

T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DOĞUM VE KADIN HASTALIKLARI

HEMŞİRELİĞİ ANA BİLİM DALI

Tez Yöneticisi : Yard.Doç.Nevin HÖTUN ŞAHİN

# EKLAMPSİLİ HASTALARA BAKIM VEREN HEMŞİRELERDE DOĞRU HEMŞİRELİK TANILAMASINDA EĞİTİMİN ETKİNLİĞİ

T.C. YÜKSEKÖĞRETİM KURULU  
DOKÜMANTASYON MERKEZİ

103293

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NURGÜL TURGUT

103293

İSTANBUL - 2000

# İÇİNDEKİLER

	SAYFA NO
<b>1. GİRİŞ</b> .....	1
1.1. Çalışmanın Amacı .....	3 – 4
<b>2. GENEL BİLGİLER</b> .....	5
2.1. Gebelikte Hipertansiyon Ve Pre-Eklampsi .....	5
2.1.1. Risk Faktörleri Ve Sıklık .....	6 – 7
2.1.2. Fizyopatoloji .....	7 – 11
2.1.3. Belirti Ve Semptomlar .....	12 – 14
2.1.4. Pre-Eklampsinin Derecelendirilmesi .....	14 – 15
2.2. Pre-Eklampside Tedavi Ve Hemşirelik Bakımı .....	16 – 28
2.3. Eklampsi Ve Acil Hemşirelik Bakımı.....	29 – 32
2.4. Ağır Preeklampside Standart Hemşirelik Bakım Planı .....	32 – 44
<b>3. MATERYAL VE METOD</b> .....	45
3.1. Araştırmanın Tipi .....	45
3.2. Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman .....	45
3.3. Araştırmanın Evreni Ve Örneklemi .....	46
3.4. Verilerin Toplanması .....	46
3.4.1.Uygulama .....	47 – 48
3.5. Verilerin Değerlendirmesi .....	48
<b>4. BULGULAR</b> .....	49
4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular .....	49 – 52
4.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Aldıkları Bilgi Puanları ve Belirledikleri Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulgular .....	53 – 60
4.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Belirledikleri Doğru Hemşirelik Tanıları İle İlişkisine Dair Bulgular .....	60 – 63
<b>5. TARTIŞMA</b> .....	64
5.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Verilerin Tartışılması .....	65 – 67
5.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Aldıkları Bilgi Puanları Ve Belirledikleri Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulguların Tartışılması .....	67 – 73
5.3. Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Belirledikleri Hemşirelik Tanıları İle İlişkisinin Tartışılması .....	73 – 77
<b>6. SONUÇ VE ÖNERİLER</b> .....	78
6.1. Sonuçlar .....	78 – 80
6.2. Öneriler .....	81 – 82
<b>7. ÖZET / SUMMARY</b> .....	83 – 88
<b>8.KAYNAKLAR</b> .....	89 – 94
Ek –1 .....	95
Ek –2 .....	96 – 97
Ek –3.....	98 – 99
Ek –4 .....	100 – 101
Ek –5 .....	102 – 114

**ÖZGEÇMİŞ** .....

## 1.Giriş

PIH (Pregnancy Induced Hypertension) daha önceleri normal sınırlarda olan kan basıncının gebeliğin II.yarisında 140/90mm/Hg'nin üstüne çıkması ile görülen bir durumdur.Proteinüri ve ödemin eşlik ettiği PIH'a ise pre-eklampsi adı verilir.Eklampsi,pre-eklampsi'nin tedavi edilmediği ya da geç kalındığı durumlarda görülen, patolojik sürecin beyin dokusunu da kapsamıyla ortaya çıkan,tonik klonik tarzda konvülsüyon ve koma ile karakterize bir durumdur. Eklampsi nöbetleri antepartum, intrapartum ya da postpartum periyotta meydana gelebilir. PIH'ın nedeni genel vazospazm'dır. Vazospazm'ın nedeni kesin olarak bilinmemektedir. Vazospazm sonucunda kan akışı engellenir ve kan basıncı yükselir. Böbrekler , beyin , karaciğer ve plasenta gibi hayati organların kanlanması azalır. Böylece bu organların az kanlanmasına ilişkin bulgular meydana geldiğinde de hastalığın klinik tablosu oluşur (8,14,22,24,33,36,41,46,62,63,65,67,69,77,83).

Eklampsi, konvülsüyon ve koma ile karakterize bir durumdur.Eklampsi krizi,serebral hemoraji,dekolman plasenta,ağır mental hipoksinin eşlik ettiği acil müdahale gerektiren bir tablodur.Gerekli girişimler acilen yapılmazsa gebe ve bebeğin hayatına malolabilecek çok ciddi komplikasyonlar meydana gelebilir (8,16,22,36,73).

İşte bu denli ciddi bir tablo oluşturan eklampsinin bakım ve tedavisi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. Eklampsinin bu karmaşık klinik tablosunda pek çok faktörün bulunması ekip çalışmasını zorunlu kılar (80).

Gebe ve fetüs sağlığının risk altında kaldığı preeklampsi/eklampsi durumunda hemşirelik disiplininin üstlendiği rol çok önemlidir. Çünkü eklampsinin bakım ve tedavisinde medikal tedavinin yanısıra,gebe ve bebeğin sağlığının korunması ve sürdürülmesi,gebeliğin devamı ve sağlıklı doğumun gerçekleştirilmesi gebe

ve fetüsün sorunlarının acilen tanılanıp uygun hemşirelik girişimlerinin uygulanmasına bağlıdır (8,24,29,47,77).

Hemşirelik süreci;sağlıklı/hasta bireyin ,ailenin ve toplumun sağlık bakımı için sağlık tanılması ile veri toplama,geçerliliğini sağlama, verileri sınıflandırma ile gereksinim ve sorunları belirleme sonucu hemşirelik tanısı koyma,hemşirelik tanıları doğrultusunda bakımı planlama ve girişimleri uygulamanın sonucunda , bakım planının amacına ulaşma derecesini değerlendirme aşamalarını içeren sistematik bir yaklaşımdır ( 4,12,15,34,54,59,64,81,82).

Bu sistematik yaklaşımın ilk adımı olan hemşirelik tanıları hemşirelik uygulama alanındaki hemşirelik girişimi gerektiren olayları açıklarlar. **Hemşirelik tanıları**, profesyonel hemşirelik bakımının merkezi olup sağlığa olan katkı ve yükümlülüklerin göstergeleridir. Her hemşire servisindeki bakım planlarının geliştirilmesindeki temel **hemşirelik tanısı** olduğunu ve hasta bakımının kalitesinin ve değerinin de bununla ilişkili olduğunu bilmelidir (4,8,12,15,24,27,29,39,47,59,64,77).

Bu bilimsel süreçte hemşireler, hastanın durumunu belirleyen hemşirelik tanılarını koyamadıklarında doğal olarak uygun girişimleri planlayamaz.Oysa uygun bakımı belirlemek hemşirenin sorumluluğu olduğu kadar yasal ve etik bir görevidir.Ciddi ve acil yaklaşım gerektiren eklampsili olgularda doğru ve çabuk tanı koymak gebe ve bebek sağlığı için hayati önem taşır.Eklampsi vakalarında uygulanan medikal tedavinin yanısıra asıl önem taşıyan gebe ve fetüsün durumunun yakından gözlenerek ve gerekli hemşirelik girişimleri ile iyilik hallerinin sürekliliğinin sağlanması ve olabilecek komplikasyonlardan korunmalarıdır.Tüm bu şartlar hemşirelerin koyacağı doğru tanılarla geçerlilik kazanacaktır (4,11,30,35,64).

Kuzey Amerika Hemşirelik Tanıları Birliği (NANDA) geliştirdiği hemşirelik tanıları ile hem hemşirelik eğitiminde hem de hemşirelik uygulamasında hemşireler

arasında evrensel bir dil oluşturarak iletişimi kolaylaştıracağı, böylece hizmette kalitenin elde edileceği görüşündedir (4,15,52).

Bu bilimsel yöntem,bir yandan okullarda meslek adaylarına öğretilirken,diğer yandan uygulama alanlarında hizmet içi programlarla meslek üyelerine ulaştırılır. Bu yaklaşımlar hizmetin kalitesini yükseltebilir.Ancak hemşirelik sürecinin ülkemizde yeterince benimsenip uygulandığı söylenemez.Ülkemizde hemşirelik yüksekokulları üniversiter düzeyde eğitimlerinde akılcı yaklaşımı benimsemelerine rağmen bu eğitimi alan hemşirelerin uygulama alanlarında çağdaş yaklaşımlara uygun hizmet vermedikleri de gözlenmektedir (2,4,7,13,20,23,31,57,79,84).

Tanı aşaması aslında hemşirelik bakımında, görevlerin belirleyicisi niteliği ile oldukça büyük bir önem taşımaktadır.Bu nedenle hemşirelik tanıları meslek aday ve mensuplarına öğretilerek bu bilginin bakım ve diğer işlevlerine aktarılması sağlanmalıdır (4,52).

## **1.1.Çalışmanın Amacı**

Ağır preeklampsili bir gebenin evde bakımı mümkün olmadığından hastane şartlarında tedavisi ve bakımı zorunludur. Bakım dendiğinde akla gelen ve sağlık ekibinin önemli bir üyesi olan hemşireler,gebe ve fetüsün sağlığını yakından izleyerek doğru tanılama ile gerekli bakımı sağlarlar.Eklampsili bir hastada acilen doğru tanılama ve bakımı planlama hayati önem taşır.

Bu araştırma eklampsili hastalara bakım veren hemşirelerde gebenin ve fetüsün bakım gereksinimlerini saptayarak hemşirelik tanısı koyabilmelerinde ; hizmet içi eğitim yolu ile tanı koyma bilgi ve becerilerinde oluşan değişimi belirlemek amacı ile planlanmıştır.Çalışmamız tanımlayıcı ve uygulamalı amaca yönelik prospektif ve deneysel araştırma özelliğindedir.

### **Çalışmanın varsayımları :**

1.Eklampsili hastaya doğru hemşirelik tanısı koyan hemşirenin verdiği bakım daha niteliklidir. Bu nitelikli bakım, gebelikte hipertansif durumlar da (preeklampsi / eklampsi) gebe,fetüs ve yenidoğan'ın mortalite ve morbiditesini azaltır.

2.Tüm hemşirelik uygulamalarında olduğu gibi eklampsili hastanın bakımında da hemşirelik tanılması bakımın kalitesi ve niteliği açısından hemşirelik sürecinin vazgeçilmez bir aşamasıdır.

3.Uygulama alanındaki hemşireler hemşirelik tanıları konusunda yeterli ve doğru bilgiye sahip değildirler.

4.Doğru hemşirelik tanılması öğretilip,öğrenilebilen bir süreçtir.

## 2. GENEL BİLGİLER

### 2.1. Gebelikte Hipertansiyon Ve Pre-Eklampsi

Gebelikte görülen hipertansif durumlar (pre-eklampsi/eklampsi) günümüzde halen hem gebe hem de fetüsün mortalite ve morbiditesinde önemli bir yer kapsamaktadır (85).

Bugün gebelikte hipertansif durumların sınıflandırılmasında Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Koleji (ACOG) terminoloji komitesinin hazırladığı sistem tüm dünyada kullanılmaktadır. Tablo I. de bu sınıflandırma verilmiştir (16,26,33,46,49,69,70).

**Tablo I : Gebelikte Hipertansif Durumların Sınıflandırılması**

1	Gebeliğin Uyardığı Hipertansiyon	PIH (Pregnancy Induced Hipertansion): Hipertansiyon gelişmesi, yani daha önceleri normal sınırlarda olan kan basıncının gebeliğin II. Yarısında 140/90 mm/Hg'nin üzerinde olmasıdır.
	-Pre-eklampsi	Proteinüri ve ödeminde eşlik ettiği PIH tipidir.
	-Eklampsi	Pre-eklampsi tablosuna maternal konvülsüyonlarında eklendiği durum.
2	Kronik Hipertansiyon	Gebeliğin 20. haftasından önce hipertansiyon durumunun varlığı.
3	Kronik Hipertansiyon zemininde oluşan Pre-eklampsi	Önceden varolan hipertansiyonun proteinüri ve genel ödem eklenerek artması.
4	Geçici Hipertansiyon	Gebelik sırasında proteinüri ve ödem olmaksızın kan basıncının yükselmesi.

(16,33,36,69,70).

### 2.1.1. Risk Faktörleri ve Sıklık

Perinatal mortalitenin ve fetal gelişme geriliğinin en büyük nedenlerinden biri olan PIH nispeten gebeliğin 2.trimesterinde yaygındır.

PIH'ın nedeni bilinmemesine rağmen kadınlarda PIH'ın (tüm ırklarda ve bütün sosyoekonomik düzeydeki insanlarda görülebilmemesine rağmen) ortaya çıkmasına neden olan pek çok risk faktörü vardır. Ancak bazı gruplarda spesifiktir. Yaşı 18'in altında ve 35'in üstündeki primigravidalar, çoğul gebelik , polihidroamnios , multigravida, iri fetüs, hidrops fetalis gibi gebelik özelliklerinde görülme sıklığı artar. Yine gebenin önceki doğumlarında PIH veya aile anamnezinde PIH öyküsü varsa, gebede kronik hipertansiyon , diyabet , kronik böbrek hastalığı ,Rh uygunsuzluğu varsa risk artar.Düşük sosyoekonomik düzey,kötü beslenme,vitamin eksikliği , obezite,yetersiz antenatal bakım alma gibi sosyo kültürel faktörlerde insidansı artırır.Yapılan çalışmalar ,antifosfolipit sendrom,anjyotensinojen gen T235,hemodilüsyon demonstrasyonunda bozukluk,trisomi 13 gibi bazı immünolojik faktörlerde PIH'ın görülme riskinin arttığını göstermiştir.Özellikle güney ülkeleri, sıcak iklimlerde ve Kafkasya dışındaki bölgelerde de PIH'ın sıklığı artar (5,6,22,33,36,38,49,65,67,70,76,77,78).

PIH tüm gebeliklerin yaklaşık %5'inde görülmektedir. ABD'de yılda doğum yapan 4 milyon kadının %5'inde hipertansif hastalık görüldüğü bildirilmiştir. Ülkemizde gebeliğin hipertansif hastalığının tüm doğumlara oranının %3.9-15.1 arasında olduğu yine ülkemizde tüm gebeliklerin %7'sinde PIH geliştiği ileri sürülmektedir (8,10,22,76,77).

Eklampsi prevalansı Avrupa'daki gelişmiş ülkelerde 2000 doğumda 1 olarak bildirilmektedir. Gelişmemiş ülkelerde ise bu oranın 100'de 1 ile 1700'de 1 arasında olduğu yayınlanmıştır. WHO'nun yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre, çeşitli ülkelerde saptanan pre-eklampsi-eklampsi oranları Tablo II'de gösterilmiştir (8).

**Tablo II. Çeşitli Ülkelerin Preeklampsi-Eklampsi Oranları (WHO-1988)**

Ülke	Preeklampsi Oranı (1000 doğumda)	Eklampsi Oranı (1000 doğumda)
Mısır	7.1	6-9
Etiyopya	0.9-1.0	0.1
Almanya	10.7-24.0	0.2-4.1
Hindistan	7-8	10.0-12.0
İtalya	2.0-8.3	0.1-8.4
Kuveyt	-	2.3
Nijerya	1.0-16.4	4.08-10.6
Senegal	4.8	5.6
İsviçre	7.4-8.0	0.5-1.8
ABD	3.6-31.4	0.4-9.9
Venezuela	0.3-6.5	0-4.1

(8)

### 2.1.2. Fizyopatoloji

Pre-eklampsi ve eklampsinin fizyopatolojisinin anlaşılması hem bakımın tıbbi yönünü hem de hemşirelik girişimlerini anlamada önemlidir (77).

Pre-eklampside fetomaternal immunolojik uyumda henüz nedeni bilinmeyen bir bozukluk sonucu, trofoblast invazyonu bozulmakta ve spiral arterlerin normalde oluşan dilatasyonu gerçekleşmemektedir. Normal gebelikteki değişiklikler Tablo III'de verilmiştir (8,10,16,47).

**Tablo III. Normal Gebelikteki Değişiklikler**

**KARDIOVASKÜLER**

Total kan volümü ↑

Hemoglobin ve hematokrit ↓ (fizyolojik anemi)

Total periferel dirençte ↓

Vasküler düz kaslarda gevşeme olur.

Kardiak output ↑

Pıhtılaşma faktörleri ↑

Plazma kolloid osmotik basınç ↓

Vanöz kapiller hidrostatik basınç ↓

↓

(Fizyolojik Ödem)

**RENAL**

GFR ve renal plazma akımı ↑

**ENDOKRİN**

Östrojen yapımı ↑ sonucu

Renin-anjiotensin II-aldosteron sekresyonu ↑

Progesteron yapımı ↑ bu da aldosteron etkisini bloke eder (hafif Na ↓)

Vazodilatatör etkili prostoglandin anjiotensin II'ye karşı direnç artışına sebep olur (kan basıncında hafif azalma ↓)

(11,17,48).

PIH'ın nedeni genel vazospazmdir. Vazospazmın nedeni ise bilinmemektedir. Ancak fizyolojik süreçlerden bazıları bilinmektedir (35,77).

Normal gebelikte vasküler volümde önemli bir artış vardır. Bunun sonucunda renin üretimi artar. Bu faktörlere rağmen kan basıncı normal gebelerde yükselmez, çünkü gebe kadınlarda vazodilatatör gibi görev yapan prostoglandinler anjiotensin II'nin etkilerine karşı bir direnç oluşturur. Neticede normal gebelikte periferel

vasküler direnç azalır ve kan basıncı normal sınırlarda kalır. Tablo IV'de normal gebelikte ve PIH'ta kan basıncı değişimi verilmiştir (17,36,56,70).

**Tablo IV. Normal Gebelikte ve PIH'ta Kan Basıncı Değişimi**

Parametreler	Normal Gebelikte	PIH'ta
Kan volümü	Artar	artar
Kalp hızı	Artar	Çok az artar
Kardiak output	Artar	Değişmez
Periferel rezistans	Azalır	artar
Kan basıncı	Azalır	artar

(56).

PIH'ta total periferel vasküler direnç artar, bazı kadınlarda prostasiklin ve prostoglandin ( $PGE_2$ ) gibi vazodilatatörlerin azalması, tromboxan gibi vazokonstrüktörlerin artması nedeniyle anjiotensin II'ye duyarlılığın arttığına inanılmaktadır.

Dokular kendi kan akımını regüle edebilirler, bu otheregölasyon olarak bilinir. Yine de kan basıncı otheregölasyonun fonksiyon göremeyeceği düzeyde yükselebilir. Bu olduğunda sıkı endotelial bağlar açılır, plazma ve eritrositler extra vasküler boşluğa kaçar, bu da peteşial kanama veya büyük kranial kanamalara neden olabilir (49).

Vazospazm, damarların çaplarını daraltır, bunun sonucunda endotelial damar hasarı oluşur, kan akışı engellenir ve kan basıncı yükselir. Böylece böbreklere, karaciğere, beyne ve plasentaya giden kan miktarı azalır. PIH'ta vazokonstrüksiyona bağlı fizyolojik süreç Tablo V'te verilmiştir.

**Tablo V. Eklampsinin Fizyopatolojisi**  
**Vazospazm Kan Basıncında Yükselme**  
**Tüm Organlara Giden Kan Miktarında Azalma**

<b>BÖBREKLER</b>	<b>KARACİĞER</b>	<b>BEYİN</b>	<b>PLASENTA</b>
Renal perfüzyon azalır	Fonksiyon bozukluğu	Serebral hipoksi ve ödem	Fetal hipoksi
GFR azalır	Supraselüler hemoraji	Küçük serebral hemorajiler	Asidoz
Kanda nitrojen artar	Hepatik ödem	Serebral iritabilite	Mentalretardasyon
Ure artar	Hemorajik nekroz	Hiperrefleksia	Beslenmede azalma IUGR
Kreatinin artar	K.c. enzimlerinde artma	Şiddetli baş ağrısı	Dekolman plasenta
Ürik asit artar	Hepatik kapsüde gerilme	Maternal konvülsiyon	
Glomerul hasarı olur	Sağ üst kadranda ağrı		
Permabilite artar			
Kolloid osmotik basınç azalır			
İnterisyel boşluklara sıvı geçişi olur			
Ödem artar			
Hipovolemi olur			
Hemotokrit artar			
Anjiyotensin II artar (vazospazm)			
Aldosteron artar (su retansiyonu)			
İdrar miktarı azalır			
Ödem sonucu sinirlere bası,el ve ayaklarda karıncalanma			
Retina ödemi çift görme gözde uçuşmalar,fotofobi,bulanık görme			

(36).

**Böbrekler:** Azalan renal perfüzyon glomerul filtrasyon hızının azalmasına neden olur ve kanda nitrojen, üre, kreatinin ve ürik asit seviyeleri yükselir. Böbreklere giden kanın azalması sonucunda glomerul hasarı meydana gelir ve permabilite artar bunu sonucu protein gibi büyük moleküller geçer. Bu da kolloid osmotik basıncı azaltır ve intertisyel boşluklara sıvı geçişine izin verir. Bu durumda ödem ve kandaki hemotokritin ve viskositenin artmasına yol açan hipovolemi oluşur. Hipovolemiye cevap olarak anjiotensin II ve aldosteron salgılanır, su ve sodyum retansiyonu oluşur. Anjiotensin II'nin fazla salgılanmasıyla vazospazm ve hipertansiyon, aldosteronun fazla salgılanmasıyla da su retansiyonu ve ödem daha da fazlaşır (36).

**Karaciğer:** Karaciğer de dolaşımın azalması ve karaciğer fonksiyon bozukluğu sonucu hepatik ödem ve hemorajik nekroz oluşur ve suprakapsüler hemorajiler olur. Maternal serumda karaciğer enzimlerinin yükselmesi ile bu durum paralellik gösterir (36).

**Beyin:** Beyin dokusunda perfüzyonun azalması serebral ödeme ve küçük serebral hemorajilere neden olur. Arteryal vazospazm ve serebral ödemin semptomları, görme bozuklukları ve gözde uçuşmalardır (36).

**Plasenta:** Azalan plasental dolaşım sonucunda plasental iskemi gerçekleşir. Bu da ablasyo plasenta riskini artırır. Bu durumdan direkt olarak etkilenen fetüste IUGR, hipoksi, mental retardasyon, vb. komplikasyonların gelişme riski çok artar (36).

### 2.1.3. Belirti Ve Semptomlar

Preeklampsi; gebeliğin 20. haftasından sonra görülen **hipertansiyon, proteinüri** ve **ödem** ile karakterize bir durumdur (22,36,65).

**Hipertansiyon:** Preeklampsinin ilk belirtisi genellikle hipertansiyondur. Normal gebelikte tansiyon ilk trimesterde değişmez, ikincide azalır, son trimesterde biraz artar. Kan basıncı 140/90 mmHg ve üzeri ise veya, sistolik kan basıncında 30 mmHg diastolik kan basıncında 15 mmHg'lik bir artış hipertansiyonun varlığını gösterir. Bu ölçümler 2 ya da daha fazla kez ve 6 saatlik dinlenme periyoduyla yapılmalıdır (22,33,36,49,65,70,71,77).

**Proteinüri:** Gebelikte proteinüri alt sınırı 300 mg/gün'dür. Preeklampside en son gelişen bulgu proteinüridir. Eklampsi proteinürisiz olabilir. Tek başına proteinüri eklampsi açısından anlamlı değildir. Hipertansiyonla birlikte olması fetal prognozu ve gebe sağlığını olumsuz etkiler Preeklampside yapılan iki çalışmada perinatal mortalite hızının proteinürili kadınlarda 3 kat fazla olduğu gözlenmiştir (22,33,36,49,65,77).

**Ödem:** Gebeliğe bağlı pretibial ödem normaldir. Ancak el ve yüzde görülen ödem normalden sapmayı gösterir. Gebelerde genel ödem ve sıvı retansiyonu nedeniyle ani kilo artışı dikkate alınmalıdır.

Ödemin tanısında kullanılan derecelendirme :

- Genelde ayak ve tibia üzerinde hafif ödem (+)
- Alt ekstremitelerde belirgin ödem (++)
- Yüz, el, göz kapağı ve karın duvarını ve sacrum bölgesini de kapsayan ödem (+++)
- İleri derecede hidrops durumu (++++...) diye değerlendirilir (22,33,36,49,65,77).

**Retinal Değişiklikler:** Preeklampitik gebelerin önemli bir bulgusu da göz dibi muayenesi ile ortaya konabilen retinal damarsal değişikliklerdir. Preeklampitik gebelerin %50'sinde retinal arterlerde spazm olur (33).

**Hiperreflexia:** Klinik olarak büyük önemi vardır. Birçok gebede derin tendon reflexleri önceki ölçümlere göre yükselir (33).

## **Semptomlar**

Erken preeklampside kadınların büyük bir kısmı asemptomatiktir. Bu semptomların ihmal edilmemesi için geç gebelikte kadınlar dikkatle izlenmelidir (33).

Serebral Semptomlar : Baş ağrısı, kulak çınlaması, solunum hızında değişiklikler, taşikardi, ateş.

Görsel Semptomlar : Diplopi, skotom (görme alanında noktasal yada bölgesel kayıplar olması), renkli görme, körlük.

Gastrointestinal Semptomlar : Bulantı, kusma, epigastrik ağrı, hematemez.

Renal Semptomlar : Oligüri, anüri, hematüri, hemoglobinüri (33).

Preeklampsi semptomları gebe ve bebek için iki nedenle çok tehlikelidir. Birincisi ilerleyebilir ve hızla gelişebilir ve ikincisi bu belirtiler gebe tarafından önemsenmeyebilir. Gebe semptomları farkedinceye kadar hastalık hızla ilerler ve tedavi için zaman kaybedilir, komplikasyonlar başlar (36).

Preeklampsinin fizyopatolojisinde birçok hayati organın azalan perfüzyonu ile sürecin başladığını belirtmiştik, işte bu semptomlar bu doğrultuda sürpriz değildir. Baş ağrısı, uyuşukluk, şuur bulanıklığı gibi semptomlar azalan serebral perfüzyona ve konvülsiyon olabileceğine işaret eder. Skotomdan körlüğe kadar gidebilen görsel semptomlar retinal arteriyel spazma ve ödeme bağlıdır (33,36).

El ve ayaklarda uyuşma ve karıncalanmalar, sıvı retansiyonuna bağlı medial veya ulnar sinir basısı ile oluşabilir. Karaciğerin kapsülünün gerilmesi, epigastrik ağrı oluşturur ve bu ağrı ile birlikte bazı mide semptomları da görülür (33,36).

Azalan idrar miktarı böbrek fonksiyonunun azaldığını gösterir ve akut böbrek yetmezliğine yol açabilir. Tüm bu semptomların bulunması ve şiddetlenmesi maternal konvülsüyonların yaklaştığını gösterir. Bu semptomların görülme sıklığı Tablo VI'de verilmiştir (33,36).

**Tablo VI. Ağır Preeklampside Semptomların Görülme Oranı**

<u>Semptom</u>	<u>Görülme Sıklığı (%)</u>
Baş ağrısı	83
Hipertonüs	80
Proteinüri	80
Ödem	60
Klonüs	46
Görsel bulgular	45
Epigastrik ağrı	20

(33).

#### **2.1.4. Pre-Eklampsi'nin Derecelendirilmesi**

Preeklampsi semptomların sıklık ve şiddetine göre hafif ve ağır olarak sınıflandırılır. Ancak hastalık hızla gelişebilir ve hafif preeklampsi kısa zamanda ağır preeklampsiye dönüşebilir. Tablo VII.'de bulgulara göre hafif ve ağır preeklampsi gösterilmiştir (17,22,26,36,65,69,70,71).

**Tablo VII. Pre-eklampsi'nin derecelendirilmesi.**

<b>Bulgular</b>	<b>Hafif Preeklampsi</b>	<b>Ağır Preeklampsi</b>
1. Diastolik kan basıncı	15-20 mmHg'lik bir artış varsa ya da 100>diastolik kan basıncı>90 mmHg ise	20 mmHg'nin üzerinde bir artış var ise ya da diastolik kan basıncı>100 ise
2. Proteinüri	Eser veya 1+ veya 300 mg/24 saat	2+ üzeri veya 5-10 g/L 24 st. ldrarda
3. Ödem	Dinlenmekle geçmeyen ancak çok hafif ödem 1+	Yaygın ödem 3+ Pulmoner ödem
4. Reflexler	3+ hiperreflexia mevcut. Ayak bileğinde kasılma yok	3+'nin üzerinde hiperreflexia ve ayak bileğinde kasılma
5. Üriner output	30 ml/saat ve üzerindedir	Oligüri: 30 ml/saat'ten az ya da 100 ml/4 saat output vardır.
6. Başağrısı	Geçici	Çok şiddetli
7. Görsel problemler	Yok	Bozuk görme, fotofobi, çift görme, gözde uçuşmalar, göz kararması
8. Epigastrik ağrı	Yok	Var
9. Karaciğer fonksiyon testleri	Normal	Yüksek
10. Serum kreatinini	Normal	Yüksek
11. Trombositopeni	Yok	Var
12. Hematokrit	Artar	Artar
13. Plasental perfüzyon	Azalır	Azalan perfüzyona bağlı IUGR ve geç deselerasyonlara neden olur

(17,18,22,26,36,65,69,70,71).

## **2.2. Preeklampside Tedavi ve Hemşirelik Bakımı**

### **PIH Gelişiminden Korunma**

Son yıllarda düşük doz aspirin (günde 40-100 mg) verilmesinin PIH'ı önlediği öne sürülmektedir (Pepke, 1991). Bu tedavinin mantığı aspirinin kan damarlarındaki endotelial hücrelerin hasarını önlemesine yardım ederek trombositlerin agregasyonunu azaltmasıdır. Buna ek olarak aspirin etkili bir vazokonstriktör olan tromboksan sentezini de baskılar (8,36,67).

PIH'ın önlenmesinde öne sürülen bir başka yol da diyetle kalsiyum eklenmesidir. Kalsiyum alan gebe kadınların, anjiyotensin II'nin reseptör etkisine daha az duyarlı olduklarına dair bazı kanıtlar vardır (36,67).

### **a) Hafif Preeklampside Tedavi**

Preeklampsi vakalarının çoğu, hafif bir hastalık tablosu gösterir. Fetüs henüz olgun değilse veya serviks induksiyona yatkın değilse, bu gebeler doğurtulmaz. Genellikle dinlenme ve izlemekten ibaret yaklaşım bu durumda en başarılısıdır ve evde veya hastanede yürütülebilir (67).

Bu koşullarda tedavinin amacı hipertansiyonun izlenip kontrol altında tutulması ve bu esnada fetus ile gebeye olumsuz bir ortamın yaratılmamasına özen gösterilmesidir. Tedavinin hedefleri kapsamında, fetusun olgunlaşmasını beklemek, neonatal morbidite ve mortaliteyi azaltır (67).

Gebe tedavinin gereklerini yerine getirebilmekteyse, hastalığın erken evrelerinde, hastaneye yatırılması gerekmez, fakat maternal ve fetal sağlık durumları sık değerlendirilmelidir (67).

Hafif pre- eklampsinin evde tedavisinde hemşireye düşen sorumluluk büyüktür.Hafif pre- eklampsili olan ve tedavisini evde sürdürecektir olan gebelere aktivite kısıtlaması,diyet , fetal hareketleri izlemesi ve antenatal kontrollere düzenli olarak gelmesi konusunda bilgi ve eğitim verilmesi hemşirenin sorumlulukları arasındadır.Pre- eklampsinin gelişmesi bebek bekleyen aile için büyük bir stres kaynağıdır.Hemşire gebenin durumunu açıklayarak gebenin gebelik rolüne nasıl uyum sağlayacağı konusunda bilgi vermeli ve aileye psikolojik destek sağlanmalıdır (55).

Evde bakımına karar verilen gebeye başlangıçta hastalık ve hastalığın gebe ve fetüs üzerine olan etkisi konusunda eğitim yapılır. Gebenin hastalığın ciddileştiğini gösteren belirtileri tanınması fetal hareketleri doğru olarak sayabilmesi ve ne zaman doktora başvuracağını bilmesi gerekir (77).

Gebenin idrarda proteinine bakması ve ağırlığını günlük olarak ölçmesi istenir. Ayrıca günlük olarak kan basıncının ölçülmesi , haftalık olarak NST'nin yapılması gerektiği açıklanır. Laboratuvar bulgularında da trombosit sayımı, ürik asit ve BUN, karaciğer enzimleri ve 24 saatlik idrarda total protein değerlerine bakılır (77).

Hafif preeklampside, tedavi hareket kısıtlaması, yeterli diyetin sağlanması ve fetal kontrol olmak üzere 3 ana başlık altında toplanabilir. Ve gebe özellikle bu konularda eğitilmelidir.

**Hareket Kısıtlaması:** Yatak istirahati uteroplantal kan akımını arttırmanın bir yoludur ve preeklampsinin tartışmasız tedavisini oluşturur. Gebeye mümkün olduğu kadar sol yan pozisyonda yatması söylenir. Vena kavadaki basınç azalacağından, kardiak dönüş artar, böylece hayati organların kanlanması artar, renal perfüzyon artar, anjiyotensin II seviyesi azalır, diürez artar, kan basıncı düşer. Kesin yatak istirahati nadiren gerekir. Fakat kan basınçları yüksek olan gebelerin aktivitelerini sınırlamaları ve gün içinde ayaklarını uzatabilecekleri bir zaman

ayrımları önerilir. Gebenin, sessiz ve sakin ortamlarda bulunması stresten ve gürültüden uzak durması önerilir (5,16,36).

**Diyet:** İdrarla atılan proteinin yerine konması için yüksek proteinli (1.5 g/kg) olarak düzenlenen diyet, aktivite intoleransı nedeniyle olası konstipasyonu önlemek ve hidrasyonu sürdürmek için yeterli miktarda sıvı ve lifli gıda içermelidir. Sodyum kısıtlaması artık önerilmemektedir. Gebeye yeterli sodyum içeren dengeli bir diyet alması, yüksek sodyum içeren (turşu, cips vb) yiyeceklerden sakınması önerilmelidir (6,36,76).

**Fetal Aktivite:** Evde tedavide gebenin fetal aktiviteyi izlemesi önemlidir. Gebeden günde 3 kez tok karnına 60 dakikalık periyodlar halinde fetusun hareketlerini sayması istenir. Eğer 60 dakikada hiç hareket yoksa, bir saat beklemesi tekrar saymaya başlaması söylenmelidir. Herhangi bir 4 saatlik periyodda hareket yoksa , bir önceki günden farklılık varsa veya hareketlerin sayısında azalma varsa hemen bildirilmelidir (36).

30-32. gebelik haftasından itibaren haftalık NST fetüsü değerlendirmek açısından yapılmalıdır. NST normal ise haftada bir tekrarlanır. Eğer test sonucunda fetal tehlike varsa CST ve biyofizik profil gibi ileri testler doktor tarafından istenmeli ve gebe hastaneye yatırılarak yakından izlenmelidir (36).

Hafif preeklampsi varlığında, düşük doz aspirin tedavisinin yararı yoktur (67).

Preeklampsi her zaman hızlı ilerlemez ve vakaların çoğunda, fetus olgunlaşana kadar gebelik girişimsiz yürütülebilir. Hastalığın ilerlediğine dair en ufak belirtide yatak istirahati sürdürülür. Hafif preeklampsi vakalarının erken ve düzenli perinatal bakım almaları maternal morbiditeyi azaltır (67).

## **b) Ağır Preeklampside Tedavi**

Şiddetli preeklampside doğum, gebe için daima uygun tedavidir, fakat fetus için aynı şey söylenemez (49).

Tedavinin amacı, konvülsiyonların önlenmesi, maternal kan basıncının kontrolü ve gebeliği bebeğin güvenle doğabileceği zamana kadar sürdürmektir (36,67).

Ağır preeklampside tedavi hastanede olmalıdır. Ağır preeklampside hastaneye yatma kriterleri aşağıda verilmiştir (43).

1. Hipertansiyon 150/100 mmHg ve üzeri ya da proteinüri 1 gr/24 h ve üstü.
2. Hipertansiyonun daha az derecesiyle birlikte şu belirtiler olursa;

- a. Proteinüri 1+ ya da daha çok
- b. Artmış ödem
- c. Oligüri ya da anüri
- d. Israrlı ya da şiddetli baş ağrısı
- e. Bulanık görme
- f. Bulantılı kusma
- g. Epigastrik ağrı

Evde bakımda olduğu gibi gebe hastanede de yatak istirahatine alınmalı, sessiz bir ortam sağlanmalıdır. Dış uyaranlar konvülsüyona neden olduğu için yasaklanmalıdır. Gebenin diyeti de yine evde bakımda olduğu gibi kaloriden ve proteinden zengin, sıvı ve sodyum içeren bir diyet olmalıdır. Aşırı tuzlu yiyeceklerden kaçınılır (36).

## **Ağır Preeklampside İlaçla Tedavi**

**Antikonvülsanlar:** Antikonvülsan tedavide ilk amaç ilacın gebe için kesinlikle güvenilir olmasıdır. Diğeri ise fetusa güvenli olması ve doğumdan sonra fetüsün ekstrauterin hayata uyum gösterebilmesidir. ABD dışındaki birçok merkezde profilaktik olarak antikonvülsanlar kullanılmaz. Ancak preeklampsiye yakalanma riski olan kadınlar yakından takip edilirler. Preeklampsinin hiçbir semptomu olmayan ve gebelik süresince sadece yüksek tansiyonu olan tüm kadınlara antikonvülsan tedavi verilmesi, ABD'de birçok araştırmacı tarafından kuvvetle tavsiye edilmektedir. İlaç olarak MgSO<sub>4</sub> önerilmektedir. Diğer antikolvülsan ilaçlar özellikle benzodiazapin türevi olanlar kullanılmamaktadır (33).

Klormethizole ve benzodiazepinlerin hipotoni, hipotermi ve yeni doğanda solunum depresyonu yaptığı kanıtlanmıştır. Ancak yine de pek çok ülkede bu ilaçların kullanımı devam etmektedir. Her şeye rağmen yenidoğan üzerine olan etkileri bu ilaçların profilaktik olarak kullanılmasının, kontrendike olduğunu göstermektedir(33).

## **Magnezyum Sülfat**

Magnezyum sülfatla 50 yıllık deneyim hem etkili hem de güvenli olduğunu göstermiştir. Preklamptik gebelerin profilaksisinde diğer ajanların üzerinde olan bir ilaçtır (33,49).

Magnezyum sülfat etkisinin tam mekanizması bilinmemektedir. Periferik etki göstererek nöromüsküler kavşakta salınan asetilkolin miktarını azaltır. Böylece noromüsküler transmisyonu durdurarak bir santral sinir sistemi depresanı olarak görev yapar. Ancak santral etki yaptığını gösterir belirtiler çok azdır. Diğer etkileri, IV yükleme sırasında geçici hafif hipotansiyon, aktif travayda uterin aktivitede, geçici hafif azalma, prematür travayda tokolitik etkidir (33,36,49).

Magnezyumun yayılma volümü, emiliminden daha yüksektir. Kemikler ve hücreler dahil olmak üzere bu iyonlar extraselüler sıvıya yayılır. Magnezyum geniş çapta proteine bağlı olmadan dolaşır ve idrarla atılır. Proksimal tübüllerden reabsorbe edilir ve maximum transporttan sonra atılım yükselir. Normal renal fonksiyonu olan gebelerde atılımın yarılanma ömrü 4 saattir (33).

Magnezyum bir antihipertansif değildir fakat kasları gevşetir ve vazokonstrüksiyonu azaltır. Vazokonstrüksiyonun azalması vital organlara giden kan miktarını artırır, plasental dolaşım artar. İntertisyel sıvı vasküler kompartımana doğru yer değiştirir. Böbreklere giden kan akımının artması diürezi artırır. Diüretikler intravasküler sıvı kaybına neden olduğu için önerilmez (36).

Magnezyumun en büyük avantajlarından biri, fetüse veya yenidoğana zarar vermeksizin, konvülsiyonların önlenmesinde güvenle kullanılabilmesidir. Fetal magnezyumun düzeyi normal gebelerle aynıdır, fetüste birikme olmaz, magnezyum fetüsün böbreklerinden atılır (36).

Magnezyum sülfat'ın serum düzeyindeki yükselişine karşılık olarak bazı semptomlar gelişebilir bunlar :

4 mg/dl ve üstü	.....	Konvülsiyonları önler
10-12 mg/dl	.....	Reflexler kaybolur.
12-15 mg/dl	.....	Solunum yavaşlar (16↓) ya da durur.
15 mg/dl ve üstü	.....	Kardiak arrest oluşabilir.

- Eğer önceki 4 saatte (MgSO<sub>4</sub> a başlanmadan) idrar çıkışı 100 ml'nin altında ise toksik etki oluşabilir.
- Fetüste bu toksik düzey solunumun belirgin bir biçimde azalmasına ve yenidoğanda hiporeflexiye neden olur (41).

**Dozaj:** Yaygın olarak iki şekilde kullanılmaktadır. İlk şekilde önce 4gr iki defada I.V olarak 2-4 dk. da verilir, arkasından 10 gr İM olarak ilave edilir. I.V kullanımında birlikte MgSO<sub>4</sub> serum konsantrasyonu hızla yükselir, ancak hızla düşmeye karşı da eğilimi vardır. I.V verilen MgSO<sub>4</sub> düşer düşmez İM verilenler serum renal fonksiyonunun kapasitesine bağlıdır. Her 4 saatte bir 5 gr MgSO<sub>4</sub> İM verilmesi tavsiye edilmektedir (33).

İM uygulamanın geniş hacimli olmasından dolayı ağırlı olması I.V. uygulamayı gündeme getirmiştir. Şu şekilde uygulanmaktadır. 2-4 gr MgSO<sub>4</sub>'ın 5 dakikada I.V. olarak verilmesinden sonra saatte 1g I.V olarak infüzyon şeklinde verilir. İnfüzyon hızı ise serum seviyelerine bakılarak ve renal fonksiyonlara göre ayarlanmalıdır. Eger yüksek doz ve özellikle apne söz konusu ise % 10 luk kalsium glukonat 3 dk da IV olarak verilir. Bu en etkili antidottur (22).

### **c) Ağır Pre-Eklampsi'de Hemşirelik Bakımı**

Bakımda amaç,pre-eklampsi/eklampsinin kötü etkilerinden gebe ve bebeği korumak,eklampsi nöbetlerinin tıbbi tedavi planı ile önlenmesini desteklemek,gebe ve ailesine destek olup eğitmektir (76).

Pre-eklampsinin başarılı olarak tedavi edilmesi için en önemli komponentlerden biri hemşirelik değerlendirmesidir.Hastalığın tedaviye cevap verip vermediği veya daha kötüye gidip gitmediğini belirlemek için gebe değerlendirilmelidir.Antepartum yoğun bakım ünitesine kabul edilen gebeye bakımı için bir hemşire görevlendirilmelidir (17).

Hemşireliğin temel ögesi olan bakımın bilimsel ve planlı bir yaklaşım içinde gerçekleştirilmesinin gerekliliği uzun yıllardan beri üzerinde konuşulan düşünülen bir konudur. Profesyonel mesleki formasyonun kazanılması,bireyin hemşirelik

bakımından yarar görmesi,diğer sağlık disiplinleri içinde hemşireliğin yerini alması,bakımın bilinçli,sistematik ve bilimsel yöntemlerle gerçekleştirilmesi oranında sağlanacaktır (28).

Hemşirelik tanısı hemşirelik bakımı ile giderilebilecek profesyonel hemşire tarafından ,veriler ışığında belirlenen, sağlık sorunu olarak tanımlanmaktadır (55).

Ağır pre-eklampside hemşirelik tanılması,gebenin ve fetüsün sorunlarının değerlendirilmesidir. Ve gerekli hemşirelik girişimi ise sorunu çözmede yardımcı olacak bir müdahale olmalıdır.Ağır pre- eklampside hemşirelik tanısında sorunların belirlenmesinde gebe, fetüs ve ailesi bir bütün olarak ele alınmalıdır. Hemşirelik tanısı geliştirmede birinci basamak,sorunun belirlenmesidir. Bir çok kaynaktan,soruna yönelik bilgi toplayabilmemize karşın birincil kaynak gebe olmalıdır.Çünkü gebenin sorunlarını ne ölçüde algıladığını ancak kendisinden öğrenebiliriz (21).

Bilgi almanın en iyi yolu kuşkusuz kişinin kendisine sormaktır.Bir diğer yol fiziksel değerlendirmedir. Gebenin sorulara yanıtı ve fiziksel değerlendirmeler tanının temelini oluşturur.İkinci veri kaynağımız gebenin kabul notu,öyküsü,laboratuar test sonuçları,diğer disiplinlerin izlem notları,ailesi ve arkadaşları tarafından verilen bilgilerdir (21).

Ağır pre- eklampsili bir gebeyi tanılayabilmek için anamnez alıp ,ailesi ve arkadaşları ile konuştuktan sonra tanılama yapabilmek için gerekli fiziksel bulgular , aynı zamanda hastanede yatan ağır pre- eklampsili gebelerde hemşire tarafından izlenip değerlendirilmesi gereken bulgulardır (21).

**Hastaneye yatırılan ağır pre-eklampatik gebede, hemşirenin izlemesi ve değerlendirmesi gereken durumlar şunlardır:**

**1.Vital Bulgular** :Kan basıncı,nabız,solunum her 1-4 saatte bir değerlendirilmelidir.Order edilen tedavi dikkatle uygulanmalı ve tansiyon ani düşüşü önlenmelidir.Yine tansiyondaki yükselişler mutlaka rapor edilmeli ve acil girişim için doktora haber verilmelidir (77).

**2.Fetal Kalp Hızı** :Kan basıncı ile birlikte ya da moniterize edilerek sürekli izlenmelidir.Gebe bebeğin durumu hakkında bilgilendirilmelidir (77).

**3.Vücut Isısı** :4 saatte bir veya enfeksiyon söz konusu ise daha sık olarak değerlendirilmelidir (77).

**4.Üriner Out-Put** : Gebeye kalıcı sonda takılarak sık sık kontrol edilip kaydedilir. 24 saatte 700ml ya da saatte en az 30ml olmalıdır.Kriterin altında olan oligüri rapor edilmeli ve Mgso4 tedavisi geçici olarak durdurularak doktora haber verilmelidir (77).

**5.İdrarda Protein** :Saatte bir bakılmalı gebelerde proteinüri alt sınırı 300mg/gün'dür. Proteinürinin 3+,4+ olması ya da 5g/24h olması şiddetli protein kaybına işarettir. Mutlaka rapor edilmelidir.İdrarın dansitesine de bakılmalıdır (22,77).

**6.Ödem** :Gebenin ödemi gebe yataktan kalkmadan önce değerlendirilmelidir. Günlük kilo ölçümleri yapılmalı, gebenin her gün aynı saatte aynı giysi ile tartılmasına özen gösterilmelidir.Ödemi önlemek veya çözmek için proteinden zengin (1.5g/kg/gün) sodyumdan kısıtlı (6g/gün) diyet önerilir.Sıvı alımı serbest bırakılır.Sıvı ve elektrolit dengesini korumak ve damar yolunu açık tutmak amacı ile IV sıvı tedavisi yapılır (77).

**7.Pulmoner Ödem** :Gebe bu açıdan da izlenmelidir.Özellikle öksürük ve ıslak solunuma karşı akciğerler dinlenmelidir. (77).

**8.Hiperreflexia** :Bunu değerlendirmek için brakial ya da patellar reflexlere bakılır.

**9.Kanama** :Gebede saatte bir vajinal kanama ve abdominal rijidite değerlendirmesi yapılmalıdır.

**10.Laboratuar Testleri** :Günlük laboratuar testlerinde hemogram,kanda üre, nitrojen,kreatinin, ürik asit düzeylerine bakılmalıdır.

**11.Konvülsiyonun Prodromal Belirtileri** :Ağır preeklampside hemşirenin gözlemesi gereken en önemli olgu konvülsiyonların başlama belirtileridir.Bunlar ; başağrısı,epigastrik ağrı, görme bozuklukları (çift görme, gözde uçuşmalar), huzursuzluk, hiperreflexia, göğüs çevresinde sıkışmadır. Olası konvülsiyona karşı ortamda acil ilaçlar ve malzemeler hazır bulundurulmalıdır.

**12.Gebenin Anksiyetesi** :Tüm bu gözlemler sırasında gebenin anksiyete düzeyi belirlenerek,endişeleri giderilmelidir.Çünkü anksiyete vücutta sempatik sistem aracılığı ile vasokontrüksiyona neden olur.Bu da tablonun daha da ağırlaşmasına yol açar.

**13.Mgso4 Tedavisinin Yan Etkileri** : Ağır pre- eklampside konvülsiyonların önlenmesinde MgSO4 kullanılır. MgSO4 vasodilatasyon yaparak tansiyonu düşürür ve konvülsiyonları önler.Ancak santral sinir sistemini deprese ettiğinden ani solunum durmasına neden olabilir.Bu sebeple hemşireler MgSO4'ın antidotu olan Kalsiyum glukonat (%10 çözeltisinden 1g) hazır bulundurulmalıdır.Gebenin solunumu 14'ün altında kan basıncı düşmüş ve patella reflexi yoksa,idrar miktarı 30ml ↓/h ise MgSO4 sürdürülmez.

**Hemşireler ağır pre-eklampside aldığı anamnez, gözlem ve değerlendirmeler ve gebenin hastalık tablosuna göre aşağıdaki olası ve / veya güncel hemşirelik tanımlarını saptayarak soruna yönelik girişimlerini planlayabilirler :**

**1.Renal Doku Perfüzyonunda Değişim :** Hastalığın fizyopatolojisinde belirtildiği üzere tüm organlara giden kan miktarı vazokonstrüksüyonla azalmıştır.Böbreklere giden kanın azalması sonucu glomerul hasarı oluşur ve renal perfüzyonda değişim meydana gelir. Hemşire bu sorunu gebede oligüri olarak gözlemler. (30ml/h)

**2.Deri Bütünlüğünde Bozulma:** Renal perfüzyon değişimi sonucu böbreklerde permabilite artar ve protein gibi büyük moleküllere geçiş sağlanır.Düşen kolloid basınç intertisyel boşluklara sıvı geçişine neden olur ve ödem gelişir.İleri derecedeki ödem deri bütünlüğünde bozulmalara neden olur.Gebede gözlenen ödemin derecesi hemşire tarafından fiziksel muayene ile tespit edilir ve tanımlanır. Hemşire gebenin deri bütünlüğüne ve hijyenik gereksinimlerine yönelik girişimleri planlar (2+,3+,vb.).

**3.Fiziksel Hareket Kısıtlılığı:** Hem şiddetli ödem sonucu sinirlere bası oluşumu, el ve ayaklarda karıncalanma hemde kesin yatak istirahati gebede hareket kısıtlılığına yol açmaktadır. Gebe bunları hemşireye ifade eder.Yine hastalığın klinik tablosunun ağırlığı da hareket kısıtlılığını (kesin yatak istirahati ) zorunlu hale getirmektedir.

**4.Kalp Yükünde Değişim:**Bu da birbirini izleyen patolojik sürecin bir devamıdır. İntertisyel boşluklara sıvı geçişi nedeni ile kanda hematokrit ve viskosite artar.Hemşire laboratuvar bulgularını gözleyerek bu tanıyı saptayabilir.

**5.Konstipasyon Yüksek Riski:**Bu sorun gebenin hareket kısıtlılığına bağlı gelişir.Hemşire gebenin geçmişteki alışkanlıklarını ve şu andaki durumunu sorgulayarak bu tanıyı saptayabilir.

**6.Sağ Üst Kadranda Ağrı:**Karaciğerdeki fonksiyon bozukluğu hepatik ödeme ve hemorajik nekroza neden olur. Supraselüler hemorajiyle oluşan hepatik kapsül gebede epigastriumda (sağ üst kadranda)şiddetli ağrıya neden olur.Bu tanı da anamnez ile gebeden öğrenilebilir.

**7.Şiddetli Başağrısı:**Beyindeki patolojik süreç sonucu oluşan serbral ödem şiddetli başağrısına neden olur.Hemşire bu sorunu gebenin anamnezinden belirleyebilir.

**8.Eklampsi Krizi Yüksek Riski:**Gebede gerekli önlemler alınmazsa ve beyindeki patolojik süreç devam ederse kriz geçirme olasılığı artar.Hemşire tarafından olası kriz belirtileri gözlenerek ve klinik tablonun ağırlığı ile bu tanı konulabilir.

**9.Gebede Asfiksi Yüksek Riski :**Oluşabilecek eklampsi krizine acil müdahale edilmezse gebede oluşacak ciddi bir sorundur.Kriz esnasında gerekli acil müdahale yapılmazsa gebede oluşacak bu sorun eklampsi krizi yüksek riski ile beraber tanılanabilir.

**10.Gebede Yaralanma Yüksek Riski :**Yine eklampsi krizi sırasında müdahale edilmezse gebede ikincil yaralanmaların (kırık,dilini ısırma vs.) görülme olasılığı fazladır.Hemşire ağır pre eklampsi tablosunda bu tanıyı saptayıp gerekli önlemlerle yaralanmaları en aza indirmelidir.

**11.MgSO<sub>4</sub> Kullanımının Gebe ve Bebeğe Olumsuz Etkileri :** Ağır preeklampsi ve eklampsi tedavisinde kullanılan MgSO<sub>4</sub>'ın etki ve yan etkilerinin yakından takip edilmesi gerekir. MgSO<sub>4</sub>'ın kanda tedavi dozunda tutulması,bunu aşan durumlarda gebe ve bebeğin hayati tehlikeye girdiği unutulmamalıdır.Eğer gebe orderinde bu

tedavi varsa hemşire üriner out-put'u izleyerek bu sorunu saptayıp gebe ve fetüsü yakından takip eder.

**12.Gebede Korku Ve Endişe :**Gebenin içinde bulunduğu durumu anlayamaması ve gerekli duygusal destekten yoksun kalması durumunda gelişen bir sorundur.Gebenin özellikle de fetüsün sağlığına yönelik korku ve endişeleri oluşur. Hemşire gözlemlerinden gebeden aldığı anamnezden ve gebenin ifadelerinden bu sorunu saptar.

**13.Gebe Ve Ailede Bilgi Eksikliği :** Özellikle hastalık hakkında gebenin ifade ettikleri sorundur.Gebe ve ailesi hastalık hakkında,bebeğin durumu ve doğumun şekli gibi pek çok konuda soru sorarak bilgi eksikliklerini ifade ederler.

**14.Fetüsün Zarar Görme Yüksek Riski :**Eklampsi krizi sırasında ve sonrasında oluşabilecek bir komplikasyondur.Kriz sırasında plasental perfüzyon bozulur ve bebeğin hayatı tehlikeye girer.Hemşire fetal monitörden bebeğin kalp hızını gözleyerek bu sorunu belirleyebilir.

**15.Travay İçin Fetal İntolerans Yüksek Riski :** Tüm bu ağır klinik tabloyu gebe beraberinde yaşayan fetüs,ağrılı ve uzun bir travayı geçirecek kadar dirençli olmayabilir. Buna bağlı olarak doğum genellikle sezeryan ile sonlandırılabilir. Hemşire fetal monitör ve NST-CST sonuçlarına göre fetüsün direncini belirleyip bu sorunu tanırlar.

**16.Doğum Sonrası Riskli Yenidoğan Yüksek Riski :** Doğum ister normal isterse sezeryanla sonuçlansın bu klinik tablonun ağırlığından etkilenen fetüsün riskli yenidoğan kategorisinde takibi yapılmalıdır.Ağır pre eklampsili bir gebenin bebeği strese maruz kalmıştır ve riskli yenidoğan olarak değerlendirilip,yakından gözlenmelidir.

## 2.3.Eklampsi ve Acil Hemşirelik Bakımı

Eklampsi,preeklampsinin tedavi edilemediği ya da geç kalındığı durumlarda gözlenen, patolojik sürecin beyin dokusunu da kaplamasıyla ortaya çıkan ve koma ile karakterize bir durumdur (8,22,24,36,65,70,77).

Eklampsi bütün doğumların %0.2-0.5'inde görülür. Eklamptik atakların %75'i doğumdan önce olur. Postpartum atakların %50'si ilk 48 saat içinde olur. Atakların patogenezi pek anlaşılamamıştır. Ataklar trombosit trombusuna, lokalize vazokonstrüksiyona bağlı hipoksiye ve kortekste hemoraji odağına bağlanmıştır (9,49,67).

Eklampside konvülsiyon ,prodromal dönem,tonik dönem ,klonik dönem ve koma dönemi olmak üzere 4 aşamada gerçekleşir.

Eklampsi konvülsiyon dönemleri her zaman birbirinden net bir şekilde ayrılmayabilir.Bazen prodromal dönem görülmeden gebe kriz geçirebilir.Eklampsi krizi sırasında hemşirenin acilen koymasına gereken hemşirelik tanıları şunlardır.

- Gebede Asfiksi Yüksek Riski
- Gebede Yaralanma Yüksek Riski
- Fetüsün Zarar Görme Yüksek Riski
- Travay İçin Fetal İntolerans Yüksek Riski
- Doğum Sonrası Riskli Yenidoğan Yüksek Riski

Hemşire bu tanılar doğrultusunda vakit kaybetmeden gerekli girişimleri planlayıp acilen uygulamalıdır.Eklampside konvülsiyon dönemleri ve acil hemşirelik girişimleri şunlardır.

**1. Prodromal Dönem:** Kolvülsiyonlar genellikle gebe uyurken ya da dinlenirken başlar. Prodromal dönem 10-20 sn. sürer. Bu süre içerisinde;

- Gözler ve yüz kasları titrer.
- Bakışlar donuklaşır.
- Yüz ve el kaslarında ani çekilmeler olabilir.
- Bilinç kaybı olur (65).

**Prodromal Dönemdeki Acil Hemşirelik Girişimleri :**

- Dış uyaranlar krizi başlatacağı için gebe mutlaka sessiz, loş bir odada istirahate alınmalıdır.
- Odada oksijen ve aspiratör bulundurulmalıdır.
- Krizden önce gebenin kendini yaralamaması için kenarlıklar kaldırılarak yastıkla desteklenmelidir.
- Odadaki acil tepsisinde hipotansifler, trankilizanlar, diüretikler, MgSO<sub>4</sub>, Ca glukonat gibi ilaçlar ile abeslang, airway benzeri malzemeler hazır bulundurulmalıdır.
- Prodromal dönemdeki belirtiler gebe ve aileye öğretilmelidir (22,36,49,77).

**2. Tonik Dönem:** 10-20 sn. içinde

- Baş gergin yana döner, pupillalar dilate olur, bütün vücut kasları gerilir.
- Diyafraam kasılır, solunum durur, cilt siyanozedir.
- Sırt yay şeklini alır, dişler sıkılır, gözler dışarı fırlar (65).

**Tonik Dönemdeki Acil Hemşirelik Girişimleri :**

- Gebe dişlerini kenetlemeden önce dilin üzerine abeslang konarak dilin solunum yolunu tıkaması önlenmelidir.

- Başı yana çevirip sekresyonların akışı kolaylaştırılmalıdır, gerekirse aspire edilmelidir.
- Oksijen verilmelidir.
- Order edilen acil ilaçlar uygulanmalıdır (22,36,49).

### **3. Klonik Dönem: 1-2 dakika sürer.**

- Birbirini takip eden kas gruplarında şiddetli kasılmalar ve gevşemeler olur.
- Salgıların artması nedeni ile ağızda köpük birikir.
- Derin ve hırıltılı solunum başlar.
- Mukus ya da tükürük aspire edilebilir.
- Yüzde kan biriktiği için şişkin ve kırmızı görünümündedir.
- Çenenin şiddetli açılıp kapanması ile dil ısırılabilir (65).

### **Klonik Dönemdeki Acil Hemşirelik Girişimleri :**

- Gebenin kendini yaralaması önlenmelidir.
- Sekresyonlar aspire edilerek solunum yolu açılmalıdır.
- Dilin ısırılmasını engellemek için abeslang ağızda tutulmalıdır (22,36,49,77).

### **4. Koma Dönemi:**

- Gebe hareketsiz kalır.
- Solunum hızlı ve hırıltılıdır.
- Siyanoz gözden kaybolur fakat yüz kırmızı ve şiştir.
- Gebe nöbeti hatırlamaz (65).

### **Koma Dönemdeki Acil Hemşirelik Girişimleri :**

- Kan basıncı, nabız, solunum sayısı alınıp kaydedilmelidir.
- Aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılmalıdır.

- ÇKS izlenmelidir, gerekirse monitörize edilmelidir.
- Order edilen MgSO<sub>4</sub>'ın düzenli verilmesi sağlanmalı, yan etkileri gözlenmelidir.
- Konvülsiyonların sayısı ve süresi kaydedilmelidir.
- Gebenin endişesi giderilerek doğumun şekli ve bebeğin durumu açıklanmalıdır.
- Gerekirse sezeryan doğumu için gebe hazırlanmalı ve ailesine bilgi verilmelidir.
- Uzman çocuk doktorunun doğumda bulunması için yeni doğan servisi ile iletişim kurulmalıdır.
- Doğum sonrası 24 saat konvülsiyonlar tekrarlayabileceği için izlemler sürdürülmelidir (22,36,49,77).

## **2.4. Ağır Preeklampsili Hastada Standart Bakım Planı**

Hemşirelik bakımına bilimsel ve planlı bir yaklaşım getiren hemşirelik sürecinde , sistemli bir şekilde standardize bakım planlarının kullanılması klinik uygulamalarını kolaylaştırır. Kısıtlı zamanda, yoğun tempo ile çalışan uygulama alanındaki hemşirelere sistematik hemşirelik bakımını sunmalarında ve verdikleri bakımı değerlendirmelerinde standart bakım planları büyük kolaylık sağlar.Bu amaçla ağır preeklampsili hasta bakımına yönelik standart bakım planları hazırlanmıştır.

Ancak Virginia Henderson'un da belirttiği gibi " İnsanların temel gereksinimleri birbirinin aynıdır,ancak birbirinin aynı iki insan yoktur.Bu nedenle hemşire hastanın gereksinimlerini o hastaya özgü olarak değerlendirip,uygun bakım vermelidir."

Uygulama alanında hemşireler standart bakım planlarından yararlanarak bireye özgü bakım vermelidirler (15).

## Ağır Preeklampsili Hastada Standart Bakım Planı

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<b>1. Renal doku perfüzyonunda değişim</b> * Üriner out-put * Laboratuvar bulguları	* Vazokonstriksiyon * GFR ve renal fonksiyonda azalma	* Gebenin üriner eliminasyonunu normal sınırlara getirmek. * Normal perfüzyonun devamını sağlamak. * Diürezisi sağlamak. * Proteinüriyi azaltmak ya da durdurmak.	* Üriner out-put gözlenecek (100 ml/4h) rapor edilecek. * Aldığı çıkardığı sıvı izlemi her saat gözlenip kaydedilecek. * İdrarda protein 4 h'te bir kontrol edilecek. * Kreatinin ölçümü için laboratuvara kan gönderilecek. * Eski testler tekrarlanacak, sonuçları kontrol edilecek.	* Üriner eliminasyon normal sınırlar içinde kalır. * Diürez olur (30 ml/h ↑). * Proteinüri azalır. * Kreatinin normal sınırdadır.
<b>2. Deri bütünlüğünde bozulma</b> * Rahatsızlık hissi * Gözlemler * Yüksek ateş * Ödem kontrolü * Kateterizasyon varlığı	* Ödem * Yatak istirahati * Kalıcı kateterizasyon	* Gebenin cilt bütünlüğünü korumak. * Gebeyi dekübütüs ve enfeksiyonlardan korumak. * Gebeyi rahatlatmak.	* Günlük kilo ölçümü ve ödem kontrolü yapılacaktır. * Gebeye günlük hijyenik bakımını yapmasında destek olunacaktır. * Perine tuvaleti ve kateter bakımı verilecek (günde 2 kez). * Bası bölgelerinde cilt kontrol edilecek, masaj uygulanıp 2 saatte bir pozisyon değişikliği yapılacaktır. * Gebenin refakatine durumun önemi açıklanarak bu konuda eğitilecektir. * Gebenin cilt bütünlüğünde kızarıklık, yara vb. rapor edilecektir.	* Cilt bütünlüğü korunur. * Dekübütüs ve enfeksiyonlar önlenir. * Gebe rahatlar.

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<b>3.Fiziksel hareket kısıtlılığı</b> * Ağır preeklampsi bulguları	* Zorunlu yatak istirahati * Ödem sonucu sinirlere bası,el ve ayaklarda karıncalanma.	* Gebe ve fetüsü hareket kısıtlılığının olumsuz sonuçlarından koruyarak istirahati sürdürmek. * Gebenin konforunu arttırmak.	* Gebeye durumun ciddiyetini ve yatak istirahatinin nedeni,önemi açıklanacak. * Gebenin kendini ifade etmesine fırsat verilecek. * Gebenin kalçasının altına yastık konularak sol yan pozisyonunda istirahati sağlanacak. * Sık aralıklarla pozisyon değişikliği sağlanacak(2 saatlik). * Rahatını sağlamak için basınç bölgelerine masaj yapılacak. * Fetüsün durumu hakkında gebe ve ailesi bilgilendirilecek.	* Gebenin rahatlaması sağlanır. * Yatak istirahati sürdürülür.
<b>4.Kalp yükünde değişim</b> * Kan basıncı * Kilo * Ödem * Nabız * Üriner out-put * Laboratuvar bulguları	* Extraseülör sıvı hacminde genişleme * Ödem * Yüksek kan basıncı	* Gebenin intravasküler sıvı volümünü ve doku perfüzyonunu normale döndürmek ve normal sınırlarda kalmasını sağlamak.	* Kan basıncı her saat ya da daha sık olarak gözlenip kaydedilecek. * Genel ödem kontrolü yapılıp kaydedilecek. * Kilo ve üriner out-put, hemotokrit, platelet ve SGOT'nin günlük ya da order edildiği şekilde kontrolü yapılacak. * Takiplerdeki sapmalar derhal rapor edilecek. * Doktorun order ettiği tedavi uygulanacak.	* Gebenin hematokriti ve diğer bulguları normal sınırlara döner. * Gebenin diürezisi gözlemlenerek rapor edilir.

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<b>5.Konstipasyon yüksek riski</b> * Gebenin alışkanlıkları, anemnezi.	* Hareket kısıtlılığı ve gebelik	* Gebenin bağırsak eliminasyonunu alışkanlıkları doğrultusunda devam ettirerek konstipasyonu önlemek.	* Gebenin önceki tuvalet alışkanlığı hakkında bilgi edinilecek. * Gebenin uygun diyetle yeterli sıvı alımı sağlanacak. * Gebeye tuvalet alışkanlığını odasında giderbilmesi için uygun ortam ve zaman ayarlanacak. * Gebenin bağırsak eliminasyonu rapor edilecek.	* Gebede konstipasyon gelişmez ve normal bağırsak eliminasyonu sağlanır.
<b>6.Sağ üst kadranda ağrı</b> * Gebenin ifadeleri * Bulantı-kusma <b>7.Şiddetli Baş Ağrısı</b> * Bulantı-kusma * Bulanık görme * Gebenin ifadeleri	* Hepatik kapsülün gerilmesine bağlı * Serebral ödeme bağlı	* Gebenin ağrısını azaltarak rahatlamaını sağlamak. * Eklampsi krizine karşı önlemler almak.	* Ağrının yeri,süresi,şiddetli ve yayılımı değerlendirilecek. * Gebenin ağrıyı ifade etmesine fırsat verilecek. * Gebe eklampsi krizi öncü belirtileri açısından gözlenecek. * Gebenin hayati bulguları daha sık kontrol edilip,rapor edilecek(15'bir). * Fetüsün durumu düzenli olarak izlenecek. * Dış uyaranlar kontrol altına alınacak. * Değişikler rapor edilecek. * Reflexler ve klanüs gözlenecek. * Doktorun order ettiği tedavi uygulanacak. * Olası bir krize karşı tüm hazırlıklar tamamlanacak. * Gerekirse gebe acil müdahale için hazırlanacak.	* Gebenin semptomları düzelir. * Şuuru açık kalır. * Gebenin konforu ve dinlenmesi sağlanır.

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p><b>8.Eklampsisi krizi yüksek riski</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Üriner out-put</li> <li>* Baş ağrısı</li> <li>* Epigastrik ağrı</li> <li>* Gözlerde karama</li> <li>* Reflexlerde artma</li> <li>* Albüminüri</li> <li>* Kan basıncının yükselmesi</li> </ul>	<p>* Ağır preeklampsisi kriterlerinin varlığı</p>	<p>* Gebede krizi başlatabilecek uyarıları azaltmak</p> <p>* Gebe ve fetüsün sağlığını korumak, komplikasyonları azaltmak.</p>	<p>* Gebe eklampsisi krizi açısından gözlenecek.</p> <p>* Eklampsisi krizinin öncü belirtileri gözlenerek olası krize karşı, gebe ve fetüsü koruyucu önlemler alınacak.</p> <p>* Karyolanın kenarları kaldırılarak sol lateral pozisyonda kesin yatak istirahati sağlanacak.</p> <p>* Üriner kateter takılarak her saat başı aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılacaktır.</p> <p>* Gebenin odası loş ve sessiz olacak, refakatçi dışında ziyaretçi girişi sınırlandırılacaktır.</p> <p>* Gebe ve fetüsün hayati fonksiyonları her 15' bir izlenecek, mümkünse monitörize edilecek.</p> <p>* Kriz sırasında acil müdahale için gerekli malzemeler odada her an hazır bulundurulacaktır.</p> <p>* Gebenin ve ailesinin endişeleri giderilerek emosyonel destek sağlanacaktır.</p> <p>* Geçirilen nöbetlerin sıklığı süresi ve zamanı kaydedilecektir.</p> <p>* Order edilen medical tedavi uygulanacaktır.</p>	<p>* Dış uyarıların kontrol altına alınır.</p> <p>* Gebe ve fetüsün sağlığı sürdürülür.</p> <p>* Gebe kriz geçirmez.</p>

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p><b>9. Gebede asfiksi yüksek riski</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Kriz belirtileri</li> <li>* Pozisyon</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Eklampsisi krizi geçirme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gebede asfiksi gelişmesini önleyerek solunumun normal parametrelerde kalmasını sağlamak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gebe olası eklampsisi krizine karşı çok yakından gözlenecek.</li> <li>* Gebe odada yalnız bırakılmayacak.</li> <li>* Kriz anında baş yana çevrilerek sekresyonların solunum yolunu tıkamaması önlenecek.</li> <li>* Çene kenetlenmeden önce ağza abeslang veya air-way koyarak dilin solunum yolunu kapatması önlenecek.</li> <li>* Ağızda biriken sekresyonlar aspire edilecek.</li> <li>* O<sub>2</sub> verilecek (5lt/h).</li> <li>* Kriz sonrasında solunum normale dönene kadar sık aralıklarla (15') gözlenip kaydedilecek.</li> <li>* Fetüsün hayati durumu kontrol edilerek gebe bilgilendirilecek.</li> <li>* Rahat nefes alması için gebe semi-prone pozisyonunda tutulacak.</li> <li>* Order edilen acil ilaçlar uygulanacak.</li> <li>* Geçirilen nöbetler ve asfiksi durumu kaydedilecek.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gebede asfiksi gelişmez.</li> <li>* Solunum normal parametrelerde kalır.</li> <li>* Fetüsün hayati fonksiyonları iyidir.</li> </ul>

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p><b>10. Gebede yaralanma yüksek riski</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Eklampsisi krizi</li> </ul>	<p>* Eklampsisi krizi sırasında suurun kapalı olması</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gerekli önlemleri alarak kriz sonrasında gebenin yaralanmasını önlemek</li> <li>* Olası yaralanmaları gidererek gebenin rahatlamasını sağlamak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Ağır preeklamps bulguları için gebe gözlenecek (kan basıncı, ödem , başağrısı, hiperrefleksia, epigastrik ağrı, üriner out-put ta azalma vb.)</li> <li>* Gebeye sakin, loş ve dış uyaranların en aza indirildiği bir çevre sağlanacak.</li> <li>* Yatağın kenarlıkları kaldırılarak yastıklarla desteklenecek.</li> <li>* Ziyaretçiler sınırlandırılacak.</li> <li>* Kriz sırasında diini ısırması abeslang yardımı ile engellenecek.</li> <li>* Kriz anında başı yana çevrilerek etrafa çarpması engellenecek.</li> <li>* Yatağın etrafındaki metal eşyalar, sert cisimler uzaklaştırılarak güvenli bir çevre sağlanacak.</li> <li>* Order edilen antihipertansif ve sedatifler uygulanacak</li> <li>* Kriz sonrasında gebe ikincil yaralanmalar açısından gözlenecek ve kaydedilecek eğer yaralanma varsa gereken yerlere haber verilerek tedavisi sağlanacak</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Gebe yatağında dinlenir.</li> <li>* Nöbet geçirmez , ikincil yaralanma olmaz.</li> </ul>

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p><b>11.MgSO4 kullanımının gebe ve bebeğe olumsuz etkileri.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Order</li> <li>* Gözlem</li> <li>* Gebenin ifadeleri</li> </ul>	<p>* MgSO4 tedavisi</p>	<p>* Gebe ve bebeği MgSO4'in yan etkilerinden koruyarak sağlıklarını sürdürmek.</p>	<p>* Gebeye MgSO4'in yan etkileri hakkında kısaca bilgi verilecek (sıcak basması,mide yanması , bulantı).</p> <p>* Gebeye tedavisi için bunun gerekli olduğu ve yan etkilerin geçici olduğu açıklanacak.</p> <p>* Gebenin reflexleri ,tonik kasılma ve solunum hızı sık sık (2 h'te bir) gözlenecek.</p> <p>* Gebede MgSO4'in toksik etkileri gözlenecek.</p> <p>* MgSO4'in kandaki düzeyini kontrol etmek için kan alınacak.</p> <p>* Gebenin üriner out-put'u gözlenip kaydedilerek 30 ml/h'in altında ise MgSO4 tedavisi STOP'lanacak.</p> <p>* MgSO4 tedavisi ordera göre düzenli olarak uygulanacak.</p> <p>* Fetüsün sağlık durumu kontrol edilecek (FHR,NST,USG vb.).</p>	<p>* MgSO4 tedavisinde komplikasyon gözlenmez.</p> <p>* Gebe ve bebek sağlıklıdır.</p> <p>* Gebenin diüresi iyidir.</p>

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<b>12.Gebede korku ve endişe</b> * Gebenin ifadeleri * Gözlem	* Fetüsün sağlığı ile ilgili * Doğumun seyri ve şekli ile ilgili bilgi yetersizliği	* Gebenin endişelerini azaltmak. * Gebeye emosyonel destek sağlamak.	* Gebe endişelerini ifade etmesi için cesaretlendirilip , fırsat yaratılacak. * Fetüsün sağlığı ile ilgili ayrıntılı ve sürekli bilgi sağlanacak,gerekirse çocuk doktoru ile işbirliği yapılacaktır. * Hastalığın klinik tablosuna göre doğum ekibinin planladığı doğum şekli ve yapılacaklar gebeye her aşamada açıklanacak, * Gebenin soruları yanıtlanacak. * Ailesi ve yakınları ile iletişim kurması sağlanacak. * Gebeye gelişmeler basit bir dille izah edilecek. * Doğum ekibi ile tanıştırlarak, destek olunacağı açıklanacak.	* Gebenin endişeleri azalır.

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p><b>13. Gebede ve ailede bilgi eksikliği</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Gebe ve ailenin ifadeleri</li> <li>* Gözlem</li> </ul>	<p>* Hastalık ve tedavisi hakkında bilgi yetersizliği</p>	<p>* Gebe ve ailesini bilgilendirerek rahatlatmak.</p>	<p>* Gebe ve ailesi soru sormaları için cesaretlendirilecek.  * Soruları basit ve sade bir dille cevaplanacak.  * Hastalığın kliniği, fetüsün durumu ve planlanan tedavi hakkında kısa ve net açıklamalar yapılacaktır.  * Tedavi sürecinde gebe ve aileden istenenler, üstlenecekleri sorumluluklar açıklanacaktır.  * Aileye gerekli bürokrasi işlemleri için yol gösterilecek( yatış, tahliller, ilaçlar vb.).  * Gebeye ve refakatçisine eklampsi krizi öncü belirtileri gözlemlemesi açıklanacaktır.  * Gebe ve ailesine doğum ekibi tanıştırılacaktır.  * Ailenin gebe ile iletişim kurabileceği veya durumunu öğreneceği telefonlar verilecektir.</p>	<p>* Gebe ve ailesinin soruları cevaplanmıştır.  * Sağlık ekibi ile gebe ve yakınları arasındaki koordinasyon sağlanmıştır.</p>

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<b>14.Fetüsün zarar görme yüksek riski</b> * FHR * NST * USG * CST	* Azalan plasental perfüzyon * Eklampsi krizi * Supine hipertansif sendrom	* Fetüsün komplikasyonlardan en az oranda zarar görmesini sağlamak. * Fetüsün sağlığını korumak.	* Fetal kardiyotokograf ile fetal iyilik hali izlenecek ve teşhis edilecek. * Gebeye sol lateral pozisyon verilecek. * Fetal kalp hızı <120 ve >180 olursa ya da fetal aktivite yokluğunda O <sub>2</sub> verilerek (5lt/h) acilen obp tetrisyene haber verilecek. * İleri testler için hasta hazırlanacak (sonografi, amniosentes, Nonstres test, estradiol düzeyi, OCT vb.). * Gebeliğin sonlandırılması ile ilgili planlanan doğum şekline göre gebe acilen hazırlanacak. * Uzman çocuk hekimine haber verilerek doğum anında hazır bulunması sağlanacak. * Yenidoğan kliniği doğum sonrasında riskli yenidoğan için uyarılacak. * Fetüsün durumu hakkında gebe ve ailesi bilgilendirilecek.	* Fetal kalp hızı normal sınırlarda kalır. * Gebe normal doğuma hazırlanır.

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p>15.Travay için fetal intolerans yüksek riski</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* FHR</li> <li>* NST</li> <li>* CST</li> <li>* USG</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Azalan utera plesantal dolaşım</li> <li>* Hastalığın klinik tablosunun ağırlığı</li> <li>* Eklampsisi krizi olasılığı</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Travayın gebe ve fetus için yararlı olacak şekilde sonlanmasına destek olmak.</li> <li>* Gebe ve fetüsün sağlığının devamını sağlamak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fetüsün kalp hızı izlenecek ve kaydedilecek,gerekirse monitörize edilerek kontrolü sağlanacak.</li> <li>* Fetüsün aktif travayı tolere edip edemeyeceği NST,CST,USG ve Biofizik profili ile kararlaştırılırken gebeye destek olunacak ve yardım sağlanacak.</li> <li>* Fetüsün durumu ve planlanan doğum şekli gebe ve ailesine açıklanacak.</li> <li>* Doğum için gebe hazırlanacak.</li> <li>* Yenidoğan ünitesi ve çocuk doktoru ile işbirliği sağlanacak.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Fetüsün kalp hızı normal parametrelerde kalır.</li> <li>* Gebe sağlıklı bir yenidoğan sahibi olur.</li> </ul>

Sorun	Neden	Hedef	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme
<p><b>16.doğum sonrası riskli yenidoğan yüksek riski</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* Apgar</li> <li>* Gözlem</li> </ul>	<p>* Ağır preeklampsi / eklampsi tablosunun varlığı.</p>	<p>* Doğum sonrasında yenidoğanın en kısa sürede hayati fonksiyonlarını normale döndürmek. * Yenidoğanın sağlığını korumak.</p>	<p>* Doğum öncesinde uzman çocuk hekimi ve yenidoğan servisi ile görüşülerek doğum sırasında ve sonrasında yenidoğanı değerlendirmeleri sağlanacak. * Doğumdan sonra yenidoğan servisi ile iletişim kurarak bebeğin durumundan anne ve ailesi haberdar edilecek. * Annenin bebek hakkında duygu ve endişelerini ifade etmesine olanak sağlanacak. * Annenin çocuk hekimi ile görüşmesi sağlanacak. * Bebeğin bakımında annenin uygulamaları gözlenip,yalınış uygulamalara öneriler getirilecek. * Bebeğin doğum sonrası izlemleri, beslenmesi,bakımı planlanıp anneye ve ailesine eğitim verilecek.</p>	<p>* Anne sağlıklı bir yenidoğan sahibi olur. * Anne ve ailesi yenidoğanın bakımını üstlenir.</p>

## **3. MATERYAL VE METOT**

### **3.1.Araştırmanın Tipi**

01.02.1999-01.04.1999 tarihleri arasında yürütülen çalışmamız tanımlayıcı ve uygulamalı amaca yönelik prospektif ve deneysel araştırma özelliğindedir.

Kadın doğum servislerinde eklampatik gebelere bakım veren hemşirelerin, eklampsi konusunda bilgi düzeylerinin ve örnek vakada verilen gebe ve fetüsün bakım gereksinimlerine yönelik tanılama becerilerinin belirlendiği birinci aşama tanımlayıcı amaca yönelik bir araştırma özelliğindedir.Tanımlamalar doğrultusunda,eklampsi ve hemşirelik bakımı ve örnek vakada hemşirelik tanılama becerilerinin verilen eğitim ile geliştirilmesine ve ölçülmesine yönelik ikinci aşama ise uygulamalı amaca yönelik prospektif ve deneysel araştırma özelliğindedir.

### **3.2.Araştırmanın Yapıldığı Yer Ve Zaman**

Araştırma Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir.Bu Hastanenin seçilme nedenleri arasında ;

- İstanbul'da çok geniş bir nüfusa hizmet ediyor olması
- Düşük sosyo-ekonomik düzeydeki gebelerin başvuruyor olması
- Kadın-Doğum hastaları içinde eklampsi oranının yüksek olması
- Çalışan Kadın-Doğum hemşiresi sayısının yüksek olması(toplam 30 hemşire)
- Araştırmacının bu hastanede çalışıyor olması sıralanabilir.

### 3.3.Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma evrenini ; eklampsili bir gebe ile karşılaşp bakım veren, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın-doğum klinikleri, doğumhane ve kadın-doğum ameliyathanesinde çalışan toplam 30 hemşire oluşturmuştur.

Yasal izin ve desteğın alınmasından sonra,eğitim koordinatörü aracılığı ile belirlenen tarihler (01.02.1999 - 01.04.1999) tüm hemşirelere yazılı ve sözlü olarak duyurulmuş,ancak eğitimin her iki aşamasına da katılabilen toplam 20 hemşire örnekleme alınabilmiştir. Diğer 10 hemşire ,izin , hastalık ve gece vardiyası nedeniyle örneklemin dışında bırakılmıştır.

### 3.4.Verilerin Toplanması

Verilerin toplanmasında 4 adet yazılı form kullanılmıştır.

**Form I** :Hemşirelerin tanıcı özelliklerini belirlemek üzere araştırmacı tarafından geliştirilen ve hemşirelere yaşı,eğitim düzeyleri,deneyim yılları, kadın-doğum kliniğindeki deneyim yılları,buldukları ünite de kendi isteğiyile çalışma durumları,çalıştıkları ünite de oryantasyon programına katılma durumları ve daha önce eklampsili gebenin bakımı konusunda bir hizmet içi eğitim alma durumlarını belirlemeyi amaçlayan toplam 7 soruluk formdur.(Ek 1).

**Form II** : Literatür taranarak pre-eklampsi ve eklampsi hakkında hemşirelerin genel bilgi düzeylerini belirlemek amacıyla hazırlanan çoktan seçmeli toplam 10 sorudan oluşan bilgi formudur.(Ek 2).

**Form III** :Yapılan hizmet içi eğitimden sonra,hemşirelerin pre-eklampsi ve eklampsi hakkındaki genel bilgi düzeylerindeki değışimi belirlemek üzere ;form II'nin yeniden harmanlanmasıyla oluşturulan bilgi formudur.(Ek 3).

**Örnek Vaka :** Literatür taranarak ve uzmanların görüşlerine başvurularak hazırlanan vakaya uygun hemşirelik tanılarını koymaları için hemşirelere sunulan ağır preeklampsili vaka örneğidir.(Ek 4).

**Görüşüne başvurulmuş Uzmanlar :**

- Prof.Dr.Anahit COŞKUN
- Prof.Dr.Hediye ARSLAN
- Prof.Dr.Hacer KARANİSOĞLU
- Doç.Dr.Nurdan DEMİRCİ
- Doç.Dr.Nezihe KIZILKAYA

Hemşirelik tanılarının doğrulanmasında seçim kriterleri olarak ;

- Uzman görüşünden alınan geri bildirimler.
- NANDA Hemşirelik tanı kategorileri,
- Hemşirelik tanı terminolojisinde uygun olarak yazımı,
- Hemşirelik girişimi ile çözümlenecek ,hemşirelik tanısı olması,
- Verilen örnek vakaya uygun tanıların olması göz önüne alınmıştır.

### **3.4.1.Uygulama**

**Birinci Aşama :** 02.03.Şubat 1999 tarihlerinde iki gün 14:00 – 16:00 saatleri arasında 10'ar kişilik gruplar halinde toplantı salonuna gelen hemşirelere önce araştırmanın amacı açıklanmıştır.Onayları alındıktan sonra form I,form II ve örnek vaka uygulanmıştır.Formlar yaklaşık 40 dakikada doldurulmuştur.

**İkinci Aşama :** Hazırlanan içerik doğrultusunda,gebelikte hipertansiyon , eklampsi için risk faktörleri,eklampside fizyopatoloji,eklampside tedavi, eklampside hemşirelik tanılması ve eklampsi krizi ve acil hemşirelik yaklaşımları bölümlerinin bulunduğu eğitim programı araştırmacı tarafından

sunulmuştur..Eğitimde interaktif yöntemler kullanılmıştır.Bu eğitim aynı zamanda hastanenin hizmet içi eğitim kapsamına da alınmıştır (Ek 5).

Aradan geçen 25 günlük bir zaman diliminden sonra 2-3 Mart 1999 tarihlerinde aynı oturumda form III'ün doldurulması ve örnek vakanın yeniden tanılanması istenmiştir.Bu kez formların hemşireler tarafından yaklaşık 30 dakikada doldurulduğu gözlenmiştir.

### **3.5.Verilerin Değerlendirilmesi**

Araştırma sonucu hemşirelerden elde edilen veriler istatistiksel olarak yüzdelerlik (%),ortalamalar, standart hata, Mc Nemar's Ki-Kare testi (Paired-square), Ki-kare (Chi-square), Fisher kesin Ki-Kare testi ve Pairet-t testleri ile değerlendirilmiştir. (34,35,36).

Hemşirelerin tanıtıcı özellikleri ile ilgili bulguların sunulmasında da yüzdelerlik (%), ortalamalar ; hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası aldıkları bilgi puanları\* ve örnek vakaya belirledikleri doğru hemşirelik tanılarının karşılaştırılmasında,Mc Nemar's Ki-Kare testi (Paired-square) testi, Pairet-t testi ;hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası doğru hemşirelik tanı sayılarının karşılaştırılmasında Pairet-t testleri, standart hata ve ortalamalar ; hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanılar ile ilişkisinde de Ki-kare (Chi-square), Fisher kesin Ki-Kare istatistiksel yöntemleri kullanılmıştır.

\* Deneklerin form II'de sorulan çoktan seçmeli sorulara verdikleri her doğru yanıt karşılığı 1 puan, yanlış yanıt karşılığı 0 puan , toplam 10 puan üzerinden bilgi puanı verilmiştir.

## 4.BULGULAR

Bu araştırma eklampsili hastalara bakım veren hemşirelerde,doğru hemşirelik tanısı koyabilmelerinde eğitimin etkinliğini saptamak amacı ile, 01.02.1999 – 01.04.1999 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde , kadın doğum , doğumhane ve kadın doğum ameliyathanesinde çalışan 20 hemşire üzerinde gerçekleştirilmiştir. Bulgular 3 bölümde ele alınmıştır.Birinci bölümde hemşirelerin tanıtıcı özellikleri (yaş,eğitim düzeyi,çalışma yılı,kadın-doğum çalışma yılı, kadın-doğum ünitesinde kendi isteği ile çalışma durumu, çalıştıkları üniteye oryantasyona katılma durumları ve daha önce eklampsili hastanın bakımı ile ilgili HİE alma durumları) ile ilgili bulgular,ikinci bölümde hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası aldıkları bilgi puanları ve belirledikleri hemşirelik tanılarına ilişkin bulgular üçüncü bölümde de hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası belirledikleri doğru hemşirelik tanıları ile ilişkisine dair bulgular yer almaktadır.

### 4.1. Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Bulgular

I.bölümde hemşirelerin yaş,eğitim düzeyi,çalışma yılı,kadın-doğum çalışma yılı,kadı-doğum ünitesinde kendi isteği ile çalışma durumu,çalıştıkları üniteye oryantasyona katılma durumları ve daha önce eklampsili hastanın bakımı ile ilgili HİE alma durumlarına ilişkin bulgular yer almıştır.

**Tablo 1 : Hemşirelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı**

Yaş Grupları	n	%
18 – 22	2	10
23 – 27	6	30
28 – 32	4	20
33 – 37	4	20
38 – 42	4	20
Toplam	20	100

Yaş ortalaması  $\bar{X} = 30.50 \pm 6.66$

Tablo 1'de görüldüğü gibi hemşirelerin yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde ; %10'u(2 hemşire)18-22 yaş grubunda,%30'u ( 6 hemşire) 23-27 yaş grubunda,%20'si(4 hemşire)28-32 yaş grubunda, ,%20'si(4 hemşire) 33-37 yaş grubunda, ,%20'si(4 hemşire) 38-42 yaş grubunda dağılmıştır. Hemşirelerin yaş ortalaması  $30.50 \pm 6.66$  olarak bulundu.

**Tablo 2 : Hemşirelerin Eğitim Düzeylerine Göre Dağılımı**

Eğitim Düzeyi	n	%
Sağlık Meslek Lisesi	8	40
Ön Lisans	9	45
Lisans	3	15
Toplam	20	100

Tablo 2'de görüldüğü gibi hemşirelerin eğitim düzeylerine göre dağılımı incelendiğinde %45'i(9 hemşire) ön lisans programı mezunu olduğu,yine %40'ının (8 hemşire) Sağlık Meslek Lisesi mezunu ve %15'inin (3 hemşire) Hemşirelik Lisans programı mezunu olduğu belirlendi.

**Tablo 3 : Hemşirelerin Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı**

Çalışma yılı	n	%
1 – 5	3	15
6 – 10	7	35
11 – 15	4	20
16 – 20	6	30
Toplam	20	100

Çalışma yılı ortalaması  $\bar{X} = 11.25 \pm 5.44$

Tablo 3'te görüldüğü gibi hemşirelerin çalışma yıllarına göre dağılımı incelendiğinde %15'i (3 hemşire) 1-5 yıllık deneyime, %35'i (7 hemşire) 6 - 10 yıllık deneyime, %20'si(4 hemşire) 11-15 yıllık deneyime ,%30'u(6 hemşire) 16-

20 yıllık deneyime sahipti. Hemşirelerin hizmet yılı ortalaması  $11.25 \pm 5.44$  olarak bulundu.

**Tablo 4 : Hemşirelerin Kadın Doğum Çalışma Yıllarına Göre Dağılımı**

Kadın Doğum Çalışma Yılı	n	%
1 – 5	8	40
6 – 10	5	25
11 – 15	3	15
16 – 20	4	20
Toplam	20	100

Kadın doğum çalışma yılı  $\bar{X} = 8.75 \pm 5.91$

Tablo 4'te görüldüğü gibi hemşirelerin kadın doğum çalışma yıllarına göre dağılımı incelendiğinde %40'ı (8 hemşire) 1 – 5 yıllık deneyime, %25'i(5 hemşire) 6-10 yıllık deneyime,%15'i(3 hemşire) 11-15 yıllık deneyime,%20'si (4 hemşire) 16-20 yıllık kadın-doğum çalışma yılına sahipti.Hemşirelerin Kadın Doğum Çalışma Yılı ortalaması  $8.75 \pm 5.91$  yıl olarak bulundu.

**Tablo 5 : Hemşirelerin Kadın Doğum Ünitesinde Kendi İsteğiyle Çalışma Durumlarının Dağılımı.**

Kendi isteği ile Çalışma	N	%
Evet	10	50
Hayır	10	50
Toplam	20	100

Tablo 5'te görüldüğü gibi hemşirelerin kadın doğum ünitesinde kendi isteğiyle çalışma durumlarının dağılımı incelendiğinde %50'si (10 hemşire) Kadın Doğum

Ünitesi'nde kendi istekleri ile çalıştıklarını ifade ederken,yine %50'si (10 hemşire) istekleri dışında çalıştıklarını ifade etti.

**Tablo 6: Hemşirelerin Çalıştıkları Üniteye Oryantasyon Programına Katılma Durumunun Dağılımı.**

<b>Çalışılan Üniteye Oryantasyona Katılma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	5	25
Hayır	15	75
Toplam	20	100

Tablo 6'da görüldüğü gibi hemşirelerin çalıştıkları üniteye oryantasyon programına katılma durumunun dağılımı incelendiğinde %75'i (15 hemşire) çalıştıkları üniteye oryantasyon programına katılmazken,%15'i (5 hemşire) katıldığını ifade etti.

**Tablo 7 : Hemşirelerin Eklampsili Hastanın Bakımı İle İlgili HİE Katılma Durumlarının Dağılımı**

<b>HİE Katılma</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Evet	6	30
Hayır	14	70
Toplam	20	100

Tablo 7'de görüldüğü gibi hemşirelerin eklampsili hastanın bakımı ile ilgili HİE katılma durumlarının dağılımı incelendiğinde %70'i(14 hemşire) daha önce Eklampsili hasta bakımı ile ilgili bir hizmet içi eğitim programına katılmadığını

## 4.2. Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Aldıkları Bilgi Puanları Ve Belirledikleri Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulgular

II.Bölümde hemşirelerin pre eklampsi ve eklampsi hakkında (tanımı, eklampside risk faktörleri, pre-eklampsinin derecelendirilmesi,belirti ve semptomlar, tedavi, eklampsi krizi ve acil yaklaşımlar) eğitim öncesi ve eğitim sonrası aldıkları bilgi puanları ve sunulan örnek vakaya koydukları hemşirelik tanılarına ilişkin bulgular incelenmiştir.

**Tablo : 8 Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Sonrası Sorulara Verdikleri Doğru Cevapların Karşılaştırılması**

Sorular	Eğitim Öncesi (E.Ö.)		Eğitim Sonrası (E.S.)		McNemar $X^2$	P değeri
	N	%	n	%		
1	19	95	20	100	$X^2 = 1.0000$	$P > 0.05$
2	20	100	19	95	$X^2 = 0.0625$	$P > 0.05$
3	15	75	18	90	$X^2 = 0.0625$	$P > 0.05$
4	9	45	17	85	$X^2 = 0.0010$	$P < 0.01$
5	7	35	14	70	$X^2 = 0.0005$	$P < 0.001$
6	2	10	15	75	$X^2 = 0.0000$	$P < 0.0001$
7	6	30	18	90	$X^2 = 0.0020$	$P < 0.01$
8	19	95	20	100	$X^2 = 1.0000$	$P > 0.05$
9	13	65	19	95	$X^2 = 1.0000$	$P > 0.05$
10	18	90	16	80	$X^2 = 1.0000$	$P > 0.05$

Tablo : 8'de görüldüğü gibi hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası sorulara verdikleri doğru cevapların karşılaştırılması incelendiğinde 1.2.3.8.9.10 sorulara verilen doğru cevapların eğitim öncesi ve sonrası istatistiksel açıdan anlamlı bir

farklılık olmadığı , diğer 4.5.6.7. sorularda önemli bir artış belirlendi ve bu sonuçlar istatistiksel eğitim programı lehine anlamlı bulunmuştur.

Eğitimden önce ve eğitimden sonra cevaplanmasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülmeyen sorular şunlardır:

- (1) Eklampsi daha çok kaçınıcı gebelik haftasından sonra görülür?
- (2) Aşağıdakilerden hangisi eklampsi için hazırlayıcı faktördür?
- (3) Eklampsinin 3 temel belirtisi nedir?
- (8) Eklampside konvulsiyonların önlenmesi için aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılır?
- (9) Aşağıdaki durumlardan hangisinde MgSO<sub>4</sub> kesilir?
- (10) Aşağıdakilerden hangileri eklampsili hastanın odasında bulunması gerekenlerdir?

Eğitimden önce ve eğitimden sonra cevaplanmasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık görülen sorular şunlardır:

- (4) Aşağıdakilerden hangisi preeklampsinin eklampsiye dönüştüğünün belirtisidir?
- (5) Eğer hastanın ödemi yüz,el,göz kapağı,karın duvarı ve sakrum bölgesini kapsıyorsa kaç pozitif olarak değerlendirilir?
- (6) Aşağıdakilerden hangisi konvulsiyon haberci belirtilerindendir?
- (7) Eklampside konvulsüyonlar nasıl başlar?

**Tablo 9:Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Sonrası Eklampsiye İlişkin Sorulara Verdikleri Doğru Yanıt Sayılarının (Bilgi Puanı =BP ) Karşılaştırılması .**

Denek No	Eğitim Öncesi (E.Ö.) Doğru Yanıt Sayısı	Eğitim Sonrası (E.S.) Doğru Yanıt Sayısı	Fark
1	8	10	2
2	6	10	4
3	8	10	2
4	4	7	3
5	4	9	5
6	7	9	2
7	6	8	2
8	6	7	1
9	5	9	4
10	6	8	2
11	7	9	2
12	7	9	2
13	5	8	3
14	7	10	3
15	7	9	2
16	8	9	1
17	7	10	3
18	6	9	3
19	7	9	2
20	5	7	2
<b>Toplam</b>	<b>126</b>	<b>176</b>	<b>50</b>

E.Ö.Bilgi Puanı Ortalaması : 6.3 E.Ö. Standart Sapma : 1.21  
E.S.Bilgi Puanı Ortalaması : 8.8 E.S. Standart Sapma : 1.49  
Farkın Ortalaması : 2.5 Farkın Standart Sapması : 1

**sd=19 → t=11,18 → P<0.001**

Tablo 9'da görüldüğü gibi hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası Eklampsiye ilişkin sorulara verdikleri doğru cevap sayıları incelendiğinde ,hemşirelerin eğitim öncesi doğru yanıt sayısı ortalaması 6.3 iken eğitim sonrası bu sayı 8.8'e yükselmiştir.Bu fark istatistiksel olarak da ileri derecede anlamlı bulunmuştur.



**Tablo : 10 Hemşirelerin Eğitim Öncesi Ve Sonrası Doğru Hemşirelik Tanı Sayılarının Karşılaştırılması \***

<b>Denek No</b>	<b>Eğitim Öncesi Doğru Tanı Sayısı</b>	<b>Eğitim Sonrası Doğru Tanı Sayısı</b>	<b>Fark</b>
1	0	8	8
2	3	7	4
3	0	7	7
4	0	2	2
5	0	5	5
6	0	1	1
7	3	7	4
8	0	4	4
9	0	2	2
10	5	6	1
11	0	5	5
12	0	10	10
13	0	5	5
14	0	5	5
15	7	9	2
16	0	8	8
17	2	7	5
18	0	5	5
19	0	2	2
20	0	4	4
<b>Toplam</b>	<b>20</b>	<b>109</b>	<b>89</b>

E.Ö.Tanı Sayısı Ortalaması : 1      E.Ö. Standart Sapma : 1.7  
E.S.Tanı Sayısı Ortalaması : 5.45      E.S. Standart Sapma : 2.48  
Farkın Ortalaması : 4.45      Farkın Standart Sapması : 2.28

$$sd = 19 \rightarrow t=8.72 \rightarrow P<0.001$$

\* Hemşirelerden beklenen doğru tanı sayısı 16'dır.

Tablo : 10'da görüldüğü gibi hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası doğru hemşirelik tanısı koyma durumları incelendiğinde hemşirelerin eğitim öncesi doğru tanı sayısı ortalaması 1 iken eğitim sonrası bu sayı 5.45 olarak belirlenmiştir.Bu fark istatistiksel olarak değerlendirildiğinde aradaki fark ileri derecede anlamlı bulunmuştur.



**Tablo : 11 Hemşirelerin Örnek Vakaya Göre Eğitim Öncesi Ve Sonrası Belirledikleri Hemşirelik Tanılarının Karşılaştırılması**

Hemşirelik Tanıları (n = 20)	Eğitim Öncesi (E.Ö.)		Eğitim Sonrası (E.S.)		McNeamar Ki-Kare	P değeri
	n	%	n	%		
1.Renal doku perfüzyonunda değişim	1	5	2	10	1.0000	P>0.05
2.Deri bütünlüğünde bozulma	3	15	11	55	0.0078	P<0.05
3.Fiziksel hareket kısıtlılığı	0	0	2	10	0.5000	P>0.05
4.Kalp yükünde değişim	3	15	6	30	0.3750	P>0.05
5.Konstipasyon yüksek riski	3	15	10	50	0.0391	P<0.05
6.Sağ üst kadranda ağrı	2	10	15	75	0.0002	P<0.001
7.Şiddetli baş ağrısı	3	15	19	95	0.0000	P<0.0001
8.Eklampsi krizi yüksek riski	1	5	12	60	0.0034	P<0.05
9.Gebede asfiksi yüksek riski	0	0	1	5	1.0000	P>0.05
10.Gebede yaralanma yüksek riski	0	0	8	40	0.0078	P<0.05
11.MgSO4 kullanımının Gebe ve bebeğe olumsuz etkileri	0	0	1	5	1.0000	P>0.05
12.Gebede korku ve endişe	1	5	8	40	0.0156	P<0.05
13.Gebe ve ailede bilgi eksikliği	1	5	9	45	0.0215	P<0.05
14.Fetüsün zarar görme yüksek riski	1	5	5	25	0.1250	P>0.05
15.Travay için fetal intolerans yüksek riski	1	5	0	0	1.0000	P>0.05
16.Doğum sonrası riskli yenidoğan yüksek riski	0	0	0	0	0	P>0.05

Tablo 11'de görüldüğü gibi hemşirelerin örnek vakaya göre eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri hemşirelik tanıları incelendiğinde deri bütünlüğünde bozulma ,konstipasyon yüksek riski,sağ üst kadranda ağrı , şiddetli baş ağrısı , eklampsi krizi yüksek riski , gebede yaralanma yüksek riski , gebede korku ve endişe , gebe ve ailede bilgi eksikliği (toplam 8 tanıda) eğitim öncesi ve sonrası farklılık istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuş diğer tanıların pek çoğunda artış olmasına rağmen fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır.

#### **4.3.Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Belirledikleri Doğru Hemşirelik Tanıları İle İlişkisine Dair Bulgular :**

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin( yaş,eğitim düzeyleri, çalışma yılı, kadın-doğum çalışma yılı , buldukları üniteye kendi isteği ile çalışma , oryantasyona katılma ve eklampsi ile ilgili H1E alma durumları) eğitim öncesi ve eğitim sonrası belirledikleri doğru hemşirelik tanıları ile ilişkisine dair bulgular incelenmiştir.

**Tablo 12 : Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitim Öncesi Ve Eğitim Sonrası Belirledikleri Tanılar İle İlişkisi**

Hemşirelerin Özellikleri	Eğitim Öncesi		Eğitim Sonrası		Toplam	χ <sup>2</sup>	P Değeri
	Tanı Sayısı		Tanı Sayısı				
	n	%	n	%	n		
<b>Eğitim Düzeyleri</b>							
SML	0	0	39	100	39	12.296	P<0.005
Ön Lisans	12	18.8	52	81.2	64		
Lisans	8	30.8	18	69.2	26		
<b>Çalışma yılı</b>						1.58	P>0.05
1 – 5	3	15	17	85	20		
6 – 10	9	15.8	48	84.2	57		
11 – 15	5	22.8	17	77.2	22		
16 – 20	3	10	27	90	30		
<b>Kadın-Doğum Çalışma yılı</b>						10.96	P<0.05
1 – 5	3	7	40	93	43		
6 – 10	12	24.5	37	75.5	49		
11 – 15	5	27.8	13	72.2	18		
16 – 20	0	0	19	100	19		
<b>Kendi İsteği İle Çalışma</b>						6.11	P<0.05
Evet	3	5.5	52	94.5	55		
Hayır	17	23	57	77	74		
<b>Oryantasyona Katılma</b>						Fisher χ <sup>2</sup>	P<0.05
Evet	0	0	21	100	21		
Hayır	20	18.6	88	81.4	108		
<b>HİE Alma</b>						0.69	P>0.05
Evet	5	10.9	41	89.1	46		
Hayır	15	18.1	68	81.9	83		

Tablo 12’de görüldüğü gibi hemşirelerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanılar karşılaştırıldığında Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin eğitim sonrası %100 gibi yüksek oranlarda tanı belirleyebildikleri görülmektedir. İstatiksel değerlendirmede de üç farklı eğitim düzeyi hemşirelerde

eğitim öncesi ve eğitim sonrası tanı belirleme açısından ileri derecede anlamlı farklılık saptandı. (  $X^2 = 12.296$  ,  $P < 0.005$  ).

Hemşirelerde çalışma yılları ile eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanıları karşılaştırıldığında 11-15 yıllık deneyime sahip hemşireler eğitim öncesi %22.8 . 16-20 yıllık deneyime sahip hemşireler eğitim sonrası %90 oranları ile en fazla tanıyı belirleyebildikleri görülmekle birlikte istatistiksel değerlendirmede hemşirelerin çalışma yılları ile eğitim öncesi ve sonrası tanı belirlemeleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. (  $X^2 = 1.58$  ,  $P > 0.05$  ) (Tablo 12).

Hemşirelerin kadın doğum servisindeki hizmet yılları ile eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanıları karşılaştırıldığında ; 11-15 yıllık deneyime sahip hemşireler eğitim öncesi %27.8 . 16-20 yıllık deneyime sahip hemşirelerde eğitim sonrası %100 oranları ile en fazla tanıyı belirleyebildikleri görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede de hemşirelerin kadın doğum servisi çalışma yılları ile eğitim öncesi ve sonrası tanı belirlemeleri açısından anlamlı bir farklılık saptandı. (  $X^2 = 10.96$  ,  $P < 0.05$  ) (Tablo 12).

Hemşirelerin kadın doğum ünitesinde kendi istekleri ile çalışma durumları ile eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanıları karşılaştırıldığında ; kendi isteğiyle çalışmayanlar eğitim öncesi %23 . kendi isteğiyle çalışanlar eğitim sonrası %94.5 oranı ile en fazla tanı belirleyen grubu oluşturduğu görülmektedir. İstatistiksel açıdanda her iki grup hemşireler arasında eğitim öncesi ve sonrası tanı belirleme açısından anlamlı bir farklılık saptandı. (  $X^2 = 6.11$  ,  $P < 0.05$  ) (Tablo 12).

Hemşirelerin çalıştıkları ünite de oryantasyon programına katılmaları ile ilgili eğitim öncesi ve sonrası tanıları karşılaştırıldığında ; oryantasyona katılmayanlar eğitim öncesi %18.6 ve oryantasyona katılan grup eğitim sonrası %100 oranı ile en fazla tanıyı belirleyen grubu oluşturmaktadır. İstatistiksel değerlendirmede de her iki grup hemşireler arasında eğitim öncesi ve sonrası tanı belirleme açısından farklılık anlamlı bulundu. (Fisher kesin  $X^2$  .  $P < 0.05$  ) (Tablo 12).

Hemşirelerin daha önce eklampsili hastanın bakımı ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumları ile ilgili eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanılar karşılaştırıldığında ; HİE almayan grup eğitim öncesi %18.1 .eğitim sonrası ise HİE alan grup %89.1 oranı ile en fazla tanıyı belirleyen grup olduğu görüldüğü halde istatistiksel değerlendirmede her iki grup hemşireler arasında eğitim öncesi ve eğitim sonrası tanı belirleme açısından saptanan farklılık anlamlı bulunmadı. (  $X^2 = 0.69$ ,  $P > 0.05$  ) (Tablo 12).



## 5.TARTIŞMA

Obstetrikte eklampsi son yıllarda azalsa da bütün dünyada halen önemli bir sorundur.20 yy.'ın başlarında eklampside ölen gebe oranı %30'du.İngiltere'de Glaskow Royal Maternity Hospital'de 1931-1990 yılları arası kapsayan deskriptif bir çalışmada eklampside maternal mortalite 1931-1940 yılları arasında %15.1 iken,1941-1950 yılları arasında %13.4 ve 1950'den sonra %3.9'lara düşmüştür.Türkiye'nin genelini kapsayan ve ülkenin tümü için genel bir oran verebilen bir çalışma henüz bulunmamaktadır.Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün istatistiklerine göre 1987 yılında tüm hastanelerde meydana gelen anne ölümlerinin %41'inin preeklampsi ,eklampsi sonucu geliştiği tespit edilmiştir.Eklampsi olgularında gebe ölüm oranı %4-16.6 arasında bildirilmektedir (8,24,46,50).

Günümüzde eklampsinin ; multidisipliner bir ekip yaklaşımı ile yürütülen tıbbi tedavisi,acil hemşirelik tanı ve girişimlerinin ; gebe,fetüs ve yenidoğan mortalite ve morbiditesini azalttığı düşünülmektedir. Çünkü acil bir klinik tablo ile seyreden eklampside hemşirelik sürecinin ilk aşaması olan hemşirelik tanılarını doğru belirlemek,hastaya yapacağımız girişimlere yön verecektir.Anne ve bebek sağlığının daha iyiye götürülmesinde,multidisipliner sağlık ekibi içinde önemli bir yere sahip olan hemşireler,ancak acil ve doğru tanılama ve bunun paralelinde yapacakları uygun girişimlerle daha çok hayat kurtarabilirler.

Eklampsili hastalara bakım veren hemşirelerde doğru hemşirelik tanısı koyabilmelerinde eğitimin etkinliğini saptamak amacı ile tanımlayıcı ve uygulamalı amaca yönelik prospektif ve deneysel olarak yapılan çalışmaya,Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde kadın-doğum klinikleri,doğumhane ve kadın-doğum ameliyathanesinde görev yapan 20 hemşire katılmıştır.

## 5.1.Hemşirelerin Tanıtıcı Özellikleri İle İlgili Verilerin Tartışılması

Bu bölümde hemşirelerin yaş ,eğitim düzeyi,çalışma yılı,kadın-doğum çalışma yılı ,kadın-doğum ünitesinde kendi isteği ile çalışma durumları,çalıştıkları ünite de oryantasyon programına katılma durumları ve daha önce eklampsili hasta bakımı ile ilgili HİE alma durumlarına ilişkin bulguların tartışması yer almaktadır.

**Araştırmaya katılan hemşirelerin %30'unun (6 hemşire) 23-27 yaş grubunda ve yaş ortalamalarının  $30.50 \pm 6.66$  olduğu belirlenmiştir.** Grubun yaş ortalamasının yüksek bulunmasının devlet hastanelerine uzun süredir yeni mezun hemşire atamalarının yapılmamasıyla ilişkili olduğunu düşünmekteyiz. Çalışmamızdaki yaş dağılımı hemşireler üzerinde yapılan benzer çalışmalarla da paralellik göstermektedir (1,23,34).**Hemşirelerin %45'inin (9 hemşire) ön lisans mezunu olduğu belirlenmiştir.**Oysaki önceki yıllarda uygulama alanındaki hemşireler üzerine yapılan çalışmalarda Erefe (32), Ekizler (28), Coşkun (23), Aksoy (1) hemşirelerin büyük çoğunluğunun sağlık meslek lisesi mezunu olduğunu belirlemişlerdir. Son yıllarda gelişen toplumla birlikte çalışma alanlarındaki hemşireler gerek örgün gerek yaygın eğitimle eğitimlerini devam ettirme fırsatı elde etmiş ve bunlardan yararlanmışlardır.Çalışmamızda önlisans mezunu hemşirelerin bu nedenle daha çoğunlukta olduğu görüşünderiz. Günümüzde hemşirelerin eğitim düzeylerinin giderek arttığını görmek sevindirici bir durumdur. **Hemşirelerin %35'inin (7 hemşire) 6-10 yıllık çalışma deneyimine sahip oldukları ve çalışma yılı ortalamalarının  $11.25 \pm 5.44$  olduğu belirlenmiştir.** Bu bulgu grubumuzun yaş ortalamasının yüksek olmasıyla paralel bir sonuçtur (1,23,28,34,61). **Hemşirelerin %40'ının (8 hemşire) 1-5 yıllık kadın-doğum çalışma yılına sahip oldukları ve kadın-doğum çalışma yılı ortalamalarının  $8.75 \pm 5.91$  olduğu belirlenmiştir (Tablo 1,2,3,4).** Bu bulgunun grubun kadın-doğum servisinde çalışma koşullarının yoğun ve yorucu olmasından dolayı bu bölümde uzun süre kalmayıp başka bölümlere geçmeleriyle ilişkili olduğu görüşünderiz.

Hemşirelik işlevlerinin yerine getirilmesinde, hemşirelik mesleğinden doyum sağlama, bulunduğu bölümde severek ve isteyerek çalışma durumu önemlidir. **Hemşirelerin kadın-doğum ünitesinde kendi isteği ile çalışma durumları incelendiğinde %50'sinin (10 hemşire) kendi isteği ile çalıştığı belirlenmiştir (Tablo 5).** Bu sevindirici bir durumdur. Hemşirelerin klinikte severek ve isteyerek çalışmalarında çok çeşitli ve değişik faktörlerin (ücret, çalışma koşulları, sosyal aktiviteler vb.) etkili olduğu daha önceki yıllarda yapılan çalışmalarda da ele alınmıştır.

İşe alıştırmaya- uyum (oryantasyon) programlarının, tam etkili bir şekilde uygulanması yeni elemanın göreve, kuruma ve çalışma arkadaşlarına olası en iyi uyumunu sağlayacaktır. Dolayısıyla verimlilik artacak, hemşirelik hizmetlerinin kalitesi ve hasta bakım kalitesi yükselecektir (25). Bu sebeple hemşirelerin buldukları üniteye başlarken alınan oryantasyon eğitimin bölüme özgü bazı acil durumlara daha kolay müdahale etmeyi sağladığı görüşünderiz. **Hemşirelerin çalıştıkları üniteye oryantasyon programına katılma durumları incelendiğinde %75'inin (15 hemşire) oryantasyon programı almadığı belirlendi. (Tablo 6).** Oryantasyon programları hastane genelinde hemşirelik hizmetleri tarafından planlanmalı ve uygulanmalıdır. Ancak çalışmamızın gerçekleştirildiği Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde oryantasyon programı bulunmamaktadır, elde ettiğimiz bulguların bu durumla paralellik gösterdiği görüşünderiz.

Aynı kurumda çalışan hemşireler arasında eğitimleri, kişisel ya da oryantasyon programlarının yetersizliğinden kaynaklanan uyumsuzluklar görülebilir. Oysa hemşirelik bir ekip çalışmasını gerektirir ve bu ekibin üyeleri farklı eğitim ve uygulama becerisine sahip olsalar da ekip içinde kurum politikasına uygun bir çalışma sergilemeleri gereklidir. Bu ise önemli ölçüde bir hizmetiçi eğitime bağlıdır (3).

Değişik eğitim ve nosyona sahip meslek üyelerinin bir kurum içinde uyumlu olarak görev yapmaları beklenemez. Bu uyumsuzluk değişik amaçlarla

yetiştirilmelerinden,kişilik özelliklerinden ya da oryantasyon programının yetersizliğinden kaynaklanabilir. Hizmetiçi eğitim bu uyumsuzlukların giderilmesini ve değişik eğitim ve uygulama becerisine sahip meslek üyelerinin etkin bir biçimde ,en iyi standartlarda hasta bakımı sağlanmasında önemli bir uygulamadır.

Alınan hizmetiçi eğitimin,hemşirelik tanınması ve hemşirelik girişimlerinde etkili olduğu kanısındayız.

**Hemşireleri “Eklampsili Hastanın Bakımı” ile ilgili bir HİE alma durumları incelendiğinde %70’inin (14 hemşire) HİE almadığı belirlenmiştir (Tablo 7).** Bu üzücü bir durumdur.Oysa Kukul (44) Ankara Zübeyde Hanım Doğumevinde 100 ebe ve hemşirenin gebelik toksemisi konusundaki bilgi düzeylerini belirlemek için yaptığı çalışmada ebe ve hemşirelerin %96 gibi büyük bir oranının gebelik toksemisi konusunda hizmetiçi eğitim aldığını bildirmektedir.

## **5.2.Hemşirelerin Eğitim Öncesi ve Eğitim Sonrası Aldıkları Bilgi Puanları ve Belirledikleri Hemşirelik Tanılarına İlişkin Bulguların Tartışılması :**

Bu bölümde hemşirelerin eklampsi hakkında ( tanımı, risk faktörleri, derecelendirilmesi, belirti ve semptomlar, tedavi, acil girişimler ) hazırlanan çoktan seçmeli sorulara eğitim öncesi ve eğitim sonrası verdikleri doğru yanıt ve sunulan örnek vakaya eğitim öncesi ve eğitim sonrası koyabildikleri doğru hemşirelik tanı sayılarına ilişkin bulguların tartışması yer almaktadır.

**Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim öncesi ve sonrası eklampsi hakkında hazırlanan çoktan seçmeli sorulara verdikleri doğru cevapların karşılaştırması yapıldığında 4.5.6.7.sorularda eğitim sonrası doğru cevap sayısında önemli bir artış olduğu bulunmuş ve bu fark istatistiksel açıdan da anlamlı bulunmuştur (Tablo 8).**

İstatistiksel açıdan anlamlı bulunan sorular ve eğitim öncesi(E.Ö) ve eğitim sonrası(E.S.) doğru yanıtlanma yüzde(%) değerleri :

- (4)Aşağıdakilerden hangisi preeklampsinin eklampsiye dönüştüğünün belirtisidir? (E.Ö.:%45;E.S.:%85)
- (5)Eğer hastanın ödemi yüz,el,göz kapağı,karın duvarı ve sakrum bölgesini kapsıyorsa kaç pozitif olarak değerlendirilir? (E.Ö.:%35;E.S.:%70)
- (6)Aşağıdakilerden hangisi konvulsiyon haberci belirtilerindendir? (E.Ö.:%10 ;E.S.:%75)
- (7)Eklampside konvulsüyonlar nasıl başlar? (E.Ö.:%30;E.S.:%90)

Bu soruların içeriğine bakıldığında ağır pre-eklampsi kriterleri ile belirti ve semptomlara yönelik olduğu görülüyor.Hemşireler uygulama alanlarında karşılaştıkları vakaları gözlemlmelerine rağmen daha çok hastaya tedavi ağırlıklı yaklaşmakta ve bu tür ayrıntıları göz ardı etmektedirler.Ancak yapılan hizmet içi eğitimle bu bilgilerin pekiştirildiği ve eğitim sonrası bu sorularda anlamlı bir artış gözlemlendiği kanısındayız.

**Araştırmaya katılan hemşirelerin sorulara verdikleri doğru cevapların sayısı,1.3.8.9 sorularda eğitim sonrası artarken, bu artma istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. 2. ve 10. soruda eğitim sonrası doğru yanıtlanma yüzdesi azalmıştır (Tablo 8).**

İstatistiksel açıdan anlamlı bulunmayan sorular ve E.Ö. ve E.S. doğru yanıtlanma yüzde(%) değerleri :

- (1)Eklampsi daha çok kaçınıcı gebelik haftasından sonra görülür? (E.Ö.:%95;E.S.:%100).
- (2)Aşağıdakilerden hangisi eklampsi için hazırlayıcı faktördür? (E.Ö.:%100;E.S.:95)
- (3)Eklampsinin 3 temel belirtisi nedir? (E.Ö.:%75;E.S.:90)

- (8)Eklampside konvulsiyonların önlenmesi için aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılır? (E.Ö.:%95;E.S.:%100)
- (9)Aşağıdaki durumlardan hangisinde MgSO4 kesilir? (E.Ö.:%65;E.S.:%95)
- (10)Aşağıdakilerden hangileri eklampsili hastanın odasında bulunması gerekenlerdir? (E.Ö.:%90;E.S.:%80)

Çalışmamızda 2. ve 10.soruların doğru yanıtlanmasında eğitim sonrası azalma olması istatistiksel bir anlam taşımamaktadır. Araştırmaya katılan hemşirelerin çalıştıkları ortam itibarı ile pre-eklampsisi ve eklampsisi olgularını gözlemlene olasılıkları çok fazladır.Örnekleminizin yaş grubunun ve çalışma yılının ve kadın-doğum çalışma yılının azımsanmayacak düzeyde olması onların bu tür olgularla pek çok kez karşılaştığını doğrulamaktadır.Eklampsinin tanımı,risk faktörleri ,tedavisi ve acil ekipmanlar hakkında sorulan çoktan seçmeli sorulara eğitim öncesinde bile yüksek oranda doğru cevap verirken eğitimden sonra bu bilgilerini geliştirmişlerdir.

Kukulu'nun (44) ebe ve hemşirelerin gebelik toksemisi konusunda bilgi düzeylerinin belirlenmesi ile ilgili yaptığı çalışmada da ;risk faktörleri içinde yaş%56 oranında ,gebelik toksemisinin erken dönem belirtileri %60 oranında,hasta odasında bulundurulması gereken malzemeleride büyük oranda (%60-%70) bildiklerini belirlemiştir.

Çalışmamızda da benzer şekilde risk faktörleri ve eklampsili hasta odasında bulunması gereken malzemeler ;eğitim öncesinde büyük oranda doğru olarak yanıtlanırken, erken dönem belirtileri eğitimden önce çok az doğru yanıtlanmıştır. Eğitimden sonra doğru yanıtlar anlamlı bir şekilde artmıştır.

Araştırmaya katılan hemşire grubu eklampsili hastalarla oldukça sık karşılaşan ve bakım veren bir gruptur. Bu sebeple hastalığı bilmekte ve gözlemlemektedirler. Bu grubun preeklampsisi / eklampsisi'yi önceden de ana hatlarıyla biliyor olduklarından sorulara verilen doğru cevaplarda artış istatistiksel bir düzeye yansımamıştır.

**Eğitim öncesi hemşirelerin verdikleri doğru yanıt ortalaması (bilgi puanı ortalaması=BPO) (10 üzerinden) 6.3 iken,eğitim sonrası BPO 8.8'e yükselmiş ve aradaki farkın ortalaması 2.5 olarak belirlenmiştir.Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu sonuç ileri derecede anlamlı bulunmuştur.(t=11.18 , P<0.001) (Tablo 9).**Çalışmamıza paralel olarak Engin (31) doğum salonu ve perinatolojide çalışan ebe ve hemşirelerin eklampsili hasta bakımına ilişkin bilgi düzeylerini değerlendirmede 50 kişiden oluşan çalışmasında ;ebe ve hemşirelerin eklampsiyeye ilişkin bilgi puan ortalamalarının (100 üzerinden) 51.19 ve eklampsili hasta bakımına ait puan ortalamalarının ise (100 üzerinden) 42.75 olduğunu belirtmiştir. Bu çalışmada bulunan bilgi puan düzeyleri bizim çalışmamızda eğitim öncesi bulunduğumuz değerlerle paralellik göstermektedir. İpek (40) 'de mental retardasyonlu hastalara bakımda hemşirelerin yaşadıkları zorluklar ve bunların giderilmesinde eğitimin etkinliğini sınadığı çalışmasında eğitim öncesi başarı oranı 10 üzerinden ortalama 3.66 iken eğitim sonrası bu oranın ortalama 5.2 ye yükseldiğini ifade etmiştir. Babadağ ve ark.(3) hemşirelere yaptığı HİE sonuçlarına göre,eğitim öncesi hemşirelerin aldığı not ortalaması (100 üzerinden) 32.25 olmasına karşın, eğitim programından sonra hemşirelerin bilgi düzeyi artarak not ortalamaları 61.14 olduğunu saptamışlardır. Bu çalışmada da yapılan eğitim sonrası,çalışmamıza benzer şekilde bilgi puanının anlamlı şekilde arttığını görmekteyiz. Bu sonuçlar literatürümüzdeki diğer çalışmalarla da uygunluk göstermektedir (3,4,42,53,58).

**Eğitim öncesi hemşirelerin belirledikleri tanı sayısı ortalaması (16 üzerinden) 1 (%6.25) iken ,eğitim sonrası ortalama (16 üzerinden) 5.45'e (%34.06) yükselmiş ve aradaki farkın ortalaması 4,45 olarak belirlenmiştir.Yapılan istatistiksel değerlendirmede bu sonuç ileri derecede anlamlı bulunmuştur.(t=8.72 , P<0.001)(Tablo 10).** Hemşirelere uygulanan hizmetiçi eğitim programlarında hemşirelik sürecine ilişkin yapılan eğitimlerin hemşirelerin bilgi düzeylerini arttırmada etkili olduğu diğer çalışmalarla da kanıtlanmıştır. Altun (4) İ.Ü. İstanbul Tıp Fakóltesi Araç.ve Uyg.Hastanesi hemşireleri üzerinde yaptığı benzer bir çalışmada eğitim öncesi doğru tanı ortalaması (34 üzerinden) 3.26 (%9.58) iken, eğitim sonrası bu

sayının (34 üzerinden) 8.23(%24.2)'e ulaştığını belirtmiştir. Altun'un sonuçları çalışmamızla uygunluk göstermektedir.

Ekizler (28) İstanbul'daki hastanelerde çalışan hemşirelere uyguladığı hemşirelik süreci kursu sonrası sürecin ilk aşamaları olan tanılama ve planlama bölümü sorularına doğru cevap oranını %72.99 olarak saptamıştır. Ekizler'in çalışmasında da bizim çalışmamıza paralel olarak eğitim sonrası doğru yanıt oranı yüksek bulunmuştur.

Hemşirelik tanılaması, hemşirelik mesleğinin karmaşık rol ve görevleri gereği pek çok klinikte uygulanamamaktadır. Uygulama alanındaki çalışma koşullarının da önemli yer kapsadığı kanısındayız. Bu görüşümüzü yapılan çalışmalar doğrulamaktadır. Eşer ve Dereli (34) yaptıkları çalışmada (Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde) araştırma kapsamındaki hemşirelerin büyük çoğunluğu (%85.56'sı) çalıştıkları kliniklerde bakım planı yapmadıklarını belirtmişler. Bu çalışmada " Hemşirelik sürecinin kliniklerde rutin olarak uygulanması mümkündür " diyenler %36.67'dir. İpek (40)'in çalışmasındaki hemşire grubunun %88.9'u "hastane teknik ekibinin iyi çalışmaması nedeniyle hemşirelik dışı işler çok vaktimi alıyor" diye ifade ederken, Platin ve arkadaşlarının (60) hemşirelerin 8 saatlik çalışma sürelerinin içeriğinin araştırıldığı bir başka çalışmada da, hemşirelerin 3 saatinin bilfiil hasta bakımı ile geçerken geriye kalan 5 saati hasta bakımı dışındaki işlerle geçmekte olduğunu belirtmişlerdir. Coşkun ve ark.(23) İstanbul'daki SSK hastanelerinde gerçekleştirdikleri bir çalışmada hemşirelerin %67.6'sının hemşirelik tanısı koymayı bir hemşirelik işlevi olarak ifade ettiğini belirtmişlerdir. Hemşirelerin hemşirelik tanısı koymayı hemşirelik işlevi olarak görmelerine ve hemşirelik dışı teknik işlerle uğraşmalarından mutsuz olmalarına rağmen tüm bu yoğun çalışma temposu ve kısıtlı zaman sürecinde, hemşirelik tanılaması gibi bakımın ana unsurlarına zaman ayırlanamamaktadır. Uygulama alanındaki çalışma koşulları kadar hemşirelerin özellikle acil ve kritik durumlarda karar verme becerisinde ve tanı koymada yetersiz kalmasının nedenleri arasında temel

hemşirelik eğitiminde problem çözme becerisi ve hemşirelik tanılması becerisinin uygun yöntemlerle verilmemesi de sayılabilir.

Altun (4)'un çalışmasında "sürecin hangi aşamasında zorlandınız?" sorusuna hemşirelerin %30'u yanıt vermezken %30'u tanılama aşamasında yanıtını verdiğini belirtmiştir. Bu bulgu hemşirelerin hemşirelik tanılması konusunda bilgi eksikliklerini doğrulamakta ve eğitimin gerekliliğini vurgulamaktadır. Çalışmamızda da hemşirelerin eğitim öncesi verilen örnek vakaya belirledikleri doğru tanı oranının çok düşük olması bunu desteklemektedir. Yaptığımız çalışmada eğitim sonrası hemşirelik tanısı oranının arttığı belirlenmiştir. Yine Altun (4)'un çalışmasında belirttiği gibi Spies ve arkadaşlarının araştırmasında da hemşirelere verilen hemşirelik süreci kursu sonuçlarına göre ;eğitim öncesi doğru tanı ortalaması %6.4 iken bu oran eğitim sonrası %12.5 olarak anlamlı bir artış kaydettiği belirtilmiştir. Tüm bu sonuçlar bizim çalışmamızla paralellik göstermektedir.

**Hemşirelerin verilen örnek vakaya göre eğitim öncesi ve eğitim sonrası belirledikleri hemşirelik tanıları incelendiğinde,deri bütünlüğünde bozulma eğitim öncesi %15 ,eğitim sonrası %55,konstipasyon yüksek riski eğitim öncesi %15 eğitim sonrası %50,sağ üst kadranda ağrı eğitim öncesi %10 eğitim sonrası %75,şiddetli başağrısı eğitim öncesi %15 eğitim sonrası %95, eklampsi krizi yüksek riski eğitim öncesi %12 iken eğitim sonrası %60 ,Gebede yaralanma yüksek riski eğitim öncesi %0 iken eğitim sonrası %40 ve gebe ve ailede bilgi eksikliği eğitim öncesi %5 iken eğitim sonrası %45 oranında tanıldığı bulunmuş ve bu tanılarda eğitim öncesi ve sonrası fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Travay için fetal intolerans yüksek riski tanıları hariç diğer tüm tanılarda (6 tanı) eğitim sonrası belirleme oranlarında artış olmasına rağmen bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.(Tablo 11). Çalıştığımız hemşire grubunun farklı eğitim düzeyi ve farklı yaşlarda olmalarına ve doğru tanılamaya ilişkin verilen eğitimin kısıtlı olmasına rağmen elde ettiğimiz sonuçlar eğitim lehine sevindirici olmuştur . Hemşireler genelde fiziksel sorunlara (örneğin ;baş ağrısı,**

epigastrik ağrı, konstipasyon vb.) yönelik verileri daha iyi değerlendirip doğru tanıyı belirleyebilmektedirler. Çalışmamızda bu görüşe paralellik gösterirken literatür veriler de bunu doğrulamaktadır (4,37).Miller ,Steele ve Boisen (51)'in yaptıkları çalışmada da en sık konulan 5 hemşirelik tanısı arasında bağırsak eliminasyonunda değişim, konstipasyon, beslemede değişim, vücut gereksiniminden az sıvı volüm eksiklikleri, etkisiz solunum davranışı,deri bütünlüğünde bozukluk olarak bulunmuştur.

### **5.3.Hemşirelerin Tanıtıcı Özelliklerinin Eğitim Öncesi ve Sonrası Belirledikleri Tanılar ile İlişkinin Tartışılması :**

Bu bölümde hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin (yaş,çalışma yılı ,kadın-doğum çalışma yılı,buldukları ünite de oryantasyon programına katılma ve eklampsi ile ilgili HİE alma durumları ) eğitim öncesi ve eğitim sonrası belirledikleri doğru hemşirelik tanıları ile ilişkisine dair bulguların tartışması yer almaktadır.

**Araştırmaya katılan hemşirelerin eğitim düzeylerine göre eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanıları karşılaştırıldığında ; Sağlık Meslek Lisesi mezunu hemşirelerin eğitim sonrası %100 oranı ile en fazla doğru tanı belirleyen grup olduğu görülmekte ve istatistiksel değerlendirmede de her üç eğitim düzeyindeki hemşireler arasında eğitim öncesi ve eğitim sonrası tanı belirleme açısından anlamlı farklılık saptanmıştır.(  $X^2 = 12.296$  .  $P < 0.005$  ). (Tablo 12). Bu bulgu grubun çoğunluğunun (%40) SML mezunu olması ile açıklanabilir. Özellikle hemşirelik süreci konusunda önlisans veya lisans düzeyinde bir eğitim görmedikleri halde elde ettiğimiz sonuçlar verilen hizmet içi eğitimin lehine olmuştur.**

Yapılan çalışmalarda da hemşirelerin öğrencilik yaşamında bakım planı ile ilgili bilgi ve beceriyi edinmelerine karşın, çalışma yaşamında bu birikimlerini kullanamadıklarını göstermektedir. Yine Sezgin (68)'in İstanbul'da bir Sağlık Meslek Lisesi,bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu ve bir Hemşirelik Yüksek Okulunda toplam 150 öğrenci ile yaptığı çalışma sonucu , öğrencilerin

hemşirelik süreci konusunda bilgi gereksinimleri olduğu ve her üç okuldaki hemşire öğrencilerin “hemşirelik süreci” uygulamasında beklenen düzeyde başarılı olmadıklarını saptamıştır. Altun (4) çalışmasında eğitim düzeyi ile eğitim öncesi ve sonrası tanı belirleme açısından anlamlı bir farklılık saptamamıştır. Ekizler (28) hemşirelik öğrenimi yükseldikçe hemşirelik süreci ile bilgi ve kaynağa sahip olmanın artmakta olduğunu belirtmiştir. Yine Chang (19)'ın çalışmasında yüksek lisanslı hemşirelerin hasta tanılmasında yüksek oranda daha başarılı olduklarını ifade etmişlerdir. Yukarıda sözü edilen çalışmalarda eğitimle bilgi düzeyi doğru orantılı olarak bulunmuştur. Oysa bizim çalışmamızda eğitim düzeyi en düşük grup olan Sağlık Meslek Lisesi mezunlarında eğitimin daha etkili olduğu görülmüştür. Bu durum grubun yaş ortalamasının daha genç olması ve eğitime daha açık olmalarıyla açıklanabilir.

Öğrenmede bir yöntemin de tekrar tekrar o işi deneyimlemek olduğu bir gerçektir. Buna bağlı olarak hemşirelerin çalışma yılları arttıkça, bilgi düzeyleri ve tanılama becerilerinin artış göstermesi beklenir (66).

**Hemşirelerin çalışma yılları ile eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanıları karşılaştırıldığında ; 11-15 yıllık deneyime sahip hemşireler eğitim öncesi %22.8 , 16-20 yıllık deneyime sahip hemşireler eğitim sonrası %90 oranı ile en fazla tanıyı belirleyebildikleri görülmekle birlikte ; istatistiksel değerlendirmede de hemşirelerin çalışma yılları ile eğitim öncesi ve sonrası tanı belirlemeleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı. ( $X^2 = 1,58$  ,  $P < 0.05$  ) . (Tablo 12).** Bu bulgu hemşirelerin çalışma yılları arttıkça sorun saptama ve eleştirel düşünme becerilerinin de gelişebileceği görüşü ile çelişkili görülmüşse de bu sonucun örneklem grubunun az olması ile ilişkili olduğu kanısındayız. Çalışmamıza benzer olarak Altun'un İstanbul Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde 34 hemşireden oluşan bir grupta doğru hemşirelik tanısı belirlemede eğitimin etkinliğini saptadığı çalışmasında çalışma yılı ile doğru tanı koyma arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır (4). Saydanlı (66) çalışmasında çalışma yılları ile fiziksel bakımın niteliği ve niceliği arasında anlamlı bir ilişki kuramamıştır. Ayrıca bizim çalışmamızda çalışma yılları yüksek

olmasına rağmen bu yılların tamamı kadın-doğum kliniğine özel değildi.Çeşitli kliniklerde çalışma deneyimine sahip olan hemşirelerin kadın-doğum çalışma yılları daha az olduğu için bu sonucun doğal olduğu kanısındayız.

**Hemşirelerin kadın-doğum çalışma yılları ile eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanılar karşılaştırıldığında ; 11-15 yıllık kadın-doğum deneyimine sahip hemşireler eğitim öncesi %27.8 , 16-20 yıllık deneyime sahip hemşireler eğitim sonrası %100 oranı ile en fazla tanıyı belirleyebildikleri görülmektedir. İstatistiksel değerlendirmede de hemşirelerin kadın-doğum servisi çalışma yılları ile eğitim öncesi ve sonrası tanı belirlemeleri açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ( $X^2 = 10.96$  .  $P < 0.05$  ). (Tablo 12) . Hemşirelerin kadın-doğum kliniğinde çalışma yılları arttıkça bu tür olgularla karşılaşma,bakım verme oranı da artacağından,bulgularımız beklenen sonuçlar doğrultusunda olmuştur.**

**Hemşirelerin kadın-doğum ünitesinde kendi istekleriyle çalışma durumları ile eğitim öncesi ve eğitim sonrası belirledikleri tanılar incelendiğinde ; eğitim öncesi en fazla doğru tanıyı belirleyen grup %23 oranı ile kendi isteği ile çalışmayanlar iken,eğitim sonrası kendi isteği ile çalışanlar %94.5 oranı ile en fazla doğru tanıyı belirleyen grubu oluşturmuştur. İstatistiksel açıdan bu iki grup hemşireler arasında eğitim öncesi ve sonrası tanı belirleme açısından anlamlı bir farklılık saptanmıştır. ( $X^2 = 6.11$   $P < 0.05$  ). (Tablo 12) Hemşirelerin istekli olmaları motivasyonda önem taşır.Motivasyon sonucu kendini geliştirme , öğrenme,bilgi beceri ve dolayısı ile işdoyumu artar. Saydanlı (66) yaptığı bir çalışmada çalıştığı bölümden memnun olma durumunu %74 bulmuş ve bu grubun fiziksel bakım aktivitelerini yapma oranınının çalıştığı bölümden memnun olmayanlara göre daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Çalışmamızda bu görüşü doğrulamaktadır.**

Hemşirelerin çalıştıkları ünite de oryantasyon programına katılmaları ile ilgili eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanılar incelendiğinde ; eğitim öncesi en fazla doğru tanıyı belirleyen grup %16.3 ile oryantasyona katılmayanlar iken, eğitim sonrası oryantasyona katılanlar %100 ile en fazla doğru tanıyı belirleyen grubu oluşturmaktadır. İstatistiksel değerlendirmede de her iki grup hemşireler arasında eğitim öncesi ve eğitim sonrası tanı belirleme açısından saptanan farklılık anlamlı bulundu. (Fisher kesin  $X^2$   $P < 0.05$  ).(Tablo 12). Eğitim öncesi, en fazla doğru tanıyı belirleyen grubun, oryantasyon programına katılmayanlar olması oryantasyon programları aleyhine bir bulgu gibi görülmüş olsa da bu sonuç Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde planlı-programlı bir oryantasyon programının olmamasından kaynaklanabilir. Literatürde hemşirelik üzerine yapılan diğer çalışmalarda da oryantasyon programlarının yetersizliği vurgulanmaktadır. Aksoy (1)'un 100 hemşire üzerinde yaptığı bir çalışmada deneklerin %28'ine bölümde çalışmaya başlarken önce oryantasyon programı uygulanırken %72'sine böyle bir program uygulanmamıştır. Devecioğlu (25) İzmir SSK hastanelerinde hemşirelere uygulanan oryantasyon programlarını incelediği çalışmasında çalışmaya katılan hemşirelerin büyük çoğunluğu işe alıştırma programının yetersiz olduğunu ve bu programların istenen düzeyde ve etkin bir şekilde uygulanmadığını belirtmişlerdir.

Hemşirelerin daha önce eklampsili hastanın bakımı ile ilgili HİE alma durumları ile eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri tanılar incelendiğinde ; eğitim öncesi en fazla doğru tanıyı belirleyen grup %18.1 oranı ile HİE almayan grup iken eğitim sonrası HİE alanlar %89.1 oranı ile en fazla doğru tanıyı belirleyen grubu oluşturmuştur. Ancak istatistiksel değerlendirmede her iki grup hemşireler arasında eğitim öncesi ve eğitim sonrası tanı belirleme açısından saptanan farklılık anlamlı bulunmamıştır. ( $X^2 = 0.69$   $P > 0.05$  ) (Tablo 12). Bu sonuçların gerek örneklem grubumuzun azlığı gerekse oryantasyon programlarında olduğu gibi uygulanan HİE programlarının yetersizliği ile ilişkili olduğu kanısındayız. Ancak yine de çalışmamızda HİE eğitimi alan grupta doğru tanılamada artış olduğunun gözlenmesi, HİE'lerin

gerekliliğini göstermektedir. Literatürümüzdeki çalışmalar da bunu doğrulamaktadır.Özdemir (58) yaptığı bir hizmetiçi eğitimi değerlendirmede eğitim öncesi ve sonrası bilgi düzeylerinin arttığını söylemiştir.Yine Aksoy(1)'un çalışmasında çalıştığı bölüme ilişkin bir HİE programı deneklerin %74'üne uygulanırken %26'sına uygulanmamıştır.Aksoy'un çalışmasında deneklerin %94'ü hizmetiçi programın uygulanmasının gereğine inanmaktadır.



## 6.SONUÇLAR VE ÖNERİLER

### 6.1.Sonuçlar

Eklampsili hastalara bakım veren hemşirelerde doğru hemşirelik tanısı koyabilmelerinde eğitimin etkinliğini saptamak amacı ile yapılan çalışmada aşağıdaki sonuçlar elde edildi.

#### 1.Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerine ilişkin sonuçlar ;

Hemşirelerin;

- \* Yaş ortalamasının 30.50+-6.66 olduğu,
- \* %45'i (9 hemşire) nin ön lisans programı mezunu olduğu ,
- \* Çalışma yılı ortalamasının 11.25+-5.44 olduğu ,
- \* Kadın-doğum çalışma yılı ortalamasının 8.75+-5.91 olduğu,
- \* %50'sinin (10 hemşire) kadın-doğum ünitesinde kendi isteği ile çalışmakta olduğu,
- \* %75'inin (15 hemşire) çalıştıkları üniteye oryantasyon programına katılmadığı,
- \* %70'inin (14 hemşire) daha önce eklampsili hastanın bakımı ile ilgili bir HİE programına katılmadığı belirlendi.

#### 2.Hemşirelerin eğitim öncesi ve eğitim sonrası aldıkları bilgi puanları ve belirledikleri hemşirelik tanılarına ilişkin sonuçlar;

- \* Hemşirelerin eğitim öncesi eklampsiye ilişkin sorulara verdikleri doğru yanıt (bilgi puanı) ortalaması 6.3 iken eğitim sonrası doğru yanıt (bilgi puanı) ortalamasının 8.8'e yükseldiği; istatistiksel değerlendirmede ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu ( $t=11.18, P<0.001$ ),

\* Hemşirelerin eğitim öncesi(E.Ö.) ve eğitim sonrası(E.S.) yanıtladığı ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunan sorular:

- ◆ Aşağıdakilerden hangisi pre-eklampsinin eklampsiye dönüştüğünün belirtisidir? (E.Ö.:%45;E.S.:%85)
- ◆ Eğer hastanın ödemi ,yüz,göz kapağı,karın duvarı ve sakrum bölgesini kapsıyorsa kaç pozitif olarak değerlendirilir?(E.Ö.:%35;E.S.:%70)
- ◆ Aşağıdakilerden hangisi eklampsi için konvülsüyon haberci belirtilerindendir?(E.Ö.:%10 ;E.S.:%75)
- ◆ Eklampside konvülsüyonlar nasıl başlar?(E.Ö.:%30;E.S.:%90)

\* Hemşirelerin E.Ö. ve E.S. doğru yanıtladığı ancak farkı istatistiksel açıdan anlamlı bulunmayan sorular:

- ◆ Eklampsi daha çok kaçınıcı gebelik haftasında görülür? (E.Ö.:%95;E.S.:%100).
- ◆ Aşağıdakilerden hangisi eklampsi için hazırlayıcı faktördür? (E.Ö.:%100;E.S.:95)
- ◆ Eklampsinin 3 temel belirtisi nedir?(E.Ö.:%75;E.S.:90)
- ◆ Eklampside konvülsüyonların önlenmesi için aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılır? (E.Ö.:%95;E.S.:%100)
- ◆ Aşağıdaki durumlardan hangisinde MgSO4 kesilir? (E.Ö.:%65;E.S.:%95)
- ◆ Aşağıdakilerden hangileri eklampsili hastanın odasında bulunması gerekenlerdendir?(E.Ö.:%90;E.S.:%80) olduğu .

\* Hemşirelerin eğitim öncesi belirledikleri doğru tanı ortalamasının 1 iken , eğitim sonrası doğru tanı ortalamasının 5.45'e yükseldiği ve istatistiksel değerlendirmede ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu (t=8.72 ,P< 0.001),

- Hemşirelerin örnek vakaya göre eğitim öncesi ve sonrası belirledikleri hemşirelik tanılarına ilişkin sonuçlar.

- İstatiksel açıdan farkı anlamlı bulunan tanılar:

- Deri bütünlüğünde bozulma (E.Ö.:%15;E.S.:%55)
- Konstipasyon yüksek riski (E.Ö.:%15;E.S.:%50)
- Sağ üst kadranda ağrı (E.Ö.:%10;E.S.:%75)
- Şiddetli baş ağrısı (E.Ö.:%15;E.S.:%95)
- Eklampsi krizi yüksek riski (E.Ö.:%5;E.S.:%60)
- Gebede yaralanma yüksek riski (E.Ö.:%0;E.S.:%40)
- Gebede korku ve endişe (E.Ö.:% 5;E.S.:% 40)

- İstatiksel açıdan farkı anlamlı bulunmayan tanılar:

- Renal doku perfüzyonunda değişim (E.Ö.:%5;E.S.:%10)
- Fiziksel hareket kısıtlılığı (E.Ö.:%0;E.S.:%10)
- Kalp yükünde değişim (E.Ö.:%15;E.S.:%30)
- Gebede asfiksi yüksek riski (E.Ö.:% 0;E.S.:%1)
- MgSO4 kullanımının gebe ve bebeğe olumsuz etkileri (E.Ö.:%0;E.S.:%5)
- Fetüsün zarar görme yüksek riski (E.Ö.:%5;E.S.:%25)
- Travay için fetal intolerans yüksek riski (E.Ö.:%1;E.S.:%0)
- Doğum sonrası riskli yenidoğan yüksek riski (E.Ö.:%0;E.S.:%0)

### **3.Hemşirelerin tanıtıcı özelliklerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası belirledikleri doğru hemşirelik tanıları ile ilişkisine dair sonuçlar ;**

\* Eğitim öncesi ve sonrası belirlenen hemşirelik tanıları ile eğitim düzeyleri,kadın-doğum deneyim yılı,buldukları ünite de kendi isteği ile çalışma,oryantasyona katılma durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu,

\* Eğitim öncesi ve sonrası belirlenen hemşirelik tanıları ile deneyim yılları ve daha önce eklampsili hastanın bakımı ile ilgili HİE alma durumları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı belirlendi.(P< 0.05)

## 6.2.Öneriler

Günümüzde sağlık sisteminde hemşireler,uygulayıcı,araştırmacı,yönetici,eğitici, danışman rolü başta olmak üzere pek çok rolü üstlenmektedir.Bu karmaşık rollerini yürütürken özellikle kritik durumlarda karar verebilme,problem çözebilme yeteneklerini kullanmaktadır.Hemşireler gerek eğitim yıllarındaki yeterli bilgi,beceri ile donatılmaları ,gerek çalışma alanlarında etik ve yasal protokoller ile desteklenmeleri sonucu bu rollerini yerine getirmede çağdaş bakım standartları geliştirme ve kullanmalarında çok daha başarılı olacaklardır.

Araştırma sonuçları doğrultusunda:

- \* Hemşirelik eğitiminde, hemşirelik süreci kapsamında hemşirelik tanılmasına daha geniş yer verilmesi ve vaka çalışması yöntemi ile uygulamalı eğitimde pekiştirilmesi,
- \* Acil müdahale gerektiren kritik alanlarda çalışan hemşirelerin problem çözme ve karar verme becerilerinin geliştirilmelerine olanak sağlayan eğitim programlarının, uygulama protokollerinin geliştirilerek kullanılması,
- \* Eklampsili hastadan veri toplama ve hemşirelik tanılarını koymak için standart formatların düzenlenmesi ve kullanılması
- \* Uygulama alanlarında hizmetiçi eğitimde ,tıbbi tanımlarla hemşirelik tanılarının ayırımının yapılması ve sürekli eğitimle hemşirelikte tanılamamanın öneminin öğretilmesi,
- \* Kliniklerde oryantasyon programının planlı ve düzenli olarak sık aralıklarla uygulanması, oryantasyonu sağlanmış deneyimli hemşirelerin yeni bilgi ve teknikleri öğrenmeleri ve uygulamaları için yüksek eğitim kurumları ve

hemşirelik kuruluşlarının organize ettiği formal kurslara katılmaları gelişmeleri açısından zorunlu kılınmalıdır.

\* Hemşirelerin çalışacağı kliniklerin belirlenmesinde uzmanlık alanlarının ve çalışma isteğinin dikkate alınması,

önerilerinde bulunabiliriz.



## 7. ÖZET

Bu araştırma,eklampsili hastalara bakım veren hemşirelerin doğru hemşirelik tanısı belirlemelerinde eğitimin etkinliğini saptamak amacı ile ön test-son test karşılaştırmalı deneysel ve prospektif olarak planlanmıştır. Bu amaçla gebelikte hipertansiyon ,eklampsisi için risk faktörleri, fizyopatoloji, tedavi, hemşirelik tanılması ve eklampsisi krizi ve acil hemşirelik yaklaşımları bölümlerinin bulunduğu bir içerikle eğitim programı ve literatür bilgileri ile uzman görüşü alınarak ağır preeklampsili bir örnek vaka hazırlanmıştır.

Araştırma evrenini Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,kadın-doğum klinikleri,doğumhane ve kadın-doğum ameliyathanesinde görev yapan 30 hemşire oluşturmuştur. Ancak örneklem grubuna izin ve onayları alınarak eğitime katılabilen 20 hemşire alınmıştır. Hazırlanan eğitim programı 02-03 Şubat 1999 tarihleri arasında hemşire grubuna sunulmadan önce demografik bilgileri içeren form I doldurtulmuştur, daha sonra eklampsiye ilişkin bilgi düzeylerine yönelik çoktan seçmeli 10 soruluk form II ve hazırlanan örnek vaka doğru hemşirelik tanıları belirlemeleri için verilmiştir.Ardından interaktif eğitim yöntemi ile eğitim programı uygulanmıştır.

Aradan geçen 25 günlük bir zaman diliminden sonra hemşire grubuna 2-3 Mart 1999 tarihlerinde aynı oturumda 10 soruluk bilgi formunun yeniden harmanlanmış şekli olan form III doldurtulmuştur. Aynı örnek vakanın hemşirelik tanıları belirlemeleri istenmiştir.

Araştırma sonucu elde edilen veriler,ortalamalar,standart hata,Mc Nemar's Ki-Kare testi(Paired-square), Ki-Kare (chi-square),Fisher kesin ki-kare testi ve Paired-t testleri ile değerlendirilmiştir.

Deneklerin form II'de sorulan çoktan seçmeli sorulara verdikleri her doğru yanıt karşılığı 1 puan, yanlış yanıt karşılığı 0 puan , toplam 10 puan üzerinden bilgi puanı verilmiştir.Hemşirelik tanıları toplam 16 tanı üzerinden değerlendirilmiş tanıların doğrulanmasında ; Uzman görüşünden alınan geri bildirimler,NANDA hemşirelik tanı kategorileri,hemşirelik tanı terminolojisinde uygun olarak yazımı, hemşirelik girişimi ile çözümlenecek ,hemşirelik tanısı olması, verilen örnek vakaya uygun tanılar olması göz önüne alınmıştır.

Örneklemdaki hemşirelerin ;

- ◆ Yaş ortalamasının  $30.50 \pm 6.66$  , çalışma yılı ortalamasının  $11.25 \pm 5.44$  olduğu,
- ◆ %45'inin ön lisans mezunu oldukları, kadın-doğum deneyim yılı ortalamasının  $8.75 \pm 5.91$  olduğu,
- ◆ %50'sinin kadın-doğum servisinde kendi isteği ile çalıştığı,
- ◆ %75'inin çalıştıkları üniteye oryantasyon programına katılmadığı,
- ◆ %70'inin daha önce eklampsili hastanın bakımı ile ilgili bir HİE almadığı saptanmıştır.

\* Hemşirelerin eğitim öncesi eklampsiye ilişkin sorulara verdikleri doğru yanıt (bilgi puanı) ortalaması 6.3 iken eğitim sonrası doğru yanıt (bilgi puanı) ortalamasının 8.8'e yükseldiği; istatistiksel değerlendirmede ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu ( $t=11.18, P<0.001$ ),

\* Hemşirelerin eğitim öncesi belirledikleri doğru tanı ortalamasının 1 iken , eğitim sonrası doğru tanı ortalamasının 5.45'e yükseldiği ve istatistiksel değerlendirmede ileri derecede anlamlı bir ilişki olduğu ( $t=8.72$  , $P< 0.001$ ),

Eğitim öncesi ve sonrası doğru tanı koyma ile eğitim düzeyi,kadın-doğum deneyim yılı,buldukları üniteye kendi isteği ile çalışma,oryantasyona katılma durumları arasında anlamlı bir ilişki olduğu ( $P<0.05$ ) belirlenmiştir.

Elde edilen bu sonuç bize eklampsi hastalarına yönelik hemşirelik tanılarının öğretilip öğrenilebileceğini göstermektedir.Öncelikli olarak kadın-doğum klinikleri ve doğumhanelerde çalışan ebe-hemşirelerin oryantasyon programları ve HİE ile eklampsili hastanın hemşirelik tanılması konusunda bilgi,tutum ve becerilerinin sürekli eğitim yolu ile geliştirilerek uygulamaya aktarılacağı kanısındayız. Ayrıca acil merkezlerinde ve kritik bakım ünitelerinde çalışan hemşirelerin acil karar verme ve tanılama becerilerini geliştirmeye yönelik uygulama protokollerinin ve standart bakım planlarının geliştirilerek kullanılması bakımın kalitesini arttıracaktır.



## 7. SUMMARY

This study has been planned as experimental and prospective initial-final test to establish the efficiency of education in determining the correct nursing diagnosis of nurses, who are caring eclamptic patients. For this reason, we prepared an eclamptic patient as a case according to the opinions of an expert and literature. Also an education program including hypertension during pregnancy, risk factors, physiopathology, therapy, nursing diagnosis and emergency nursing during eclampsia crisis .

Research group was constituted with 30 nurses working in maternity clinics the delivery rooms and C/S operating room. However, 20 nurses, whose permission and approval taken, were included to the example group. Before the education course between dates of 02 and 03 February 1999. First form I which consist of demographics information then form II consisting of multiple choice questions to consider their knowledge about eclampsia and the prepared example case to determine their correct nursing diagnosis were given to the group. Then, they attended to the education course which was applied with an interactive education method.

After a period of 25 days on the 2<sup>nd</sup> and 3<sup>rd</sup> of March 1999 form III which has the same 10 questions of form II, was answered by nurses. They were requested to determine the nursing diagnosis of the same example case.

The data, averages, standard error collected as the result of study were evaluated with Mc Nemar's Paired square, chi-square, Fisher definite paired square and Paired-t tests.

Every right answer given by test subjects to the questions asked in form II was counted as 1 point for every right answer and every wrong answer as 0 point over 10 points. Nursery diagnosis was evaluated over 16 diagnosis for checking diagnosis feedback of expert, NANDA nursing diagnosis categories, writing suitable to nursing diagnosis terminology, being a nursing diagnosis solved with nursing interference, suitable diagnosis to given example case were considered.

The followings were determined:

- the nurses have an average age of  $30.50 \pm 6.66$  and an average working year of  $11.25 \pm 5.44$ ,
- 45% of the nurses have an undergraduate degree, and the average experience year in woman-birth was  $8.75 \pm 5.91$ ,
- 50% of the nurses have been working in maternity service with their own desire,
- 75% of the nurses haven't attended the orientation programs in their units,
- 70% of the nurses haven't received an education course about caring an eklamptic patient at the clinics.

\* Correct answers (knowledge point) given to the questions regarding to eclampsia were increased from 6.3 to 8.8 after education course and this increase is found to be statistically improved ( $t=11.18$ ,  $P<0.001$ ),

\* Average correct diagnosis were increased from 1 to 5.45 after education course and this increase is statistically improved as well ( $t=8.72$ ,  $P<0.001$ ),

A direct relation were found between the correct diagnosis before and after education and the education level, work experience time in maternity unit, her desire of working in her actual unit and with condition of attending to orientation were determined.

The obtained results display that nursing diagnosis regarding to eclampsia patients can be taught and learned. First, we think that knowledge, manner and skills of nurses working in maternity clinics will be improved with continuous education and transferred to practice with orientation programs and HIE. In addition, quality of care will be improved after usage of improved practice protocols and standard care plans regarding to skills of making immediate decision and diagnosis of nurses working in emergency rooms and intensive care.



## Kaynaklar

1. Aksoy,G.:Hemşirelere uygulanan hizmet içi eğitim programlarına ilişkin bir çalışma, **Hemşirelik Bülteni** , 1990; 4:16 : 21-30.
2. Aksoy,G.:Hemşirelikte sürekli eğitim. I.Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu , Hilal Matbaacılık A.Ş.,İstanbul, 1998 ;177-184.
3. Aksu.H.: Doğum salonunda çalışan ebe ve hemşirelerin puerperal enfeksiyonların önlenmesinde aseptik uygulamalara ilişkin bilgilerine,planlı eğitimin etkisinin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,İzmir,1996.
4. Altun,İ. :Doğru Hemşirelik tanılmasında eğitimin etkinliği.İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Doktora tezi,İstanbul,1998.
5. Ansari Mz, Mveller BA, Krohn MA. Epidemiology of eclampsia, **Eur S Epidemiol** 1995; 11:4 : 447-451.
6. Arısan,K.:Doğum Bilgisi,Celtüt Matbaacılık Koll.Şti.,İstanbul1978;588-594.
7. Aştı,N.:Çalışan hemşirelerin işgünü kaybı nedenleri,sıklığı ve işdoyumunu ilişkisi,**Hemşirelik Bülteni**, 1992; 6 : 24: 42-43.
8. Atasü, T.: Eklampsiden korunma ve eklampsi atağının önlenmesi, **Jinekoloji ve Obstetrik Dergisi** , 1997; 2: 132-137.
9. Atterbury L.J.,Groome L.J.,Clinical Presentation of women Readmitted with Postpartum severe Preeclampsia or Eclampsia,**JOGNN**,1997;272:134-140.
10. Ayhan,A. ve ark.: "Gebelik toksikozlarında GEPH Kompleksi perinatal ve maternal mortalite",**Hacettepe Tıp/Cerrahi Bülteni**, 1980; 13:4:407-414.
11. Babadağ,K. :Hemşirelik felsefesi ve ahlak,**Şişli Etfal Hastanesi Hemşirelik Dergisi** , İstanbul, 1996; 1:1:23-27.
12. Babadağ,K. :Hemşirelik Süreci ,**Hemşirelik Bülteni**, 1981; 1:1 : 13-17.
13. Babadağ,K.,Tandal,G. Ve ark.:İstanbul Üniversitesi Hastanelerinin bir kliniğinde yapılan hizmet içi eğitim programının etkinliği. I.Ulusal Hemşirelik Eğitim Sempozyumu ,Hilal Matbaacılık A.Ş.,İstanbul, 1998;200-205.
14. Bahar Ş.,Dervişoğlu A.: A.Çubuk Merkez Sağlık Ocağı Bölgesi'nde doğum öncesi gebelik ve doğum komplikasyonları yönünden değerlendirilmesi, **Jinekoloji ve Obstetride Yeni Görüş ve Gelişmeler**,Ankara Jinekoloji Derneği Yayını, 1991; 2:2, Mayıs :13-19.

15. Birol,L.:Hemşirelik süreci,Etki Matbaacılık Yayıncılık Ltd.Şti.İzmir,1997 ;127-143.
16. Bobak I.M., Jensen M.D. Essentials of Maternity Nursing Third Edition. Mosby Year Book, 1991; chapter 23.
17. Bobak I.M.,Jensen M.D.,Maternity & Gynecologic Care The Nurse and Family Emerita San JOSE State Universty California 1993; 815-841.
18. Bouaggad A.,Laraki M.:Maternal prognostic factors in severe eclampsia, **Fev Fr Gyne col Obstet** 1995; Apr;904:205-207.
19. Chang,B.L.:Validiti of concepts for selected nursing diagnosis,**Clinical Nursing Research** ,1994; 3:3 :183-208.
20. Cimete ,G.: Öğrencilerin çocuk sağlığı ve hastalıkları hemşireliği dersinde yaptıkları bakım planlarının bütüncül yaklaşım felsefesi doğrultusunda analizi,**Türk Hemşireler Dergisi**, 1996; 46:4 :23-32
21. Cimete,G.:Hemşirelik tanısı,**Türk Hemşireler Dergisi**, 1986; 36:4: 23-27.
22. Coşkun A., İnanç N.,Okumuş H., Taşkın L., Ekizler H., Pasinlioğlu T. :Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı. Birlik Ofset, 1996;67-70..
23. Coşkun,A.ve ark.:Uygulayıcı rol üstlenen hemşirelerin hizmetlerinde yer alması gereken hemşirelik işlevleri hakkındaki bilgi durumları ve uygulama biçimlerinin araştırılması,**Hemşirelik Bülteni** , 1993; 7:29:55-63.
24. Depalma R.: Gebeliğin hipertansif hastalıkları Çeviren: H.Çağlar, Obstetrik ve Jinekolojide Acil Durumlar, Güven Kitabevi, İzmir, 1986;55-67.
25. Devocioğlu,G.:İzmir SSK hastanelerinde hemşirelere uygulanan işe alıştırma programlarına ilişkin hemşirelerin görüşleri.Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü ,Yüksek Lisans Tezi,İzmir,1997.
26. Dilldy Ca, Cotton DB.: Management of severe Preeclampsia and Eclampsia, **Crit Care Clin**, 1991; Oct; 7 4 :829-850.
27. Edel,M.:The nature of nursing diagnosis.J.H.,Carlson,CA.,Craft,D.,McGuire ,ed : Nursing Diagnosis,W.B.Sounders Comp.,Philadelphia,1982 ;4-17.
28. Ekizler,H.:Hemşirelerin planlı hasta bakımını anlamaları , uygulamaları, değerlendirmeleri ve bunları etkileyen faktörler.II.UlusalHemşirelik Kongresi Bildirileri,Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu,İzmir, 1990 ;272-279.
29. Enç, N.: Koroner bakım ünitelerinde kritik alanlarda hemşirelerin karar verme işlevinin analizi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enst. İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı,Doktora Tezi İstanbul,1992.

30. Engin,F.:Doğum salonu ve perinatolojide çalışan hemşirelerin eklampsili hasta bakımına ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1996.
31. Erefe, İ., Bolat, Ç.: Türkiye'de yayınlanan beş gazetede hemşireliğin yansıtılışını belirleyen değişkenlerin incelenmesi, **Türk Hemşireler Dergisi**, 1986; 36:1:15-25
32. Erefe, İ., Kocaman, G., Bahar, Z., Okumuş, H.: Bir Üniversite Hastanesinde çalışan hemşirelerin iş doyumu üzerine bir araştırma, **Türk Hemşireler Dergisi**, 1982; 32:2,:26-32
33. Erol H. : Gebelikte İç Hastalıkları. Yıldız Matbaacılık, Ankara, 1993; 89-109.
34. Eşer, İ., Dereli, N.: Öğrenci ve mezun hemşirelerin hemşirelik sürecine ilişkin görüşlerinin incelenmesi. IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyumu "Uluslararası Katılımlı", Yüce Reklam Yayın Dağıtım A.Ş. Kıbrıs, 1997.
35. Gordon, M.: Implementation of nursing diagnoses, **The Nursing Clinics of North America**, 1987; 22:4:875-879.
36. Gorrie T.M., Mc Kinney E.S., Murray S.S.: Foundations of Maternal Newborn Nursing, WB Saunders Company, Philadelphia, 1994; 679-694.
37. Güner P.: Öğrencilerin hasta verilerine dayalı olarak hemşirelik tanımlarını belirlemeleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Bilim Uzmanlığı Tezi, Ankara, 1994.
38. Gürgüç, A.: Doğum Bilgisi. Yargıçoğlu Yayınevi, Ankara, 1986; 242-277.
39. Gürhan, N.: Hemşirelik tanısı ve önemi, **Hemşirelik Bülteni**, 1995; 5:20:76-79.
40. İpek, F.: Mental Retarde hastalara bakımda hemşirelerin yaşadıkları zorluklar ve bunların giderilmesinde eğitimin etkisi. İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul, 1986; 53-55.
41. Jensen M.D., Benson R.C., Bobak I.M.: Maternity Care The Nurse & The Family. Second edition, The C.V. Mosby Company, London, 1981; 353-363.
42. Koçak, F.: Ebe ve hemşirelerin gebelikteki riskli durumlara ilişkin bilgilerinin incelenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 1991.
43. Konje S.C., Obisesan K.A., Odukoya O.A., Ladipo O.A. . Presentation and management of eclampsia, **Int. S. Gynecol Obstet**, 1992; 38: 31-35.

44. Kukulü,K.:Ebe ve Hemşirelerin gebelik toksemisi konusundaki bilgi düzeylerinin saptanması.Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,Ankara,1991.
45. Ladewig P.W, London M.L., Olds B.S.: Maternal Newborn Nursing Second Edition, Cumming Publishing Company, Inc. America, 1990 .
46. Leitch CR, Cameron AD, Walker SS.: The changing pattern of eclampsia over a 60. year period. **Br S Obstet Gynaecol** 1997; Aug, 104 :8 :917-922.
47. Linton DM. :Critical care Management of severe pre- eclampsia,**Intensive Care Med.** 1997; 23 :3 : 248 – 255.
48. Lucas L.S., Jordan E.T.: Phenytoin as an alternative treatment for preeclampsia, **JOGNN.** 1997; 26 :3 : 263 – 268.
49. Mabie W.C., Sibai B.M. : Gebelikte Hipertansif Durumlar. A Lange Medikal Book Çağdaş Obstetrik Jinekolojik Teşhis Tedavi, Çev. Ed.: V.Özcan, B.Avser, Barış Kitabevi, İstanbul, 1995; 463 – 477.
50. Mihçioğur,S.,Akın,A.:Dünya'da ve Türkiye'de anne ölümleri,Sağlık ve Toplum,1998;Temmuz-Aralık,8:3-4.
51. Miller,J.,Steele,K.,Boisen,A.:The impact of nursing diagnosis in a long-term care setting,**The Nursing Clinic Of North America** ,1987; 22:4: 905-911.
52. Morris,C.A. :Self concept as altered by the diagnosis of cancer,**The Nursing Clinics of North America**, 1985; 20:4:611-630.
53. Mutlu,Ş.:Ebelerin gebe izlemeleri konusundaki bilgi düzeyleri ve hizmetiçi eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,Ankara,1992.
54. Okumuş,E.,Ergin,K.,Argon,G.: "Hemşirelik Süreci" Konulu Seminer Özeti,**Türk Hemşireler Dergisi**, 1980; 3: 25-27.
55. Oskay,Ü.,Şahin,N.:Hafif Preeklampsili gebelerin evde bakımı.Marmara Üniversitesi I.Ulusal Evde Bakım Kongresi Program Özet Kitabı,İstanbul,1998.
56. Ouimette S.: Perinatal Nursing Care of The High-Risk Mother and Infant, Jones and Bartlett Publishers, INC, Boston, 1986.
57. Özcan,A.:Hemşirelerin mesleki benliklerini algılayışları,II.Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri,Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu İzmir,1990;228-230.

58. Özdemir,K.:Hacettepe Üniversitesi Çocuk Hastanesi hemşirelerine yönelik hizmet içi eğitim çalışmaları,**Türk Hemşireler Dergisi**, 1990; 39: 26 –28.
59. Pek,H.,Yazıcı,S.:Hemşirelik sürecinin hemşirelik tanısı ,girişimler ve değerlendirme aşamalarına yönelik açıklamalar ve örnekler,**Marmara Üniversitesi Hemşirelik Dergisi**, 1994; 1:2 :97-103.
60. Platin,N.,A.,Güçsavaş,N.:Hemşirelerin 8 saatlik çalışma sürelerinin içeriği,**Türk Hemşireler Dergisi** ,1982; 2: 53-61.
61. Polit,OF., Hungler,BP.: **Essentials of Nursing Research**. J.B. Lippincott Co., Philadelphia ,1989.
62. Reeder S., Martin L.: **Maternity Nursing Family, Newborn and Women's Health Care**, Sixteenth Edition, Lippincott Company, Philadelphia, 1987.
63. Reeder J.J., Martin L.: **Essentials of Maternity Nursing Family Center Care**, J.B. Lippincott Company, Philadelphia, 1991 ;639 – 653.
64. Sabuncu,N., Babadağ,K., Ataberk,T.,Taşocak,G.: **Hemşirelik Esasları**, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi . Etam A.Ş. ve Ofset Yayıncılık, Eskişehir, 1991.
65. \_\_\_\_\_ : **Safe Motherhood, Eclampsia Module World Health Organization**, 1996.
66. Saydanlı,Ş.:Cerrahi servislerinde çalışan hemşirelerin uyguladıkları fiziksel bakımın belirlenmesine ilişkin bir çalışma.İ.Ü.Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1988;42-53.
67. Scott , R.S.: **Gebeliğin Hipertansif Hastalıkları**. Danfort Obstetrik ve Jinekoloji, Çeviri: S.Erez, Alemdar Ofset, Ağustos, 1992 ;351 – 365.
68. Sezgin,İ.:Hemşirelik sürecinde farklı eğitim düzeyindeki hemşire öğrencilerin hemşirelik süreci uygulamadaki başarılarına ilişkin bir çalışma.İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,İstanbul,1996.
69. Silver M.H. **Acute hypertensive crisis in pregnancy**, **Medical Clinics of North . America**, 1989;73: 3: 623 – 638.
70. Simpson, K.R., Creehan, P.A.: **AWHONN-Perinatal Nursing**, Lippincott, Philadelphia, New York, 1996; 109 –120.
71. Suarratt , N.: **Severe Preeclampsia: Implications for Critical-Care Obstetrik Nursing**, **JOGNN**, 1993;33: 6: 500 – 506
72. Sümbüloğlu,K.,Sümbüloğlu,V.:**Biyoistatistik**.Hatipoğlu Yayınevi, Ankara,1990.

73. Swains Ojha, kN., Prakash, A., Bhatia, BD.: Maternal and perinatal mortality due to eclampsia **İndian Peditr**, 1993 ; 30:6:31 - 35 .
74. Şenocak M, : Özel Biyoistatistik Epidemiyolojide Sayısal Çözümleme. Çağlayan Kitabevi , Beyoğlu – İst.,1992 ;7 – 14.
75. Şenocak,M.:Biyoistatistik.Dilek Ofset,İstanbul,1997.
76. Şirin,A.:Toksemi preeklampsi ve eklampsi ve hemşirelik bakımı ,**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 1991; 7:2:59-66.
77. Taşkın , L.: Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara ,1997;283 – 284.
78. Tatar,N.:Gebelikte hipertansiyon,**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi** , 1990; 6:1.
79. Turpculu,A.:SSK Ege Doğumevi ve Kadın Hastalıkları Hastanesinde çalışan hemşirelerin gerçekleştirdikleri hemşirelik uygulamaları ve bu uygulamaların gerekliliğine ilişkin görüşlerin incelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi,İzmir,1996.
80. Velioğlu,P.,Babadağ, K.:Hemşirelik Tarihi ve Deontolojisi,T.C.Anadolu Üniversitesi Yayınları , No:562 , Etam A.S. ve Ofset Yayıncılık, Eskişehir,1992.
81. Velioğlu,P.:Hemşireliğin Düşünsel Temelleri .Alaş Ofset,İstanbul,1994.
82. Velioğlu,P.:Hemşirelik Eğitiminde temel kavramlar,**Türk Hemşireler Dergisi** 1988; 28:3-4: 13.
83. Walker S.S.: Care of the patient with severe pregnancy induced hypertension. **Eur.J.Obstet.Gynecol.Reprod.Biol.**,1996;651: 127 – 135.
84. Yıldırım,A.:Yataklı tedavi kurumlarında çalışan hemşirelerin hizmetlerinde yer alması gereken hemşirelik işlevleri hakkında bilgi düzeylerinin araştırılması. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü,Yüksek Lisans Tezi, İstanbul,1988.
85. Yılmaz,D.:Preeklampsinin erken tanısında Roll-Over testinin geçerliliğinin araştırılması ,**Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, 1986; 2:1:39-42

**- Hemşireleri Tanıtıcı Özellikleri -**

Değişken No	Satır No	
X1	1-2	Anket No : ____
X2	3-5	1- Kaç yaşınızdasınız ? ____ ( ) 1. 18 –25 ( ) 2. 26 – 40 ( ) 3. 41 ve üstü
X3	6	2- Öğrenim durumunuz nedir? ( ) 1.Sağlık Meslek Lisesi ( ) 2.Önlisans ( ) 3.Yüksek Okul ( ) 4.Yüksek Lisans ( ) 5.Doktora ( ) 6.Diğer .....
X4	7-9	3- Kaç yıldır çalışıyorsunuz? ____ ( ) 1. 0 –1 den az ( ) 2. 1 – 5 yıl ( ) 3. 6 – 10 yıl ( ) 4. 11 –20 yıl
X5	10-12	4- Kaç yıldır Kadın-Doğum'da çalışıyorsunuz? ____ ( ) 1. 0 –1 den az ( ) 2. 1 – 5 yıl ( ) 3. 6 – 10 yıl ( ) 4. 11 –20 yıl
X6	13	5- Bu ünite de çalışmayı kendiniz mi istediniz? ( ) 1.Evet ( ) 2.Hayır
X7	14	6- Çalıştığınız ünite de oryantasyon programına katıldınız mı? ( ) 1.Evet ( ) 2.Hayır
X8	15	7- Eklampsili hastanın bakımı ile ilgili ayrıca bir hizmet-içi eğitime katıldınız mı? ( ) 1.Evet ( ) 2.Hayır

## Hemşirelerin Eklampsiye İlişkin Bilgileri

Değişken No	Satır No	
X1	1-2	Anket No : ___
X2	3	1- Eklampsi daha çok kaçınıcı gebelik haftasından sonra görülür? <input type="checkbox"/> a- 5 <input type="checkbox"/> b- 10 <input type="checkbox"/> c- 15 <input type="checkbox"/> d- 20
X3	4	2- Aşağıdakilerden hangisi eklampsi için hazırlayıcı faktördür? <input type="checkbox"/> a- 18↓ - 35↑ yaş <input type="checkbox"/> b- Prematür doğum <input type="checkbox"/> c- Molhidatiform <input type="checkbox"/> d- Plasenta previa
X4	5	3- Eklampsinin 3 temel belirtisi nedir? <input type="checkbox"/> a- Hipertansiyon – kanama – baş ağrısı <input type="checkbox"/> b- Hipertansiyon – ödem – proteinüri <input type="checkbox"/> c- Hipertansiyon – ödem – hidroamnios <input type="checkbox"/> d- Ödem – konvülsiyon – epigastrik ağrı
X5	6	4- Aşağıdakilerden hangisi preeklampsinin eklampsiye dönüştüğünün belirtisidir? <input type="checkbox"/> a- Hafif ödem <input type="checkbox"/> b- Tansiyonun 140/90 ila 160/100 arasında olması <input type="checkbox"/> c- Sık idrara çıkma <input type="checkbox"/> d- Günde 5g'ın üzerinde protein kaybı
X6	7	5- Eğer hastanın ödemi yüz,el,göz kapağı,karın duvarı ve sakrum bölgesini kapsıyorsa kaç pozitif olarak değerlendirilir? <input type="checkbox"/> a- 1 pozitif <input type="checkbox"/> b- 2 pozitif <input type="checkbox"/> c- 3 pozitif <input type="checkbox"/> d- 4 ve üzeri
X7	8	6- Aşağıdakilerden hangisi konvülsiyon haberci belirtilerindendir? <input type="checkbox"/> a- Duyma bozukluğu <input type="checkbox"/> b- Epigastrik ağrı <input type="checkbox"/> c- Öksürük <input type="checkbox"/> d- Reflexlerde yavaşlama

- X<sub>8</sub> 9 7- **Eklampside konvulsüyonlar nasıl başlar?**  
( ) a- Genellikle hasta uyurken gözlerin ve yüz kaslarının titremesi ile başlar.  
( ) b- Hasta dolaşırken tonik klonik kasılma ile başlar.  
( ) c- Genellikle doğum sırasında ıkınma ile başlar.  
( ) d- Birden bire koma tablosu ile başlar.
- X<sub>9</sub> 10 8- **Eklampside konvulsiyonların önlenmesi için aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılır?**  
( ) a- Barbituratlar  
( ) b- Tranklizanlar  
( ) c- Mağnezyum Sülfat  
( ) d- Aspirin
- X<sub>10</sub> 11 9- **Aşağıdaki durumlardan hangisinde MgSO<sub>4</sub> kesilir?**  
( ) a- İdrar miktarı 30ml/h↓ ise  
( ) b- İdrar miktarı 30ml/h↑ ise  
( ) c- Kan basıncında yükselme olur ise  
( ) d- Solunumda yükselme olur ise
- X<sub>11</sub> 12 10- **Aşağıdakilerden hangileri eklampsili hastanın odasında bulunması gerekenlerdir?**  
1.Abeslang 2.Acil ilaçlar 3.Serum Seti 4.İdrar Sondası  
5.Yemek Masası 6.Müzik Seti 7.Airway ve aspirasyon sondası  
8.Oksijen Tüpü  
( ) a- 1,2,7,8  
( ) b- 1,5,6,3  
( ) c- 2,3,4,1  
( ) d- 3,4,5,8

## Hemşirelerin Eklampsiye İlişkin Bilgileri

Değişken No	Satır No	
X1	1-2	Anket No : ____
X2	3	1- Eklampsinin 3 temel belirtisi nedir? <input type="checkbox"/> a- Ödem – konvülsiyon – epigastrik ağrı <input type="checkbox"/> b- Hipertansiyon – kanama – baş ağrısı <input type="checkbox"/> c- Hipertansiyon – ödem – proteinüri <input type="checkbox"/> d- Hipertansiyon – ödem – hidroamnios
X3	4	2- Aşağıdakilerden hangisi konvülsiyon haberci belirtilerindedir? <input type="checkbox"/> a- Öksürük <input type="checkbox"/> b- Reflexlerde yavaşlama <input type="checkbox"/> c- Duyma bozukluğu <input type="checkbox"/> d- Epigastrik ağrı
X4	5	3- Eklampside konvülsiyonların önlenmesi için aşağıdaki ilaçlardan hangisi kullanılır? <input type="checkbox"/> d- Aspirin <input type="checkbox"/> a- Magnezyum Sülfat <input type="checkbox"/> c- Barbituratlar <input type="checkbox"/> b- Tranklizanlar
X5	6	4- Eklampsi daha çok kaçınıcı gebelik haftasından sonra görülür? <input type="checkbox"/> a- 15 <input type="checkbox"/> b- 20 <input type="checkbox"/> c- 5 <input type="checkbox"/> d- 10
X6	7	5- Aşağıdaki durumlardan hangisinde MgSO4 kesilir? <input type="checkbox"/> a- İdrar miktarı 30ml/h <sup>↑</sup> ise <input type="checkbox"/> b- Kan basıncında yükselme olur ise <input type="checkbox"/> c- Solunumda yükselme olur ise <input type="checkbox"/> d- İdrar miktarı 30ml/h <sup>↓</sup> ise
X7	8	6- Aşağıdakilerden hangisi eklampsi için hazırlayıcı faktördür? <input type="checkbox"/> a- Molhidatiform <input type="checkbox"/> b- Plasenta previa <input type="checkbox"/> c- 18 <sup>↓</sup> - 35 <sup>↑</sup> yaş <input type="checkbox"/> d- Prematür doğum

- X<sub>8</sub> 9 7- **Aşağıdakilerden hangileri eklampsili hastanın odasında bulunması gerekenlerdir?**  
1.Abeslang 2.Acil ilaçlar 3.Serum Seti 4.İdrar Sondası  
5.Yemek Masası 6.Müzik Seti 7.Airway ve aspirasyon sondası  
8.Oksijen Tüpü  
( ) a- 2,3,4,1  
( ) b- 3,4,5,8  
( ) c- 1,2,7,8  
( ) d- 1,5,6,3
- X<sub>9</sub> 10 8- **Eklampside konvulsüyonlar nasıl başlar?**  
( ) a- Birden bire koma tablosu ile başlar.  
( ) b- Genellikle doğum sırasında ıkınma ile başlar.  
( ) c- Genellikle hasta uyurken gözlerin ve yüz kaslarının titremesi ile başlar.  
( ) d- Hasta dolaşırken tonik klonik kasılma ile başlar.
- X<sub>10</sub> 11 9- **Eğer hastanın ödemi yüz,el,göz kapağı,karın duvarı ve sakrum bölgesini kapsıyorsa kaç pozitif olarak değerlendirilir?**  
( ) a- 3 pozitif  
( ) b- 4 ve üzeri  
( ) c- 1 pozitif  
( ) d- 2 pozitif
- X<sub>11</sub> 12 10- **Aşağıdakilerden hangisi preeklampsinin eklampsiye dönüştüğünün belirtisidir?**  
( ) a- Günde 5g'ın üzerinde protein kaybı  
( ) b- Hafif ödem  
( ) c- Sık idrara çıkma  
( ) d- Tansiyonun 140/90 ila 160/100 arasında olması

***\*Aşağıdaki örnek vakayı okuyup olası ve/veya güncel hemşirelik tanılarını koyunuz (öncelik sırası önemi değildir.)***

A.Y.20 yaşında, evli ve ilk gebeliğinin 37.haftasındadır. Bu haftaya kadar gebelik izlemleri normal giderken, iki gündür şiddetli baş ağrısı ve üst karın bölgesinde ağrı şikayeti ile dün gece acile başvurdu. A.Y. son iki haftadır çok uyuduğunu ve iki gündür buna baş ağrısı ve gözlerde uçuşmalar eklenince korkup doktora başvurduğunu açıklıyor. Gebeliğinde son aylardaki kabızlık dışında herhangi bir sorunu olmayan A.Y. ayaklarındaki şişlik nedeni ile yürüme güçlüğü çektiğini de ifade ediyor. A.Y. ve ailesinin bebeğinin sağlığı ve doğumun şekli konusunda endişeli olduğu izleniyor.

#### • **Bulgular**

Bilinci açık, oryantasyonu iyi. Deri turgoru normal, ağız ve dudakları kuru görünümde. Cildi soluk renkte el ve alt ekstremitelerde yaygın ödem (3 pozitif) mevcut. Diürez 840ml/24h, karın gevşek, batın rahat epigastriumda ağrı tarif ediyor. Vajinal kanaması ve servikal açıklığı yok. Hiperrefleksia mevcut (3 pozitif). Fetal USG'de fetal iyilik durumu tespit edildi, orta derecede varyabilitesi var.

### **Vital Bulgular**

- TA : 180/120mm/Hg
- Nabız :86/dk
- Solunum :22/dk
- Ateş :37°C

### **Laboratuvar Bulguları**

- Hb (11.0 – 18.0)  
:10.2g/dl.....
- Htc (35.0 – 60.0)  
:30.2%.....
- WBC :4.1 R X (4.5 – 10.5)  
10<sup>3</sup>/uL.....
- Plt :100 X (150 – 450)  
10<sup>3</sup>/uL.....
- T.Protein :7 (6.6 – 8.7)  
g/dl.....
- K :3.46 (3.50 – 5.50)  
mEq/L.....
- Na :134 (135 – 147)  
mEq/L.....

### **• Tedavi**

Hastanın durumu kötüleştiği için ekip doğumun indüksiyonuna karar verdi. Posterior arka fornikse prostoglandin E2 içeren jel kullanıldı. 6gr.'lık yükleme dozundan sonra saatte 1gr. MgSO<sub>4</sub> gidecek şekilde idame doza başlandı(IV). Sağ internal jugular vene CVP kateteri takıldı. Doğum ilerlemezse SCA planlanıyor. A.Y. eklampsi odasında istirahate alındı, ziyaret yasaklandı.

## Ek – 5-

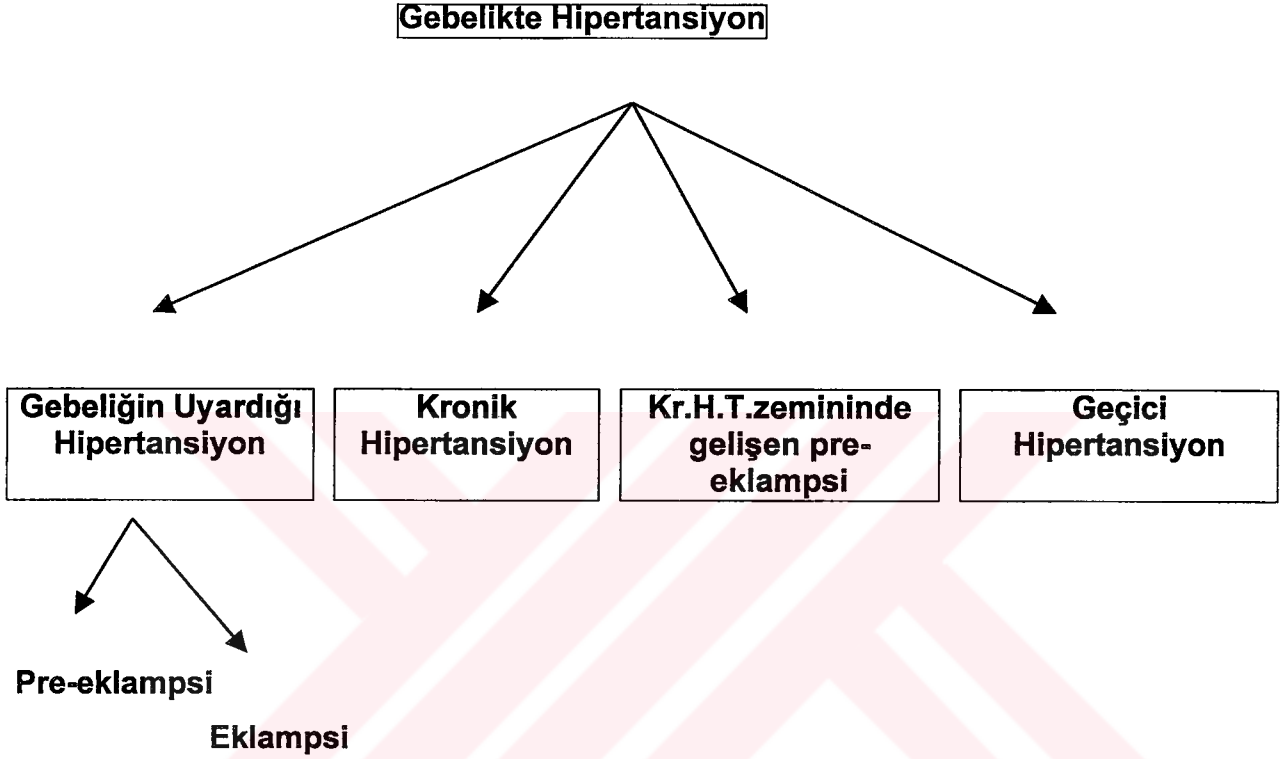
### AĞIR PRE-EKLAMPSİ / EKLAMPSİ'DE DOĞRU HEMŞİRELİK TANILMASI MODÜLÜ

<b>Konu</b>	:	Gebelikte hipertansiyon (preeklampsi / eklampsi) ve hemşirelik tanıları
<b>Amaç</b>	:	Bu oturum sonunda katılımcılar <ul style="list-style-type: none"><li>• Pre-eklampsi / Eklampsi'yi tanıyıp,örnek vakaya doğru hemşirelik tanısı koymayı öğrenebilmeli</li></ul>
<b>Yöntem</b>	:	Anlatım Beyin fırtınası Soru-cevap Tartışma
<b>Süre</b>	:	60 dk. Tek seans
<b>Kullanılan Araç ve Gereçler</b>	:	Tepe göz Asetat Tahta,kalemler Şemalar Afişler
<b>Grup</b>	:	10 hemşire
<b>Program Yürütücüsü</b>	:	Hemş.Nurgül TURGUT
<b>Yer</b>	:	Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Konferans Salonu , Salon A

Akış	Yöntem	İçerik
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Katılımcularla tanışılır</li> <li>• Araştırmanın amacı açıklanır.</li> <li>• Eğitim öncesi form I,II'yi cevaplamaları ve örnek vakayı tanılamaları için zaman verilir.(20 dk.)</li> <li>• Pre-eklampsı / eklampsı ile ilgili deneyimler konuşulur.</li> <li>• Pre-eklampsı eklampsıye ilişkin bilgiler verilir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soru cevap</li> <li>• Beyin fırtınası</li> <li>• Anlatım</li> <li>• Tartışma</li> <li>• Anlatım</li> <li>• Beyin fırtınası</li> <li>• Soru cevap</li> <li>• Tartışma</li> <li>• Resim ve şemalar gösterme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Araştırmanın amacı açıklanarak katılımcıların izin ve onaylarının alınması</li> <li>• Grubun kaynaşması</li> <li>• Gruptakilerin eğitim öncesi bilgi düzeyinin ve doğru tanı sayılarının belirlenmesi için formların doldurulması</li> <li>• Pre-eklampsı/eklampsı ile ilgili yaşadıkları olayların konuşulması</li> <li>• Gebelikte hipertansiyonun sınıflandırılması (102)</li> <li>• Pre-eklampsı/eklampsı' de risk faktörleri (103)</li> <li>• Pre-eklampsı/eklampsı' nin fizyopatolojisi ve bunlara yönelik doğru hemşirelik tanıları (104-106)</li> <li>• Ağır pre-eklampsı ve eklampsı krizi için tanı kriterleri (107)</li> <li>• Ağır pre-eklampsıde tedavi ve MgSO4 kullanımı (107-108)</li> <li>• Eklampsı krizi dönemleri ve acil hemşirelik girişimleri (109-111)</li> <li>• Eklampsının anne ve bebek üzerine etkileri. (112)</li> </ul>

# GEBELİKTE HİPERTANSİYON VE HEMŞİRELİK TANILARI

## 1. Gebelikte Hipertansiyon



### Gebeliğin Uyardığı Hipertansiyon (Pregnancy Induced Hypertension)

Daha önceleri normal sınırlarda olan kan basıncının, gebeliğin II.yarisında 140/90 mmHg'nın üzerine çıkması durumudur.

### Pre-eklampsi

Yukarıdaki duruma proteinüri ve ödem eşlik ettiği tablodur.

## Eklampsi

Pre-eklampsi'nin tedavi edilemediği ya da geç kalındığı durumlarda görülen,patolojik sürecin beyin dokusunu da kaplaması ile ortaya çıkan,tonik klonik tarzda konvülsüyon ve koma ile karakterize bir tablodur.

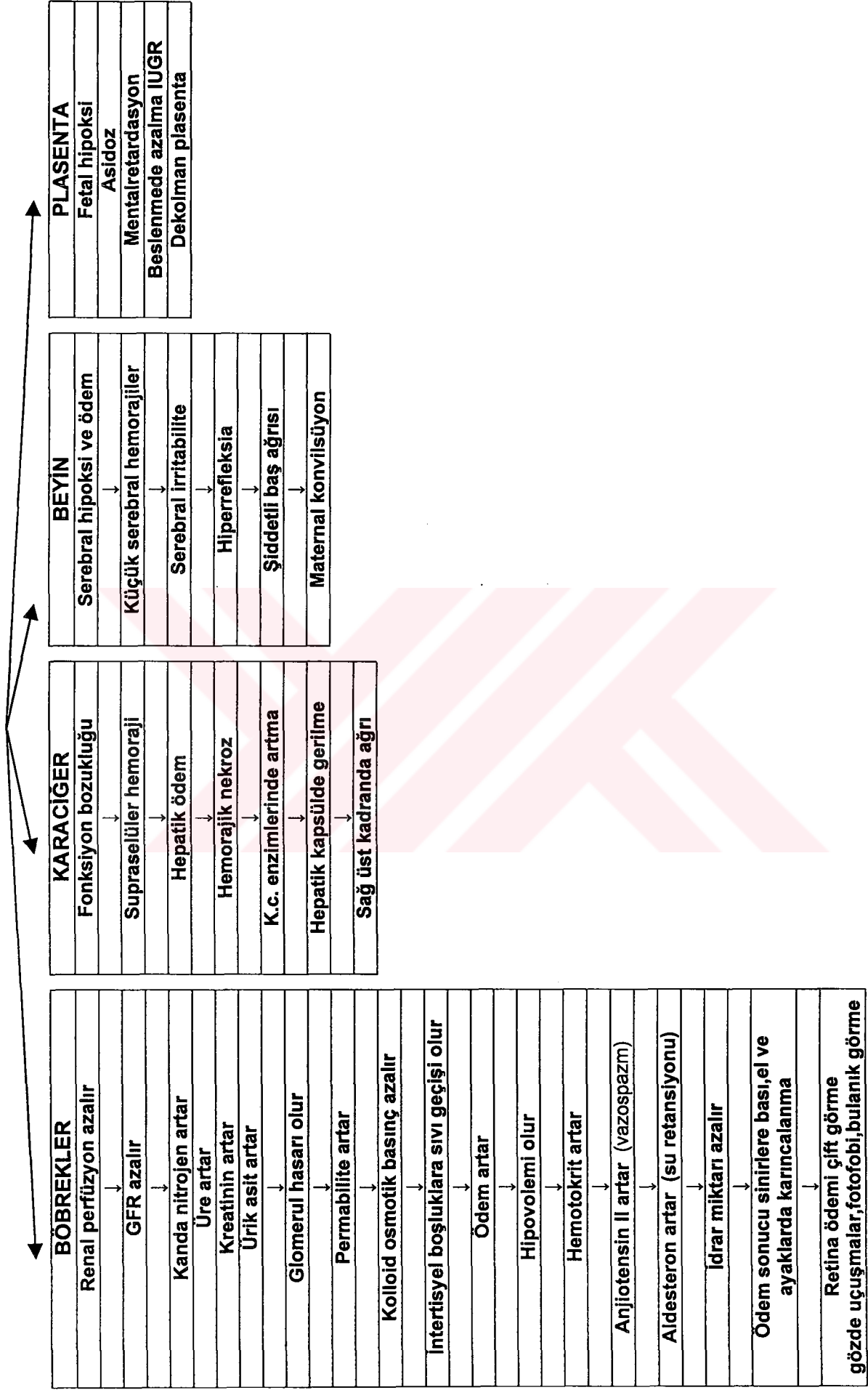
\* Eklampsi'de üç temel bulgu Hipertansiyon,Ödem ve Proteinüri'dir.

## 2. Pre-eklampsi,Eklampsi'de Risk Faktörleri :

- İlk Gebelik
- 18↓ - 35↑ yaş
- Çoğul gebelik
- Polihidroamnios
- Düşük sosyoekonomik düzey
- Kötü beslenme
- Yetersiz antenatal bakım
- Diabet,koronik böbrek yetmezliği
- Kronik Hipertansiyon
- Molhidatiform
- Aile anamnezinde PIH öyküsü
- Güney ülkelerinde,sıcak iklimlerde
- Hidrops fetalis
- Multiparite
- Antifosfolipit sendrom
- Hemodilüsyon demonstrasyonunda başarısızlık
- Anjiotensinojen gen T235
- Obesite
- İri fetüs
- Vitamin eksikliği

\* Dünyada her yıl 50000'in üzerinde kadının eklampsi'den öldüğü bilinmektedir.

**Eklampsi'nin Fizyopatolojisi**  
**Vazospazm Kan Basıncında Yükselme**  
**Tüm Organlara Giden Kan Miktarında Azalma**



### **3. Preeklampsi / Eklampsinin Fizyopatolojisi Ve Bunlara Yönelik Doğru Hemşirelik Tanıları**

#### **3.1. Böbrekler**

Azalan renal perfüzyon glomerul filtrasyon hızının azalmasına neden olur.Böylece kanda nitrojen,üre,kıraatinin ve ürik asit seviyeleri yükselir.Böbreklere giden kanın azalması sonucu glomerul hasarı olur.Böylece permabilite artar ve protein gibi büyük moleküllere geçiş sağlanır.Bu durumda kolloid ozmotik basınç düşer.Kolloid basıncın düşmesi intertisyel boşluklara sıvı geçişine neden olur ve ödem gelişir.Bu durumda kanda hemotokrit ve viskosite artarken hipovolemi oluşur.Bu hipovolemiye cevap olarak anjiotensin II ve aldosteron salımı uyarılır.Su ve sodyum retansiyonu başlar ve idrar miktarı azalır.Bu patolojik süreç bir kısır döngü şeklinde devam eder.

Böbreklerdeki patolojik sürece yönelik hemşirelik tanıları

1. Vazokontrüksüyona bağlı renal doku perfüzyonunda azalma
2. Yaygın ödeme bağlı deri bütünlüğünde bozulma
3. Ödem sonucu sinirlere bası,el ve ayaklarda karıncalanma, hareket kısıtlılığı
4. Hemokonsantrasyon ve artmış periferel vasküler direnç nedeni ile kalp yükünün artması
5. Hareketsizliğe bağlı konstüpsiyon olasılığı

#### **3.2. Karaciğer**

Karaciğere giden kan miktarında azalma sonucu karaciğerde dolanım bozukluğu olur ve bu da foksiyon bozukluğuna yol açar.Bu durum hepatit ödem ve hemorajik nekroza neden olan supraselüler hemorojiye yol açar.Biz bunu maternal serumda karaciğer enzimlerinin yükselmesi ile izleyebiliriz.

Karaciğerdeki Patolojik Sürece Yönelik Hemşirelik Tanıları :

1. Hepatik kapsülün oluşmasına bağlı sağ üst kadranda (epigastrium) ağrı.

### 3.3. Beyin

Beyne giden kan miktarının azalması sonucu beyinde serebral ödem ve küçük serebral hemorajiler oluşur. Böylece serebral irritabilite artar, hiperrefleksia oluşur.

Beyindeki Patolojik Sürece Yönelik Hemşirelik Tanıları

1. Serebral ödeme bağlı annede şiddetli baş ağrısı
2. Annede eklampsi krizi geçirme olasılığı
3. Annede asfiksi olasılığı
4. Annede yaralanma olasılığı
5. Mg<sub>2</sub>SO<sub>4</sub> kullanımının anne ve bebeğe olumsuz etkileri
6. Annede bebeğin durumu ve doğumun şekli ile ilgili korku ve endişe
7. Anne ve ailesinde tıbbi tanı ve tedavi hakkında bilgi eksikliği

### 3.4. Plasenta

Azalan plasental dolaşım sonucu iskemi, ablasyoplasenta ,asidoz, mentalratarstasyon olasılığında artma, IUGR riskinde artma sözkonusudur.

Plasentadaki Patolojik Sürece Yönelik Hemşirelik Tanıları

1. Plasenta perfüzyonunun bozulmasına bağlı fetüsün zarar görme olasılığı (fetal hipoksi , asidoz)
  1. Travay için fetal intolerans
  2. Doğum sonrası riskli yenidoğanın bakımı

**Pre-eklampsi semptomları sıklık ve şiddetine göre hafif ve ağır olarak sınıflandırılırlar. Ancak hastalık hızla ilerler ve hafif Pre-eklampsi kısa zamanda ağır Pre-eklampsi ve eklampsi krizine dönüşebilir**

#### **4. Ağır Pre-eklampsi ve Eklampsi Krizi İçin Tanı Kriterleri**

- Sistolik kan basıncı >160mmHg (6 saat ara ile 2 ya da daha fazla ölçüm.)
- Diastolik kan basıncı >110mmHg (6 saat ara ile 2 ya da daha fazla ölçüm.)
- Proteinüri (3+ ,>5g/24h)
- Yaygın ödem (3+,alt ekstremiteler yüz,el,göz kapağı,karın duvarı ve sakrum)
- Pulmoner ödem
- Kc.fonksiyonlarında bozulma
- Sağ üst kadranda ağrı
- Oligürü (< 30ml/saat)
- Trombositopeni (<100000)
- Hiperrefleksia (3+)
- Serebral duyusal değişiklik
  - Bulanık görme
  - Çift görme
  - Şiddetli baş ağrısı
  - Bilinç düzeyinde değişiklik
- Bulantı kusma

#### **5. Tedavi**

1. Uygun ortamda yatak istirahati
2. Uygun diyetin düzenlenmesi
3. Antikonvüsanlar (MgSO<sub>4</sub>)
4. Antihipertansif ilaçlar
5. Sedatif ilaçlar

## 5.1.Tedavide Mgso4 Kullanımı

- MgSO<sub>4</sub> asetilkolin salınımını azalttığı ve nöromüsküler transmisyonu durdurduğu için bir **SSS depresanı** olarak görev yapar.
  - MgSO<sub>4</sub> bir **antihipertansif değildir.Fakat kasları gevşetir ve vazokontraksiyonu azaltır.**
  - Vazokontraksiyon azalınca hayati organlara giden kan miktarı artar.
  - MgSO<sub>4</sub> **fetüse ve yenidoğana zarar vermeksizin**,konvülsiyonların önlenmesinde güvenle kullanılabilir.( MgSO<sub>4</sub> fetüsün böbreklerinden atılır.)
  - MgSO<sub>4</sub>'ın yayılma volümü emiliminden daha yüksektir.Kemikler ve hücreler dahil olmak üzere ekstraselüler sıvıya yayılırlar.Proksimal tübüllerden reabsorbe edilir ve maximum transporttan sonra atılım yüksektir.(Yarılanma ömrü 4 saat'tir.)
- \* Ancak MgSO<sub>4</sub> SSS'yi deprese ettiğinden ani solunum durmasına neden olabilir.
- \* MgSO<sub>4</sub>'ın toksik etkisine karşı antidot (Ca Glukonat) hazır bulundurulmalıdır. (Gerekirse %10 çözeltiden 1gr.kullanılması önerilir.)
- \* Gebenin solunumu 14'ün altında,kan basıncı düşük,patella refleksi yok ve idrar miktarı saatte 30 ml'den az ise MgSO<sub>4</sub> yapılmaz.
- \* MgSO<sub>4</sub> IV ya da IM yapılır.3 gr.IV yükleme dozundan sonra saatte 1 gr. gidecek şekilde infüzyonla idame dozuna devam edilir.

## 6.Eklampsi Krizi Ve Hemşirelik Bakımı

Eklampsi'de konvülsüyon 4 aşama izler.

### 6.1. Prodromal Dönem

Konvülsüyonlar genellikle hasta uyurken ya da dinlenirken başlar. Prodromal dönem 10-20 sn.sürer.Bu süre içerisinde;

- Gözler ve yüz kasları titrer.
- Bakışlar donuklaşır.
- Yüz ve el kaslarında ani çekilmeler olabilir.
- Bilinç kaybı olur.

### Yaklaşımlar

- Dış uyaranlar krizi başlatacağı için gebe mutlaka sessiz,loş bir odada istirahate alınmalıdır.
- Odada oksijen ve aspiratör bulundurulmalıdır.
- Krizden önce gebenin kendini yaralamaması için kenarlıklar kaldırılarak yastıkla desteklenmelidir.
- Odadaki acil tepesinde hipotansifler,tranquilizanlar,diüretikler,MgSO<sub>4</sub>,Ca Glukonat gibi ilaçlar ile abeslank,airway benzeri malzemeler hazır bulundurulmalıdır.
- Hemşireler prodromal dönem ile ilgili belirtileri kadın ve aile'ye öğretmelidir.

### 6.2. Tonik Dönem

10-20 sn.içinde

- Baş gergin yana döner,pupillalar dilate olur,bütün vücut kasları gerilir.
- Diafram kasılır,solunum durur.Cilt siyanozedir.

- Sırt yay şeklini alır,dişler sıkılır,gözler dışarı fırlar.

### **Yaklaşımlar**

- Hasta dişlerini kenetlemeden önce dilin üzerine abeslang konarak dilin solunum yolunu tıkaması önlenmelidir.
- Başı yana çevirip sekresyonların akışı kolaylaştırılmalıdır.Gerekirse aspire edilmelidir.
- Oksijen verilmelidir.
- Order edilen acil ilaçlar uygulanmalıdır.

### **6.3. Klonik Dönem**

1 – 2 dakika sürer.

- Birbirini takip eden kas gruplarında şiddetli kasılmalar ve gevşemeler olur.
- Salgıların artması nedeni ile ağızda köpük birikir.
- Derin ve hırıltılı solunum başlar.
- Mukus ya da tükürük aspire edilebilir.
- Yüzde kan biriktiği için şişkin ve kırmızı görünümündedir.
- Çenenin şiddetli açılıp kapanması ile dil ısırılabilir.

### **Yaklaşımlar**

- Hastanın kendini yaralaması önlenmelidir.
- Sekresyonlar aspire edilerek solunum yolu açılmalıdır.
- Dilin ısırılmasını engellemek için abeslank ağızda tutulmalıdır.

### **6.4. Koma Dönemi**

- Hasta hareketsiz kalır.
- Solunum hızlı ve hırıltılıdır.

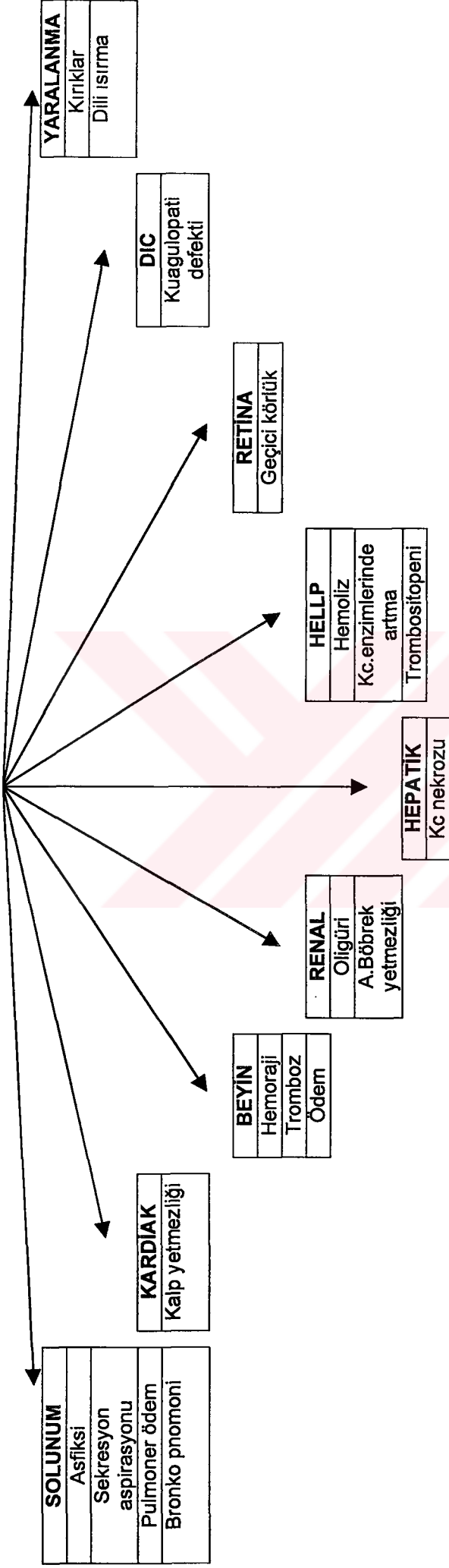
- Siyanoz gözden kaybolur fakat yüz kırmızı ve şiştir.
- Hasta nöbeti hatırlamaz

## **Yaklaşımlar**

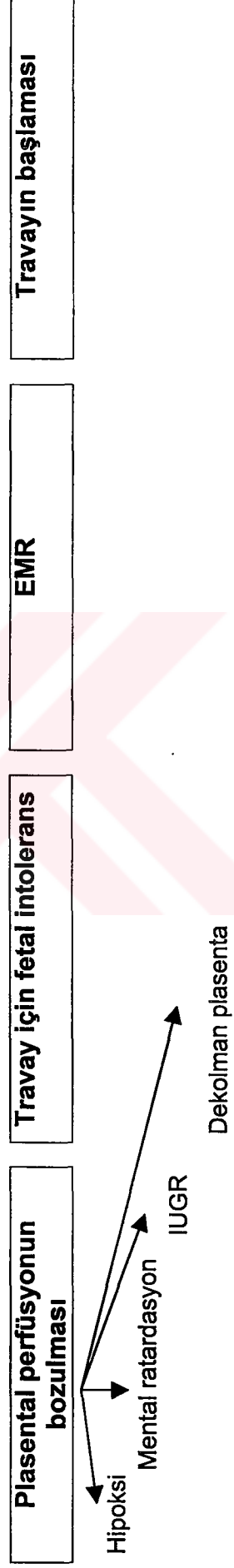
- Kan basıncı,nabız,solunum sayısı alınıp kaydedilmelidir.
- Aldığı çıkardığı sıvı izlemi yapılmalıdır.
- ÇKS izlenmelidir,gerekirse monitörize edilmelidir.
- Order edilen MgSO4 'ın düzenli verilmesi sağlanmalı,yan etkileri gözlenmelidir.
- Konvülsiyonların sayısı ve süresi kaydedilmelidir.
- Annenin endişesi giderilerek doğumun şekli ve bebeğin durumu açıklanmalıdır.
- Gerekirse sezeryan doğumu için anne hazırlanmalı ve ailesine bilgi verilmelidir.
- Uzman çocuk doktoru'nun doğumda bulunması için yeni doğan servisi ile iletişim kurulmalıdır.
- Doğum sonrası 24 saat konvülsiyonların tekrarlayabileceği unutulmamalıdır.

## 7. Eklampsinin Anne ve Bebek Üzerindeki Etkileri

### 7.1. Eklampsinin Anne Üzerindeki Etkileri



### 7.2. Eklampsinin Bebek Üzerindeki Etkileri



## ÖZ-GEÇMİŞ

1975 yılında Kırklareli'nde doğan Nurgül TURGUT ilk ve orta öğrenimini burada tamamladı.1989 yılında girdiği Zeynep Kamil Sağlık Meslek Lisesi'nden 1993 yılında birincilikle mezun oldu.1993 yılında girdiği Florance Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu'ndan 1997 yılında mezun oldu.1993 yılında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi II.Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde servis hemşiresi olarak çalışmaya başladı.1999 yılından itibaren bu klinikte klinik sorumlu hemşiresi olarak görev yapmaktadır.

Nurgül TURGUT Tema Vakfı üyesi olup,evli ve İngilizce bilmektedir.