



# Erken dönem gebelik komplikasyonlarında kanıta dayalı güncel uygulamalar

## Evidence-based current practices in early pregnancy complications

<sup>1</sup>Nursaç Büyük, <sup>2</sup>İlkay Güngör Satılmış, <sup>3</sup>Büşra Erensayın

<sup>1</sup> Hem. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, nursacboztepee@gmail.com, 0009-0006-3034-4658

<sup>2</sup> Prof. Dr. İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, ilkay.gungorsatilmis@iuc.edu.tr, 0000-0002-9446-6148

<sup>3</sup> Dr. Öğr. Üyesi İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, busra.yilmaz@iuc.edu.tr, 0000-0001-6937-5351

### ABSTRACT

Early pregnancy complications may lead to serious adverse effects on both maternal and fetal health; therefore, timely diagnosis and appropriate intervention are of great importance. The aim of this review is to summarize evidence-based approaches in the diagnosis, management, and care of early pregnancy complications, including abortion, ectopic pregnancy, hyperemesis gravidarum, and gestational trophoblastic diseases, in line with current national and international guidelines, and to provide guidance for healthcare professionals. The review presents up-to-date recommendations and levels of evidence related to the diagnosis, treatment, follow-up, and care processes of these complications. In addition, the roles of nurses and midwives in the care process are discussed, including regular follow-up of pregnant women, informing them about treatment side effects and potential risks, evaluating care preferences, supporting participation in care, providing psychosocial support, and offering counseling regarding fertility and contraception. Healthcare professionals should be aware of the importance of evidence-based practices in improving patient outcomes, patient satisfaction, and the quality of healthcare services, particularly in complications occurring during the first trimester of pregnancy, and should implement these practices in clinical care while continuously following the current literature.

### ÖZ

Erken dönem gebelik komplikasyonları, hem anne hem de fetüs sağlığı üzerinde ciddi olumsuz etkilere yol açabilmekte olup bu nedenle zamanında tanı ve uygun müdahale büyük önem taşımaktadır. Bu derlemenin amacı; abortus, ektopik gebelik, hiperemesis gravidarum ve gestasyonel trofoblastik hastalıklar gibi erken dönem gebelik komplikasyonlarının tanı, yönetim ve bakım süreçlerinde kanıta dayalı yaklaşımları, ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda güncel kanıtlar ışığında özetleyerek sağlık profesyonellerine rehberlik etmektir. Derlemede, söz konusu komplikasyonlara yönelik tanı, tedavi, izlem ve bakım süreçlerine ilişkin güncel öneriler ile kanıt düzeylerine yer verilmiştir. Ayrıca hemşire ve ebelerin bakım sürecindeki rolleri; gebelerin düzenli izlenmesi, tedavilerin yan etkileri ve olası riskler hakkında bilgilendirilmesi, bakım tercihlerinin değerlendirilmesi, bakıma katılımlarının desteklenmesi, psikososyal destek sağlanması ve fertilité ile kontrasepsiyona yönelik danışmanlık verilmesi başlıkları altında ele alınmıştır. Sağlık profesyonellerinin, gebeliğin özellikle ilk trimesterinde ortaya çıkabilen bu komplikasyonlara yönelik kanıta dayalı uygulamaların hasta sonuçlarını, hasta memnuniyetini ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmadaki öneminin farkında olmaları, bu uygulamaları klinik uygulamalara yansıtılmaları ve güncel literatürü düzenli olarak takip etmeleri önerilmektedir.

### Key Words:

Early Pregnancy Complications, Evidence-Based, Miscarriage, Ectopic Pregnancy, Hyperemesis Gravidarum

### Anahtar Kelimeler:

Erken Dönem Gebelik Komplikasyonları, Kanıta Dayalı Uygulama, Abortus, Ektopik Gebelik, Hiperemesis Gravidarum.

### Corresponding Author/Sorumlu Yazar:

Hem. İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, İstanbul/Türkiye, nursacboztepee@gmail.com, 0009-0006-3034-4658

Received Date/Gönderme Tarihi: 10.12.2024

Accepted Date/Kabul Tarihi: 21.01.2026

Published Online/Yayımlanma Tarihi: 31.03.2026

Reference | Atıf : Büyük, N., Güngör Satılmış, İ. & Erensayın, B. (2026). Erken dönem gebelik komplikasyonlarında kanıta dayalı güncel uygulamalar. *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 13(1), 158-168.

## GİRİŞ

Gebelik, doğal ve fizyolojik bir süreç olmakla birlikte anne ve fetus sağlığını olumsuz etkileyebilen çeşitli komplikasyonların ortaya çıkmasına da zemin hazırlayabilmektedir. Bu komplikasyonlar erken ve geç dönem olmak üzere ikiye ayrılmakta olup, erken dönem gebelik komplikasyonları gebeliğin ilk trimesterinde görülmekte ve çoğunlukla vajinal kanama, alt abdominal ağrı ve beta-hCG düzeylerindeki değişikliklerle karakterize edilmektedir (RCOG, 2016). Bu dönemde en sık karşılaşılan komplikasyonlar arasında abortus, ektopik gebelik, hiperemesis gravidarum ve gestasyonel trofoblastik hastalıklar yer almaktadır (Rodriguez, 2023).

Erken dönem gebelik komplikasyonlarının yönetiminde güncel ve kanıta dayalı uygulamaların kullanılması, tanı ve tedavi süreçlerinin etkinliğini artırarak anne ve fetus sağlığının korunmasına katkı sağlamaktadır. Bu süreçte hemşireler ve ebeler; anamnez alınması, riskli gebelerin belirlenmesi, tedavi ve izlem süreçlerinin yürütülmesi, ilaç yönetimi, semptom kontrolü ve gebe eğitimi gibi alanlarda aktif roller üstlenmektedir. Özellikle riskli gebelerin izleminde; acil belirtilerin tanınması, ilaç kullanımı, yaşam tarzı değişiklikleri, beslenme ve psikososyal destek konularında verilen eğitimler, komplikasyonların erken fark edilmesi ve olası risklerin azaltılması açısından büyük önem taşımaktadır (Çetin & Aslan, 2019; Kızrak ve ark., 2021; Kocaman, 2023).

Bu derlemede, abortus, ektopik gebelik, hiperemesis gravidarum ve gestasyonel trofoblastik hastalıklar olmak üzere dört başlık altında erken dönem gebelik komplikasyonlarının tanı, yönetim ve bakım süreçlerine ilişkin güncel kanıta dayalı uygulamalar ve kanıt düzeyleri, ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda ele alınmıştır. Literatür taramasında Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG), American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), National Institute for Health and Care Excellence (NICE), Faculty of Sexual & Reproductive Healthcare (FSRH), American Academy of Family Physicians (AAFP), Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), Society of Gynecologic Oncology (SGO) ve Sağlık Bakanlığı Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi'nden yararlanılmıştır. Türkçe literatürde, erken dönem gebelik komplikasyonlarını bütüncül biçimde ve kanıt temelli yaklaşımlar çerçevesinde ele alan derlemelerin sınırlı olduğu görülmektedir.

Kanıta dayalı uygulama, klinik uzman görüşü ile bilimsel araştırmalardan elde edilen en iyi kanıtların hasta bakımına entegre edilmesi sürecini ifade etmekte olup, sağlık hizmetlerinde bakım kalitesinin ve hasta güvenliğinin artırılmasında temel bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir (Kocaman, 2023). Bu doğrultuda, kanıt düzeyi ve öneri dereceleri Tablo 1'de sunulmuştur (Durmaz & Burucu, 2019).

**Tablo 1.** Araştırmaların Kanıt Düzeyleri ve Öneri Dereceleri

KD	Çalışma Türü	Öneri Derecesi
1a	Metaanaliz Sistemik derleme Randomize kontrollü çalışma (RKÇ)	A
1b	En az bir RKÇ Randomizasyon yapılmamış en az bir kontrollü çalışma	B
2b	İyi tasarlanmış en az bir deneysel çalışma	C
3	İyi tasarlanmış, deneysel olmayan tanımlayıcı çalışma	D
4	Uzman komite raporu/ otorite görüşü	D
	Kılavuzu geliştiren grubun görüşü	D (GPP)

## Abortus

Abortus, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (Centers for Disease Control and Prevention) ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 20. gebelik haftasından küçük gebeliğin sonlanması/ gebelik haftası bilinmiyor ise 500 gr'dan küçük bir fetüsün doğumu olarak tanımlanmaktadır (Jatlaoui, ve diğerleri, 2017). Kanama ve kramp en erken semptomlarından (Altuntuğ, Koçak, & Ege, 2019).

Abortus çeşitleri; Abortus imminens (düşük tehditi), abortus incipiens (kaçınılmaz düşük), abortus completus (tam düşük), abortus incompletus (tam olmayan düşük), septik abortus (genelde nonsteril koşullarda gerçekleşen düşük), spontan abortus (kendiliğinden düşük), missed abortus (kaçırılmış düşük), abortus habitualis (tekrarlayan düşük), servikal yetmezliğe bağlı abortus ve elektif abortustur (isteğe bağlı düşük/ 10 gebelik haftasından küçük olmalı- 2827 No'lu Nüfus Planlaması Yasası) (Rodriguez, 2023).

**Tablo 2.** Abortusta Kanıt Temelli Yönetim

	ABORTUS	Kuruluşlara Göre Kanıt Düzeyi
Tanımlama	Erken gebelik kaybı şüphesinde, gebeliğin yerleşim yeri ve canlılığının değerlendirilmesi amacıyla transvajinal ultrasonografi önerilir (WHO, 2022). Tanılamada, gerekli durumlarda ultrasonografik bulguların seri $\beta$ -hCG ölçümleri ile desteklenmesi önerilir (ACOG, 2020).	Sağlık Bakanlığı, Kanıt düzeyi: Önerilir WHO, Kanıt düzeyi: 1A
Tedavi Seçenekleri	USG, kanama varlığı/ miktarı, fetal kalp atım +/-, beta hcG değeri, abortusun varlığı ve çeşidini belirlemede kullanılır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Erken gebelik kaybı için kabul edilen tedavi seçenekleri izlem yönetimi, medikal tedavi ve cerrahi tahlidir. Acil cerrahi müdahale gerektiren belirgin bir sağlık sorunu veya belirtisi olmayan kadınlarda, tedavi yaklaşımı gebenin tercihlerini ve güvenliğini göz önünde bulunduracak şekilde planlanabilir (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: 1A ACOG, Kanıt düzeyi: C
<b>Tedavi</b>		
İzlem Yöntemi	Abortus tanısı doğrulanmış kadınlara birinci basamak yönetim olarak 7 - 14 gün boyunca bekleme yönetimi kullanılabilir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
İzlem		
<b>İzlem Yönteminde Hemşirelik Yaklaşımı</b>		
Bilgilendirme	İzlem yönetiminin içeriği ve çoğu kadının daha fazla tedaviye ihtiyaç duymayacağı açıklanmalıdır (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	
Taburculuk sonrası süreç	Kanama ve ağrının geçmesi, abortusun 7-14 günlük bekleme tedavisi sırasında tamamlandığını gösteriyorsa, kadından abortustan üç hafta sonra evde idrarda gebelik testi yapılması istenmelidir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	NICE Kanıt düzeyi: Önerilir
Acil durum yönetimi	Bekleme tedavisi uygulanan kadınlara, süreç boyunca nelerle karşılaşabilecekleri, ağrı yönetimine dair öneriler ve acil bir durumda hangi zaman ve nereden yardım alabilecekleri konusunda sözlü ve yazılı bilgilendirme yapılmalıdır (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	
<b>Medikal Tedavi Yöntemi</b>		
Endikasyon	Gebeliğin 70. günü veya daha altında olan ve küretaj isteyen çoğu gebe medikal küretaj için uygundur. (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: C
Medikal küretaj	NICE; 200 mg oral mifepriston ve 48 saat sonra gebelik kesesi bozulmamışsa 800 mikrogram misoprostol (vajinal/P.O./S.L.) önermektedir. ACOG; tıbbi tedavinin endike olduğu gebelerde, 800 mikrogram vajinal misoprostolle başlanır, gerektiğinde doz tekrarlanır. Misoprostol uygulamasından bir gün önce 200 mg mifepristonun oral yoldan verilmesi tedavinin başarı oranını belirgin bir şekilde artırabilir (ACOG, 2020).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir ACOG, Kanıt düzeyi: A
Incompletus abortus	Incompletus abortusların medikal tedavisi için, tek doz 600 mikrogram misoprostol (vajinal/oral/dilalti) kullanılmalı ve mifepriston önerilmez (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
İlaç yönetimi	Gerektiğinde analjezik ve antiemetik tedavisi önerilir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	
Hastanın fikir değiştirmesi	Hastaların mifepriston aldıktan sonra küretaj yaptırmada fikrini değiştirmesi durumlarında izlem yapılmalıdır (ACOG, 2020)	ACOG, Kanıt düzeyi: C
Ultrasonografinin yeri	USG, eğer mümkünse, canlı bir intrauterin gebeliğin varlığını doğrulamak için tercih edilen yöntemdir. Medikal küretaj sonrası ultrason muayenesi yapılıyorsa amaç gebelik kesesinin var olup olmadığının tespit edilmesidir (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: B ACOG, Kanıt düzeyi: A

Tablo 2 (Devam). Abortusta Kanıt Temelli Yönetim

ABORTUS		Kuruluşlara Göre Kanıt Düzeyi
<b>Medikal Tedavide Hemşirelik Yaklaşımı</b>		
Sağlık yönetimi	Kadına, misoprostol tedavisinden sonraki 48 saat içinde kanama başlamamışsa, devam eden kişiselleştirilmiş bakımın belirlenmesi için sağlık uzmanlarıyla iletişime geçmeleri gerektiği bildirilmelidir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar, & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
Acil yönetim	Kadınlar ve abortus ilgili tıbbi tedavi gören kişiler süreç boyunca neler bekleyebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir (Creinin, ve diğerleri, 2007). Tedavinin ağrı, diyare, yoğun kanama ve kusma gibi yan etkilerinin olabileceği ve bu gibi durumlarda acil müdahaleye ne zaman ve nasıl başvurulacağı bildirilmelidir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar, & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir & ACOG, Kanıt düzeyi: C
Danışmanlık	Küretajı seçen gebelere, bu durumun riskleri, avantajları, dezavantajları ve farklı özellikleri hakkında danışmanlık verilmelidir (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: C
İlaç yönetimi	Gebeler medikal küretaj için evde mifepristonu ve misoprostolu güvenli ve etkili bir şekilde kendi kendilerine kullanabilirler. Medikal küretaj yapılan gebelerde ağrı tedavisi için steroid olmayan antienflamatuvar ilaçlar önerilmektedir (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: A
Tele tıp	Tele tıp aracılığıyla gerçekleştirilen medikal küretaj, güvenli ve etkili bir yöntem olarak sunulmakta ve yüksek hasta memnuniyeti sağlamaktadır (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: B
Aile planlaması (AP)	AP danışmanlığı verilmelidir (Sağlık Bakanlığı, 2022). RİA ve kalıcı doğum kontrolü dışındaki neredeyse tüm doğum kontrol yöntemleri, medikal küretajın 1. gününde (mifepriston alımı) hemen güvenli bir şekilde başlatılabilir. Medikal küretajın gelecekteki doğurganlık/ gebelik sonuçları üzerinde olumsuz etkisi olmadığı konusunda danışmanlık yapılabilir (ACOG, 2020). WHO Medical Eligibility Criteria (MEC) rehberine göre, enfeksiyon bulgusu olmayan kadınlarda abortus sonrası kontraseptif yöntemlerin büyük çoğunluğu Kategorî 1 düzeyinde güvenle uygulanabilmektedir. Abortusun tıbbi tedavisini gören kadınlara, semptomlar kötüleşmedikçe, müdahaleden üç hafta sonra evde idrarda gebelik testi yapmaları söylenmelidir. İdrarda gebelik testi pozitif kadınlara ilgili sağlık uzmanına başvurmalarını tavsiye edilir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar, & Guideline Committee, 2019).	Sağlık Bakanlığı, Kanıt düzeyi: Önerilir ACOG, Kanıt düzeyi: B WHO 2022, Kategori düzeyi 1 ve Kanıt düzeyi: Orta-yüksek
<b>Cerrahi Yönetim</b>		
Cerrahi Prosedür	Ayakta tedavi veya klinik ortamda lokal anestezi altında manuel vakum aspirasyonu veya genel anestezi altında bir ameliyathanede cerrahi dilatasyon & küretaj (D/C) işlemi uygulanır (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar, & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
Antibiyoterapi	Doğum uzmanı uterusun boş olduğundan emin olduğu sürece, ilk trimesterde vakum aspirasyonu küretajının yanı sıra D&C'nin rutin kullanımı herhangi ek fayda sağlamaz (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: B
Antikoagülanların ve /veya aspirininin kullanımı	Erken gebelik kaybının cerrahi tedavisinden sonra enfeksiyonu önlemek için ameliyat öncesi tek doz doksisisiklin kullanılması önerilir (ACOG, 2020). Uterin aspirasyonu sonrası rutin antibiyotik profilaksisini önermek için kanıtlar yeterli değildir (AAFP,2011) (Prine & MacNaughton, 2011)	ACOG & AAFP, Kanıt düzeyi: C
	Antifosfolipid sendromu olmayan trombofilili kadınlarda erken gebelik kaybı riskini azaltmada etkili bulunmamıştır (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: A
<b>Cerrahi Tedavide Hemşirelik Yaklaşımı</b>		
Bilgilendirme	Abortus cerrahi tedavisi gören kadınlar, mevcut tedavi seçenekleri, işlem sırasında ve sonrasında gelişebilecek komplikasyonlar konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir.	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
Anti-D immüno globulin profilaksisi	Cerrahi abortus uygulanan Rh D negatif kadınlarda, izoimmünizasyonu önlemek amacıyla 250 IU anti-D immün globulin profilaksisi önerilmektedir (Webster ve ark., 2019; Sağlık Bakanlığı, 2022). Ayrıca erken gebelik kayıplarında, özellikle ilk trimesterin sonlarına doğru gerçekleşen olgularda, Rh D immün globulin uygulanmasının değerlendirilmesi gerektiği bildirilmektedir (ACOG, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi: C NICE ve Sağlık Bakanlığı, Kanıt düzeyi: Önerilir
Etik, Yasal sorumluluklar	Küretaj sonrası bakım sağlayıcıların, gebelerin ihtiyaçlarını karşılamak için ayırım yapılmaksızın belirtilen bakımı sunmaları zorunludur. Gebeliğin hukuka aykırı olarak sonlandırıldığına dair kanıtlar kolluk kuvvetlerine bildirilmelidir (FIGO, 2019).	FIGO Kanıt düzeyi: Önerilir.

Kaynak: (ACOG, 2020; AAFP,2011; FIGO, 2019; NICE, 2019; Sağlık Bakanlığı, 2022, WHO,2022).

## Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik; uterus dışı herhangi bir yere yerleşen bir gestasyonel kese olarak tanımlanır. Bu gebelikler, ilk trimesterde anne ölümlerinin başlıca sebeplerinden biridir ve gebelik ile ilgili ölümlerin %5-10'unu oluşturmaktadır (Mullany, Minneci, Monjazebe, & Coiado, 2023). Bu tanıyı alan kadınların büyük bir çoğunluğunda ani başlangıçlı ve şiddetli alt abdomen bölge ağrısı görülür. Rüptür gerçekleşmeden önce kanama ağrı gibi belirtiler ortaya çıkarken; rüptür sonrası senkop, kanama, ağrı ve şok görülebilir (Altuntuğ, Koçak, & Ege, 2019).

Tablo 3. Ektopik Gebelikte Kanıt Temelli Yönetim

	Tanımlama	Kuruluşlara Göre Kanıt Düzeyi
Tanımlama	Ayrıntılı anamnezin yanında fizik muayene; transvajinal ultrason (TvUSG) ile serum beta-insan koryonik gonadotropin ( $\beta$ -hCG) (ACOG, 2018) düzeyi ölçümü ayrı ayrı / her ikisiyle seri değerlendirme yapılması temel tanı yöntemlerindedir (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: B ACOG, Kanıt düzeyi: C
Tanı testleri	Tanılamada tek serum $\beta$ -hCG bakılmalıdır. (RCOG, 2016) (Kanıt düzeyi: D) Ancak tek başına yeterli değildir ve gebenin hikayesi, belirtileri ve USG sonuçlarıyla birlikte değerlendirilmelidir (ACOG, 2018). Serum progesteron düzeyinin ektopik gebeliği öngörmeye yeri olmadığı belirtilmiştir (RCOG, 2016) (Kanıt düzeyi: B).	RCOG, Kanıt düzeyi: B, D ACOG, Kanıt düzeyi: B
$\beta$ -hCG düzeyi	Ektopik gebelik riski bulunan kadınlarda, hCG ayırıcı düzeyi tanıya yardımcı olarak kullanılacaksa; yanlış tanı olasılığını azaltmak ve kadının devam ettirmeyi planladığı olası bir intrauterin gebeliğin hatalı biçimde ektopik olarak değerlendirilmesini önlemek amacıyla, bu değerin yeterince yüksek olması gerekmektedir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: B
<b>Tedavi Yönetimi</b>		
<b>İzlem Yönetimi</b>		
İzlem	Belirli durumlarda ektopik gebeliğin izlemigerekli olabilmektedir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: B
İzlem endikasyonu	Ektopik gebelikte birçok tedavi seçeneği olmakla birlikte klinik olarak stabil, USG'de kitle boyutu 3.5 cm'den az, düşük seviyede $\beta$ -hCG değerlerine sahip ve takibe uymaya istekli gebeler için konservatif yaklaşım öncelikli olarak önerilmektedir (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: B
İzlemde $\beta$ -hCG takip süreci	2., 4. ve 7. günlerde ölçülen $\beta$ -hCG seviyeleri bir önceki değerden %15 veya daha fazla düşükse, negatif sonuç (20 IU/L'den az) elde edilene kadar testler haftada bir tekrarlanmalıdır. $\beta$ -hCG seviyeleri %15'in altına düşmezse, klinik durum göz önüne alınarak uzmana danışılmalıdır (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar, & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
<b>İzlem Yönetiminde Hemşirelik Yaklaşımı</b>		
Bilgilendirme	Kadınlar mümkün olduğunca ektopik gebeliğin tedavisinde kullanılan her yaklaşımın avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirilmeli ve en uygun tedavinin seçimine tam olarak katılmalıdır (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: D
Acil operasyon kararı	Bekleme sırasında ve/veya medikal tedavi sonrasında rüptür olabileceği unutulmamalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2022). Bu nedenle rüptür belirti ve bulguları gebeye anlatılmalı, kontrollerin önemi vurgulanmalıdır. Hemodinamik instabilite, anemi belirtileriyle seyreden rüptüre ektopik gebelik (örneğin pelvik ağrı) ve/veya intraperitoneal kanama bulgularının varlığında ektopik gebeliğin cerrahi yönetimi gerekli hale gelir. (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: A
<b>Medikal Tedavi Yönetimi</b>		
Metotreksat (MTX)	Klinik olarak stabil olan ve rüptüre olmayan ektopik gebelik tanısı konulan kadınlarda intramüsküler MTX uygulaması güvenli ve etkili tedavilerdendir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: A
Metotreksat endikasyonu	Hemodinamisi stabil olan, rüptüre olmamış bir kitlesi olan ve MTX uygulaması için mutlak kontrendikasyonları olmayan, doğrulanmış veya yüksek klinik ektopik gebelik şüphesi olan kadınlar için MTX ile tıbbi tedavi düşünülebilir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: C, RCOG, Kanıt düzeyi: B
Metotreksat endikasyonu	MTX, yalnızca ektopik gebelik tanısı kesinleştiğinde ve canlı bir intrauterin gebelik olasılığı dışlandıktan sonra, ilk başvuruda tedavi seçeneği olarak önerilmelidir. (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar, & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir, RCOG, Kanıt düzeyi: B
Medikal yönetimde $\beta$ -hCG takip süreci	MTX tedavisinden sonra, hCG seviyeleri gebelik dışı seviyeye ulaşana kadar devamlı izlenmelidir. Dördüncü günden yedinci güne kadar hCG seviyesinin en az %15 oranında azalmaması yüksek tedavi başarısızlığı riski taşır ve ek MTX uygulaması (tek / iki doz) ya da cerrahi müdahaleyi gerektirir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: C
Metotreksat protokolünün seçimi	Genel olarak, tek doz protokolü başlangıçtaki hCG seviyesi nispeten düşük/ plato çizen gebeler için en uygun yöntem olabilir (ACOG, 2018; Hendriks, Rosenberg, & Prine, 2020).	ACOG, Kanıt düzeyi B, AAFP, Kanıt düzeyi: C
	İki doz protokolünde tedavinin 4. gününde 2. MTX hatırlatma dozu yapılır. İki doz rejimi, hCG değeri yüksek olan kadınlarda (özellikle başlangıçta) tek doz rejimine bir seçenek olarak düşünülebilir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: B

Tablo 3 (Devam). Ektopik Gebelikte Kanıt Temelli Yönetim

Tanılama		Kuruluşlara Göre Kanıt Düzeyi
<b>Medikal Tedavide Hemşirelik Yaklaşımı</b>		
Bilgilendirme	Ektopik gebeliğin cerrahi veya medikal tedavisine dair karar, başlangıçtaki klinik, laboratuvar ve radyolojik bulguların yanı sıra her bir yönteminin avantaj ve dezavantajlarının değerlendirilmesiyle bilinçli bir tercihle gebe tarafından verilmelidir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: A
Danışmanlık	Metotreksat protokolünün seçimi, başlangıçtaki hCG seviyesine ve her bir yaklaşımın faydaları ile riskleri hakkında gebe ile gerçekleştirilecek görüşmelere dayanarak belirlenmelidir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: B
İlaç ve /veya besin etkileşimi	Folik asit takviyesi (metotreksatın etkinliğini azaltabileceğinden) ve nonsteroid antiinflamatuar ilaçların (toksikitesine neden olabileceğinden) alınmaması gerektiği belirtilmelidir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: C
Fertilite	Gebelere, sınırlı da olsa mevcut kanıtların, ektopik gebelikte metotreksat tedavisinin olumsuz bir etkisinin (fertilite veya over rezervi üzerinde) olmadığı gösterilmiştir (ACOG, 2018)	ACOG, Kanıt düzeyi: B
Destek	Kadınlar, gebe destek grupları/ yerel yas danışmanlığı hizmetleri aracılığıyla desteğe nasıl erişebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: D
Eğitim	MTX tedavisi gören kadınlara kas gevşetme eğitimi faydalı olabilir (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: C
AP	MTX tedavisi gören kadınların tekrar gebe kalmayı denemeden en az üç ay beklemesi önerilir (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: D
<b>Cerrahi Yönetim</b>		
Cerrahi endikasyonu	Klinik olarak stabil olan, rüptüre olmayan ektopik gebe kadınlarda laparoskopik cerrahi güvenli ve etkili tedavilerdendir (ACOG, 2018). Genel durumu stabil olmayan/ hayatı tehdit eden intraperitoneal kanama (AAFP, Kanıt düzeyi: C) (Hendriks , Rosenberg , & Prine, 2020), anemi semptomları, pelvik ağrı, hemodinamik instabilite gibi semptomlar varlığında acil cerrahi tedavi endikedir (ACOG, Kanıt düzeyi: A. (ACOG, 2018; Hendriks , Rosenberg , & Prine, 2020; Sağlık Bakanlığı, 2022).	(ACOG, Kanıt düzeyi: A) ACOG, Kanıt düzeyi: A; AAFP, Kanıt düzeyi: C; Sağlık Bakanlığı, Kanıt düzeyi: Önerilir RCOG, Kanıt düzeyi: A
Minimal invaziv cerrahi	Mümkün olduğunca laparoskopi tercih edilmelidir (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: B)
Cerrahi ve fertilite	Salpenjektomi; sağlıklı kontralateral fallop tüpü olan ve fertilesini devam ettirmek isteyen gebelerde göz önünde bulundurulabilir (RCOG, 2016). Fertiliteyi azaltan faktörler öyküsü olan kadınlarda salpingotomi düşünülmelidir (RCOG, 2016)	RCOG, Kanıt düzeyi: C
Patoloji	Ektopik gebelik tedavisi için salpingostomi veya salpenjektomi yapma kararı gebenin klinik durumu, gelecekteki doğurganlık isteği ve fallop tüpü hasarının derecesine göre alınmalıdır (ACOG, 2018)	ACOG, Kanıt düzeyi: B
Eğitim	Uterin küretajdaki materyalde koryonik villus tespiti intrauterin gebeliği doğrular ve başka bir değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaz (Hendriks , Rosenberg , & Prine, 2020).	AAFP, Kanıt düzeyi: C
	Salpenjektomi için eğitimde sanal gerçeklik simülatörleri kullanılabilir (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: D
<b>Cerrahi Yönetimde Hemşirelik Yaklaşımı</b>		
Danışmanlık	Kadınlar mümkün olduğunca tedavide kullanılan her yaklaşımın avantajları ve dezavantajları konusunda bilgilendirilmeli ve en uygun tedavinin seçimine tam olarak katılmalıdır (RCOG, 2016).	RCOG, Kanıt düzeyi: D
β-hCG takibi	Salpingotomi yapılan kadınlara postoperatif 7. günde β-hCG takibi yapılacağı, pozitifse daha fazla değerlendirme gerekeceği, negatif sonuç elde edilene kadar haftada bir takibin devam edeceği bildirilmelidir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
Anti-D profilaksisi	Salpenjektomi geçiren kadınlara üç hafta sonra idrarda gebelik testi yapturmaları gerekeceği ve testin pozitif çıkması durumunda ileri değerlendirme için geri gelmeleri bildirilmelidir (Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019).	RCOG, Kanıt düzeyi: D, NICE, Kanıt düzeyi: Önerilir
Kanama/riski yönetimi	Rh negatif kadınlara anti-D IgG profilaksisi yapılması gerekmektedir (RCOG, 2016; Webster, Eadon, Fishburn, Kumar , & Guideline Committee, 2019)	Sağlık Bakanlığı, Kanıt düzeyi: Önerilir

Kaynak: (ACOG,2018; AAFP,2020; NICE,2019; RCOG,2016; TC. Sağlık Bakanlığı, 2022).

## Hiperemesis Gravidarum

Gebelikte bulantı ve kusma çok yaygın görülürken, en şiddetli versiyonu olan Hiperemesis Gravidarum (HG) kadınların çok daha küçük kısmını etkiler. Bulantı ve kusmaların çoğu ilk trimesterden sonra düzelse bile; kadınların %10'unda 22. gebelik haftasından sonra da semptomlar görülebilir (Austin, Wilson , & Saha, 2019). Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi'ne göre HG: Gebelikte şiddetli bulantı kusmaya eşlik eden idrar tetkikinde keton pozitifliği ve gebelik öncesi vücut ağırlığının %5'inden fazla kilo kaybı olmasıdır (Sağlık Bakanlığı, 2022). RCOG'a göre de semptomların gebeliğin erken döneminde başlaması, bulantı ve/veya kusmanın normal şekilde yemeyi, içmeyi engelleyecek kadar şiddetli olması, günlük yaşam aktivitelerini güçlü şekilde kısıtlaması ve dehidrasyon belirtilerinin eşliği şeklindedir (Kanıt düzeyi:2-D) (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).

**Tablo 4.** Hiperemesis Gravidarumda Kanıt Temelli Yönetim

	Kuruluşlara Göre Kanıt Düzeyi
<b>Tanımlama</b>	
Kapsamlı öykü, muayene ve araştırma, ciddiyetin doğru şekilde değerlendirilmesini sağlar. Ketonüri, gebelikte dehidrasyonun bir belirtisi olarak kabul edilmemelidir ve şiddetini değerlendirmek için kullanılmalıdır. Ketonüri HG veya ciddiyeti ile ilişkili değildir. HG ciddiyetini sınıflandırmak için Gebelik-Benzersiz Kusma Kantifikasyonu (PUQE) ve HiperEmesis Düzey Tahmini (HELP) araçları gibi bulantı ve kusma indeksi kullanılabilir (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG, Kanıt düzeyi:4-D RCOG, Kanıt düzeyi:1-A RCOG, Kanıt düzeyi:2-C
<b>Hiperemesis Gravidarumda Tedavi</b>	
Gebelik bulantı ve kusmasının erken tedavisi, hiperemesis gravidaruma ilerlemesini önlemek için faydalı olabilir.	ACOG, Kanıt düzeyi: C
Gebelik bulantı ve kusmasının zencefil ile tedavisi, bulantı semptomlarını azaltmada bazı yararlı etkiler göstermiştir ve nonfarmakolojik bir seçenek olarak düşünülebilir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: B
<b>1.Basamak Tedavi Yönetimi</b>	
Anti histaminler, fenotiazinler ve doksilamin/piridoksin gibi birinci basamak antiemetikler için güvenlik ve etkililik verileri mevcuttur ve bunlar HG için gerektiğinde başlangıçta reçete edilmelidir (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG & ACOG, Kanıt düzeyi: A
<b>2.Basamak Tedavi Yönetimi</b>	
İntravenöz hidrasyon, oral sıvıları uzun süre tolere edemeyen gebelerde dehidrasyonun klinik belirtileri varlığında kullanılmalıdır (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: C
Metoklopramid güvenli ve etkilidir ve tek başına veya diğer antiemetiklerle birlikte kullanılabilir. Ekstrapiramidal etki riski nedeniyle metoklopramid ikinci basamak tedavi olarak kullanılmalıdır. Bunları en az indirmeye yardımcı olmak için en az üç dakika boyunca yavaş bolus enjeksiyonuyla uygulanmalıdır.	RCOG, Kanıt düzeyi: B&C
Ondansetronun güvenli ve etkili olduğuna dair kanıtlar vardır. Birinci basamak antiemetikler etkisizse ikinci basamak antiemetik olarak kullanılabilir.	RCOG, Kanıt düzeyi: B
Tek bir antiemetiğe yanıt vermeyen kadınlarda farklı ilaç kombinasyonları kullanılmalıdır (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG, Kanıt düzeyi: [GPP]
Gebeliğe bağlı şiddetli bulantı ve kusma (hiperemesis gravidarum) tedavisinde metilprednizolon, diğer tedavilere yanıt alınamayan dirençli olgularda etkili olabilir; ancak olası riskleri nedeniyle yalnızca son seçenek olarak kullanılmalıdır. (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: B
Kortikosteroidler, standart tedavilere yanıt alınamayan ve antiemetiklerle birlikte uygulanması gereken vakalarda kullanılmalıdır.	RCOG, Kanıt düzeyi:1-A
Kusma veya oral alımda ciddi azalmayla hastaneye yatırılan tüm kadınlara, özellikle dekstroz veya parenteral beslenme uygulamasından önce, tiamin takviyesi verilmelidir.	RCOG, Kanıt düzeyi: D
Olumsuz reaksiyonlar meydana gelirse, ilaçların derhal kesilmesi gerekir.	RCOG, Kanıt düzeyi: [GPP]
Gebeliğin sonlandırılması düşünülmeden önce tüm terapötik önlemler denenmiş olmalıdır.	RCOG, Kanıt düzeyi: C

Tablo 4 (Devam). Hiperemezis Gravidarumda Kanıt Temelli Yönetim

	Kuruluşlara Göre Kanıt Düzeyi
<b>Hiperemezis Gravidarumda Hemşirelik Yaklaşımı</b>	
HG bir kadının yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir. Sağlık personelleri semptomların şiddetini, kadının yaşam kalitesi ve sosyal durumuna göre değerlendirmelidir (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG, Kanıt düzeyi:2-C
HG tanısına özel danışmanlık innatal veya postnatal faydalı olabilir. Gebelikte bulantı kusma şikâyeti ile başvuran tüm kadınlara gebe destek grupları hakkında bilgi verilmelidir (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG, Kanıt düzeyi:4
HG çok yönlüdür. Değerlendirme ve tedavide holistik bir yaklaşım sergilenmelidir. Şiddetli HG'li kadınlarda diğer sağlık profesyonellerinden görüş alınmalıdır (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG, Kanıt düzeyi:4-D
Gebelikte faydalı olan yaşam tarzı/diyet değişiklikleri ve antiemetiklerin erken kullanımı, mevcut gebelikte HG riskini azaltmak için tavsiye edilir (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	
HG öykülü kadınlara gelecekteki gebeliklerinde tekrarlama riski olduğu bildirilmelidir (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG, Kanıt düzeyi:2-B
Gebelikte HG yaşayan kadınlar, doğum sonrası paroksizmal nokturnal dispne, anksiyete ve travma sonrası stres bozukluğu riski altındadır. Sağlık uygulayıcıları gebeyi depresif semptomlar yönünden değerlendirmelidir (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	
Şiddetli HG'si olan ve üçüncü trimesterde semptomları devam eden kadınlara, fetal büyüme için taramalar önerilmelidir. Erken doğum tehdidi ve düşük doğum ağırlığı açısından gebelikte kilo alımı düşük olan kadınlar yüksek risk altındadır (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	
Taburculuk sonrası süreçte uygun vakalar için antiemetik tedavinin devamı tavsiye edilmelidir. Hastanın ileri bakıma erişim kanalları hakkında bilgilendirilmesi ve ilgili birimlere yönlendirilmesi kritik öneme sahiptir. (Nelson-Piercy, ve diğerleri, 2024).	RCOG, Kanıt düzeyi:4-D
Fertilizasyondan önceki bir ayda vitaminlerin alınması, gebelikte bulantı ve kusmanın görülme sıklığını ve şiddetini azaltabilir (ACOG, 2018).	ACOG, Kanıt düzeyi: A

Kaynak: (ACOG,2018; RCOG,2024).

### Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklar

Gestasyonel trofoblastik hastalıklar anormal fertilizasyon ve proliferasyon ile gelişir ve endometrium/ myometriuma invazyonu görülür. Nedeni tam olarak bilinmemektedir. GTH tipleri dört başlık altında incelenir ve bunlar; Mol hidatiform (Komplet ve Parsiyel), İnvaziv Mol, Koryokarsinoma, Plasental Site Trofoblastik Tümör (PSTT), Epiteloid Trofoblastik Tümör (ETT)'dür (Taşkun & Soykan, 2023).

Molar gebeliğin belirti ve bulguları konusunda dikkatli olunmalıdır. Bunlardan en sık görülenler; irregule vajinal kanama, pozitif gebelik sonucu ve destekleyici USG kanıtlardır (Kanıt düzeyi: 2-C) (RCOG, 2021). Serviks dilate, uterus gebelik haftasından büyük ve yumuşaktır ve bulantı kusma ve kramp şeklinde alt karın ağrısı mevcuttur (Sağlık Bakanlığı, 2022). Çok nadiren kadınlar metastatik hastalık nedeniyle hemoptizi, dispne veya nöbetlerle (felç çok nadir) başvurabilirler (Kanıt düzeyi: D) (RCOG, 2021).

**Tablo 5.** Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklarda Kanıt Temelli Yönetim

	Kuruluşlara Göre Kanıt Düzeyi
<b>Tanımlama</b>	
Molar gebeliğin kesin tanısı histolojik inceleme ile konur (RCOG, 2021).	RCOG, Kanıt düzeyi:2-D
GTH öyküsü olan kadınlar için ilk trimester ultrason yapılmalı ve herhangi bir gebeliğin sona ermesinden 6-8 hafta sonra hCG değerlendirilmelidir. Plasentanın muayenesi düşünülebilir ancak zorunlu değildir (Horowitz, Eskander , Adelman , & Burke , 2021).	SGO, Kanıt düzeyi: II-3
<b>Tedavi Yönetimi</b>	
GTN tedavisi gören kadınların tablosu genel olarak iyidir ve genel iyileşme oranı %100'e yakındır (RCOG, 2021).	RCOG, Kanıt düzeyi: B
<b>Medikal Tedavi Yönetimi</b>	
GTN tek/ çok ajanlı kemoterapiyle tedavi edilebilir.	RCOG, Kanıt düzeyi: B
Düşük riskli GTN tedavisi için tek ajanlı çok günlük MTX veya bolus Act-D önerilir. Kemoterapi istemeyenler için küretaj ikinci seçenektir (Horowitz, Eskander , Adelman , & Burke , 2021).	SGO, Kanıt düzeyi: I ve II-1
hCG sürekli yüksek olan tüm kadınların, ektopik gebelik dışlandıktan sonra veya yeri bilinmeyen bir gebelik için metotreksat ile ardışık iki tedaviden sonra bir GTH merkezine sevk edilmesi düşünülmelidir (RCOG, 2021).	RCOG, Kanıt düzeyi: Önerilir
<b>Cerrahi Yönetim</b>	
Mol hidatidiform olduğu varsayılan kadınlar, vakum küretajı ve ultrason eşliğinde tahliye edilmelidir.	
"GTN riski yüksek olan; 40 yaş ve üzerindeki ya da çocuk sahibi olmayı planlamayan kadınlarda, histerektomi uygun bir alternatif tedavi yöntemi olarak değerlendirilebilir. (Horowitz, Eskander , Adelman , & Burke , 2021).	SGO, Kanıt düzeyi: II-2
PSTT ve ETT gibi alt tipleri kemoterapiye daha az duyarlı oldukları için cerrahiyle tedavi edilebilirler.	RCOG, Kanıt düzeyi: D
<b>Gestasyonel Trofoblastik Hastalıklarda Hemşirelik Yaklaşımı</b>	
Tanının hastalar ve aileleri üzerindeki psikososyal etkileri titizlikle değerlendirilmelidir. GTD (Gestasyonel Trofoblastik Hastalık) merkezleri; uzman hemşireler ve danışmanlar aracılığıyla, merkez ziyaretleri veya telefon desteğiyle (ya da her iki yöntemle) bu süreçte hastalara ve yakınlarına kişiselleştirilmiş destek sunulmalıdır.	
Hormon replasman tedavisi için HCG seviyelerinin normale dönmesi beklenmelidir.	RCOG, Kanıt düzeyi: Önerilir
Molar gebelikten sonra üremeye yardımcı tedavi görenler için ekzojen östrojenler ve fertilitite ilaçları hCG seviyeleri normal değer aralığında olduğunda kullanılabilir (RCOG, 2021).	
Bir gebelikten sonra kalıcı vajinal kanama gelişen kadın, GTH'ye yakalanma riski altındadır.	RCOG, Kanıt düzeyi: D
Kombinasyon ajan kemoterapisi alan kadınlarda erken menopoz riski artmaktadır. Yüksek doz kemoterapi protokolü uygulanan kadınlar, tedavinin fertilitite üzerindeki olası advers etkileri hakkında bilgilendirilmeli ve üreme sağlığının korunmasına yönelik riskler konusunda uyarılmalıdır (RCOG, 2021).	RCOG, Kanıt Düzeyi: B

Kaynak: (RCOG, 2021; SGO, 2021).

Molar gebelikten sonra doğum kontrolüne ilişkin tavsiyeler Cinsel ve Üreme Sağlığı Fakültesi (FSRH) Yönetici Özeti Gebelik Sonrası Doğum Kontrolü Kılavuzu'nda bulunabilir (RCOG, Kanıt düzeyi: D) (Tablo 6) (FSRH, 2017; RCOG, 2021)

**Tablo 6.** GTH Kanıt Temelli Aile Planlaması Eğitimi

Kadınlara kontraseptif danışmanlığı verirken birey merkezli bir yaklaşım benimsenmelidir.	FSRH, Kanıt düzeyi: D
AP danışmanlığı sağlanırken, kadınların kendilerini baskı altında hissetmemelerini sağlamak için özen gösterilmelidir.	
Gestasyonel trofoblastik hastalığı olan kadınlara bakım sağlayan hizmetler, bu kadınlara gebelik isteğini, doğum kontrol yöntemlerini ve prekonsepsiyonel planlamayı tartışma fırsatı vermemelidir.	FSRH, Kanıt düzeyi: Önerilir
Klinisyenler GTH'li kadınlara, GTN için kemoterapi sonrası da dahil olmak üzere GTD sonrası doğurganlık ve gebelik sonuçlarının olumlu olduğu konusunda güvence vermemelidir. Bununla birlikte, sonraki gebeliklerde GTH riski artmaktadır.	FSRH, Kanıt düzeyi: C
Kadınlara GTH takibi sağlanana kadar tekrar gebe kalmamaları söylenmelidir. GTH' den çok kısa bir süre sonra cinsel aktivite ve doğurganlık yeniden başlayabileceğinden, etkili doğum kontrolü mümkün olan en kısa sürede başlatılmalıdır (FSRH, Kanıt düzeyi: D).	
Molar gebelik tedavisi alan kadınlara hCG takibi tamamlanana kadar (RCOG, Kanıt düzeyi: D) en az altı ay gebe kalmamalarının önemi belirtilmelidir (FSRH, Kanıt düzeyi: D).	FSRH & RCOG, Kanıt düzeyi: D
GTH için kemoterapi gören kadınlara, tedavi tamamlandıktan sonra bir yıl boyunca gebelikten kaçınmaları tavsiye edilmelidir.	FSRH & RCOG, Kanıt düzeyi: D
GTH tanısı alan tüm kadınlara durum hakkında yazılı bilgi verilmeli ve takip için bir GTH merkezine sevk edilmesinin gerekliliği açıklanmalıdır. PSTT veya ETT olan tüm kadınlar bir GTH merkezine kaydedilmeli ve orada bakım görmelidir.	RCOG, Kanıt düzeyi: D
Acil kontrasepsiyon (AK); Kadınlara GTH tedavisinden sonra oral AK kullanımının güvenli olduğu bildirilmelidir.	FSRH, Kanıt düzeyi: D
RİA; RİA normalde GTH sonrasında hCG seviyeleri normale dönene kadar takılmamalıdır.	
Hormonal kontrasepsiyon; Hormonal kontrasepsiyon, GTH için uterus tahliyesinden hemen sonra başlatılabilir.	FSRH, Kanıt düzeyi: B
Tüp ligasyon; Tüp ligasyon, GTH sonrası kalıcı doğum kontrolü için güvenli bir seçenektir.	
Bariyer yöntem; Erkek ve kadın kondomu GTH tedavisinden sonra kullanılabilir.	FSRH, Kanıt düzeyi: D

Kaynak: (FSRH, 2017; RCOG, 2021)

## SONUÇ VE ÖNERİLER

Erken dönem gebelik komplikasyonları, kadınlarda hem fiziksel hem de ruhsal açıdan önemli sorunlara yol açabilmekte olup bu süreçte sunulan etkin hemşirelik bakımı bakımın güvenliği, sürekliliği ve kalitesi açısından kritik bir öneme sahiptir. Abortus, ektopik gebelik, hiperemesis gravidarum ve gestasyonel trofoblastik hastalıkların tanı ve yönetiminde rehberler doğrultusunda uygulanan kanıta dayalı yaklaşımlar; doğru tanı yöntemlerinin kullanılması, uygun tedavi seçeneklerinin belirlenmesi, bireylerin süreç boyunca bilgilendirilmesi ve komplikasyonların erken fark edilmesini kapsamakta olup hemşirelerin bu süreçte izlem, ilaç yönetimi, kanama ve enfeksiyon riskinin değerlendirilmesi, semptom kontrolü, psikososyal destek sağlanması ve taburculuk sonrası bakımın planlanması gibi çok yönlü roller üstlendiğini göstermektedir. Bu derleme, erken dönem gebelik komplikasyonlarının yönetiminde hemşirelik bakımına yönelik güncel ve kanıta dayalı uygulamaları bütüncül bir çerçevede sunarak sağlık profesyonelleri için önemli bir başvuru kaynağı niteliği taşımakta; sağlık profesyonellerinin güncel literatürü takip etmesi, rehberlerdeki değişikliklerin müfredata ve hizmet içi eğitim programlarına yansıtılması ise bakımın standardizasyonunu, etkinliğini ve görünürlüğünü artırarak anne sağlığına yönelik hizmet kalitesinin geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

## KAYNAKÇA

- ACOG. (2018). American College of Obstetricians and Gynaecologists Practice Bulletin No. 189: Nausea and Vomiting of Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 131(1). doi:10.1097/AOG.0000000000002456
- ACOG. (2018). American College of Obstetricians and Gynaecologists Practice Bulletin No. 193: Tubal Ectopic Pregnancy. *Obstetrics & Gynecology*, 131(3). doi:10.1097/AOG.0000000000002560
- ACOG. (2020). American College of Obstetricians and Gynaecologists Practice Bulletin, number 225: Medication abortion up to 70 days of gestation. *Obstetrics & Gynecology*, 136(4). doi:10.1097/AOG.0000000000004082.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. (2020). Practice Bulletin No. 200: Early pregnancy loss. *Obstetrics & Gynecology*, 135(5), e197–e207.
- Altuntuğ, K., Koçak, V., & Ege, E. (2019). Doğum öncesi kanamalar ve bakım. S. Taşhan Timur, Ö. Yüksekol Doğan, & M. Duman içinde, *Riskli Gebelikler ve Bakım* (s. 41-81). Amasya: Göktek Basın Yayın Dağıtım.
- Austin, K., Wilson, K., & Saha, S. (2019). Hyperemesis Gravidarum. *Nutrition in clinical practice* : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 34(2), 226-241. doi:10.1002/ncp.10205
- Clark, S., Zhang, X., & Goncharov, D. (2024). Inpatient Management of Hyperemesis Gravidarum. *Obstetrics & Gynecology*. doi:10.1097/AOG.0000000000005518
- Creinin, M., Schreiber, C., Bednarek, P., Lintu, H., Wagner, M.-S., Meyn, L., & MAST Time Study Trial Group. (2007). Mifepristone and Misoprostol Administered Simultaneously Versus 24 Hours Apart for Abortion. *Obstetrics and gynecology*, 109(4), 885–894. doi:10.1097/01.AOG.0000258298.35143.d2
- Çetin, Ö., & Aslan, E. (2019). Jinekoloji ve perinatoloji hastalarının bakımında Omaha Sistemi'nin kullanımı. İstanbul.
- Durmaz, M., & Burucu, R. (2019). Ameliyat sonrası bulantı ve kusmayı önlemede kullanılan farmakolojik olmayan yöntemlerin kanıt düzeyleri. *Izmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(3), 97-104.
- Figo. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics Committee Statement: Ethical responsibilities in post-abortion care. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 146(3), 269-270. doi:10.1002/ijgo.12899
- FSRH. (2017). Faculty of Sexual & Reproductive. 03 02, 2024 tarihinde Healthcare Contraception after pregnancy: <https://www.fsrh.org/standards-and-guidance/documents/contraception-after-pregnancy-guideline-january-2017/> adresinden alındı
- Guttuso, T., Messing, S., Tu, X., Mullin, P., Shepherd, R., & Strittmatter, C. (2021). Effect of gabapentin on hyperemesis gravidarum: a double-blind, randomized controlled trial. *American Journal of Obstetrics; Gynecology MFM*, 3(1). doi:10.1016/j.ajogmf.2020.100273
- Hendriks, E., Rosenberg, R., & Prine, L. (2020). Ectopic Pregnancy: Diagnosis and Management. *American family physician*, 101(10), 599–606.
- Horowitz, N., Eskander, R., Adelman, M., & Burke, W. (2021). Epidemiology, diagnosis, and treatment of gestational trophoblastic disease: A Society of Gynecologic Oncology evidenced-based review and recommendation. *Gynecologic oncology*, 163(3), 605-613. doi:10.1016/j.ygyno.2021.10.003
- Jatlaoui, T., Shah, J., Mandel, M., Krashin, J., Suchdev, D., Jamieson, D., & Pazol, K. (2017). Abortion Surveillance - United States, 2014. *Morbidity and mortality weekly report. Surveillance summaries* (Washington, D.C. : 2002), 66(24), 1-48. doi:10.15585/mmwr.ss6624a1
- Kızrak, S. B., Hadımlı, A., & Karaca Saydam, B. (2021). Güncellenmiş Uluslararası Rehberler Doğrultusunda Ektopik Gebeliklere Yaklaşım. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi*, 14(4), 479-485. doi:10.46483/deuhfed.839659
- Kocaman, G. (2023). Hemşirelikte kanıta dayalı uygulama. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 5(2), 61-69.
- Mullany, K., Minneci, M., Monjazeb, R., & Coiada, O. (2023). Overview of ectopic pregnancy diagnosis, management, and innovation. *Women's health* (London, England), 19. doi:10.1177/17455057231160349
- Nelson-Piercy, C., Dean, C., Shehmar, M., Gadsby, R., O'Hara, M., Hodson, K., . . . Royal College of Obstetricians and Gynaecologists . (2024). The Management of Nausea and Vomiting in Pregnancy and Hyperemesis Gravidarum (Green-top Guideline No. 69). *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 131(7), e1-e30. doi:10.1111/1471-0528.17739
- Prine, W. L., & MacNaughton, H. (2011). Office management of early pregnancy loss. *American family physician*, 84, 75-82.
- Rodriguez, C. (2023). Abortion. *The American Journal of Nursing*, 1;123(2):11-16. doi: 10.1097/01.NAJ.0000919632.97099.77.
- RCOG. (2016). Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 123(13). doi:10.1111/1471-0528.14189
- RCOG. (2021). Royal College of Obstetricians and Gynecologists. *Management of Gestational Trophoblastic Disease: Green-top Guideline No. 38 - June 2020*. *BJOG : an international journal of obstetrics and gynaecology*, 128(3). doi:10.1111/1471-0528.16266
- Regan, L., Rai, R., Saravolos, S., Li, T.-C., & Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2023). *Recurrent Miscarriage Green-top Guideline No. 17*. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 130(12), e9-e39.
- Sağlık Bakanlığı. (2022). *Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi*. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, 1124.
- Sridharan, K., & Sivaramakrishnan, G. (2020). Interventions for treating hyperemesis gravidarum: a network meta-analysis of randomized clinical trials. *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*, 33(8), 1405-1411. doi:10.1080/14767058.2018.1519540
- Tang, Y., Yang, Y., & Lv, Z. (2021). Adverse pregnancy outcomes and *Helicobacter pylori* infection: A meta-analysis. *International journal of clinical practice*, 75(10). doi:10.1111/ijcp.14588
- Taşkum, İ., & Soykan, Y. (2023). Gestasyonel trofoblastik hastalıklar ve yönetimi. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar-V*, 65.
- Webster, K., Eadon, H., Fishburn, S., Kumar, G., & Guideline Committee. (2019). Ectopic pregnancy and miscarriage: diagnosis and initial management: summary of updated NICE guidance. *BMJ (Clinical research ed.)*, 367. doi:10.1136/bmj.l6283.
- World Health Organization. (2022). *Abortion care guideline*. Geneva: World Health Organization.