

HİPEREMEZİS GRAVİDARUM VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Dr. Ayşe YILDIZ

*İ. Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu
Öğretim Elemanı*

Bulantı-kusma gebeliğin erken dönemlerinde yaklaşık gebelerin % 50-70'inde görülen bir rahatsızlıktır. Gebeliğin 6. haftasında başlayan bulantı kusmalar 14. haftanın sonunda azalarak kaybolur.

Gebelikteki bulantı-kusmaların sabah saatlerinde daha sık görülmesi ve şiddetinin de daha fazla olması nedeniyle literatürde bu rahatsızlık "Sabah Hastalığı" veya "Sabah Kusması" olarak adlandırılır. Oysa bu konuda son yıllarda yapılmış kapsamlı çalışmalar, bulantı-kusmaların sabah dışında günün diğer saatlerinde de görüldüğü, hatta bazı gebelerde hergün farklı seyir gösterdiği doğrultusundadır (1, 2, 5, 6).

Gebelik kusmalarının şiddetli ve devamlı bir hal alması, kilo kaybı, dehidratasyon ve ketonüri gibi komplikasyonlarla birlikte seyretmesine hiperemesis gravidarum denir.

Hiperemesis ensidansı, ülkeler ve ırklar arasında farklılık göstermektedir. Hastalığın daha fazla batı ülkelerinde görüldüğü, Eskimo ve Yerli Afrika Kabilelerinde görülme oranının çok az olduğu, siyahlara oranla beyaz ırkda daha fazla görüldüğü bildirilmektedir (7). Yine bu görülme sıklığının toplumsal olaylar açısından yıllara göre değişiklikler gösterdiği belirtilmektedir.

Toplumlar arası farklı ensidanslara karşın genel olarak emezisin tüm gebeliklerin % 45-90'ında, hiperemesisin, ise % 1-2'sinde görüldüğü tahmin edilmektedir. Genel popülasyona bakıldığında ABD'de % 0.87, İngiltere'de % 1.48, Avrupa'da % 1, Asya ve Afrika'da % 0.19'dur (7).

Gebelikte ana ve çocuk sağlığını olumsuz yönde etkileyen sorunlardan birisi olan hiperemesis gravidarumun nedeni kesin olarak bilinmemekle birlikte, etiyojisinde psikolojik faktörler, metabolik bozukluklar, protein metabolizmasında bozukluğa neden olan B₆ vitamini eksikliği, gastroentestinal sistemde oluşan fizyolojik değişiklikler, aşırı duyarlılık reaksiyonu, endokrin dengesizliği, karbonhidrat metabolizma bozukluğu gibi çok değişik varsayımlar ileri sürülmektedir. Son yıllarda pek çok araştırmacı, hiperemesis etiyojisinde psikolojik faktörlerin önemli rol oynadığını, stres yaratan faktör ortadan kaldırıldığında ya da değiştirildiğinde bulantı kusmanın durduğu görüşünde birleşmektedir (2, 7, 8).

Yapılan pek çok çalışma hiçbir aktif tedavi uygulanmadan bile hiperemesisli gebelerin kısa sürede olsa hastaneye yatırılması ya da stres yaratan çevreden uzaklaştırılması durumunda hastalık belirtilerinin hafiflediğini hatta gerilediğini ortaya koymuştur (7, 8, 10, 12).

Gebelikte görülen hafif bulantı-kusmalar anne organizmasında fazla bir bozukluğa ve fetüste zararlı bir etkiye neden olmadan 14. haftadan sonra yavaş yavaş

azalırken, şiddetli bulantı-kusmalar anne organizmasında travmalara, metabolik bozukluklara fetüs üzerinde olumsuz etkilere neden olabilmektedir (1, 2, 10).

Anne organizmasında meydana gelen bozuklukların temelinde yatan üç önemli nedeni şöyle sıralayabiliriz :

- Dehidratasyon
- Elektrolit metabolizmasında bozukluk
- Organizmanın yedek depolarının harcanması.

Karbonhidrat metabolizmasının bozulmasına bağlı olarak kanda keton cisimleri açığa çıkar. Açlık asidozu oluşur. Oral beslenme yetersizliği, şiddetli klorür kaybı sonucu hipovolemik alkoloz tablosu oluşur ve zamanla ön plana geçer. Açığa çıkan potasyum oligüri nedeniyle atılmadığından, ilerlemiş vakalarda potasyum artışına bağlı olarak hipotansiyon, genel adinami, apati, EKG bozuklukları ortaya çıkar. Karaciğer fonksiyon bozukluğuna bağlı olarak kanda bilirubin, idrarda ürobilinojen artar, ikter ortaya çıkar. Gelişen sarılıkla beraber, kan kimyasında önemli değişiklikler olur. Kanda ürik asit, kreatinin ve üre azotu yükselir, karbondioksit kombinasyon yeteneğinde küçük sapmalar olur (2, 3, 5).

Hastalarda besin alamamaya bağlı olarak hipoproteinemi, hipovitaminöz özellikle B₆ vitamini eksikliğine bağlı nörolojik bozukluklar olabileceği belirtilmektedir. Depae ve arkadaşları (21) hiperemesis gravidarumda fetal kayıp, yenidoğanlarda merkezi sinir ve iskelet sistemlerinde malfarmasyon riskinin yüksek olduğunu savunmuşlardır.

Chin ve Gross (6, 10) şiddetli hiperemesisli gebelerde fetal gelişme geriliği olduğunu gözlemişler, normal gebelere göre düşük doğum ağırlıklı bebek doğurduklarını, bu durumun hiperemesisde oluşan metabolik bozukluklara bağlı olarak fetüsün büyüme potansiyelinin etkilenmesinin sonucu olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Aynı zamanda hiperemesisli gebelerde preterm doğum riskinin artmış olduğunu savunmuşlardır.

HİPEREMEZİS GRAVİDARUMDA HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

Günümüzde kadın-doğum kliniklerine başvuran gebelerin şikayetleri ve sağlık ekibi üyelerinin gözlemleri dikkate alındığında hiperemesis gravidarumun küçümsenmeyecek boyutlarda olduğu söylenebilir. pek çok araştırmacı hiperemesis gravidarumun fonksiyonel kaynaklı olduğu konusunda görüş birliği içindedir (7, 8, 10). Psikik etkenlerin, fiziksel bir hastalığın ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı, gelişim ve seyrinde rol oynadığı bilinmektedir. Gebelikte stres yaratan etmenler arasında, kadının eğitim düzeyinin düşük olması, cinsellik, gebelik, doğum ve beslenme konularında bilgi eksikliği, ayrıca kişisel, ailevi ya da iş çevresinden kaynaklanan sorunlar sayılabilir.

İşte gebelikte bu sorunların açığa çıkarılmaması ve çözümünü için gerekli alternatiflerin gebe ile birlikte tartışılıp belirlenmemesi sonucu psikosomatik hastalıkların ortaya çıkma riski artmaktadır.

Hiperemesis gravidarumlu gebenin sağaltımındaki başarı, erken ve doğru tanı, altında yatan psikososyal faktörlerin ortaya çıkarılması ve bu doğrultuda uygun girişimlerin planlanması ile olasıdır.

Antenatal kontrollerin yapıldığı merkezlerde görev yapan hemşirelerin cinsellik, gebelik, doğum ve doğum sonrası bakım konularını içeren bir eğitim programı hazırlayarak, gebeleri bu konularda bilgilendirmesi ve anneliğe hazırlanması gerekir. Ayrıca gebelik olağan şikayetleri ve bunlar arasında yer alan bulantı-kusmanın nedeni, oluşum mekanizması ve başa çıkma yöntemleri hakkında gebeleri bilinçlendirmesi, bu tür şikayeti olan gebelerle yakın iletişim kurması, şikayetlerin hafifletilmesinde önemli bir faktör oluşturmaktadır.

Günümüzde hiperemesis oluşmasında rol oynayan faktörlerin başında psikososyal etmenlerin yer aldığı bilinmektedir. Bu doğrultuda hiperemesis gravidarumlu hastaların, stres yaratan faktörlerden uzaklaştırılarak, tedavilerinin hastane ortamında gerçekleştirilmesi görüşü önem kazanmaktadır. Bu görüş doğrultusunda ülkemizde de hiperemesisli olgular, hastaneye yatırılarak tedavi edilmektedir. Bu olgulara uygulanan sıvı-elektrolit ve diyet düzenlenmesini içeren tıbbi tedavi genellikle semptomların ortadan kaldırılmasına yöneliktir. Çoğu kez hiperemesis gravidarum oluşmasında etken olan, psikososyal faktörlerin araştırılması unutulmaktadır. Bu nedenle de gebede hastane ortamında bir düzelme gözleendiği halde, taburcu edildikten sonra hastalık tekrarlayabilmektedir (9, 12). Oysa son yıllarda hiperemesis olgularında psikiyatrik konsültasyon yapılması, tedavi planlarının psikososyal faktörler göz önünde tutularak düzenlenmesi, bu konuda hastaların bilgilendirilmesinin, tedavide kesin bir çözüm olduğu savunulmaktadır (2, 8, 9).

Bu alanda görev yapan hemşire, şiddetli bulantı, kusma ve bundan dolayı gelişen metabolik bozuklukları deneyimleyen kadının bakımından rol alabilecek ve soruna çözüm getirebilecek konumdadır. Sağlık ekibi üyesi olan hemşirenin, hastası ile sürekli ve daha yakın bir iletişim içerisinde bulunması, hiperemesisli gebeleri tanıma ve psikososyal sorunlarını ortaya çıkarmada daha başarılı olabileceği düşünülmektedir. Hemşire nitelikli ve kapsamlı bir bakım verebilmek için, diğer olgularda olduğu gibi, hiperemesisli hastada da öncelikle, hastasını tanımalı, bakıma ilişkin sorunlarını belirlemeli ve bu doğrultuda girişimlerini planlayarak, sonucu değerlendirmelidir.

Hemşirenin Tanılama Aşamasına Yönelik Sorumlulukları

Hemşire, tanılamamanın ilk aşamasında bilgi toplamaya yönelik girişimlerde bulunur. Bunun için de hastasını kapsamlı bir biçimde ve bazı ölçütler doğrultusunda gözler. Daha sonra kapsamlı bir görüşme sağlar, tıbbi kayıtlar ve ekipte yer alan diğer sağlık üyelerinin (kadın-doğum uzmanı, psikolog, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı) görüşlerini alarak hastanın bakım gereksinimlerini belirler.

Hiperemesisli gebeyi servisine kabul eden ve ona servis ortamını tanıtan hemşire, öncelikle hastasına rahat ve güvenli bir ünite sağlar, sıcak bir iletişim başlatır ve onun güvenini kazanmak için çaba sarfeder. Bilgi, beceri ve deneyimlerini kullanarak iyi bir öykü alır, hastanın şikayetlerini değerlendirir.

Hiperemesisli gebede ağırlı ve yorucu kusmalarla beraber öğürtü, mide yanması, mide ağrısı görülür. Ani başlayan ciddi bulantı-kusma, özofagus mukozasında yırtılmalara yol açarak, gastroentestinal sistem kanamalarına (Mallory Weis Sendromu) neden olabilir. İştahsızlık, konstipasyon, nadiren diyare, salya artışı, halsizlik, hipotansiyon ve ateş gibi şikayetler sıklıkla gözlenir. Hızlı bir kilo kaybı vardır, yüz çökmüş, cilt hafif, sıcak, kuru ve bozuk bir turgora sahiptir, ağız aseton kokar (1, 4, 8, 12, 59). Bu

şikayetleri büyük bir dikkat ve titizlikle gözleyen hemşire, hastanın bireysel ve obstetrik özelliklerini, aile bireyleri ile ilişkilerini kapsamlı bir öykü ile belirleyip, özellikle kusmaların başlangıcını, sıklığını, niteliğini ve bu şikayetin günlük yaşam biçimini etkileme durumunu kaydeder. Gebenin şimdiki kilosunu alıp, önceki kilosu ile karşılaştırır. Günlük tükettiği besinler ve aktivite durumunu detaylı olarak değerlendirir (2, 3, 5, 10).

Hızlanan kilo kaybı ile birlikte, bitkinlik, dehidratasyon, ateş, sıvı-elektrolit dengesizliği, vitamin eksikliği ve ketozis gelişir. İdrarda aseton, ürik asit, üre ve nitrojen düzeyleri artmıştır. Aşırı sıvı kaybı sonucu hematokrit düzeyi yükselmiş, serum protein, sodyum, potasyum ve klorid düzeyleri azalmıştır. Tendon refleksleri yoktur, retinada kanamalar sonucu görme bozukluğu başlayabilir. Sıvı-elektrolit dengesi bazen asidoz, bazen alkoloz arasında değişir. Buna bağlı olarak aritmi, şuur bulanıklığı ve sinir sistemi bozuklukları görülebilir (1, 2, 3). Hemşire bu semptomları değerlendirebilmesi için mesleki bilgi, beceri ve deneyimlerini kullanmalı, tıbbi kayıtlarda yer alan laboratuvar verilerinden yararlanmalı, hastanın hayati bulgularını ve genel durumunu reflekslerini değerlendirmelidir.

Psikik etkenler hiperemezis gravidadrumun ortaya çıkışını kolaylaştırdığı gelişim ve seyrinde risk faktörü oluşturduğu unutulmamalıdır. Yapılan çalışmalarda hiperemezisli gebelerde yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon görüldüğü vurgulanmaktadır.

Bu bağlamda hemşire hastasına yumuşak, sevecen ve samimi bir yaklaşımla onun güvenini kazanmayı başarmalıdır. Görüşme sırasında duygularını ifade etmesine fırsat vermeli, hastanın sosyo-kültürel ve ekonomik düzeyini, gebelik, doğum ve loğusalıkla ilgili bilgi durumunu, kendi ve ailesinin gebelikle ilgili duygu ve düşüncelerini değerlendirmelidir.

Hemşire, topladığı tüm bilgileri yorumlayarak bakım gereksinimlerini yani hemşirelik sorunlarını saptar ve kaydeder. Ancak bu sorunları, hastası ile birlikte, onun aktif katılımını sağlayarak saptaması ve öncelik durumuna göre sıralaması gerekir.

Tanılama aşamasının sonunda hemşire hiperemezisli gebenin bakım planını şu temel sorular çerçevesinde ele alır.

- Aşırı kusmalar ve yetersiz beslenmeden dolayı gelişen sıvı-elektrolit denge bozukluğu,
- Aşırı bulantı ve kusma sonucu cilt ve mukoza bütünlüğünün bozulması,
- Gebelik ve anneliğe ilişkin psikolojik bozukluklarla başa çıkmada bireysel yetersizlik,
- Bunlara ilave olarak annenin beslenmesindeki yetersizlik ya da sapmaların fetüs üzerinde yarattığı olumsuz etkiler.

Hemşirenin Planlama ve Uygulama Aşamalarına Yönelik Sorumlulukları

Hiperemezis gravidarum, gebeliğin terapötik olarak sonlandırılmasına ve nadiren anne-fetüs ölümlerine neden olabileceği için tedavi ve bakımda hızlı davranmak gereklidir.

Hasta, temiz, serin, bol oksijenli bir ortamda kesin yatak istirahatine alınmalı, gerektiğinde ziyaretçi sayısı kısıtlanarak, çevre güvenliği sağlanmalıdır. Terletmeyen,

sıkmayan rahat giysiler giymesine yardımcı olunmalıdır. Dört saatte bir hayati bulguları alınarak kaydedilmelidir. Kusma duruncaya kadar oral beslenme sınırlandırılarak reçete edilen IV tedavi başlatılmalı, ilaçlar zamanında uygulanmalıdır. Kusma dahil aldığı-çıkardığı sıvı miktarı takip edilmeli ve gebenin vücut ağırlığı hergün aynı saatte ve aynı giysilerle alınıp kaydedilmelidir. Kusma durduğunda az miktarda ve sık aralıklarla uygun bir diyetle oral beslenmeye başlanmalı. İlk gıda alımı başarısızlıkla sonuçlanmışsa, ısrarlı olunmamalı, kısa bir süre için tekrar IV beslenmeye devam edilmelidir. Çünkü, hiperemesis total parenteral beslenmeyi gerektiren, bir hazım sistemi iflasi olarak tanımlayan birçok araştırmacıya göre bu hastalık, öncelikle annede protein-enerji malnutrisyonuna ve buna bağlı olarak fetüste de, intrauterin gelişme geriliğine neden olabilmektedir (4, 10, 11, 13).

Hiperemesis gravidarumun akut evresi geçirilip sıvı-elektrolit dengesi düzeltildiğinde, beslenme alışkanlıklarının değiştirilebilmesi için plan yapılmalıdır. Schulman, akut metabolik ve elektrolit bozuklukları stabilize edildikten sonra hiperemesis gravidarum için beslenme planını ilk öneren bilim adamları arasında yer almaktadır. Beslenme planında hedefler, bulantı-kusmayı en aza indirecek, gözlenen maternal besin tüketimini ve fetus için ilave gereksinimi karşılayacak beslenme stratejileri üzerinde toplanmalıdır. Hiperemesis geleneksel diyet yaklaşımı, sıvı toleransı geliştikens onra, yağdan fakir, karbonhidrat yönünden zengin gıdaların, küçük porsiyonlarda sık aralıklarla verilmesidir. Hiperemesisli gebenin yeniden beslenmeye başladığı dönemde farklı diyet rejimlerini sistematik ve ayrıntılı şekilde karşılaştıran araştırmalar yapılmamış olmakla birlikte, sağlık ekibi üyelerinin çoğu, mantıklı bilimsel dayanakları olan geleneksel yaklaşımı kabul etmektedir (10, 13).

Hiperemesis gravidarumda geleneksel diyet yaklaşımı yiyeceklerin, yüksek karbonhidrat içeren gıdalardan oluşması, iki saatlik aralarla beş-altı öğüne bölünerek verilmesi esasına dayanır. Bu doğrultuda gebelerin yataktan kalkar kalkmaz, tost, kraker, tuzlu bisküvi yemesi, kahvaltısını yatağında yapması, et, yağda kızarmış ve baharatlı yiyeceklerden kaçınması uygun olacaktır. Protein gereksiniminin karşılanması için tavuk ve balık etlerinden yararlanılmalıdır. Bulantı-kusmayı arttırabileceği düşüncesiyle önerilen sıvı ve katı gıdaların aynı anda verilmesine, sıvı gıdaların yemeklerden yarım ile bir saat önce veya sonra verilmemesine dikkat edilmelidir. Ayrıca ılık içecekler bulantı hissini uyuracağından, sıvıları soğuk veya sıcak olarak almasına özen gösterilmelidir (2, 3, 11, 13). Hemşirenin diyetle ilgili bu önlemlerin yanı sıra unutmaması gereken bir başka konu da hastaya sunulan yemek servisi ile ilgilidir. Bu servisin, iştah açıcı görünümde olması ve yemek biter bitmez tepsinin hemen odadan çıkarılması gerekir.

Hiperemesisli gebede aşırı kusma ve dehidratasyon sonucu cilt ve mukoza bütünlüğünün bozulabileceği göz önünde tutularak, sık sık ağız bakımı verilmeli, ağız mukozası lezyon yönünden kontrol edilmelidir. Kişisel hijyenik gereksinimlerinin karşılanmasında yumuşak sabun kullanılmasına özen gösterilmelidir. Sık sık pozisyon değiştirilmeli, koşullar uygunsa mobilize edilmelidir. Cilt bütünlüğü ve ağız hijyeninin sağlanabilmesi için gerekli olan koruyucu uygulamalar hakkında bilgi verilmelidir.

Gebe, yetersiz beslenme sonucu fetal distres, intrauterin gelişme geriliği ve fetal anomali bakımından risk altındadır. Sık aralıklarla ÇKS kontrol edilmeli, anne, ultrasonografi ve diğer tanılama yöntemleri için hazırlanmalıdır.

Hemşirenin Değerlendirme Aşamasına Yönelik Sorumlulukları

Bu aşamada hemşire verdiği bakımın etkinliğini, amacına ulaşip ulaşmadığını değerlendirir. Hiperemesisli gebenin;

- Bulantı-kusması durmuş,
- Sıvı-elektrolit dengesi düzenlenmiş,
- Sıvı ve katı gıdalara karşı toleransı geliştirilmiş,
- Hayati bulguları ve laboratuvar verileri normal sınırlara kavuşabilmiş,
- Kilo alımı başlamış,

• Emosyonel sorunları azaltılmış ve bu sorunlarla başa çıkma yeteneği kazandırılmış ise verilen bakım amacına ulaşmış olur. Ancak hastaneden ayrılan hiperemesisli gebenin izlemi, doğum eylemine kadar sürmeli, ev ortamına uyum düzeyi değerlendirilmeli, sorunuyla başa çıkma çabasında yalnız olmadığı hissettirilmelidir. Ev ortamında aynı ilgi ve yakın desteği, aile bireylerinden görübilmesi için, sadece hiperemesisli gebenin değil, aile merkezli bir yaklaşımın ne kadar gerekli olduğu aşikardır.

ÖZET

Gebeliğin erken haftalarında, bulantı, kusma, iştahsızlık ve kilo kaybı ile karakterize belirtiler Hiperemesis Gravidarum tanısı almaktadır. Etiyolojisinde birçok faktörün rol oynadığı ileri sürülen bu hastalığın kesin nedeni henüz aydınlatılamamıştır. Son yıllarda psikolojik faktörlerin etiyojide önemli rol oynadığı görüşü giderek önem kazanmaktadır.

Hiperemesisli gebenin sorunlarıyla başa çıkma çabasında, tıbbi tedavinin yanı sıra hastanın psiko-sosyal faktörlerinin gözönünde bulundurulması, kapsamlı bir hemşirelik yaklaşımı uygulanması gereklidir.

SUMMARY*Hyperemesis Gravidarum and Nursing Approach :*

In early stage of pregnancy that called, hyperemesis gravidarum is characterised by lost of weight, vomiting and noisea.

At the etiology, many factors take place in the hyperemesis gravidarum's.

Untill quite recently psychological factors taken very important roles at the etiology of the hyperemesis gravidarum.

As well as medical approach in the coping of hyperemesis the psyo-social factors and comprehensive nursing approach has been planed to treat the hyperemesis gravidarum.

KAYNAKLAR

1. Arısan, K.: *Doğum Bilgisi*, Çeltüt Mat. San. ve Tic. A.Ş. İstanbul, 2. Baskı (1984).

2. **Beischer, M.:** *Obstetrics and the Newborn*. W.E. Saunders Co., London, 2 nd ed. (1986).
3. **Bobak, I.M., Jensen, M.D.:** *Essentials of Maternity Nursing*. The Cav. Mosby Co., Toronto, 3 th ed. (1991).
4. **Boyce, R.A.:** Enteral nutrition in hyperemesis gravidarum : A new development, *J Am Diet Assoc*, 92:733 (1992).
5. **Carrol, S.C.:** *Hyperemesis Gravidarum Manuel of Clinical Problems in Obstetrics and Gynecology*. Little Brown Co., Boston, 3 th ed, (1990).
6. **Chin, R.K.:** Hyperemesis gravidarum and fetal growth retardation, *Am J Obstet Gynecol*, 162:1349, (1990).
7. **Fairweather, D.V.:** Nausea and vomiting in pregnancy, *Am J Obstet Gynecol*, 102:135, (1968).
8. **Ferla, J.J.:** Psychologic and behavioral factors in hyperemesis gravidarum, *Am J Obstet Gynecol*, 159:523 (1988).
9. **Godsey, R.K., Newman, R.B.:** Hyperemesis gravidarum. A comparison of single and multiple admissions, *J Reprod Med*, 36:287, (1991).
10. **Gross, S., Librach, C., Cecutti, A.:** Maternal weight loss associated with hyperemesis gravidarum : A predictor of fetal outcome, *Am J Obstet Gynecol*, 160:906, (1989).
11. **Levine, M.G., Esser, D.:** Total parenteral nutrition for the treatment of severe hyperemesis gravidarum : maternal nutritional effects and fetal outcome, *Obstet Gynecol*, 72:102, (1988).
12. **Mallakh, R.S., Liebowitz, N.R., Itale, M.S.:** Hyperemesis gravidarum as conversion disorders, *J Nerv Ment Dis*, 178:655, (1990).
13. **Schulman, P.K.:** Hyperemesis gravidarum : an approach to the nutritional aspects of care, *J Am Diet Assoc*, 80:577, (1982).