayla M. Kırk Yaş ve üzeri gebeliklerin on yıllık retrospektif analizi. Perinatoloji Dergisi 2004;12(4):179-183.
27. <http://obgyn.ufl.edu/patientcare/obstetrics/highrisk.php>. Erişim tarihi: 26.07.2013.
28. Stark MA. Directed attention in normal and high-risk pregnancy. JOGNN 2006; 35: 241-249.
29. Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ankara - 2009. ss: 9-41.
30. <http://www.saglik.gov.tr>. Erişim tarihi: 26.07.2013.