

ERKEN DOĞUM EYLEMİ VE KLİNİK YOL (CLINICAL-PATHWAY) ÖRNEĞİ

Nesrin REİS*

ÖZET

Erken doğum eylemi, anne ve bebek açısından travmatik bir olaydır ve neonatal morbidite ve mortalitesinin önde gelen nedenidir. Bu nedenle hemşirelik bakımı, erken doğum eylemi deneyimleyen kadının tedavisinde önemli bir unsurdur. Akut dönemdeki tanı ve tedavi genellikle tedavi kurumunda gerçekleşir, bununla birlikte, hastanede tedavileri başarı ile yapılmış ve riskli gruptaki pek çok kadının bakımı evde yönetilebilir. Bu makale, erken doğum eylemi deneyimleyen kadınların bakımlarında birlik ve standart arayan hemşireler için hedeflenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Erken doğum, bakım, iyilik hali, clinical-pathway, hasta memnuniyeti

ABSTRACT

PRETERM LABOR AND CLINICAL-PATHWAY'S SAMPLE

Preterm labor is a traumatic event for both child and parent, and is a major cause of neonatal morbidity and mortality. Therefore, nursing care is a critical component of therapy for women experiencing preterm labor. Evaluation and management of acute episodes of preterm labor usually occur in the inpatient setting; however, many women who have been successfully treated in the hospital and women with risk factors for preterm birth are managed in the home. This article is intended for nurses who seek to organize and standardize their care for women experiencing preterm labor.

Key Words: Preterm labor, care, well-being, patient satisfaction.

GİRİŞ

Erken doğum eylemi; anne ve bebek sağlığının olumsuz yönde etkileyen önemli bir sağlık sorunudur. Tanım olarak, gebeliğin 20. haftasından sonra ve 36. gebelik haftasından önce, matüretisini henüz tamamlamamış bir fetüsün dünyaya gelmesi demektir (LANGE Medical Book 1994). Görülme insidansı toplumdan topluma değişmekle birlikte, yaklaşık olarak tüm doğumların onda birini, neonatal ölümlerin ise % 75-85'ini oluşturmaktadır (O'Brien 1998). Preterm olarak doğmasına rağmen, yaşama şansı yakalayabilen bu bebeklerin önemli bir bölümünde fiziksel ve

mental handikaplar görülmektedir. Bunun yansısı bu bebeklerin ideal şartlardaki bakım hizmetleri, kanser tedavisi, koroner by-pass tedavisi ve organ transplantasyonu gibi komplike tedavilerden daha pahalıya mal olmaktadır. Belirtilen nedenler yüzünden erken doğum hızının düşürülmesi şüphesiz olarak çok büyük önem taşımaktadır. Eğer erken doğum eylemi inhibe edilemiyor veya doğum olması anne sağlığı açısından daha iyi olacaksa, doğumun yönetimi anne ve fetüse en az travma olacak şekilde planlanmalıdır (LANGE Medical Book 1994, Simpson 1996, Quennan 1998).

*Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Doğum ve Kadın Hast. Hemş. Anabilim Dalı (Araş.Gör.)

RİSK ALTINDA BULUNAN HASTA GRUBU

Erken doğum eyleminin, anne ve bebek sağlığı üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle yapılan geniş çaplı epidemiyolojik çalışmalar pek çok risk faktörü belirlemiştir(Jones 1996, Simpson 1996, Quennan 1998).

- Kötü prenatal bakıma bağlı komplikasyonlar,
- Sık ve çok doğumlar,
- Gebelik süresince yetersiz ya da aşırı kilo alma,
- Diethylstil bestrol-sentetik estrogen (DES)'e maruz kalma,
- Daha önce preterm öyküsü,
- Anne yaşının 17-19 altı ve 35-40 yaş üstü olması,
- Polihidroamnios ve ya oligohidroamnios

KLİNİK BELİRTİLERİ

Preterm doğum eylemi, multifaktöriyel bir hastalık sürecinin son basamağı olarak düşünülebilir. Obstetrik, sosyo-demografik ve tıbbi risk faktörlerin bileşimi ile serviks açıldıkça ve silindikçe tedavi şansı azalır. Bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan sağlık elemanlarına ve halk sağlığı hemşirelerine büyük görevler düşmektedir. Bu açıdan antenatal bakım ve kontroller son derece önemlidir. Eğer kadın aşağıdaki belirti ve semptomları deneyimlirse, en yakın sağlık kuruluşuna başvurması konusunda eğitilmelidir (Freston 1997, Quennan and Hobbins 1998).

- Uterin kontraksiyonlar (mentsrüal kramplara benzer)
- Her 10-15dk.'da ya da daha sık aralıklı uterin kontraksiyonlar,
- Menstrüasyon benzeri kramplar,
- Damlama şeklinde vaginal kanama,
- Pelvik bası hissi,
- Devamlı bel ağrısı,

HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRMESİ

Erken doğum açısından riskli gebelerin erken dönemde tanınması, anne ve bebek sağlığı açısından son derece önemlidir ve bu konuda sağlık disiplininin bir üyesi olan hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Gebelik süresinin en erken dönemlerinde, riskli gruplar belirlenmeli, erken doğum eyleminin

uyarıcı belirtilerine ait eğitim, tüm gebelere sağlanmalı ve bu eğitim her prenatal vizitte tekrarlanmalıdır(Jones and Collins 1996).

Erken doğum eylemi semptomları ile hastaneye kabul edilen kadın yatak istirahatine alınır ve lateral pozisyonu sürdürmesi için desteklenir. Annenin, bebeğinin sağlık durumu ve gebeliğinin seyrine dair endişesi olabilir. Bu durum annede anksiyete yaratarak daha fazla uterin kontraksiyona neden olabilir. Hemşirelik girişimlerinin açıklanması ve annenin güveninin kazanılması bu anksiyeteyi azaltmada önemlidir (Maloni and Kutil 2000). Annenin vital bulguları değerlendirilir. Uterin hassasiyet, maternal taşikardi, fetal taşikardi ya da yükselmiş maternal ısı erken doğum eyleminin eylemin en sık sebeplerinden biri olan intraamniotik enfeksiyonun erken belirtisi olabilir(Bobak and Jensen 1991, Jones and Collins 1996).

Direk palpasyonla uterin aktivitenin doğru değerlendirilmesi, kontraksiyonların sıklığı, süresi, yoğunluğu ve uterin dinlenme tonüsüne ait bilgi sağlar.Abdomenin gözle muayenesinde, morluk ya da travmalara ait belirtiler not edilir ve leoport manevraları uygulanarak, fetüsün pozisyonu tayin edilir. Palpasyonla düzenli bir değerlendirmeden sonra, external elektronik fetal moniterizasyon, kontraksiyonların sıklığını ve süresini ölçmek için kullanılır(Simpson and Creehan 1996).

Kadına vaginal akıntının karakteriyle ilgili sorular sorulmalıdır. Steril spekulum muayenesi, servikal ve amniotik membranların durumunu belirlemek amacıyla yapılır. Vaginal bölgede tespit edilen herhangi bir sıvı, amniotik membranların rüptürü olarak değerlendirilebilir. Spekulum muayenesini takiben servikal yumuşama, efasman ve dilatasyonu değerlendirmek için jinekolojik muayene yapılır(Bobak and Jensen 1991, Simpson and Creehan 1996).

Fetal inceleme genellikle elektronik fetal moniterizasyon yoluyla tamamlanır. 160dk. üzerindeki fetal taşikardi intra-amniotik enfeksiyonun erken belirtisini gösterir(Simpson and Creehan 1996). Komplike olmamış preterm eylemin 24-30/32 haftalarında fetal iyilik durumunu incelemek amacıyla biyofizik profil

ve nonstress test(NST) uygulanır(O'Brien 1998).

TEDAVİ YAKLAŞIMLARI

Akut dönemdeki tanı ve tedavi, genellikle bir tedavi kurumunda gerçekleşir. Bununla birlikte, hastanede tedavileri başarı ile yapılmış ve riskli gruptaki pek çok kadının bakımı evde yönetilebilir (Jones 1996, Mercer 1997).

1-Akut Dönemdeki Tedavinin Planlanması: Erken doğum eyleminin, akut dönemdeki tanı ve tedavisi için hospilitasyon ve multidisipliner bir tedavi yaklaşım gereklidir(Ek-I). Hastane ortamında uygulanan tedavi protokolleri genellikle yatak istirahati, hidrasyon, sedasyon ve tokolitik ajan uygulamalarını kapsar.

Yatak İstirahati: Erken doğum eylemindeki gebelere rutin olarak tavsiye edilir. Önerilen yatak istirahati, intrauterin ortamı düzenler ve uterusu yatıştırmak için uterusu kan akımını artırır. Bunu gerçekleştirmenin etkili yöntemi hastaya uygun pozisyon verilmesidir. Çünkü uterusun kan akımı, annenin pozisyonundan çok etkilenir. Maksimum kan akımı, hastada sol-lateral pozisyonda sağlanır (Beckmann et al.1996, O'Brien 1998, Maloni 2000).

Hidrasyon:Uterin kontraksiyonları baskılamada etkili olduğu iddia edilmektedir(Simpson and Creehan 1996). Uterusun kan akımı maternal kan hacminden etkilenir. Bu nedenle erken doğum eylemindeki bir kadına vakit kaybetmeden 500ml.-1000ml. dengeli elektrolit solüsyon, IV yoldan 30-60dk. da gidecek şekilde verilmelidir. Hidrasyona, saatte 125ml. hızla devam edilmelidir(LANGE Medical Book 1994, Guinn et al.1997).

Sedasyon: Sedatiflerin kullanılması hastalarda mevcut olan korku ve anksiyeteyi azaltmada faydalı olabilir. 6 saat ara ile 100mg. fenobarbital P.O ve ya I.M verilmesi düşünülebilir(LANGE Medical Book 1994).

Tokoliz: Uterin kontraksiyonları durdurulması demektir. En sık kullanılan tokolitik ilaçlar Magnezyum Sülfat(MgSO₄) ve beta- mimetiklerdir(Nichols and Zwelling 1997).

Yüksek düzeydeki MgSO₄'ın büyük oranda uterus aktivitesini azaltıcı etkisi bulunur. Öncelikle yüksek kan düzeyine ulaşmak için ilaç 30dk. içersinde 250ml.'lik solüsyonla 4-6g. verilir. Ardından seviye koruyucu saatte 1-3g olan idame doza geçilir. Kontraksiyonlar kesildikten sonra idame dozu olarak, magnezyum glukonat, magnezyum oksid ve ya beta mimetik ajanlara geçilir(Lewis et al.1997, Nichols 1997, Quennan 1998).

2-Evde Bakımın Sürdürülmesi: Hastanede tedavileri başarı ile yapılmış ve riskli grupta yer alan pek çok kadının bakımı evde yönetilebilir (Ek-I:Eve dönüş planı). Orem'in destekleyici eğitim sistemi çerçevesinde hemşirenin rolü, hastanın öz bakımını sağlayacak gerekli bilgi ve becerileri kazandırma felsefesine dayanır(Quenna and Hobbins 1998). Tedavinin ana unsurları aktivite kısıtlaması, uygun beslenmesi sürdürülmesi ve fetüsün iyilik durumunun değerlendirilmesi gibi prenatal bakımla ilgili bazı düzenlemeleri kapsar(Beckmann et al.1996, Simpson 1996, O'Brien 1998).

Aktivite Kısıtlaması: Erken doğum riskini artıracak fiziksel ve psikolojik stresli aktivitelerden sakınılması konusunda eğitim verilir(Mackey et al.1992). Uterusun kan akımını düzenlemek amacı ile kadının gün içinde dinlenmesi (tercihen sol-lateral pozisyon) gereğinin önemi üzerinde durulur. Bunu sağlamak amacı ile, kendi ve çocuklarının bakımına yardımcı olacak destek sistemleri tayin edilir. Yapmak zorunda olduğu işler, ev halkına paylaşılır. Ev düzeni için, standardı düşük geçici çözümler bulunur(Beckmann et al.1996, Jones 1996, Richard 1996).

Diyet: Hamileliğin olumlu yönde sonuçlanması ve haftada 450 gr. alınması için dengeli bir diyetle beslenmesi konusunda danışmanlık hizmeti verilir. Yeterli hidrasyonu sağlamak ve uterin kontraksiyonları azaltmak amacı ile kafeinli içecekler hariç, her gün en az sekiz bardak sıvı alınmalıdır. Aktivite kısıtlaması nedeniyle ortaya çıkabilecek konstipasyonu önlemek için, yeterli miktarda lifli gıda alınımının önemi üzerinde durulmalıdır(Freda et al.1996, Guinn et al.1997).

Cinsel Yaşam: Uterus kontraksiyonlarının başlamasına neden olan oksitosin salınışı önlenmelidir. Bu amaçla meme bakımında, banyoda ve cinsel eylem sırasında meme uyarısından kaçınılmalıdır. Mümkünse 37. haftaya kadar cinsel ilişkide bulunulmamalıdır. Çünkü seminal mayide bulunan prostaglandinler, uterus kontraksiyonlarının başlatma gibi bir etkiye sahiptir (Bobak and Jensen 1991, Jones and Collins 1996).

Hijyenik Bakım: Erken doğum eyleminin nedenleriyle ilişkili olan üriner sistem enfeksiyonları önlenmelidir. Bunun için perine bakımı konusunda yeterli bilgi verilir ve vücut hijyenine dikkat edilmesi gereği üzerinde durulur. Ayrıca ateş, sık idrara çıkma ve idrar yaparken yanma-sızı gibi üriner sistem enfeksiyon belirtileri öğretilir (Bobak and Jensen 1991, Jones and Collins 1996).

Fetal Aktivite: Evde bakımda, kadına fetal hareketlerin devam ettiğini bilmek için tekmeleri sayması söylenir. Anneden günde 3 kez 60dk.'lık periyotlarda fetus hareketlerini sayması istenir. Eğer 60dk.'lık bir periyotta hareket yoksa, bir saat beklemesi ve tekrar saymaya başlaması söylenmelidir. İki kez yine hareket yoksa durum bir an önce hekime bildirilmelidir(Taşkın 1997).

30-32. gebelik haftasından itibaren haftada Non-Ştes Test (NST) fetüsün durumunu değerlendirmek için yapılmalıdır. Eğer NST normal ise, test haftada bir tekrarlanmalıdır. Eğer test sonucunda fetal tehlike olasılığı varsa, Kontraksiyon Stres Test (KST) ve biyofizik profil gibi testler doktor tarafından istenmelidir. Anne hastaneye yatırılmalı, fetüsün ve annenin durumu gözlenmelidir(Corwin et al.1996, Taşkın 1997).

Ek - I: ERKEN DOĞUM EYLEMİ İÇİN KLİNİK YOL (CLINICAL-PATHWAY) ÖRNEĞİ

Hastanın Adı-Soyadı :
 Vaka Tipi : Erken doğum eylemi
 Servise Kabul Tarihi :
 Kabul Eden Hemşire/Ebe :
 Oda/Yatak No :

Bakımın Ana Unsurları	Hastane Kabul (1.gün)	2.Gün	3.Gün	4.Gün (Taburcu)
Konsültasyon / Vizit	<ul style="list-style-type: none"> Özel konsültasyonlar için gereksinimlerini araştır. Ultrasonografik değerlendirme 	<ul style="list-style-type: none"> Perinatolog Perinatal yoğun bakım hemşiresi Psikolog Sosyal hizmet uzmanı 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ ↑ ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ ↑ ↑
Hastayı değerlendirme/Tanımlama İşlemleri	<ul style="list-style-type: none"> Sevikal kültür (herpes, strep, klamidya) Elektrolitler Tam kan sayımı Ultrasonografi/amniosentez Magnezyum (Mg) düzeyi : İlk 24 saat ve 6 gr. yüklemenin ardından 4 saatte bir Mg düzeyi EFM/NST 	<ul style="list-style-type: none"> IV. tedavi stabil devam ediyor ise 6 saat ara ile Mg. düzeyi 	<ul style="list-style-type: none"> Mg. düzeyi 	<ul style="list-style-type: none"> ↑
Tedavi / Bakım Uygulamaları	<ul style="list-style-type: none"> Serviksin değerlendirilmesi (vaginal ve spekülüm muayenesi) Erken membran rüptürü 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> ↑

Bakımın Ana Unsurları	Hastaneye Kabul (1.gün)	2. gün	3.gün	4.gün (Taburcu)
	<ul style="list-style-type: none"> Sürekli EFM ve NST uygulaması <p>*Vital Bulgular</p> <p>*TA. *NB. *Vücut ısısı *Solunum hızı</p> <p>(4 saatte bir, daha sonra rutin)</p> <ul style="list-style-type: none"> Diz refleksi kontrolü Günlük kilo takibi Rahat bir pozisyon (sol-letaral) Aldığı çıkardığı sıvı takibi Sıvı kısıtlaması (IV,PO) 3000 cc/24 sa. olacak şekilde 	<p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p>	<p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>• İlave olarak oturma pozisyonları</p> <p>↑</p>	<p>↑</p> <p>↑</p>
İlaç Uygulamaları	<ul style="list-style-type: none"> Order'e göre damar yolu açık tutulacak Tokolitik tedavi protokolü Prenatal vitaminler Bireysel ilaçları (antibiyotik ve diğer sakinleştiriciler) Oksitosin protokolü (doğumda) 	<p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p>	<p>↑</p> <p>↑</p> <p>↑</p>	<p>↑</p> <p>↑</p>

Bakımın Ana Unsurları	Hastaneye Kabul (1.gün)	2. gün	3. gün	4. gün (Taburcu)
Diyet	<ul style="list-style-type: none"> Hasta durumu stabil oluncaya kadar sıvı gıdalar, stabil olduktan sonra lifli gıdalar Beslenme durumu değerlendirilir ve diyet uzmanıyla konsültasyon yapılır 	<ul style="list-style-type: none"> Düzenli lifli gıdalar 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑
Aktivite	<ul style="list-style-type: none"> Kesin yatak istirahati Servikal dilatasyon ilerliyorsa ve EMR var ise trendelenburg pozisyonu 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ Yatak banyosu 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ Banyosuna yardım 	<ul style="list-style-type: none"> • Duş alabilir
Eğitim / İletişim	<ul style="list-style-type: none"> İletişimi açık tutma, yapılan işlemler hakkında bilgilendirme İlaçlar ve yan etkileri hakkında bilgi 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ Erken doğum eyleminin belirti ve bulguları hakkında bilgi EMR'in belirti ve bulguları hakkında yeterli bilgi Bakım planını tartışma ve yeniden gözden geçirme 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ ↑ ↑ 	<ul style="list-style-type: none"> ↑ ↑ ↑ ↑

Bakımın Ana Unsurları	Hastaneye Kabul (1.gün)	2. gün	3. gün	4. gün (Taburcu)
			<ul style="list-style-type: none"> Nabız alma Taşikardi ve onun terbutalin ile ilişkisi hakkında bilgi Tedaviye uyumun önemi 	<ul style="list-style-type: none"> Acil durumlar için gerekli telefon numaralarını verme Kullanacağı ilaçlar hakkında yazılı bilgi Erken doğumun önlenmesi tedavisi, evde yatak istirahatini sürdürmesi ve değişen aile içi roller hakkında okuyabileceği kaynak materyal sağlama
Eve Dönüş Planı	<ul style="list-style-type: none"> Ev ortamını değerlendirme <ul style="list-style-type: none"> Çocuklar Aile büyüklüğü Destek sistemleri Evdaki bakıma hazırlık <ul style="list-style-type: none"> İlaç kullanımı Diyeti Egzersiz Takipler Özel gereksinimler Yazılı materyal sağlama Sağlık kontrolü 	<ul style="list-style-type: none"> Taburculuk sonrası evde bakım için yeniden inceleme Evdaki bakıma yönelik eğitim 	<ul style="list-style-type: none"> Nabız alma Taşikardi ve onun terbutalin ile ilişkisi hakkında bilgi Tedaviye uyumun önemi 	<ul style="list-style-type: none"> Taburculuk

- Nichols FH. Zwelling E (1997). Maternal-Newborn Nursing: Theory and Practice. W.B. Saunder Company, Philadelphia.
- Simpson KR. Creehan PA (1996). AWHORN. Perinatal Nursing. Lippincott, Philadelphia.

KAYNAKLAR

Beckmann CA et al. (1996). Perinatal and health care management consequences of twice-a-day versus once-a-day evaluation of home uterine activity monitoring data. *Health Care Finance* 22(4):15-21.

Bobak IM, Jensen MD (1991). *Essential of Maternity Nursing*. Mosby Year Book Comp., St.Louis.

Corwin MJ et al. (1996). Multicenter randomized clinical trial of home uterine activity monitoring: pregnancy outcomes for all women randomized. *Am J Obstet Gynecol* 175(5):1281-5.

Freda MC et al. (1996). Should intravenous hydration be the first line of defense with threatened preterm labor? A critical review of the literature. *J Perinatol* 16(5):385-9.

Freston MS (1997). Responses of pregnant women to potential preterm labor symptoms. *JOGNN* 26:35-41.

Guinn DA et al. (1997). Management options in women with preterm uterine contractions: a randomized clinical trial. *Am J Obstet Gynecol* 177(4):814-8.

Jones DP, Collins BA (1996). The nursing management of women experiencing preterm labor: clinical guidelines and why they are needed. *JONN* 25(7):569-92.

Lange Medical Book (1994). *Obstetrik Jinekolojik Teşhis ve Tedavi*. Editör: Martin L. Pernoll. Çev.Editörü: Özay Oral, Birinci Baskı, Barış Kitapevi, İstanbul.

Lewis DF et al. (1997). Successful magnesium sulfate tocolysis: is 'weaning' the drug necessary? *Am J Obstet Gynecol* 177(4):742-5.

Mackey MC et al. (1992). Women's views of the preterm labor experience. *Clinical Nursing Research* 1(4):367-83.

Maloni JA, Kutil RM (2000). Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. *Am J Maternal Child Nurs*. 25(4):204-10.

Mercer BM, Lewis R (1997). Preterm labor and preterm premature rupture of the membranes. Diagnosis and management. *Infect Dis Clin North Am*. 11(1):177-201.

Nichols FH, Zwelling E (1997). *Maternal-Newborn Nursing: Theory and Practice*. W.B. Saunders Company, Philadelphia.

O'Brien P (1998). High-risk pregnancy and neonatal care. *Crit Care Nurs Clin North America* 10(3): 347-55.

Quennan JT, Hobbins JC (1998). Yüksek Riskli Gebelerde Tanı ve Tedavi Protokolleri. Çev.Editörü: Haldun Üner, Üçüncü Baskı, Atlas Kitapçılık Ltd, Ankara.

Richard P (1996). Body experience differences of woman with preterm labor *Maternal Child Nurs J* 24(1):5-17.

Simpson KR, Creehan PA (1996). *AWHONN. Perinatal Nursing*. Lippincott, Philadelphia.

Taşkın L (1997). *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği*. Sistem Ofset Matbacılık, Ankara.