

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

**ACİL SERVİSE BAŞVURAN KANAMALI GEBELERDE
DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER**

Özge ASLAN KOYUTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

2018-ANTALYA

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
HEMŞİRELİK ANABİLİM DALI

ACİL SERVİSE BAŞVURAN KANAMALI GEBELERDE
DURUMLUK KAYGI DÜZEYİ VE ETKİLEYEN
FAKTÖRLER

Özge ASLAN KOYUTÜRK

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Öznur KÖRÜKCÜ

Bu tez Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi tarafından TYL-2017-2787 proje numarası ile desteklenmiştir.

“Kaynakça gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

2018- ANTALYA

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğüne;

Bu çalışma jürimiz tarafından Hemşirelik Anabilim Dalı, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programında yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

22 / 06 / 2018

İmza

Tez Danışmanı : Dr. Öğr. Üyesi Öznur KÖRÜKCÜ
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Kamile KABUKCUOĞLU
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Nülüfer ERBİL
Ordu Üniversitesi



Üye : Prof. Dr. Cem Oktay GÜZELLER
Akdeniz Üniversitesi



Üye : Doç Dr. Hatice YANGIN
Akdeniz Üniversitesi



Bu tez, Enstitü Yönetim Kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve Enstitü Yönetim Kurulu'nun/...../..... tarih ve/..... sayılı kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Narin DERİN
Enstitü Müdürü

ETİK BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı beyan ederim.



Öğrenci

Özge ASLAN KOYUTÜRK



Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Öznur KÖRÜKCÜ

TEŐEKKÜR

Yüksek lisans tez çalışmam süresince tez konumun belirlenmesi ve yürütülmesinde bilimsel katkılarını, yardımlarını ve kıymetli zamanını esirgemeyen danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Öznur KÖRÜKCÜ'ye,

Yüksek lisans eğitimim boyunca desteklerini eksik etmeyen Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsüne,

Çalışmamın istatistiğini yapmamda bana destek olan Sayın Hocam Prof. Dr. Cem Oktay Güzeller'e ve Sayın Dr. Gökhan Aksu'ya,

Veri toplama sürecinde yardımlarını esirgemeyen Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi yöneticilerine, birlikte çalışmaktan zevk duyduğum kadın doğum acil servis çalışanlarına ve ankete katılan tüm gebelere,

Tezime vakit ayırabilmem için çalışma saatlerimi ayarlayan nefroloji servisi sorumlu hemşirem Nilüfer ULUSOY'a ve çalışma arkadaşlarıma,

Eğitim hayatım boyunca maddi manevi destek ve yardımlarını esirgemeyen canım annem Hafize DEMİRTAŐ'a ve kardeşim Mertcan DEMİRTAŐ'a,

Son olarak bu zorlu süreçte yanımda olan ve hertürlü zorlukta yanımda olduğunu hissettiren sevgili eşim Sakip KOYUTÜRK'e sonsuz teşekkürlerimi bir borç bilirim.

ÖZET

Amaç: Bu araştırma, acil servise başvuran kanamalı gebelerde durumluk kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipte olan bu çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acil Servisine başvuran ve ankete katılmayı kabul eden 255 kanamalı gebe ile gerçekleştirilmiştir. Veriler Kişisel Bilgi Formu ve Durumluk-Kaygı Envanteri kullanılarak elde edilmiştir. Verilerin analizinde, parametrik olmayan analiz yöntemleri kullanılmıştır. Buna göre iki grubun ortalama değerleri karşılaştırılırken Mann-Whitney U-testi, üç veya daha fazla grubun ortalama puanları karşılaştırılırken Kruskal Wallis H-testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmanın sonucunda acil servise başvuran gebelerin durumluk kaygı düzeylerini etkileyen faktörlerin sırasıyla; trimester, kendi sağlığının olumsuz etkileneceği düşüncesi, acil servis ortamındaki makinaların neden olduğu gürültü, yabancı ortam, koğuş sistemi, yatağın/sedyenin rahatlığı, kalabalık, diğer hastaların durumunu görmek ve acil serviste dış ortam ile iletişimin sınırlı olması olduğu saptandı. Geçmişte gebelik kaybı yaşama, kanamanın nedeni, başlama şekli, başlama zamanı, kanama ilk başladığı anda ne yapıldığı, ulaşım, ilk başvuru yeri, tıbbi yardıma kimin karar verdiği, kanama başladığında hissettikleri, bebeğin sağlıksız doğmasından ve kaybetmekten korkma, acil serviste ilgilenilme süresi, telefonların ve personelin gürültüsü, koku, sıcaklık, aydınlatma, havalandırma, yabancı aletler, yatak sayısı, her an başkaları tarafından görülebilir olmak, televizyon ve radyo olmaması, başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmak ve ziyaretçi gmluirişinin olmaması parametrelerinin ise, kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı olmadıkları saptanmıştır.

Sonuç: Kanamanın gebelerde durumluk kaygı düzeyine bir etkisi yokken, acil servis ortamının gebelerin kaygı düzeyini etkilediği saptanmıştır. Acil servislerin gebelerin psikososyal sağlığını geliştirecek şekilde düzenlenmesi önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: acil, gebelik, kanama, kaygı

ABSTRACT

Objective: This study was conducted to determine the state anxiety level and the influencing factors in the hemorrhagic pregnancies applied to the Emergency Service.

Method: This descriptive and cross-sectional study was carried out with 255 pregnant women with hemorrhage who applied to the Emergency Department of Antalya Training and Research Hospital, Antalya, and accepted to participate in the questionnaire. Data were obtained using the Personal Information Form and State-Anxiety Inventory. In the analysis of the data, nonparametric analysis methods were used. Mann-Whitney U-test was used to compare the mean values of the two groups and Kruskal Wallis H-test was used to compare the mean scores of three or more groups.

Results: As a result of the study, it was determined that the factors affecting the state anxiety levels of the emergency patients were; the noise caused by the machines in the emergency service environment, the foreign environment, the ward system, the comfort of the bed/chair, the crowd, the situation of the other patients and the difficulty of communication between the emergency service personels and the environment. It has been determined that the loss of pregnancy in the past, the cause of bleeding, the way it started, the time of onset, what is done first, transportation, first contacted place, who decides medical aid, feeling during bleeding, fear of loss of baby or loss of his/her health, the care given in emergency room, noise of telephones and staff, smell, temperature, lighting, ventilation, foreign tools, number of beds, being visible to others at any time, no television/ radio, witnessing other medical procedures performed and no visitor entry, were not statistically significant.

Conclusion: It was determined that the emergency environment affected the anxiety level of the pregnant women while the bleeding had no effect on the state anxiety level in the wards. It may be suggested that the emergency services should be arranged to improve the psychosocial health of the pregnant women.

Key words: emergency, pregnancy, hemorrhage, anxiety

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
TABLolar DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vi
SİMGELER ve KISALTMALAR	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Acil Obstetrik Bakım	3
2.2. Acil Servis	4
2.3. Gebelik Dönemi Kanamaları	5
2.3.1. Erken Gebelik Kanamaları	6
2.3.2. Geç Gebelik Kanamaları	16
2.4. Kaygı	21
3. GEREÇ ve YÖNTEM	22
3.1. Araştırmanın Tipi	22
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı	22
3.3. Araştırmanın Evreni	22
3.4. Araştırmanın Örneklemi	22
3.5. Veri Toplama Araçları	23
3.5.1. Kişisel Bilgi Formu	23
3.5.2. Durumluk Kaygı Envanteri	23
3.6. Verilerin Toplanması	24
3.7. Araştırmanın Değişkenleri	24
3.8. Verilerin Değerlendirilmesi	25
3.9. Araştırmanın Etik Yönü	28
3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları	29

4. BULGULAR	30
4.1. Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular	36
4.2. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular	37
4.3. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular	38
4.4. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular	43
5. TARTIŞMA	52
5.1. Kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebeleri bulunduğu trimesterin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi	53
5.2. Kanama nedeniyle obstetrik acile başvuran gebelerde geçmişte gebelik kaybı yaşamayan gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi	54
5.3. Kanamaya bağlı değişkenlerin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi	55
5.4. Kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerde obstetrik acil ünitesi ortamının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi	58
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	67
6.1. Sonuçlar	67
6.2. Öneriler	68
KAYNAKLAR	69
EKLER	
EK-1. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Onayı	
EK-2. Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Çalışma İzni	
EK-3. Aydınlatılmış Onam Formu	
EK-4. Kişisel Bilgi Formu	
EK-5. Durumluk Kaygı Envanteri (STAI)	
ÖZGEÇMİŞ	91

TABLolar DİZİNİ

Tablo 3.1.	Durumluk Kaygı Envanteri maddelerinin normal dağılıma uygunluk testi Sonuçları	26
Tablo 4.1.	Gebelerin demografik özelliklerinin dağılımı	30
Tablo 4.2.	Kanamayla ilgili özellikler	32
Tablo 4.3.	Acil servis ortamına ilişkin düşünceler	33
Tablo 4.4.	Acil servis ortamıyla ilgili özellikler	34
Tablo 4.5.	Gebenin kaygı durumunun açıklanmasına ilişkin regresyon modeli	36
Tablo 4.6.	Gebelerin regresyon modeline ilişkin katsayıları	36
Tablo 4.7.	Durumluk Kaygı Envanterine ilişkin betimsel istatistikler	37
Tablo 4.8.	Gebelerin Durumluk Kaygı Envanteri toplam puanının trimesterlere göre dağılımı	37
Tablo 4.9.	Gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan gebelerin kaygı düzeyleri arasındaki farklılık	38
Tablo 4.10.	Kanamaya ilişkin özelliklerin durumluk kaygı düzeyine etkisinde H-Testi sonuçları	39
Tablo 4.11.	Gebelerin kanama nedeniyle yaşananların durumluk kaygı düzeyine etkisinde H-testi sonuçları	42
Tablo 4.12.	Gebelerin acil servise ilişkin özelliklerden etkilenme durumu ile durumluk kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin H-testi sonuçları	44

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 2.1.	Gebelikte Erken Dönem Kanama Yönetimi	15
Şekil 2.2.	Plasenta Previa/Ablasyo Plasenta Hemşirelik Bakımı ve İzlem	19



SİMGELER ve KISALTMALAR

ACOG	: American Congress of Obstetricians and Gynecologists
AOB	: Acil Obstetrik Bakım
DES	: Dietilstilbesterol
DIC	: Tüketim Kuagülopatisi
DKE	: Durumluk Kaygı Envanteri
EMR	: Erken Membran Rüptürü
FIGO	: The International Federation of Gynecology and Obstetrics
ICD10	: International Classification of Diseases
ICPD	: International Conference on Population and
IUGG	: İntrauterin Gelişme Geriliği
İBBS	: İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırması
MDG	: Millennium Development Goals
NICE	: National Institute for health and Care Excellence
PAS	: Post-Abortus Sendromu
PTSB	: Post-Travmatik Stres Bozukluğu
RCOG	: Royal College of Obstetricians & Gynaecologists
RIA	: Rahim İçi Araç
SLE	: Sistemik Lupus Eritematozus
T.C	: Türkiye Cumhuriyeti
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
USG	: Ultrasonografi
UNFPA	: The United Nations Population Fund
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	: World Health Organization

1. GİRİŞ

Fertil çağdaki kadın sayısının fazla olması, kadınların sağlık düzeylerinin istenilen seviyede olmaması ve sağlık sorunları konusunda daha hassas olmaları öncelikli olarak kadınların sağlıklarının geliştirilmesine gereksinim olduğunu göstermektedir (Koşum, 2010). Kadının sağlık düzeyini etkileyen en önemli gelişimsel faktörlerden biri de gebelik sürecidir (Güney ve ark., 2014). Antenatal dönem, kadının bedeninde oluşan bir dizi karmaşık fizyolojik ve psikolojik değişikliklerle biyo-psiko-sosyal dengesinin bozulduğu bir dönemdir (Aydemir ve Uyar Hazar, 2014). Özetle; gebelik dönemi beraberinde önemli riskleri de getirebilmektedir (Karaçam ve Şen, 2012). Gebeliğe bağlı komplikasyonlar, kadının miadında doğum yapmasını engellemekte ve onun normal bir gebelikten “yüksek riskli” kategorisine geçişine neden olmaktadır (Maloni ve ark., 2013). Yüksek riskli gebelikler, maternal ve fetal sağlık için bir tehdit unsuru oluşturmakla birlikte, gebede emosyonel sorun ve tepkilere yol açmaktadır (Kamalak, 2015; Deliktaş, 2017). Yüksek riskli gebelikler var olan hastalıklar, yaş ve yaşam stilleri nedeniyle gelişebildiği gibi gebelik sırasında kanama gibi nedenlerde de ortaya çıkabilir (Karaçam ve Şen 2012; Aydemir ve Uyar Hazar, 2014; English ve ark., 2015).

Gebelikte en sık karşılaşılan komplikasyonların başında kanama gelmektedir ve gebelikte ilgili yolunda gitmeyen bir durum olduğunu göstermektedir (Çoban, 2008). Gebelikte kanama gibi komplikasyonların ortaya çıkması gebeliğin güvenliğini tehlikeye atmakta, annenin psikolojik sağlığını olumsuz etkileyebilmekte ve gebeliğe ilave stres yaşamasına sebep olabilmektedir (Gilbert ve Harmon, 2011a). Tüm gebeliklerin yaklaşık olarak %25’ini etkileyen erken gebelik kanamalarının nedenleri; abortus, ektopik gebelik ve molhidatiform; geç gebelik kanamalarının nedenleri ise plasenta previa ve ablasyo plasenta olarak belirlenmiştir (Hoey ve Allan, 2004; Gezginç ve Dalkılıç, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2015a; Taşçı, 2017).

Mortalite ölçütleri ülkelerin sağlık durumlarını belirlemenin yanı sıra aynı zamanda gelişmişlik düzeylerini de göstermektedir (Sungur ve Çöl, 2016). Anne ölümleri tüm dünyada önemli bir sağlık göstergesi olup 2013 yılında gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı yaklaşık olarak 289.000 kadın hayatını kaybetmiştir (WHO, 2014). Ülkemizde 2005 yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümleri Çalışmasında 28.5 bulunan anne ölüm hızı

2016 yılında yapılan İstatistiki Bölge Birimleri Sınıflandırmasına (İBBS-1) göre anne ölüm oranı 100.000 canlı doğumda 14.7 bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2017).

Anne ölüm oranlarında kayda değer düşüşler olmasına rağmen hedeflenen düzeyde düşüş sağlanamamıştır (Sungur ve Çöl, 2016). Yüksek maternal ve fetal mortalite ve morbiditeyi azaltmak amacıyla 1987 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (UNFPA), Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım fonu (UNICEF), Dünya Bankası ve 55 ülkeden farklı kuruluşlar ile Nairobi’de düzenlenen konferansta Güvenli Annelik girişimi başlatılmıştır (Baraté ve Temmerman, 2010; Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2016).

Acil servisler, sağlık bakım ekibinin hazırlıksız yakalanabildiği, hızlı ve doğru müdahaleyi gerektiren vakalarla karşılaşılan ortamlardır (Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2016). Acil servislerin dinamik, karışık, kalabalık ve stresin yoğun olduğu yerler olmasından dolayı hastalar bazı stresörlere maruz kalmaktadır (Bruce ve Suserud 2005; Healy ve Tyreell 2011). Acil obstetrik bakım (AOB) gebeliğin başlangıcından doğum ile sonlanmasını ve sonraki ilk 42 günlük devreyi kapsayan süre içinde meydana gelen, tüm anne ve fetus yaşamını tehdit eden, acil müdahale gereken durumda verilen hizmetlerin tümüne verilen isimdir (Sağlık Bakanlığı, 2015a).

Çalışmanın amacı, acil servise başvuran kanamalı gebelerde durumluk kaygı düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemektir.

Araştırma Soruları;

1. Kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerin bulunduğu trimester ile gebenin durumluk kaygı düzeyi arasında fark var mıdır?
2. Kanamaya bağlı değişkenler ile gebenin durumluk kaygı düzeyi arasında fark var mıdır?
3. Kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerde obstetrik acil ünitesinin ortamı ile gebenin durumluk kaygı düzeyi arasında fark var mıdır?

2. GENEL BİLGİLER

2.1.Acil Obstetrik Bakım

Acil obstetrik bakım, gebeliğin başlangıcından doğumdan sonraki ilk 42 gün kadar olan dönemi kapsayan süre içinde meydana gelen, tüm anne ve fetus yaşamını tehdit eden, acil müdahale gereken durumda sunulan hizmetlerin tümüdür (Sağlık Bakanlığı, 2015b). Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde anne ve bebekte oluşabilecek acil durumlara karşı sağlık kuruluşlarının cevap verme yeteneği olup yaşam kurtarıcı işlemlerin tamamıdır (Koşum, 2010).

Anne ölümleri tüm dünyada önemli bir sağlık göstergesi olup 2013 yılında gebeliğe bağlı nedenlerden dolayı yaklaşık olarak 289.000 kadın hayatını kaybetmiştir (WHO, 2014; Sungur ve Çöl, 2016; Hoque ve ark., 2018). Anne ölümlerine bakıldığı zaman genç ve sağlıklı gebelerde bu oranın arttığı görülmektedir (Göncü ve Yazıcı, 2016). Bunun nedeni obstetrik komplikasyonları gebelik öncesi mevcut olan ya da gebelikte ortaya çıkan hastalıkların şiddetlendirmesidir (Arıcı ve ark., 2014). Anne ölümlerini önlemek için yapılması gerekenlerin başında AOB hizmetleri bulunmaktadır (Artıran İğde ve ark., 2008).

Acil obstetrik bakımın temel amacı; gebeliğe bağlı olarak anne ve bebekte gelişen komplikasyonlarda anne ve bebeğin yaşamını kurtarmak ve zarar görmesini engellemektir (Sağlık Bakanlığı, 2015b; Chavane ve ark., 2018). Acil obstetrik bakımı oluşturan basamaklar; gebelerin sağlık kuruluşuna müracaatı ile hızla ilk değerlendirmenin yapılması, annenin ya da bebeğin yaşamını tehdit eden bulguların varlığında ilk tedavinin yapılması, gerekli ise genel durumu stabil olduktan sonra bir üst kuruluşa gönderilmesi, ve gerektiği zaman sadece sağlık kuruluşlarında yapılacak güvenli kan naklinden oluşur (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2016). Obstetrik problemlerin çoğu önceden tahmin edilemez bu sebeple komplikasyonların erken evrede tespit edilip uygun girişimlerin hızlı şekilde uygulanması hayat kurtarıcıdır (Gezginç ve Dalkılıç, 2011). Annelerin acil obstetrik bakım hizmetlerinden erken dönemde yararlanması anne ölümlerini önlemede ve gebeliğe bağlı meydana gelebilecek komplikasyon oranını azaltmada önemli bir yere sahiptir (Artıran İğde ve ark., 2008).

Anne ölümlerini önlemede çok büyük yeri olan AOB hizmetlerinin Türkiye genelinde uygulanıyor olması ve gebelerin bu hizmetten yararlanabiliyor olması anne ve bebek sağlığı açısından önemlidir (Koşum, 2010). Obstetrik komplikasyonu olan kadına ne kadar erken ve hızlı müdahale edilirse komplikasyona bağlı mortalite ve morbitide oranı o kadar az olacaktır (Körükçü ve Kabukcuoğlu, 2016).

2.2. Acil Servis

Hastanelerin acil servisleri yaşamları riske giren, acil bakım gerektiren bireylere 365 gün 24 saat hiç aralıksız hizmet veren birimlerdir (Şimşek, 2015; Özhanlı, 2015). Acil servislerin en önemli özelliği hızlı ve kesintisiz hizmet vermeleridir (Aydın ve ark., 2010). Acil servis de triyaj sistemi uygulanmakta olup triyaj sistemi, hastaların aciliyetinin belirlenmesi, acil tedavi ve bakımın belirlenen aciliyet doğrultusunda verilmesine yönelik bir sınıflandırma sürecidir (Farrohknia ve ark., 2011). Acil servislere acil bir durumu olmayan hastaların da başvurması triyaj sistemini gerekli kılmaktadır (Lega ve Mengoni, 2008; Şimşek, 2015). Sağlık Bakanlığının önerisi ile Ülkemizde acil servis triyajında kırmızı, sarı, yeşil renk kodlaması kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2009b).

Obstetrik nedenlerle acil servise gelen hastaların değerlendirmelerinin 10 dk içinde yapıp aciliyetine göre sınıflanmasına obstetrik triyaj denir (Uçar, 2015). Obstetrik triyaj, anne bebeğin iyilik halinin devamı için ortaya çıkan obstetrik patolojilerin en erken sürede tanınıp uygun müdahalenin yapılması basamaklarından oluşur (Günaydın ve Yazıcı, 2018). Acil servise başvuran gebeler ilk olarak obstetrik triyaj odasında değerlendirilip gerekli yerlere (obstetri servisine, doğum salonuna ve ya evine) gönderilir (Paul ve ark., 2013). Obstetrik triyajın amacı; obstetrik değerlendirmeleri hızlandırmak, yatakları daha verimli kullanmak, acil servise gereksiz başvuruları önlemek, hastanın bekleme süresini azaltmak, hasta akışını hızlandırarak zaman ve para kazanmak, obstetrik hasta ihtiyacını belirleyip uygulamayı yönetmektir (Angelini, 2006).

Acil servisler hastanede yoğun bakıma, laboratuvarlara, ameliyathanelere, röntgen, morg gibi birimlere yakın olmalı ve bu bölgelere ulaşım için sedye asansörü bulunmalıdır (Özhanlı, 2015). Acil servislerde ambulans giriş çıkışı için özel alan, triyaj ünitesi, hastane kapasitesine göre uygun sayıda ve nitelikte ilk muayene, müdahale, müşahede odaları ve hasta yakınları için bekleme salonu, güvenlik odası,

acil servis çalışanlarına ait oda ve acil servis yakınında 24 saat açık olan kafeterya gibi fiziki alanlar bulunmalıdır (Deniz ve ark., 2007). Muayene birimleri birbirinden perde ile ayrılmalı ve resütasyon odası gibi odalar dışında kapalı oda bulunmamalıdır (Söylemez, 2016).

Acil servisler hasta ve yakınlarının gözünden bakıldığında; aşına olmadıkları yabancı bir çevre, kalabalık, tıbbi aletler ve çıkardıkları sesler, gürültülü ortam, anlaşılmayan tıbbi terimler, hastalıkları hakkında açıklama yapılmaması nedeniyle durumun ciddiyeti ile ilgili düşüncelerin arttığı bir ortamdır (Gürlek, 2005). Günün 24 saati hizmet vermesi ve hasta memnuniyetinde büyük bir etken olması nedeniyle acil servislerde verilen hizmet, hastanın memnun ayrılmasını ve tedaviye uyumunu arttırarak iyileşme sürecine olumlu katkı sağlamaktadır (Özhanlı, 2015). Acil servisten memnun ayrılan hastaların gelecekte tekrar aynı hastaneyi kullanması ile bakımın takibi anlamına gelen hasta takibi hizmeti gerçekleştirilmiş olur (Yiğit ve ark., 2010). Hasta memnuniyeti bazı değişkenlere bağlıdır bunlar; hastaların bekleme süreleri, acil ortamı, sağlık hizmetinin zamanlaması, sağlık profesyonellerinin alanlarında uzman olması, çalışanların nezaketi ve tutarlılığı, hizmetin ulaşılabilir, güvenilir, doğru ve esnek olması, hizmetin doğru ve bir kerede yapılması, beklenmedik bir durumda sağlık profesyonellerinin gerekli çözümleri hızlıca bulması ve hizmetin zamanında eksiksiz olarak yerine getirilmesidir (Kıdak ve Aksaraylı, 2008; Söylemez, 2016). Obstetrik acil servisleri de, gebelik süreci gibi sonucu önceden belli olmayan bir durumda gebeler ve yakınları için stres ve korku düzeyini yükseltici birimler olabilir (Körükcü ve Kabukcuoğlu, 2016).

2.3. Gebelik Dönemi Kanamaları

Gebelikte kanama olması, tehlike belirtilerinden biridir ve bu durumda gebenin kanama miktarına bakılmaksızın mutlaka sağlık kuruluşuna başvurması gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015a). Şencan ve arkadaşları (2016) tarafından yapılan Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin çalışmasına göre; ülkemizde de diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi doğrudan anne ölümünün obstetrik nedenlerinin başında kanama gelmektedir. Gebelik dönemi kanamaları, erken ve geç gebelik kanamaları olmak üzere iki grupta incelenir (Koşum, 2010).

2.3.1. Erken Gebelik Kanamaları

Erken gebelik kanamaları abortus, ektopik gebelik ve molhidatiform nedeniyle gerçekleşmektedir (Çelik ve Saruhan, 2016). Bu süreçte fetüsün yaşayabilme olasılığı olmadığı için girişimler anne sağlığına yöneliktir (Sağlık Bakanlığı, 2015a). Gebelik kayıpları vajinal kanama hikayesine, gebelik ürünlerinin varlığına, servikal kanalın dilatasyonuna göre abortus imminens, abortus incipiens, missed abortus, septik abortus ve habitüel abortus olarak incelenir (Koşum, 2010).

Abortus

Erken gebelik kayıpları, retrodüktif dönemin yani kadın hayatının en uzun döneminin en sık rastlanan sorunlarından biridir. (Deniz ve ark; 2016). Abortus 1977 tarihine kadar, 28. gebelik haftasına ulaşmadan sonlanan gebelikler olarak tanımlanmaktaydı (Özel, 2007). Dünya Sağlık Örgütü (1977) abortus tanımına düzenleme getirerek fetüsün ağırlığını ve gebelik sürecini kriter almış ve 20. gebelik haftasından önce, 500 gramdan daha az embriyo/fetüs ve eklerinin, tamamının ya da bir kısmının uterus kavitesi dışına atılması olarak tanımlamıştır. Tüm gebeliklerin %60'ı, klinik olarak tanımlanan gebeliklerin %12- 15'i abortusla sonlanmaktadır (Özgünen, 2007).

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2013 verilerine göre her beş kadından birinin istemsiz abortus deneyimi yaşadığı saptanmıştır. Abortusların %80'inden fazlası ilk 12 haftada olur (Kahraman ve ark., 2012). Abortus, suprapubik ağrı, uterin kramp ve vajinal kanama ile gebelik ürününün uterusdan atılması, gebeliğe dair belirti ve bulguların kaybolması ile kendini gösterir (Deniz ve ark., 2016). Abortus nedeniyle gerçekleşen kanamalar birinci ve ikinci trimesterde meydana gelen kanamaların başında yer alır (Kılıçcı, 2004). İlk 12 hafta içerisinde ortaya çıkan düşükler genellikle fetal nedenlere bağlı olup yaklaşık yarısında neden kromozomal anomaliler (en sık görüleni trizomi), 12 haftanın üzerindeki abortuslarda ise sıklıkla neden maternal faktörler (enfeksiyonlar, endokrin hastalıklar, beslenme bozuklukları, ilaç ve çevresel faktörler, immünolojik faktörler, trombofili, uterus patolojileri ve servikal yetmezlik) dir. (Çelik ve Saruhan, 2016). Etiyolojide kromozomal anomaliler (%80-%90), maternal yaş, annede sistemik hastalık varlığı (diyabet, hipertansiyon, böbrek hastalığı, Sistemik Lupus eritematozus (SLE), hipotroidizm, hipertroidizm), enfeksiyon (bakteriyal, viral, fungal), zararlı alışkanlıklar (alkol,

tütün, kokain) kullanımı, anatomik anomaliler, hormonal anomaliler, immünolojik faktörler, travma gibi nedenler önemli rol oynamaktadır (Gaufberg, 2017).

Abortus sonucunda kadınlarda ağrı, cinsel yaşamın etkilenmesi ve enfeksiyon gibi problemlerin yanısıra, bebeğin kaybı ve başarısız hamilelik algısı gibi sebeplerle psikolojik problemler de ortaya çıkabilmektedir (Efe, 2006; Terzioğlu ve ark., 2010). Ayrıca, kadınlarda abortus sonrasında fiziksel veya psikolojik travma sebebiyle deneyimlenmiş gizlenmiş duygusal tepkiler sonucunda, gecikmiş ya da kronikleşmiş belirtilerle kendini gösteren post-travmatik stres bozukluğunun (PTSB) bir şekli olarak tanımlanan Post-Abortus Sendromu (PAS) da görülebilmektedir (Rue, 2014).

Oluş Zamanına Göre Abortuslar

Oluş zamanına göre abortuslar, subklinik, erken ve geç abortuslar olmak üzere üçe ayrılırlar (Taşçı, 2017). Subklinik Abortus (Belirlenemeyen Abortus); Klinik olarak tespit edilemeyen ve sadece biyokimyasal gebeliğin olduğu bilinen olgular olup bu vakalarda zamanında ya da birkaç gün gecikmiş menstrual kanama ile gebelik sonlanmaktadır (Özel, 2007). Gebeliğin 13. haftasının bitimine kadar olan abortuslar erken abortuslar olarak adlandırılmakta olup gebeliğin 13. haftası ile 20. haftasının bitimine kadar olan süreçte meydana gelen abortuslar ise geç abortuslar olarak adlandırılmaktadır (Deniz ve ark., 2016; Taşçı, 2017)

Oluş Şekline Göre Abortuslar

Abortus İmminens

Embriyo/fetüsün canlı devam ettiği gebeliklerde 20. gestasyonel haftadan önce servikal değişiklikler görülmeksizin vajinal yoldan kanama görülmesiyle karakterize bir durumdur (Taşçı, 2017). Durdurulabilir düşük olarak da bilinen bu durumda uterus kanama mevcuttur fakat gebelik ürünü dışarı atılmamıştır (Akdağ, 2014).

Abortus imminens görülme oranı %20 ile %25 arasındadır ve abortus imminensli olguların yaklaşık %50'si abortusla sonuçlanmaktadır (Leveno ve ark., 2010). Kanama kahverengiden, parlak kırmızıya kadar değişebilirken kanamanın yanında kramp veya pelvik ağrı eşlik eder (Şekil.2.1). (Gezginç ve Dalkılıç, 2011). Kanamanın bozulmuş desidual damarlardan ya da subkoryonik bölgede meydana gelen ayrılmalardan kaynaklandığı düşünülmektedir (Yıldız ve ark., 2009). Abortusla sonuçlanmayan imminensli olgularda intrauterin gelişme geriliği (IUGG), preterm

eylem, erken membran rüptürü (EMR), düşük doğum ağırlığı, fetal ve neonatal ölüm riskinin orta oranda arttığı tespit edilmiştir (Saraswat ve ark., 2010; Leveno ve ark., 2010). Abortus imminens vakalarını birinci trimesterde kanamaya neden olan diğer patolojilerden (ektopik gebelik, servikal lezyonlar, gestasyonel trofoblastik hastalık, desidual servikal polip) ayırt etmek için beta HCG ölçümleri seri bir şekilde yapıp transvajinal ultrasonografi ile takip yapılmalıdır (Taşcı, 2017).

Abortus imminensin klinik olarak tanısı, ilk trimesterde kapalı bir servikal ostan kanlı akıntı veya vajinal kanama görülmesi ile konulur ve fetüsün kalp sesinin ultrasonografi ile onaylanması sonucu tanı netleşir (Hossain ve ark., 2007). Tedavi konservatiftir (Koşum, 2010). Embriyo veya fetüsün yaşayıp yaşamadığı teyit edildikten sonra eğer yaşıyorsa gebe yatak istirahatına alınır (Çelik ve Saruhan, 2016). Koitus düşük tehlikesi geçene kadar yasaklanır gebe gerek görülürse sedatize edilir (Koşum, 2010). Kan transfüzyonu gerekli ise uygun koşullarda transfüzyon yapılır (Taşcı, 2017). Rh negatif ve gebelik haftası 6 haftanın üzerinde olan anneye anti-D immunglobulin yapılmalıdır çünkü bu kadınların %10' undan fazlasında fetomaternal kanama görülür (Leveno ve ark., 2010).

Sağlık Bakanlığı (2015a) abortus imminensi olan bir gebenin bakımında aşağıdakilerin sırasıyla yapılmasını önermektedir:

- Abortus imminensden şüphelenilen gebede, yaşam bulguları (nabız, kan basıncı, solunum sayısı, vücut ısısı) hızla değerlendirilir
- Hekim istemi olmadan vajinal tuşeden kaçınılmalıdır
- Kanamanın durduğundan emin olana kadar sağlık kuruluşunda izlenir
- Zorlayıcı hareketlerden ve cinsel ilişkiden uzak durması önerilir
- Sıvı alımı arttırılır
- Kanama tekrarlarsa yeniden değerlendirme yapılır
- Kanama durmamışsa, fetüsün canlılığı kontrol edilir
- Kanama 4-6 saat arayla takip edilir
- Gebeye psikolojik destek sağlanır.

Spontan Abortus

Fetüs henüz yaşama kapasitesine ulaşmadan, gebeliğin medikal ve cerrahi hiçbir müdahale olmadan kendiliğinden sonlamasıdır (Jibril ve ark, 2014; Çelik ve Saruhan,

2016). Spontan abortuslar erken gebelik dönemi komplikasyonlarının başında yer almakta olup en sık görülen ve tüm gebeliklerin % 17- 22 si, tanılanmış gebeliklerin ise %12- 15'inde görülen komplikasyondur (Weintraub ve Sheiner 2011). Spontan abortusların yaklaşık %85'i ilk trimesterde görülür (Leveno ve ark., 2010). Kadınlar gebeliklerini fark etmeden spontan abortusla karşı karşıya kalabilmektedir ve gebeliğin ilerlemesi ile birlikte spontan abortus riski düşmektedir (Jurkovic ve ark., 2013).

Etiyolojisinde kromozomal anomaliler büyük rol oynamaktadır (Çelik ve Saruhan, 2016). Kromozomal anomalili gebeliklerin ortalama %90'ı spontan abortus ile kaviteden dışarı atılır. (Gaufberg, 2017). Spontan abortusun diğer nedenleri arasında; üreme sistemindeki yapısal anomaliler, teratojenik ve mutajenik etkiler, akut viral enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar, uterusu travma, progesteron yetersizliği, psikolojik sorunlar, ovulasyon sonrası yaşlanmış gamet yer almaktadır (Demirci ve Demirci, 2007; Çelik ve Saruhan, 2016). Spontan abortusun en klasik belirtisi vajinal kanama olup, koyu lekelenme şeklinde başlayıp gebelik ürününün atılmaya başlamasıyla uterin kan damarları açılır ve kanama açık parlak ve kırmızı kanamaya döner (Koşum, 2010). Kramp tarzında pelvik ağrı kanamaya eşlik eder (Antonette ve Dulay; 2017).

Tedavi seçeneklerinde izleyici yaklaşım, tıbbi ve cerrahi yaklaşım olmak üzere üç yaklaşım mevcuttur. İzleyici yaklaşım, cerrahi girişim gerektiren komplikasyonların hiçbiri yoksa vakaların çoğunda 72 saat içinde olay sonuçlanır. (Taşhan, 2007). İkinci trimesterde tedaviye ilişkin güvenlik çalışmalarının eksikliği ve kanama ile ilgili beklentilerin yönetiminin yetersiz olması nedeniyle bu yaklaşım genellikle birinci trimester ile sınırlandırılmalıdır (ACOG, 2015). Tıbbi yaklaşım, cerrahi işlemlerden kaçınılan, spontan rezolusyon için beklenmeyecek olgular için bir seçimdir ve misoprostol'ün vajinal kullanımı, oral kullanıma göre daha etkili görülüp 48 saat içerisinde olguların çoğunda gebelik sonuçlanabilmektedir (Taşhan, 2007). Cerrahi yaklaşım (dilatasyon ve küretaj), ülkemizde ve dünyada en sık uygulanan etkili ve güvenli bir yöntemdir (Grifbel ve ark., 2005; ACOG, 2015).

Zorlanmış (Provake, Induced) Abortuslar

Bu grup kendi arasında teröpatik ve istemli abortuslar olmak üzere iki grupta incelenir.

Teröpatik Abortuslar

Günümüzde fetüsün yaşama yeteneğinin alt sınırı olarak 20. gebelik haftası baz alınmaktadır (Taşçı, 2017). Teröpatik abortus, fetüs viabiliteye ulaşmadan, anne sağlığını korumak amacıyla medikal veya cerrahi yoldan gebeliğin sonlandırılması işlemi olup endikasyonları, kardiyak dekompenzasyon sonrası devam eden kalp hastalığı, ilerlemiş hipertansif damar hastalığı ve serviksin invaziv karsinomasıdır (Leveno ve ark., 2010). Medikal ve cerrahi endikasyonlar dışında ise; tecavüz, fetüste konjenital anomaliler gibi nedenlerle de tahliye yapılmaktadır (Aksu ve ark., 2014).

İstemli Abortuslar

İstemli abortus, anne ve fetus açısından hiçbir tıbbi sorun olmaksızın, istenmeyen bir gebelik durumunun ailenin kendi isteği ile sonlandırılmasıdır (Taşçı, 2017). Kendiliğinden olan abortuslar gebelerin kontrolü dışında olurken, istemli abortuslar bir karar sonucunda gerçekleşmekte olup anne sağlığına olumsuz etkileri nedeniyle önemlidir (TNSA, 2014).

Dünya Sağlık Örgütü'nün hesaplamalarına göre her yıl dünyada 210 milyon gebelik oluşmak ve bunların yaklaşık 46 milyonu (%22) istemli abortus ile sonlanmaktadır (Dereli Yılmaz ve ark., 2010). TNSA verilerine göre ülkemizde ortalama beş kadından birinin (%23) en az bir kez kendiliğinden düşük yaptığı, % 14'ünün de en az bir kez isteyerek düşük yaptığı saptanmıştır (TNSA 2014).

Abortus İncipiens (Önlenemeyen düşük/ Kaçınılmaz düşük)

Abortus incipiens, abortus imminens semptomlarına servikal dilatasyonun eşlik ettiği durumlar olup kanama ile birlikte kramp ve pelvik ağrı artmaktadır (Kılıççı, 2004; Gezginç ve Dalkılıç, 2011). Prognozu kötü olup kanama bazen hayatı tehlikeye atacak boyutlarda olabilir (Çelik ve Saruhan, 2016). Abortus incipienste fetal yaşam devam etmeyeceği için gebeliği devam ettirmeye yönelik tedaviler endike olmayıp tedavi de dilatasyon ve küretaj yapılır (Taşçı, 2017). Tedavinin amacı maternal kanama ve enfeksiyon komplikasyonlarını önlemeye yönelik olup gebe yatak istirahatine alınır, kanama takibi dikkatli yapılır, yaşam bulguları sık kontrol edilir, genel anestezi gerekebileceği için beslenme ertelenir, uterus kontraksiyonları için ilaç uygulanır, gerekli ise kan hazırlığı yapılır ve eğer 24 saat içinde kendiliğinden düşük gerçekleşmezse küretajla gebelik sonlandırılır (Çelik ve Saruhan, 2016).

Rh negatif ve gebelik haftası 6 haftanın üzerinde olan anneye anti-D immunglobulin yapılmalıdır (Leveno ve ark., 2010).

Önlenemeyen düşük tam (komplet) ve tam olmayan (inkomplet) düşük olmak üzere iki klinik tipte görülür.

Komplet Abortus

Komplet abortus, konsepsiyon ürününün tamamının (fetüs, membranlar ve plasenta) kavite dışına atılmasıdır (Çelik ve Saruhan, 2016). Komplet abortusda; kanama, parça düşürme, kramp/ağrı, kapalı servikal os ve son adet tarihine göre küçük uterus görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2015a). Gebelik ürünü atıldıkça kanama azalmakta ve ultrasonografi ayırıcı tanıda yardımcı olmaktadır (Leveno ve ark., 2010).

Sağlık Bakanlığı (2015a) komplet abortus olan bir gebenin bakımında aşağıdaki adımları önermektedir:

- Yaşam bulguları takip edilir
- Kanama takibi yapılır
- Kadına destek olunur
- Gerekirse hekim istemi ile analjezik, uterotonik ve demir tedavisi verilir
- Evde dikkat etmesi gereken konular hakkında taburculuk öncesi danışmanlık yapılarak kötü kokulu akıntı, kasık ağrısı veya ateş gelişirse sağlık kuruluşuna başvurması konusunda uyarılır.

İnkomplet Abortus

İnkomplet abortus, gebelik ürünü olan fetüs ve eklerinin tamamı yerine bir kısmının kavite dışına atıldığı bir kısmının ise kavitede kaldığı durumlar inkomplet abortus olarak tanımlanmaktadır ve genellikle fetüs atılmış plasenta içeridedir (Çelik ve Saruhan, 2016). Servikal os açıktır, doku kaybı ile birlikte vajinal kanama ve ağrılı uterus krampları görülür (Weintraub ve Sheiner, 2011). Gebeliğin 10. haftasından önce olan abortuslarda embriyo- fetüs ve plasenta birlikte atılma eğilimindedir (Leveno ve ark., 2010). Uterus gebelik haftasına göre beklenenden daha küçüktür (Weintraub ve Sheiner, 2011). Tedavide uterus boşaltıldıktan sonra hasta iki gün kanama yönünden gözetim altında tutulup perine hijyeni sağlanmalıdır (Çelik ve Saruhan, 2016).

Sağlık Bakanlığı (2015a) inkomplet abortus olan bir gebenin bakımında aşağıdaki adımları önermektedir:

- Yaşam bulguları kontrol edilmelidir
- Kadına bu süreçte destek sağlanmalıdır
- Kanama takibi yapılmalıdır
- Taburculuk sonrası, aşırı kanama ve pelvik ağrı, 38 derecenin üzerinde ateş olursa sağlık kuruluşuna başvurması konusunda danışmanlık hizmeti verilmelidir.

Missed Abortus (Ölü düşük/ Kaçırılmış düşük)

Missed abortus, embriyo ve fetüsün 20. gebelik haftasına ulaşmadan intrauterin ölümü olarak tanımlanmaktadır (Wu ve ark., 2017). Genellikle durdurulabilir düşüklerden sonra ortaya çıkan bir durum olup ölü fetüsün bir aydan uzun süre uterin kavitede kalması olarak tanımlanır (Çelik ve Saruhan, 2016). Fetal ölümden sonra vajinal kanama veya diğer abortus semptomları görülmeyebilir (Leveno ve ark., 2010). Gebelik belirtileri geriler ve birkaç hafta sonra koyu renkli vajinal akıntı başlar (Çelik ve Saruhan, 2016).

Kandaki fibrinojen ve trombosit sayısı azalırken fibrinojenin kanda 100 mg/dl altına düşmesi son derece önemli bir komplikasyon olan koagülopati kanamalarının gelişmesine neden olur (Çoban, 2008). Pekçok missed abortus spontan olarak sonlanır (Gilbert ve Harmon, 2011a).

Missed abortuslar klinik olarak tanılanmış olan gebeliklerin yaklaşık %15'ini oluştururlar (Wu ve ark., 2017). Etiyolojisi tam olarak belli olmamakla birlikte diğer abortus tiplerinde olduğu gibi fetal ve maternal birçok faktör (kromozom anomalileri, enfeksiyonlar, immünolojik faktörler, endokrin bozukluklar, ilaç kullanımı, çevresel faktörler gibi) rol oynamaktadır (Dokuzoğlu Tanın, 2014). Missed abortus tanısı, ultrasonografide fetal kardiyak aktivitenin olmaması ile kolayca konulur (Gündüz, 2015). Tedavisi uterusun medikal veya cerrahi olarak boşaltılmasıdır (Dokuzoğlu Tanın, 2014). Eğer uterus boşaltılmazsa sepsis, hipofibrinogenemi gelişebilir (Gilbert ve Harmon, 2011a). Gebelik 12. gebelik haftasının altında ise uterus küretajla tahliye edilirken, 12. gebelik haftasından büyük gebelikler de ise prostaglandin ve oksitosin yardımı ile uterus kontraksiyonları uyarılır ve düşük gerçekleştirilir (Akdağ, 2014, Taşkın, 2012). Uterus boşaltıldıktan

sonra tüketim kuagülopatisi (DIC) yönünden değerlendirme mutlaka yapılmalıdır (Çoban, 2008).

Septik Abortus

Septik abortus, konsepsiyon ürünlerinin ve kavum uterinin düşük süreci sırasında enfekte olduğu durum olarak tanımlanmaktadır (Gilbert ve Harmon, 2011a). Septik abortus, genellikle düşük yapmak isteyen kadınların vajina ve serviks süpürge çöpü, sabun, kibrit, çengelli iğne, ısırğan otu vb. yabancı cisimleri yerleştirmesi veya uygun olmayan ortamlarda, kirli araç ve gereçle yapılan yasa dışı küretajlar sonucu gelişir (Çoban, 2008). Dünya genelinde, gebelikte ilgili ölümlerin yaklaşık %14'ünü abortus oluşturmakta ve septik abortuslar, abortustan kaynaklanan ölümlerin başında bulunmaktadır (Eschenbach, 2015). Anne ölüm ve hastalık oranlarının hala yüksek olmasının önemli bir sebebi de, uygun olmayan koşullarda yapılan abortus sonucu oluşan septik abortuslardır (Nahar ve ark., 2017). Ciddi kanama, sepsis, bakteriyel şok ve akut renal yetmezliklerin hepsi uygun koşullarda yasal olarak yapılan abortuslarda da karşımıza çıkar, fakat daha düşük bir orandadır (Leveno ve ark., 2010).

Habitüel Abortuslar (Rekürren Abortuslar, Tekrarlayan Düşükler)

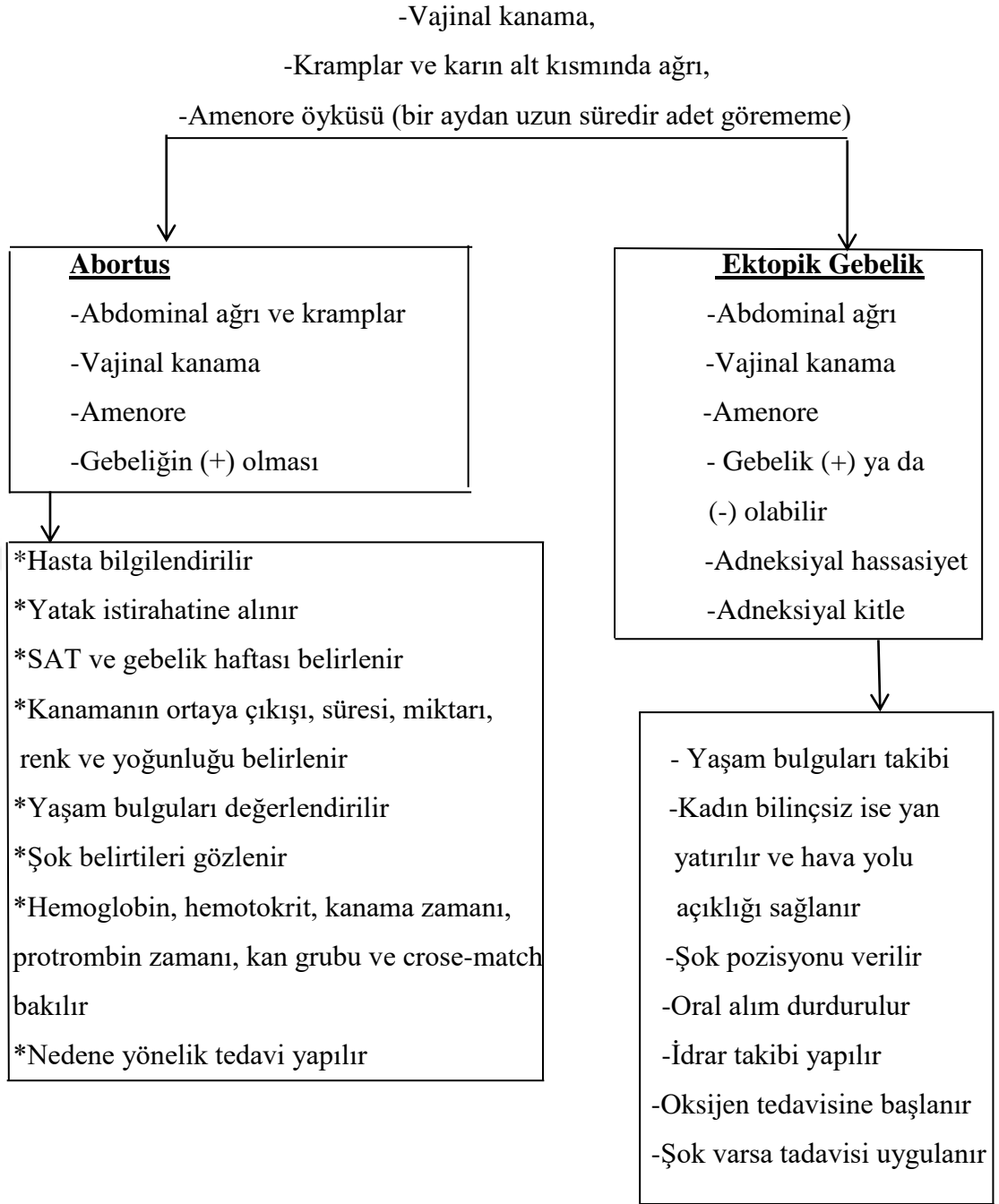
Habitüel abortus, 20. gebelik haftasından önce birbirini takip eden üç veya daha fazla spontan abortus varlığıdır (Aksin, 2017). Tekrarlayan gebelik kaybı sendromu her yıl 500.000 den fazla kadını etkileyen yaygın obstetrik bir problemdir (Çelik ve Saruhan, 2016). Genetik ve epidemiyolojik çalışmalara göre; habitüel abortusların etiyojisi multifaktöryel olmakla birlikte, multipl genetik varyantlar ile çevresel faktörlerin ilişkisi sonucunda risk oluşmaktadır (Bradley ve ark., 2012).

Habitüel abortusların %68'inde neden idiyopattir ve vakaların 2/3'ünde genetik anomaliler, uterin patolojiler, tromboflebi, endokrinolojik ve immünolojik nedenler, enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar ve çevresel faktörler rol oynarken, 1/3'ünde herhangi bir neden saptanamamıştır (Taşcı, 2017). Genel olarak habitüel abortus öyküsü bulunan kadınların bir sonraki gebeliğinin sağlıklı olma oranı % 75'dir, fakat bu oran maternal yaşın ve daha önceki abortus sayısının artışına bağlı olarak düşecektir (Meng ve ark., 2011). Abortus nedeni ortaya çıkarıldıktan sonra, bir sonraki gebelik terme kadar başarıyla sürdürülebilirken yatak istirahati, iyi sonuç veren bir tedavi yöntemidir (Çelik ve Saruhan, 2016).

Ektopik Gebelik

Ektopik gebelik, köken olarak eski Yunanca bir kelime olan ve “başka yerde bulunmak” ya da “yerini değiştirmiş” anlamlarına gelen “ec-topus” kelimesinden türemiştir (Avcı, 2014). Ektopik gebelik, fertililize olan ovumun (blastokist) uterus dışında bir yere implante olup orada gelişip büyümesi olarak tanımlanır (RCOG, 2010).

Ektopik gebelik insidansı son on yılda artış göstermiş olup tüm gebeliklerin %1-2'sini oluşturmaktadır (Muradova, 2017). Acil servise erken gebelikte vajinal hemoraji ya da ağrı şikayeti ile başvuran hastaların % 6-16'sını ektopik gebelik oluşturmaktadır (Çelik ve Saruhan, 2016). Ektopik gebelik birinci trimester maternal mortalite ve morbiditenin en önemli nedenlerinden olup maternal mortalitenin %10'undan sorumludur (Lozeau ve Potter, 2005). Ektopik gebelik, gebeliğe bağlı ilk trimester ölümlerinin en başta gelen nedenidir (Kuşgöz ve ark., 2017).



Şekil 2.1. Gebelikte Erken Dönem Kanama Yönetimi

Abortus (İnkomplet ya da Missed) belirtisi yoksa;

- *Aktivite sınırlanır
- *Cinsel ilişkiden kaçınılması önerilir
- *Doğum öncesi bakımın önemini içeren taburculuk eğitimi verilir
- *Ağrı, kanama, kramp ve ateş yükselmesi gelişirse doktora başvurması söylenir
- *Hastaya mevcut duruma uyumu için psikolojik destek olunur

Abortus (İnkomplet ya da Missed) belirtisi varsa;

- *Hasta olası tıbbi ve cerrahi girişim için hazırlanır
- *İşlem hastaya açıklanır ve destek olunur
- *Hastaya IV damar yolu açılır
- *Hastanın mesanesini boşaltması sağlanır
- *İstem doğrultusunda analjezik ve antiemetik uygulanır
- *Yaşam bulguları değerlendirilir
- *Abortus sonu enfeksiyon belirtileri hastaya anlatılır.

Şekil 2.1. Gebelikte Erken Dönem Kanama Yönetimi Devamı

Kaynak: Çelik N, Saruhan A. Gebelikte Riskli Durumlar. Sevil Ü, Ertem G. (Eds). Perinatoloji ve Bakım. Ankara Nobel tıp kitapçevleri, 2016; 169-254.

2.3.2. Geç Gebelik Kanamaları

Geç gebelik kanamaları, özellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde maternal ve fetal morbidite ve mortaliteye neden olan klinik durumlardır (Gezginç ve Dalkılıç, 2011). Üçüncü trimester kanamalarının insidansı % 4' tür (Koşum, 2010). Geç gebelik kanamaları plasenta previa, Ablasyo plasenta, vasa previa ve uterin rüptür nedeyle görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014). Geç gebelik kanamalarının en büyük iki ana nedeni plasenta previa ve ablasyo plasentadır (Çelik ve Saruhan, 2016). İkinci ve üçüncü trimester kanamaları genellikle plasental yerleşim kökenlidir fakat bunun yanında nadirde olsa genital enfeksiyonlar, sistemik hastalıklar ve travma da gebelik döneminde kanamayla sonuçlanabilir (Cengiz, 2006).

Plasenta Previa

Plasentanın internal servikal os üzerine veya yakınına yerleşmesi olarak tanımlanmakta olup insidansı ortalama %0,5 (200 canlı doğumda bir veya 4/1000)'dir (Çetin ve ark., 2015). Gebeliğin üçüncü trimesterında görülen vajinal kanamanın, fetal ve maternal mortalite ve morbilitenin en önemli nedenidir (Karaca ve ark., 2013; Sağlık Bakanlığı, 2014). Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, ileri maternal yaş, grandmultiparite, geçirilmiş uterin cerrahi, uterin myom, sigara ve çoğul gebelikler ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Mehasseb ve ark., 2010). Risk faktörleri; önceki doğumun sezeryan olması, daha önce geçirilmiş plasenta previa, çok ve sık doğum yapma, çoğul gebelikler, 18 yaş altı ve 35 yaş üzeri gebelikler, implantasyon bozuklukları, uterus anomalileri, artmış küretaj sayısı, sigara, Asyalı, Afrikalı ya da Amerikalı olmak sayılabilir (Artunç Ülkümen ve ark., 2014; Çelik ve Saruhan, 2016). Plasenta previalı gebelerin sonraki gebeliklerinde previanın tekrarlama olasılığı 12 kat daha fazladır (Mehasseb ve ark., 2010). Erkek fetüsün, plasenta previalı gebelerde kötü gebelik sonuçlarını arttırdığı saptanmış olup yıllar içinde previa insidansı, risk faktörleri ve komplikasyonları artmıştır (Köstü ve ark., 2015). Plasenta previanın karakteristik belirtisi çoğunlukla 2. trimester sonu görülen ve tekrarlayan ağrısız vajinal kanamadır (Rosenberg ve ark., 2011). Uterus yumuşak olup hassasiyet yoktur (Şekil.2.2). (Sağlık Bakanlığı, 2015b).

Plasenta previanın dört tipi mevcuttur.

- 1. Total (Komplet) Plasenta Previa:** İnternal servikal os plasenta tarafından tamamıyla kapatmıştır (Batmaz ve ark., 2015).
- 2. Parsiyel (İnkomplet) Plasenta Previa :** İnternal servikal os plasenta tarafından kısmen kapatılmıştır (Gilbert ve Harmon, 2011b).
- 3. Marjinal Plasenta Previa:** Plasenta internal servikal osun kenarına, 2 cm yakınına implante olmuştur (Mehasseb, 2010).
- 4. Low-Lying (Alt yerleşimli) Plasenta Previa:** Plasenta uterin alt segmente implantedir, plasentanın alt ucu internal osa yakındır fakat ona ulaşamaz (Artunç Ülkümen ve ark., 2014).

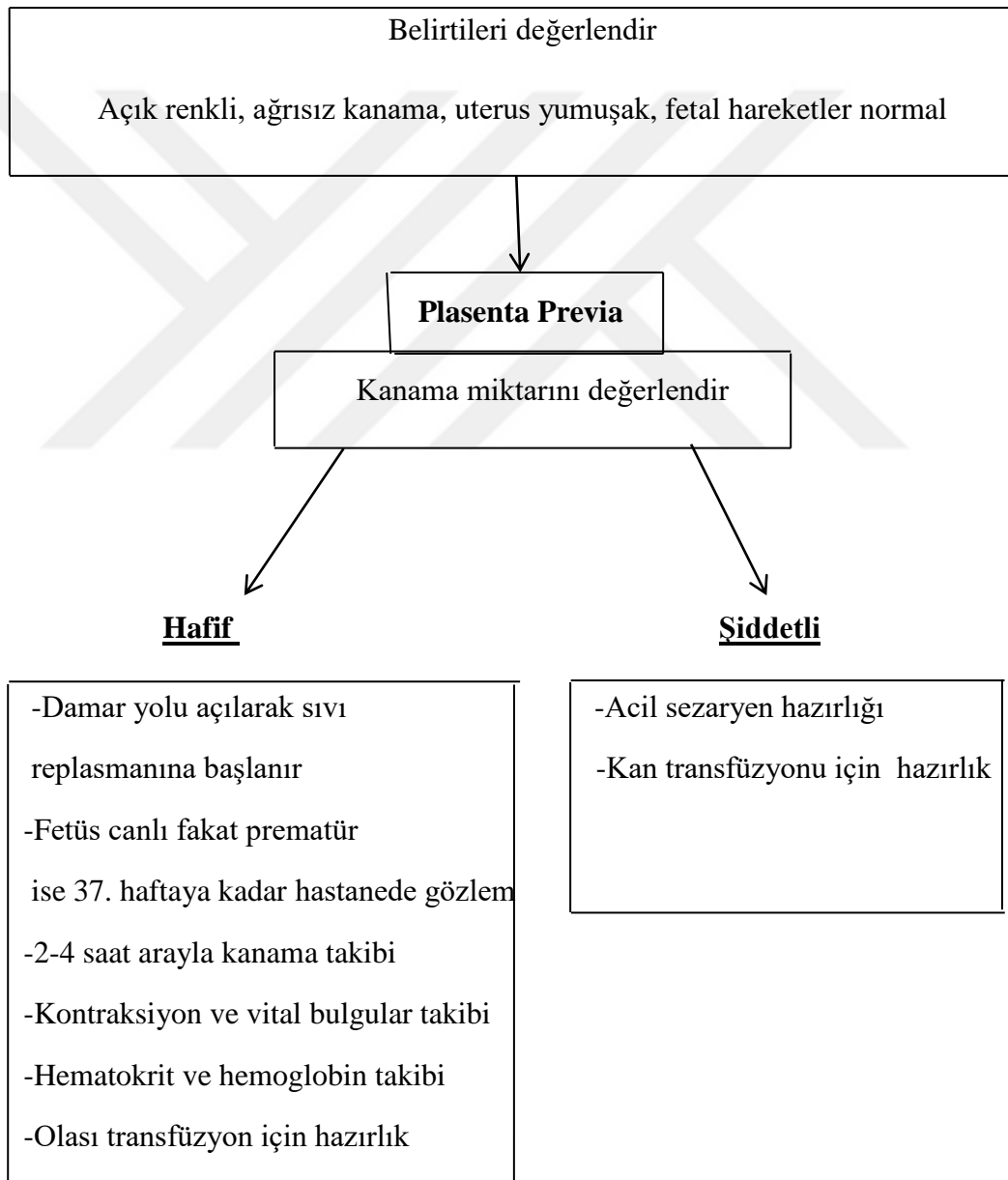
Plasenta previanın tanılmasında ultrasonografi önemli bir yere sahip olup ultrasonografi ile plasentanın lokasyonu kolayca belirlenir (Kusen, 2014). Geç gebelik kanaması ile başvuran gebede, kanamanın şiddetini arttırabileceği için plasenta previa tanısı ekarte edilene kadar vajinal muyaneneden kaçınılmalıdır (Mehasseb ve ark., 2010). Şiddetli ve sürekli bir kanama mevcutsa fetal maturasyona bakılmaksızın gebe acil sezaryene alınmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2015b). Eğer plasentanın konumu uygunsa ve miad gebelikse amniyotomi sonrası oksitosin infüzyonu ile normal vajinal doğum denenebilir (Çoban, 2008). Durumu stabil, hastaneye yakın mesafede ise ayaktan tedavi yöntemi ile gebeler evine gönderilebilir (Lawrence ve Ottawa, 2007).

Ablasyo Plasenta (Dekolman Plasenta)

Latincede abruptio placentae olarak adlandırılan bu durumda plasenta parçalar halinde yırtılır ve çoğu vakada acil bir tablo olarak karşımıza çıkar (Mehasseb ve ark., 2010). Plasentanın, doğumdan önce tamamının ya da bir bölümünün implante olduğu yerden ayrılmasıdır (Bostancı ve ark., 2013). Fetal ve maternal son derece tehlikeli bir durumdur (Tikkanen, 2011). İnsidansı 1/75 ila 1/226 doğumda birdir (Çelik ve Saruhan, 2016).

Etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte, önceki gebelikte ablasyo plasenta varlığı, preeklampsi, ileri maternal yaş, grandmultiparite, uterin myomlar, folik asit eksikliği, erken membran rüptürü, çoğul gebelik, sigara kullanımı, polihidroamniyos, umbilikal kordun kısalığı, koryoamniyonit ile ilişkili olduğu düşünülmektedir (Pariante ve ark., 2011). Ablasyo plasentanın karakteristik belirtisi, koyu renkli vajinal kanama ve ağrının varlığıdır (Şekil.2.2). (Gilbert ve Harmon, 2011b). Bu belirtilere uterin gerginlik ve ağrılı kontraksiyonlar eşlik eder (Bostancı ve ark, 2013). Ablasyo plasentada belirgin vajinal kanama (%80) olabileceği gibi gizli vajinal kanamada olabilir (%20) (Sağlık Bakanlığı, 2015b). Ablasyo plasentanın tanısı klinik bir tanı olup ablasyo plasenta ile ilişkili semptom ve bulguların tanınmasının yanı sıra yüksek şüphe indeksine dayalıdır (Çelik ve Saruhan, 2016). Tanılamada ultrasonografi önemli yere sahip olup plasenta previa ve ablasyo plasenta arasındaki ayırıcı tanıda ultrasonografi yardımıyla konulmaktadır (Koşum, 2010).

Ablasyo plasentanin tedavisi kanama miktarina, buna bagli olarak fetal ve maternal sagliga baglidir (Coban, 2008). Süpheli ablasyo plaseenta durumlarinda fetüs immatür, kalp atimlari normal ve anne stabil ise ekspektan tedavi uygulanabilir (Mehasseb ve ark., 2010). Vajinal dogum tedavisi, plasentanin ayrilma derecesinin sınırlı olduğu, fetüsün matür ve kalp atımlarının normal olduğu, anne saglığında iyi olduğu durumlarda endikedir (Sağlık Bakanlığı, 2015b; Çelik ve Saruhan, 2016). Fetüs canlı fakat distres belirtileri mevcut ise sezaryen dogum endikedir (Gilbert ve Harmon, 2011b).



Şekil 2.2. Plasenta Previa / Ablasyo Plaseenta Hemşirelik Bakımı ve İzlem



şekil 2.2. Plasenta Previa / Ablasyo Plasenta Hemşirelik Bakımı ve İzlem Devamı

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Acil Obstetrik Bakım Ebe-Hemşire Katılımcı Kitabı, 2015, Ankara.

2.4. Kaygı

Kaygı, insanın psikolojide yaşadığı ruhsal durumdur (Manav, 2011). Kaygı, dışarıdan gelen tehdit algısı karşısında verilen sinyal olarak ve kişinin tehlikeye karşı baş etmesinde yardımcı olan uyum sağlayıcı bir mekanizma olarak tanımlanmaktadır (Akdemir, 2017). Eski Yunancada kaygı, “anxietas” kökünden gelmekte olup korku, endişe, merak anlamına gelmektedir (Yılmaz ve ark., 2014). Kaygı anında birey kötü bir durum olacakmış gibi alarm içine girer ve bireyin geleceğe yönelik endişe, karmaşa, korku ve umutsuzluk yaşamasına ve dolayısıyla normal yaşamının olumsuz etkilenmesine neden olur (Deveci ve ark., 2012). Bireylerde kaygı iki şekilde karşımıza çıkmakta olup birisi durumluk kaygı iken diğeri sürekli kaygıdır (Akdemir, 2017).

Gebelik, önemli fizyolojik değişikliklerin yaşandığı bir dönem olmanın yanında karmaşık ve psikolojik bir süreçtir (Dağlar ve Nur, 2014). Gebelikte yaşanan psikolojik gerilim durumları özellikle kaygı ve depresyon, gebelik komplikasyonlarını arttırıp ve yenidoğan sağlığını olumsuz yönde etkileyerek, düşük doğum ağırlığına, preterm eyleme ve intrauterin gelişme geriliğine neden olmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan, 2010; Ergil Altın, 2012; Şen ve Şirin, 2013). Kaygı yaşayan gebelerin sosyal destek sistemlerinin yetersiz olması kadının ruh sağlığını bozup yaşam şartlarını olumsuz etkilemekte ve diyet değişikliğine, alkol, sigara ve madde kullanımında artışa neden olmaktadır (Dağlar ve ark., 2015).

Kaygılı gebede hemşirelik bakımı;

- Gebelerin stresle, kaygıyla başa çıkma tarzları belirlenmeli
- Gebelerin kaygı gibi psikolojik durumlarla başa çıkabilmesi için eğitim ve danışmanlık yapılmalı
- Kaygılı gebeye empatik yaklaşılmalı
- Kaygılı gebelerin kendini fade etmesi için fırsat sunulmalı
- Kaygılı gebelere gevşeme egzersizleri hakkında eğitim verilmeli
- Dikkati başka yöne çekme, müzik dinleme, kitap okuma gibi alternatif yöntemler ile kaygılı gebe rahatlatılmaya çalışılmalıdır (Dağlar ve ark., 2015; Erdemir, 2005).

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Bu araştırma, acil servise başvuran kanamalı gebelerde durumluk kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılan tanımlayıcı ve kesitsel bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 15 Ağustos 2017- 15 Mayıs 2018 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kadın Doğum Servisinde yürütülmüştür. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acil Servis, koğuş tipinde 7 yataktan oluşmakta ve arka tarafta kapalı olarak müdahale odası bulunmaktadır. Hemşire ve doktor masası ortada bulunmakta gelen hastalar orada değerlendirildikten sonra yatağına alınmakta ya da servislere yatırılmaktadır.

3.3. Araştırmanın Evreni

Araştırmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acil Servisine başvuran tüm kanamalı gebeler oluşturmaktadır. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum acil servisine Nisan 2016- Nisan 2017 yılları arasında kanama nedeniyle başvuru yapan toplam gebe sayısı yaklaşık 850 gebedir.

3.4. Araştırmanın Örneklemi

Doğum öncesi dönemde acil servise başvuran kanamalı gebelerde durumluk kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri belirlemek amacı ile yapılan çalışmanın evrenini, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum acil servisine başvuran kanamalı gebeler oluşturmuştur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi kadın doğum acil servisine Nisan 2016- Nisan 2017 yılları arasında kanama nedeniyle başvuru yapan toplam gebe sayısı yaklaşık 850 gebedir. Çalışmanın örnekleme gücü analizi ile karar verilmiştir. Güç analizinde iki ortalama arasındaki ilişki temel alınarak örneklem hesaplaması yapılmıştır. Hesaplama iki yönlü korelasyon, tip 1 hata oranı (α)= 0.05, çalışmanın gücü ($1 - \beta$) ise 0.80 olarak alınmıştır. Bu bilgiler ışığında evreni bilinen örneklem

formülüne göre, örneklem grubu 246 kanamalı gebe olarak belirlenmiş fakat hata payı nedeniyle 255 gebe ile çalışılmıştır.

$N=850, P=0.20, q=0.80, z=1.96, d=0.05$

$$n = \frac{850 * 0.20 * 0.80 * (1.96)^2}{(850 - 1) * (0.05)^2} = 246$$

Örneklemin özellikleri;

- Obstetrik kanamasının olması
- Acil servise kabulünün yapılması
- Kronik sistemik bir hastalığa sahip olmaması
- Cinsel yolla bulaşan hastalığa sahip olmaması
- Tek fetüse sahip olması
- Türkçe konuşuyor ve anlıyor olmasıdır.

3.5. Veri Toplama Araçları

Araştırmada örneklemin sosyodemografik özelliklerini belirlemek üzere Kişisel Bilgi Formu ve kaygıyı belirlemek için DKE uygulanmıştır.

3.5.1. Kişisel Bilgi Formu (EK-4)

Kişisel Bilgi Formu üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm; gebelerin yaşı, gebelik haftası, eğitim durumu gibi tanıtıcı sorulardan oluşmaktadır. İkinci bölüm; kanama nedeni, kanamanın başlayış zamanı ve kanama miktarı gibi kanamayı sorgulayan soruları içermektedir. Üçüncü bölüm ise; acil servis ortamının psikososyal etkileriyle ilgili sorulardan oluşmaktadır.

3.5.2. Durumluk- Kaygı Envanteri (EK-5)

Durumluk Kaygı Envanteri, 1964 yılında Speilberger ve Gorsuch tarafından normal ve normal olmayan bireylerdeki durumluk kaygı düzeylerinin ölçülmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ölçek, 20 maddeden oluşmaktadır. Ölçekteki maddeler 1'den 4'e kadar numaralandırılmış olup likert tiptedir. Durumluk Kaygı Envanterinde 1 "hiç", 4 ise "tamamıyla" anlamındadır. Ölçekten elde edilen puanlar kuramsal olarak 20 ile 80 arasında değişir. Ölçeklerde doğrudan (düz) ve tersine çevrilmiş ifadeler

bulunmaktadır. Olumlu duyguları dile getiren ters ifadeler puanlanırken, 1 ağırlık değerinde olanlar 4'e, 4 ağırlık değerinde olanlar ise 1'e dönüştürülür. Olumsuz duyguları dile getiren doğrudan ifadelerde 4 değerindeki yanıtlar kaygının yüksekliğini gösterir. Tersine çevrilmiş ifadelerde ise 4 değerindeki yanıtlar düşük, 1 değerindeki yanıtlar yüksek kaygıyı gösterir. Durumluk Kaygı Envanteri'nde 10 tane (1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 ve 20. maddeler tersine çevrilmiş ifadelerdir. Öner ve Le Compte (1985) tarafından Türkçeye uyarlanarak geçerlik ve güvenilirliği yapılan ölçeğin Cronbach alfa değeri 0.94 olarak belirlenmiştir (Aydemir ve Köroğlu, 2009).

3.6. Verilerin Toplanması

Araştırmanın verileri, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil Kadın Doğum Servisine kanama nedeniyle başvuran gebelerle yüzyüze görüşme yöntemi ve Kişisel Bilgi Formu ve Durumluk Kaygı Envanteri kullanılarak toplanmıştır. Katılımcılara araştırmanın amacı, önemi ve nasıl uygulanacağı ile ilgili gerekli bilgiler verilmiştir. Gebelerin ilk muayeneleri yapıldıktan sonra uygun koşullarda veriler toplanmıştır.

3.7. Araştırmanın Değişkenleri

Bağımlı değişkenler: Durumluk kaygı puanı.

Bağımsız değişkenler: Yaş, eğitim durumu, trimester, kanama (kanama nedeni, kanamanın başlama şekli, kanamanın başlangıç zamanı, kanama miktarı, kanama ilk başladığı anda ne yaptığı, kanama nedeniyle acil servise ulaşımının nasıl olduğu, kanama başladığında ilk başvuru yeri neresi olduğu, kanama nedeniyle tıbbi yardım almasına kimin karar verdiği, şimdiki gebelikte kanamanın başladığında ne hissettiği, şimdiki gebelikte kanamanın başladığında ne yaptığı, kanama nedeniyle bebeğin sağlıksız doğmasından ne derece korktuğu, kanama nedeniyle bebeği kaybetmekten ne derece korktuğu, kanama nedeniyle kendi sağlığının olumsuz etkileneceğinden ne derece korktuğu), acil ortamı (acil servise başvurduktan ne kadar süre sonra kendileriyle ilgilenildiği, ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültü, telefonların sesi, personelin neden olduğu gürültü, koku, ortamın sıcaklığı, yabancı ortamda olmak, ortamın aydınlatması, ortamın havalandırması, ortamda yabancı aletlerin mevcut olması, koğuş sisteminin olması, ortamın yatak sayısı, her an başkaları tarafından görülebilir olmak, televizyon ve radyo olmaması,

yatağın/sedyenin rahatlığı, kalabalık, diğer hastaların durumunu görmek, başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmak, ziyaretçi girişinin olmaması, dış ortam ile iletişimin sınırlı olması).

3.8. Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışma kapsamında verilerin analizine geçilmeden önce uygun analiz türünün belirlenmesi gerekmektedir. Bu sebeple öncelikle verilerin normal dağılıma uygunluğu incelenecektir. Tablo 3.1'de DKE maddelerinin Kolmogorov-Smirnov testi sonuçları verilmiştir.



Tablo 3.1. Durumluk Kaygı Envanteri maddelerinin normal dağılıma uygunluk testi sonuçları

	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	statistic	df	sig.	statistic	df	sig.
DKE1	,406	255	,000	,588	255	,000
DKE2	,302	255	,000	,781	255	,000
DKE3	,245	255	,000	,809	255	,000
DKE4	,477	255	,000	,486	255	,000
DKE5	,521	255	,000	,320	255	,000
DKE6	,366	255	,000	,709	255	,000
DKE7	,405	255	,000	,635	255	,000
DKE8	,527	255	,000	,264	255	,000
DKE9	,445	255	,000	,547	255	,000
DKE10	,507	255	,000	,371	255	,000
DKE11	,273	255	,000	,754	255	,000
DKE12	,214	255	,000	,810	255	,000
DKE13	,239	255	,000	,806	255	,000
DKE14	,240	255	,000	,805	255	,000
DKE15	,475	255	,000	,496	255	,000
DKE16	,506	255	,000	,414	255	,000
DKE17	,478	255	,000	,488	255	,000
DKE18	,372	255	,000	,677	255	,000
DKE19	,530	255	,000	,092	255	,000
DKE20	,531	255	,000	,108	255	,000

Tablo 3.1. incelendiğinde DKE ölçek maddelerinin tamamı hem Kolmogorov-Smirnov hem de Shapiro-Wilk testine göre normal dağılım göstermediği belirlenmiştir ($p>.05$). Elde edilen bu sonuca göre parametrik olmayan analiz yöntemlerinin kullanılmasına karar verilmiştir.

- Tanımlayıcı istatistikler; freans, yüzde, ortalama (ort), standart sapma, ve medyan (median) değerleri ile,
- Gebenin trimesterinin gebenin durumluk kaygı düzeyine olan etkisi basit regresyon analizi ile,
- Geçmişte gebelik kaybı yaşamamanın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Mann Whitney U testi ile,
- Kanama nedeninin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi ki kare ile,
- Kanamanın başlama şeklinin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,

- Kanamanın başlangıç zamanının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Kanama miktarının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Kanama ilk başladığı anda ne yapıldığının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Acil servise ulaşımın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Kanama başladığında ilk başvuru yerinin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Kanama başladığında hissedilenlerin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Bebeğin sağlıklı doğmasından korkmanın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Bebeği kaybetmekten korkmanın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Kendi sağlığının olumsuz etileneceğinden korkmanın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Acil serviste ilgilenilme süresinin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Makinelerin neden olduğu gürültünün gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Telefonların sesinin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Personelin neden olduğu gürültünün gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Ortamdaki kokunun gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Ortamın sıcaklığının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Yabancı ortamda olmanın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,

- Ortamın aydınlatılmasının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Ortamın havalandırılmasının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Yabancı aletlerin mevcut olmasının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Acildeki koğuş sistemin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Acildeki yatak sayısının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Acilde her an başkaları tarafından görülebilir olmanın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Acilde televizyon/radyo olmasının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Yatağın/sedyenin rahatlığının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Kalabalığın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Diğer hastaların durumunu görmenin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmanın gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Ziyaretçi girişinin olmamasının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile,
- Dış ortamla iletişimin sınırlı olmasının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisi Kruskal Wallis H-testi ile değerlendirilmiştir.

3.9. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmanın yapılabilmesi için Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır (EK-1). Aynı zamanda T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Antalya ili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliğinden araştırmanın Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil kadın doğum servisinde yürütülebilmesi için kurum izni alınmıştır (EK-2). Bu araştırmada kullanılan Durumluk Kaygı Envanteri Psikiyatride

Kullanılan Klinik Ölçekler isimli kitaptan yararlanılmıştır (Aydemir ve Köroğlu, 2009). Çalışmaya katılan gebelerden araştırmanın amacı açıklanıp yazılı onam alınmıştır.

3.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Acil Kadın doğum servisine başvuran kanamalı gebelerin yaşadıkları kaygı nedeniyle görüşmeyi reddetmeleri, acil servis şartlarında gebelerle özel görüşülebilecek bir odanın olmaması araştırmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır. Aynı zamanda gebelikte kanama yaşayıp acil kadın doğum servisine gelmeyen kadınlar araştırmanın diğer bir sınırlılığıdır.



4. BULGULAR

Bu bölümde gebelerin sosyodemografik özelliklere ilişkin veriler, doğurganlık özellikleri, kanamaya ilişkin özellikler ve acil servis ortamına ait veriler yer almaktadır.

Tablo 4.1. Gebelerin demografik özelliklerinin dağılımı (n=255)

Demografik özellikler	m ±ss		
Yaş	29.9±7.0		
Trimester	1.3±0.6		
Gebelik haftası	11.1±8.2		
Parite	1.0±1.2		
Evlilik yılı	6.6±5.8		
Aile toplam gelir (TL)	3001.9±1354.3		
Toplam gebelik sayısı	2.5±1.8		
Yaşayan çocuk	1.0±1.2		
Toplam gebelik kaybı	1.4±1.1		
Demografik özellikler	n	%	
Eğitim durumu			
Okuryazar değil	10	3.9	
Okuryazar	5	2.0	
İlköğretim	80	31.4	
Lise	104	40.8	
Üniversite	56	22.0	
Çalışma durumu			
Evet	93	36.5	
Hayır	162	63.5	
Geçmişte gebelik kaybı yaşama			
Evet	73	28.6	
Hayır	182	71.4	
Geçmiş gebelik kaybı nedenleri			
Missed abortus	60	71.4	
Küretaj	13	28.6	
Gebelik takiplerini düzenli yaptırma durumu			
Evet	247	96.9	
Hayır	8	3.1	
Doğuma hazırlık eğitimi alma durumu			
Evet	6	2.4	
Hayır	249	97.6	
Gebelik öncesi jinekolojik muayene deneyimi			
Evet	171	67.1	
Hayır	84	32.9	
Gebeliğin istenme ve planlanma durumu			
İstenen ve planlı bir gebelik	167	65.5	
İstenen fakat planlanmayan bir gebelik	83	32.5	
İstenmeyen ve planlanmayan bir gebelik	5	2.0	

Tablo 4.1. devamı

Demografik özellikler	n	%
Gebelikte eş desteği		
Evet	212	83.1
Hayır	7	2.7
Kısmen	36	14.1

Obsterik acil ünitesine başvuran ve çalışmaya katılan kanamalı gebelerin demografik özelliklerine bakıldığında yaş ortalaması 29.9 ± 7.0 , trimesterları ortalama 1.3 ± 0.6 , gebelik haftası 11.1 ± 8.2 , pariteleri ortalama 1.0 ± 1.2 , evlilik yılları ortalama 6.6 ± 5.8 , ailenin toplam geliri ortalama 3001.9 ± 1354.3 , toplam gebelik sayıları ortalama 2.5 ± 1.8 , yaşayan çocuk sayıları ortalaması 1.0 ± 1.2 ve toplam gebelik kaybı ortalamaları 1.4 ± 1.1 bulunmuştur. Acil servise başvuran kanamalı gebelerin eğitim durumlarına bakıldığında %3,9'unun okur yazar olmadığı, % 31,4 ilköğretim mezunu, % 40,8 oranı ile lise mezunu ve %22 oranında üniversite mezunu olduğu bulunmuştur. Çalışmaya katılan kanamalı gebelerin çoğunluğu lise mezunudur. Araştırmaya katılan gebelerin çalışma durumlarına bakıldığında %63,5'i herhangi bir işte çalışmaktadır. Geçmişte gebelik kaybı yaşama oranına bakıldığında %71,4'ü gebelik kaybı yaşamıştır. Geçmişte gebelik kaybı yaşayanların kayıp yaşama nedenlerine bakıldığında %71,4'ünün missed abortus nedeniyle kayıp yaşadığı bulunmuştur. Gebelik takiplerini yaptırma oranlarına bakıldığında ise %96,9 'u gebelik takiplerini düzenli yaptırdığını dile getirmiştir. Doğuma hazırlık eğitimi almayanların oranı doğuma hazırlık eğitimi alanlara göre yüksek bulunmuştur (%97,6). Jinekolojik muayene deneyimi sorgulandığında, %67,1 oranı ile jinekolojik muayene deneyimleyenlerin oranı yüksek bulunmuştur. Gebeliğin istenme ve planlanma durumuna bakıldığında %64,5 oranı ile istenen ve planlı bir gebelik cevabı alınmıştır. Gebelikte eş desteği sorgulandığında ise %83,1 oranı ile eşin desteklediği bulunmuştur (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Kanamayla ilgili özellikler

Kanamaya ilişkin deneyimler	n	%
Kanama nedeni		
Missed abortus	61	23.9
Abortus imminens	137	53.7
Ektopik gebelik	14	5.5
Plasental sorunlar	43	16.9
Kanamamanın başlama şekli		
Aniden kendiliğinden	238	93.3
Cinsel ilişki sonrası	17	6.7
Kanamamanın başlama zamanı		
1-4 saat önce	211	82.7
5-8 saat önce	24	9.4
24 saatin üzerinde	20	7.8
Kanama miktarı		
Az (4 saatte bir pedden az)	147	57.6
Orta (4 saatte bir ped)	45	17.6
Fazla (4 saatte bir pedden fazla)	63	24.7
Kanama başladığı anda yapılanlar		
Geçmesini bekledim	46	18.0
Acil servise başvurdum	187	73.3
Doktorumu aradım	22	8.6
Kanama nedeniyle acil servise ulaşım şekli		
Kendi özel aracı	218	85.5
Taksi	23	9.0
112 ambulans	14	5.5
Kanama başladığında hissedilenler		
Bebeğimi kaybetmekten korktum	194	76.1
Kendi sağlığım için endişelendim	29	11.4
Düşük yaptımı düşündüm	24	9.4
Rahattım hiçbirşey hissetmedim	8	3.1
Kanama nedeniyle bebeğin sağlıksız doğması korkusu		
Evet	231	90.6
Hayır	24	9.4
Kanama nedeniyle kendi sağlığının olumsuz etkileneceği korkusu		
Evet	241	94.5
Hayır	14	5.5

Acil obstetri servisine başvuran kanamalı gebelerin kanamaya ilişkin özellikleri incelendiğinde en çok başvuru nedeni %23,7 oranı ile abortus imminens olup bunu %23,9 ile missed abortus takip etmektedir. Gebelerde vajinal kanama %93,3 oranı ile ani kendiliğinden başlamıştır. Kanamanın başlama zamanına bakıldığında gebelerin %82,7 sinin 1-4 saat önce başladığı bulunmuştur. Kanama miktarları %57,6 az (4 saatte 1 pedden az) bulunmuştur. Kanama başladığı anda yapılanlar sorgulandığında vakit kaybetmeden acil servise gelenlerin sayısı %73,3 oranı ile en fazla

bulunmuştur. Kanama nedeniyle acil servise ulaşım şekline bakıldığında %85,5 oranı ile kendi özel aracı ile gelenler en fazla bulunmuştur. Kanama başladığında ne hissettikleri sorgulandığında bebeğini kaybetmekten korkanların sayısı %76,1 oranı ile fazla bulunmuştur. Kanama nedeniyle bebeğini kaybetmekten korkanların sayısı %90,6 oranı ile korkmayanlara göre yüksek bulunmuştur. Kanamadan dolayı kendi sağlığının olumsuz etkileneceğini düşünenlerin sayısı %94,5 oranı ile etkilenmeyeceğini düşünenlere göre yüksek bulunmuştur. (Tablo 4.2).

Tablo 4. 3. Acil servis ortamına ilişkin düşünceler

Acil servis ortamına ilişkin düşünceler	n	%
Geçmişte acil servise başvurma durumu		
Evet	202	79.2
Hayır	53	20.8
Acil servisin temel ihtiyaçlara cevap verir nitelikte olması		
Evet	224	87.8
Hayır	31	12.2
Acil servisin bireyselliğe cevap verir nitelikte olması		
Evet	214	83.9
Hayır	41	16.1
Acil serviste mahremiyete saygı gösterilmesi		
Evet	221	86.7
Hayır	34	13.3

Araştırma kapsamındaki gebelerin acil ortamına ilişkin düşünceleri incelendiğinde geçmişte acil servise başvuranların sayısı %79,2 bulunmuşken ilk defa acil servise başvuranların sayısı %20,8 bulunmuştur. Obstetrik acil servis, çalışmaya katılan kanamalı gebelerin %87,8'inin temel ihtiyaçlarına cevap verir niteliktedir. Obstetrik acil servis ortamında kanamalı gebelerin %83,9'u bireyselliğine önem verildiğini %16,1'i ise önem verilmediğini belirtmiştir. Yine obstetrik acil servise başvuru yapan kanamalı gebelerden %86,7'si mahremiyetine saygı gösterildiğini belirtirken, %13,3'ü mahremiyetlerine saygı gösterilmediğini belirtmiştir. (Tablo 4.3).

Tablo 4.4. Acil servis ortamıyla ilgili özellikler

Acil servis ortamına ilişkin düşünceler	n	%
Başvurudan ne kadar süre sonra ilgilenildiği		
Hemen	128	50.2
İlk 10 dakika	81	31.8
11-30 dakika	46	18.0
Makinelerin sebep olduğu gürültüden etkilenme durumu		
Olumlu	18	7.1
Olumsuz	29	11.4
Hiç etkilenmeyen	208	81.6
Personelin sebep olduğu gürültüden etkilenme durumu		
Olumlu	19	7.5
Olumsuz	50	19.6
Hiç etkilenmeyen	186	72.9
Kokudan etkilenme durumu		
Olumlu	25	9.8
Olumsuz	18	7.1
Hiç etkilenmeyen	212	83.1
Ortamın sıcaklığından etkilenme durumu		
Olumlu	179	70.2
Olumsuz	24	9.4
Hiç etkilenmeyen	52	20.4
Yabancı bir ortamda bulunmaktan etkilenme durumu		
Olumlu	13	5.1
Olumsuz	108	42.4
Hiç etkilenmeyen	134	52.5
Ortamın aydınlatılmasından etkilenme durumu		
Olumlu	200	78.4
Olumsuz	10	3.9
Hiç etkilenmeyen	45	17.6
Ortamın havalanmasından etkilenme durumu		
Olumlu	189	74.1
Olumsuz	22	8.6
Hiç etkilenmeyen	44	17.3
Ortamda yabancı aletlerin bulunmasından etkilenme durumu		
Olumlu	10	3.9
Olumsuz	89	34.9
Hiç etkilenmeyen	156	61.2
Koşuş sisteminden etkilenme durumu		
Olumlu	19	7.5
Olumsuz	63	24.7
Hiç etkilenmeyen	173	67.8
Ortalamanın yatak sayısından etkilenme durumu		
Olumlu	68	26.7
Olumsuz	31	12.2
Hiç etkilenmeyen	156	61.2
Her an başkaları tarafından görülebilir olmaktan etkilenme durumu		
Olumlu	6	2.4
Olumsuz	73	28.6
Hiç etkilenmeyen	176	69.0

Tablo 4.4. devamı

Acil servis ortamına ilişkin düşünceler	n	%
Televizyon, radyo olmamasından etkilenme durumu		
Olumlu	45	17.6
Olumsuz	55	21.6
Hiç etkilenmeyen	155	60.8
Yatağın/sedyenin rahatlığından etkilenme durumu		
Olumlu	101	39.6
Olumsuz	44	17.3
Hiç etkilenmeyen	110	43.1
Kalabalıktan etkilenme durumu		
Olumlu	9	3.5
Olumsuz	78	30.6
Hiç etkilenmeyen	168	65.9
Diğer hastaların durumunu görmekten etkilenme durumu		
Olumlu	12	4.7
Olumsuz	79	31.0
Hiç etkilenmeyen	164	64.3
Başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmaktan etkilenme durumu		
Olumlu	10	3.9
Olumsuz	100	39.2
Hiç etkilenmeyen	145	56.9
Ziyaretçi kabulünün olmamasından etkilenme durumu		
Olumlu	100	39.2
Olumsuz	110	43.1
Hiç etkilenmeyen	45	17.6
Dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından etkilenme durumu		
Olumlu	50	19.6
Olumsuz	152	59.6
Hiç etkilenmeyen	53	20.8

Acil servis ortamıyla ilgili özelliklere bakıldığında; başvuru yapan kanamalı gebelerin %70,2'sinin acil servis ortamının sıcaklığını, %78,4'ü aydınlatmasını, %74,1'i havalandırmasını olumlu bulmuştur. Gebelerin %50,2'si ile acil servise başvurduktan sonra hemen ilgilenildiği, %81,6' sının makinaların neden olduğu gürültüden, %80,8'inin telefon seslerinden, %72,9'unun personelin neden olduğu gürültüden, %83,1'inin acil servis ortamındaki kokudan, %52,5'sinin yabancı ortamda bulunmaktan, %61,2'sinin ortamda bulunan yabancı aletlerden %67,8'inin koğuş sisteminden, %61,2'sinin yatak sayısından, %69,0'unun başkaları tarafından görülebilir olmaktan, %60,8'inin televizyon, radyo olmamasından, 43,1'inin yatağın sedyenin rahatlığından, %65,9'unun kalabalıktan, %64,3'ünün diğer hastaların durumunu görmekten, %56,9'unun başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmaktan hiç etkilenmedikleri bulunmuştur. Gebelerin %43,1'inin Acil servise ziyaretçi girişinin olmamasından, %59,6'sının obstetrik acil servis ile dış ortam

arasındaki iletişimin sınırlı olmasından olumsuz etkilendiği tespit edilmiştir. (Tablo 4.4).

Bu bölümde alt problemlere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Birinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

Çalışmanın birinci alt probleminde kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerde trimester düzeyinin gebenin durumluk kaygı düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Trimester gebelik durumunun bağımsız değişken ve gebenin kaygı durumunun bağımlı değişken olarak tanımlandığı regresyon modeline ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.5.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Gebelerin kaygı durumunun açıklanmasına ilişkin regresyon modeli

Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Standart hata	R ² değişim i	Değişim İstatistikleri			
						F	sd1	sd2	Sig. F
1	,194 ^a	,038	,034	8,44545	,038	9,880	1	253	,002

^a. Bağımsız değişkenler: sabit, trimester

Tablo 4.5. incelendiğinde trimester gebelik durumunun bağımsız değişken ve gebenin kaygı durumunun bağımlı değişken olarak tanımlanan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir (F=9,88, p>.05). Bunun yanında bağımlı değişkendeki varyansın %3,80'i bağımsız değişken tarafından açıklanmaktadır. Daha açık bir ifadeyle trimester düzeyi gebenin kaygı durumunda %3,8'lik bir varyansı açıklayabilmektedir. Trimester düzeyinin gebenin kaygı durumunda nasıl bir etkiye sahip olduğunu belirlemek için elde edilen regresyon katsayıları ve bu değer anlamlılığına ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.6.'da gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Gebelerin regresyon modeline ilişkin katsayıları

Model	Standartlaştırılmamış Katsayılar		Standardize edilmiş katsayılar Beta	t	sig.
	B	Standart hata			
(Constant)	64,835	1,208		53,651	,000
Trimester	-2,532	,805	-,194	-3,143	,002

a. Bağımlı değişken: DKE_toplam

Tablo 4.6. incelendiğinde trimester düzeyinin DKE üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu belirlenmiştir ($t=-3,14$, $p>.05$). Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi anlamına gelen beta katsayısı $-2,53$ olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu sonuca göre trimester düzeyindeki bir birimlik artış gebenin kaygı durumunda $-2,53$ birimlik bir azalışa sebep olacaktır. Elde edilen sonuçlara göre gebenin kaygı düzeyini açıklamak amacıyla kurulan regresyon modeli aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.7. Durumluk Kaygı Envanterine ilişkin betimsel istatistikler

	n	minimum	maximum	ortalama	std. sapma
DKE_total	255	32,00	77,00	61,4196	8,59182

Tablo 4.7. incelendiğinde ölçekten alınabilecek en düşük puan 32,00 iken en yüksek puan 77,00 olarak belirlenmiştir. Bunun yanında ölçekten elde edilen puanların ortalaması 61,419 ve standart sapma ise 8,591 olduğu görülmektedir. Ölçekten elde edilen toplam puanların trimesterlere göre nasıl bir değişim gösterdiği Tablo 4.8.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.8. Gebelerin Durumluk Kaygı Envanteri toplam puanının trimesterlere göre dağılımı

	n	minimum	maximum	ortalama	std. sapma	medyan
1. trimester	192	37,00	77,00	62,192	8,273	62,000
2. trimester	37	42,00	77,00	60,918	8,152	61,000
3. trimester	26	32,00	70,00	56,423	10,020	59,000

Tablo 4.8. incelendiğinde DKE kaygı durumunun en yüksek düzeyde 1.trimester döneminde gözlenirken sonrasında sırasıyla 2. ve 3. trimester dönemlerinde kaygı düzeyinin azaldığı görülmektedir.

4.2. İkinci Alt Probleme İlişkin Bulgular

Çalışmanın ikinci alt probleminde kanama nedeniyle obstetrik acile başvuran gebelerde geçmişte gebelik kaybı yaşamayan gebenin durumluk kaygı düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Gebenin kaygı durumunun bağımlı değişken olarak tanımlandığı modelde geçmişte gebelik kaybı yaşayan ve gebelik kaybı yaşamayan gebelerin genel kaygı düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı Mann Whitney u-testi ile analiz edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.9.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan gebelerin kaygı düzeyleri arasındaki farklılık

	Gebelik kaybı yaşama	n	sıra ortalaması	u	z	p
DKE toplam	Evet	73	61,00	6360,50	-0,531	.595
	Hayır	182	62,00			

Tablo 4.9. incelendiğinde geçmişte gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan hastaların durumluk kaygı düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($z=-0,53$, $p>.05$). Elde edilen bu sonuca göre geçmişte gebelik kaybı yaşamayan hastaların durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık ortaya çıkarmadığı belirlenmiştir. Buna göre geçmişte gebelik kaybı yaşayan ve gebelik kaybı yaşamayan hastaların kaygı durumlarının birbirine benzer olduğu söylenebilir.

4.3. Üçüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular

Çalışmanın üçüncü alt probleminde kanama bağlı nedenlerin gebenin durumluk kaygı düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Bulgular Kruskal Wallis H-testi ile incelenmiş, sonuçlar Tablo 4.10.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Kanamaya ilişkin özelliklerin durumluk kaygı düzeyine etkisinde H-Testi sonuçları

Kanamaya ilişkin özellikler	n	sıra ortalaması	ki-kare	df	p
Kanama nedeni (tanılanmışsa)	61	63,00			
Missed abortus	137	61,00			
Abortus imminens	14	62,00	3,189	3	.363
Ektopik gebelik	43	63,00			
Plasental sorunlar (previa+ablasio)					
Kanamamanın Başlama Şekli	238	62,00			
Ani kendiliğinden	17	55,00	3,156	1	.076
Cinsel ilişki sonrası					
Kanamamanın başlangıç zamanı	211	61,00			
1-4 saat önce	24	62,00			
5-8 saat önce	20	63,00	0,130	2	.937
24 saat ve sonrası					
Kanama miktarı					
Az (4 saatte 1 pedden az)	147	61,00			
Orta (4 saatte bir ped)	45	62,00	2,077	2	.354
Fazla (4 saatte bir pedden fazla)	63	63,00			
Kanama ilk başladığı anda ne yaptınız					
Geçmesini bekledim	46	63,00			
Sağlık kuruluşuna başvurudum	187	61,00	1,696	2	.428
Doktorumu aradım	22	59,50			
Kanama nedeniyle acil servise ulaşımınız nasıl oldu?					
Kendi aracım ile	191	62,00			
Ambulansla	25	55,00	4,903	2	.086
Taksi	39	61,00			
Kanama başladığında ilk başvurulmuş yer neresi oldu?					
Hastane	218	62,00			
Kendi özel doktoru	23	61,00	0,072	2	.964
112 acil servis	14	59,50			
Kanama nedeniyle tıbbi yardım almanıza kim karar verdi?					
Ben	84	61,00			
Eşim	134	62,00	0,572	2	.751
Aile büyükleri	37	63,00			
Şimdiki gebeliğinizde kanamanız başladığında ne hissettiniz?					
Bebeğimi kaybetmekten korktum	194	62,00			
Endişelendim	29	59,00			
Düşük yapıyorum sandım	24	57,50	7,189	3	.066
Rahattım birşey hissetmedim	8	61,50			

Tablo 4.10. incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin kanama nedenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,19$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi missed abortus durumunda en yüksek ve abortus imminens durumunda en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir ($P>0,05$).

Kanamamanın başlama şekline göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 4.10.'de gösterilmiştir. DKE kaygı düzeyinin kanama başlama şekline göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,19$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kanamamanın ani olarak kendiliğinden başlaması durumunda daha yüksek olsa da cinsel ilişki sonrası kanama başlaması durumundaki kaygı düzeyi ile kanamamanın kendiliğinden olması durumundaki kaygı düzeyleri arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir.

Kanamamanın başlangıç zamanına göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin kanama başlangıç zamanına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=0,130$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi 5-8 saat önce kanama başlamasında en yüksek ve 1-4 saat önce kanama başlaması durumunda en düşük olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kanamamanın miktarına göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine bakıldığında ise, DKE kaygı düzeyinin kanama miktarına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=2,077$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kanama miktarı fazla olanlarda en yüksek ve kanama miktarı az olanlarda en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kanamamanın ilk başladığı an ne yaptığına göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin kanama ilk başladığı anda ne yaptığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=1,696$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kanamamanın geçmesini bekleyenlerde en yüksek ve doktoru arayanlarda en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.10).

Kanama nedeniyle acil servise ulaşımın nasıl olduğuna göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin kanama nedeniyle acil servise ulaşım türüne göre anlamlı bir farklılık göstermediği

belirlenmiştir ($\chi^2=4,903$, $p>.05$). (Tablo 4.10). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kendi araçlarında acil servise ulaşanlarda en yüksek ve ambulansla acil servise ulaşanlarda en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kanama başladığında ilk başvuru yerinin neresi olduğuna göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği Tablo 4.10.'da gösterilmiştir. DKE kaygı düzeyinin kanama başladığında ilk başvuru yerinin neresi olduğuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=0,072$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ilk başvuru yerinin hastane olduğu hastalarda en yüksek ve 112 acil servise başvuranlarda en düşük düzeyde olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kanama nedeniyle tıbbi yardım alınmasına kimin karar verdiğine göre gebenin kaygı düzeyi incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin kanama nedeniyle tıbbi yardım alınmasına kimin karar verdiğine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=0,572$, $p>.05$). (Tablo 4.10). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi tıbbi yardım alınmasına aile büyüklerinin karar vermesi durumunda en yüksek ve hastanın kendisinin karar vermesi durumunda en düşük düzeyde olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kadınların şimdiki gebeliklerinde kanamaları başladığında ne hissettiklerine göre gebenin kaygı düzeyi arasındaki ilişki incelendiğinde, DKE kaygı düzeyinin gebeliklerinde kanamaları başladığında ne hissettiklerine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=7,189$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi şimdiki gebeliklerinde kanama başladığında bebeğini kaybetmekten korkanlarda en yüksek ve sadece endişelenenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.10).

Tablo 4.11. Gebelerin kanama nedeniyle yaşananların durumluk kaygı düzeyine etkisinde H-testi sonuçları

Kanama nedeniyle yaşananlar	n	sıra ortalaması	medyan toplam	u	z	p
Kanama nedeniyle bebeğinizin sağlıklı doğmasından korkuyor musunuz?						
Evet	231	62,00	29671,50			
Hayır	24	60,50	2968,50	2668,50	-0,301	.763
Kanama nedeniyle bebeğinizi kaybetmekten korkuyor musunuz?						
Evet	232	61,00	29832,50			
Hayır	23	62,00	2807,50	2531,50	-0,405	.686
Kanama nedeniyle kendi sağlığınızın olumsuz etkileneceğinden korkuyor musunuz?						
Evet	241	62,00	31462,50			
Hayır	14	57,00	1177,50	1072,50	-2,292	.022

Katılımcıların şimdiki gebeliklerinde kanama nedeniyle bebeklerinin sağlıklı doğmasından korkma durumuna göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, DKE kaygı düzeyinin gebeliklerinde kanama nedeniyle bebeklerinin sağlıklı doğmasından korkma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($u=2668,50$, $p>.05$). (Tablo 4.11). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi bebeğinin sağlıklı doğmasından korkanlarda daha yüksek seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Tablo 4.11.'de gebelerin şimdiki gebeliklerinde kanama nedeniyle bebeklerini kaybetmekten korkma durumuna göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, DKE kaygı düzeyinin gebeliklerinde kanama nedeniyle bebeklerini kaybetmekten korkma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($u=2531.50$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi bebeğini kaybetmekten korkan kadınlarda daha yüksek seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Kadınların şimdiki

gebeliklerinde kanama nedeniyle kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğinden korkma durumuna göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği ncelendiğinde, DKE kaygı düzeyinin gebeliklerinde kanama nedeniyle kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğinden korkma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($u=1072,50$, $p<.05$). Buna göre kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğini düşünenlerin kaygı düzeyi kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğini düşünenlerden daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu nedenle kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğini düşünenlerin kaygı durumunun daha yüksek olduğu söylenbilir (Tablo 4.11).

Elde edilen sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde kanamaya bağlı değerkenlerden sadece kanama nedeniyle kendi sağlığının olumsuz etkileneceğinden korkma durumuna göre gebelerin durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı farklılık olduğu diğer değerkenlere göre anlamlı farklılık bulunmadığı belirlenmiştir.

4.4. Dördüncü Alt Probleme İlişkin Bulgular

Çalışmanın dördüncü alt probleminde kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerde obstetrik acil nitesi ortamı gebenin durumluk kaygı düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılmıştır. Çalışmada ilk olarak kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerde acil servise başvurduktan ne kadar süre sonra kendileriyle ilgilenildiği durumuna göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğine ilişkin analiz sonuçları Tablo 4.12.'de gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Gebelerin acil servise ilişkin özelliklerden etkilenme durumu ile durumluk kaygı düzeyleri arasındaki ilişkinin H-testi sonuçları

Acil servise ilişkin özellikler	n	sıra ortalaması	ki-kare	df	p
Acil servise başvurduktan ne kadar süre sonra sizinle ilgilenildi					
Hemen	128	61,00	1,384	2	.501
İlk 10 dakika	81	62,00			
11-30 dakika	46	62,00			
Ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültü					
Olumlu	18	55,50	8,172	2	.017
Olumsuz	29	65,00			
Hiç etkilenmeyen	208	61,00			
Telefonların sesi					
Olumlu	28	59,00	3,276	2	.194
Olumsuz	21	62,00			
Hiç etkilenmeyen	206	62,00			
Personelin neden olduğu gürültü					
Olumlu	28	61,00	3,276	2	.194
Olumsuz	21	63,50			
Hiç etkilenmeyen	206	61,00			
Ortamdaki koku					
Olumlu	25	59,00	0,810	2	.667
Olumsuz	18	63,50			
Hiç etkilenmeyen	212	62,00			
Ortamin sıcaklığı					
Olumlu	179	61,00	3,056	2	.217
Olumsuz	24	62,00			
Hiç etkilenmeyen	52	63,50			
Yabancı ortamda olmak					
Olumlu	13	61,00	6,059	2	.048
Olumsuz	108	64,50			
Hiç etkilenmeyen	134	61,00			
Ortamin aydınlatması					
Olumlu	200	61,00	2,028	2	.363
Olumsuz	10	62,50			
Hiç etkilenmeyen	45	63,00			
Ortamin havalandırması					
Olumlu	189	61,00	1,626	2	.444
Olumsuz	22	62,00			
Hiç etkilenmeyen	44	62,50			
Ortamda yabancı aletlerin mevcut olması					
Olumlu	10	61,50	3,102	2	.212
Olumsuz	89	62,00			
Hiç etkilenmeyen	156	61,00			

Tablo 4.12. devamı

Acil servise ilişkin özellikler	n	sıra ortalaması	ki-kare	df	p
Koşu sisteminin olması					
Olumlu	19	59,00			
Olumsuz	63	65,00	8,114	2	.017
Hiç etkilenmeyen	173	61,00			
Ortamin yatak sayısı					
Olumlu	68	61,50			
Olumsuz	31	65,00	3,816	2	.148
Hiç etkilenmeyen	156	61,00			
Her an başkaları tarafından görülebilir olmak					
Olumlu	6	62,00			
Olumsuz	73	63,00	5,663	2	.059
Hiç etkilenmeyen	176	61,00			
Televizyon, radyo olmaması					
Olumlu	45	59,00			
Olumsuz	55	62,00	4,183	2	.123
Hiç etkilenmeyen	155	62,00			
Yatağın/sedyenin rahatlığı					
Olumlu	101	61,00			
Olumsuz	44	62,00	6,711	2	.035
Hiç etkilenmeyen	10	61,00			
Kalabalık					
Olumlu	9	57,00			
Olumsuz	78	64,00	9,226	2	.010
Hiç etkilenmeyen	168	61,00			
Diğer hastaların durumunu görme					
Olumlu	12	60,00			
Olumsuz	79	65,00	9,226	2	.010
Hiç etkilenmeyen	164	60,00			
Başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmak					
Olumlu	10	59,50			
Olumsuz	100	62,50	5,360	2	.069
Hiç etkilenmeyen	145	61,00			
Ziyaretçi girişinin olmaması					
Olumlu	100	61,00			
Olumsuz	110	62,00	3,315	2	.191
Hiç etkilenmeyen	45	61,00			
Dış ortam ile iletişimin sınırlı olması					
Olumlu	50	58,00			
Olumsuz	152	62,00	6,750	2	.034
Hiç etkilenmeyen	53	61,00			

Tablo 4.12. incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil servise başvurduktan ne kadar süre sonra kendileriyle ilgilenildiğine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=1,384$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi 11-30 dakika sonra kendisiyle ilgilenenlerde en yüksek ve kendisiyle hemen ilgilenenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültü değişkenine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültüden etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=1,384$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre olumlu ve olumsuz yönde etkilenenler ($u=142,50$, $p=.009$) ile olumlu yönde etkilenenler ve hiç etkilenmeyenler ($u=1305,50$, $p=.033$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültüden olumsuz yönde etkilenenlerde kaygı düzeyi en yüksek iken olumlu yönde etkilendiğini belirten gebelerde kaygı düzeyinin en düşük seviyede olduğu belirlenmiştir.

Gebelerin ortamdaki telefonların neden olduğu gürültü değişkenine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamdaki telefonların neden olduğu gürültüden etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=1,384$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi telefon sesinden olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil servisteki görevli personelin neden olduğu gürültü değişkenine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil servisteki görevli personelin neden olduğu gürültü değişkenine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,276$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi personelin neden olduğu gürültüden olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en

yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil servisteki kokudan etkilenme durumu değişkenine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil servisteki kokudan etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=0,810$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kokudan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve kokudan olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil servisteki ortamın sıcaklığından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamın sıcaklığından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,056$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ortamın sıcaklığından hiç etkilenmediğini belirtenlerde en yüksek ve sıcaklıktan olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste yabancı bir ortamda olma durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin yabancı ortamda olmaktan etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=6,059$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre olumsuz yönde etkilenenler ve hiç etkilenmeyenler ($u=5910,00$, $p=.014$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gebelerin kaygı düzeyi yabancı ortamda olmaktan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve hiç etkilenmediğini belirtenlerde en düşük seviyededir.

Gebelerin acil servisteki ortamın aydınlatmasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamın

aydınlatmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=2,028$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ortamın aydınlatmasından hiç etkilenmediğini belirtenlerde en yüksek ve aydınlatmadan olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil servisteki ortamın havalandırmasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamın havalandırmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=1,626$, $p<.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ortamın havalandırmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve havalandırmadan olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste ortamda yabancı aletlerin mevcut olmasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamda yabancı aletlerin mevcut olmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,102$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ortamda yabancı aletlerin mevcut olmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste koğuş sisteminin olmasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamda koğuş sisteminin mevcut olmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=8,114$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre olumlu ve olumsuz yönde etkilenenler ($u=380,00$, $p=.016$) ile olumsuz yönde etkilenenler ve hiç etkilenmeyenler ($u=4380,50$, $p=.021$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi

koşu sisteminin olmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Gebelerin acil serviste ortamın yatak sayısından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin Ortamdaki yatak sayısından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,816$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ortamdaki yatak sayısından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve hiç etkilenmediğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste her an başkaları tarafından görülebilir olmasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin Acil Serviste her an başkaları tarafından görülebilir olmaktan etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=5,663$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ortamda başkaları tarafından görülebilir olmaktan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste televizyon, radyo olmamasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin Acil Serviste televizyon, radyo olmamasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=4,183$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyinin ortamda televizyon, radyo olmamasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste yatağın/sedyenin rahatlığından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste

yatağın/sedyenin rahatlığından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=6,711$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre sadece yatağın/sedyenin rahatlığından olumlu ve olumsuz yönde etkilenenler ($u=1640,50$, $p=.012$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi yatağın/sedyenin rahatlığından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Gebelerin acil serviste ortamın kalabalık olmasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste ortamın kalabalık olmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=9,226$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre sadece ortamın kalabalık olmasından olumsuz yönde etkilenenler ile hiç etkilenmeyenler ($u=5009,50$, $p=.003$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi ortamın kalabalık olmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Gebelerin acil servisteki diğer hastaların durumunu görmekten etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde (Tablo 4.12) DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste diğer hastaların durumunu görmekten etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=9,226$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre sadece diğer hastalarını durumunu görmekten olumsuz yönde etkilenenler ile hiç etkilenmeyenler ($u=5009,50$, $p=.003$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi diğer hastalarını durumunu görenlerden olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Gebelerin acil servisteki başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olma durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz

sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin Acil Serviste başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=5,360$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmaktan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste ziyaretçi girişinin olmaması durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste ziyaretçi girişinin olmaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,315$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi acil serviste ziyaretçi girişinin olmaması durumundan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Gebelerin acil serviste dış ortam ile iletişimin sınırlı olması durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları (Tablo 4.12) incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=9,226$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre sadece dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından olumlu ve olumsuz yönde etkilenenler ($u=2908,50$, $p=.013$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir.

Elde edilen sonuçlar bir bütün olarak incelendiğinde gebelerin durumluk kaygı düzeylerinde obstetrik acil ünitesi ortamının özelliklerinden makinelerin neden olduğu gürültü, yabancı ortamda olma, acil serviste koğuş sisteminin olması, yatağın/sedyenin rahatlığı, ortamın kalabalık olması, servisteki diğer hastaların durumunu görme ve dış ortamla iletişimin sınırlı olmasından etkilenme durumunun göre gebelerin kaygı düzeylerinde anlamlı farklılıklar olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$).

5. TARTIŞMA

Çalışmada acil servise başvuran kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeyleri ve etkileyen faktörler saptanarak bunun gebeler üzerindeki yansımaları belirlenmiştir. Böylece acil servise başvuran kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeyi ve etkileyen faktörler bilinerek kanamalı gebelerin daha etkili bir bakım almaları istenmiştir.

Bu çalışmada obstetrik acil servise başvuran gebelerin durumluk kaygı düzeyini belirlemek için Durumluk Kaygı Ölçeği kullanılmış olup, kanamalı gebelere uygulanan ölçeğin toplam puanı 61,419 bulunmuştur. Acil servise başvuran gebelerde durumluk kaygı düzeyini belirleyen bir çalışmaya rastanamazken, ölçeğin gebeler üzerinde kullanıldığı farklı çalışmalara ulaşılmıştır. Kılıçarslan'ın yaptığı çalışmada gebelerin Durumluk Kaygı Ölçeğinden hesaplanan toplam puanların ortalaması 39,4 bulunmuştur (Kılıçarslan, 2008). Koçak ve Ege'nin (2016) yaptığı çalışmada ise gebelerin ortalama durumluk kaygı puanları Kılıçarslan'a benzer bir şekilde $37,37 \pm 9,13$ olarak belirlenmiştir. Şen ve Şirin'in yaptığı (2013) çalışmada, durumluk kaygı puanı 45.81 ± 8.75 bulunmuştur. Akbaş ve arkadaşlarının (2008) gebelerle yaptığı çalışmada ise durumluk kaygı puan ortalaması 10 ± 4.24 bulunmuştur (Akbaş ve ark., 2008). Yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında mevcut çalışmada katılımcıların durumluk kaygı düzeyi daha yüksektir. Bunun sebebinin gebelerin hiç beklemedikleri bir dönemde kanama sebebiyle acil servise başvurmaları ve araştırma verilerinin acil serviste toplanması olabilir.

Araştırma ile elde edilen bulgular literatürdeki diğer çalışmaların incelenmesi sonucu karşılaştırma yapılarak aşağıdaki sıra ile tartışılmıştır.

1. Kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerin bulunduğu trimesterin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi
2. Kanama nedeniyle obstetrik acile başvuran gebelerde geçmişte gebelik kaybı yaşamayan gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi
3. Kanamaya bağlı değişkenlerin gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi

4. Kanama nedeniyle obstetrik acil birimine başvuran gebelerde obstetrik acil ünitesi ortamının gebenin durumluk kaygı düzeyine etkisinin incelenmesi

5.1. Kanama Nedeniyle Obstetrik Acil Birimine Başvuran Gebelerin Bulunduğu Trimesterin Gebenin Durumluk Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Bu çalışmada trimesterin gebelik durumunun bağımsız değişken ve gebenin kaygı durumunun bağımlı değişken olarak tanımlanan modelin istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiş olup ($p > .05$), bağımlı değişkendeki varyansın %3,80'i bağımsız değişken tarafından açıklanmaktadır. Bu durum trimester düzeyinin gebenin kaygı durumunda %3,8'lik bir varyansı açıklayabildiğini ifade etmektedir. Bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki etkisi anlamına gelen beta katsayısı -2,53 olarak hesaplanmıştır. Elde edilen bu sonuca göre trimester düzeyindeki bir birimlik artış gebenin kaygı durumunda -2,53 birimlik bir azalışa sebep olacaktır. Literatür incelendiğinde, farklı sonuçlarına ulaşılmıştır. Çalışmaların bazılarında gebelerin trimesteri arttıkça durumluk kaygı düzeyi artarken, bazılarında azalmaktadır. Da Costa ve arkadaşlarının (1999) çalışmasında, gebelerin birinci trimesterde durumluk kaygı ölçeği puan ortalaması 37 bulunmuşken, ikinci trimesterde 38,4 bulunmuş ve üçüncü trimesterde 40,6 puana yükseldiği bulunmuştur. Genez'in (2002) yaptığı başka bir çalışmada, üçüncü trimesterdeki gebelerin DKE skorlarının birinci ve ikinci trimesterdeki gebelerin DKE skorlarına göre yüksek olduğu bulunmuştur. Gunning ve arkadaşlarının (2010) yaptığı çalışmada benzer bir şekilde üçüncü trimesterdeki gebelerin durumluk kaygı düzeyleri birinci ve ikinci trimesterdeki gebelerin kaygı düzeylerine göre yüksek bulunmuştur. Buna karşın, Podvornik ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada bu araştırma ile benzer bir şekilde durumluk kaygı puanı birinci trimesterdeki gebelerde en yüksek (36,06) bulunmuş olup bunu ikinci (35,79) ve üçüncü trimesterler takip etmiştir (35,32). Bizim çalışma bulgularımız da Podvornik ve arkadaşlarının (2015) çalışmasını destekler niteliktedir. Gebeliğin erken dönemindeki kanamaların abortusla sonuçlanma olasılığı yüksek olduğu için (Deniz ve ark., 2016), düşük yapma korkusunun gebelerin kaygı düzeyini artırmada önemli faktörlerden birisi olduğu düşünülmektedir.

5.2. Kanama Nedeniyle Obstetrik Acile Başvuran Gebelerde Geçmişte Gebelik Kaybı Yaşamamanın Gebenin Durumluk Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Geçmişte gebelik kaybı yaşayan ve yaşamayan gebelerin durumluk kaygı düzeyleri arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı belirlenmiştir ($z=-0,53$, $p>.05$). Buna göre geçmişte gebelik kaybı yaşayan ve gebelik kaybı yaşamayan hastaların kaygı durumlarının birbirine benzer olduğu söylenebilir. Literatür incelendiğinde; Podvornik ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada ise önceki gebeliklerinde sağlık problemi yaşayan ve yaşamayan gebeler arasında anlamlı durumluk kaygı puanı bulunmasa da, geçmişte ki gebeliklerinde sağlık problemi yaşayanlarda durumluk kaygı puanı ($p= 0.760$ yaşamayanlara göre ($p= 0.286$) yüksek çıkmıştır. Cherly ve arkadaşlarının (2010) çalışması da Podvornik ve arkadaşlarının (2015) çalışmasını destekler nitelikte olup çalışmada trimestera göre geçmişte yaşanan gebelik kaybının durumluk kaygı puanına etkisi araştırılmış olup her iki grupta da ilk trimesterde durumluk kaygı düzeyi en yüksek bulunmuşken ikinci ve üçüncü trimesterde daha az bulunmuştur. Yine cherly ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında geçmişte düşük öyküsü olanlarda birinci trimesterde durumluk kaygı puanı 11,97 bulunmuş olup, gebelik kaybı olmayanlarda 11,46 bulunmuştur. İkinci trimesterde ise düşük öyküsü olanlarda 10,04 düşük öyküsü olmayanlarda ise 9,05 bulunmuştur. Üçüncü trimestera bakıldığında ise düşük öyküsü olanlarda 9,32 olmayanlarda 8,03 bulunmuştur. Tabur'un (2007) çalışmasında da bizim çalışmamızda olduğu gibi daha önceki gebeliklerinde kayıp yaşayan ve yaşamayan kadınların durumluk kaygı puan ortalamalarında istatistiksel fark tespit edilememiştir. Ateş'in (2017) yaptığı çalışma da diğer çalışmaları destekler nitelikte olup kadınların geçmişte gebelik kaybı yaşayıp yaşamaması ile DKE puan ortalamaları değerlendirildiğinde, geçmişte kayıp yaşayanların durumluk kaygı puanları yüksek bulunmuştur ($p_1=0,742$; $p_2=0,312$). Fakat istatistiksel olarak anlamlılık tespit edilmemiştir. Candan'ın (2012) yaptığı araştırmada da gebelik kaybı deneyimlerine göre; geçmişte gebelik kaybı yaşayan kadınların depresyon düzeyi puanları ($x=22,000$), hiç gebelik kaybı yaşamayan kadınların depresyon düzeyi puanlarından ($x=14,471$) yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Xihong ve Lezhi'nin (2011) çalışmasında kadınların geçmişte yaşadığı abortus sayısının anksiyeteyi arttırdığı belirtilmiştir. Yapılan çalışmalar ile mevcut çalışma karşılaştırıldığında çıkan sonuçlar birbirini destekler niteliktedir. Bunun sebebi geçmişte gebelik kaybı deneyimlemiş olan gebelerin, gebelikte ortaya çıkan komplikasyonlar nedeni ile yeniden kayıp yaşamaktan korkuyor olmaları olabilir.

5.3. Kanamaya Bağlı Değişkenlerin Gebenin Durumluk Kaygı Düzeyine Etkisinin İncelenmesi

Mevcut çalışmada kanama nedenine göre durumluk kaygı düzeyi incelendiğinde, kanama nedenine göre DKE puanında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır ($\chi^2=3,19$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi missed abortus durumunda en yüksek ve abortus imminens durumunda en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı değildir. Literatür tarandığında, Ateş'in (2017) kanama şikâyetiyle acile başvuran abortus imminens tanısı almış çiftlerin DKE puan ortalamaları incelendiğinde DKE toplam puan ortalamasının cinsiyete göre farklılık gösterdiği görülmüştür ($p=0,055$). Kadınlar da ortalama değer $43,8 \pm 4,5$, erkekler de $42,6 \pm 5,6$ 'dır. Ateş'in (2017) çalışmasında sürekli kaygı ölçeği de kullanılmış olup Sürekli Kaygı Ölçeği puan ortalaması ($p=0,001$) hem düşük riski yaşayan kadınlarda hem de eşlerinde DKE puan ortalamasından ($p=0,055$) anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Ateş (2017) bunun nedenini çalışmanın acil serviste yapılmış olması ve çiftlerin karmaşık duygular yaşamaları olarak belirtmiştir. Dağlar ve Nur (2014)'un çalışmasında gebelerin kaygı düzeyinin artmasının depresif bulgulara neden olabileceği gibi, depresyonunda artması kaygı düzeyinin artmasına neden olabileceği ve sonuç itibarıyla her iki durumun birbirini etkileyebileceğine dikkat çekilmiştir. Şahin ve Kılıçaslan (2010) yaptığı çalışmasında kaygı ve depresyon ilişkisini destemiştir ve kaygı düzeyi ile depresyon arasında pozitif ilişki olduğunu depresif duygu durumu olanların kaygı düzeyinin de arttığını belirtmiştir. Yine Dağlar ve Nur (2014)'un çalışmasında riskli gebelik yaşayan ve yaşamayan kadınların depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanamamışken; riskli gebelik sürecinde ki gebelerin anksiyete düzeyleri sağlık gebelik yaşayan gebelere göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur ($p=0,009$). Araştırma sonuçları karşılaştırıldığında, mevcut çalışmada her ne kadar sonuçlar anlamsız çıksada, gebelerin kaygı düzeyi gebelikte kanama yaşayan kadınlarda (missed abortus, abortus imminens, ektopik gebelik ve plasental sorunlar) yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışma diğer çalışmaları destekler niteliktedir.

Mevcut çalışmada kanamanın başlama şeklinin ($\chi^2=3,19$, $p>.05$), başlama zamanının ($\chi^2=0,130$, $p>.05$) ve kanamanın miktarının ($\chi^2=2,077$, $p>.05$) durumluk kaygı düzeyini etkileyip etkilemediği araştırılmış ve istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Gebelerin nedenini bilmediği bir durumla karşılaşmalarının

kaygıyı arttırabileceği düşünülmektedir. Gebelerin stres ve kaygı yaşama sebeplerinden biri de gebelikte tehlike yaratan durumları yaşamaktır. Tehlike yaratan durumlardan birisi de gebelikte kanamadır (Ölçer ve Oskay, 2015). Kanamanın süresi ve miktarı arttıkça, gebenin yaşadığı kaygının artacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada kanamanın ilk başladığı an ne yaptığına göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinin kanama ilk başladığı anda ne yaptığına göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=1,696$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kanamanın geçmesini bekleyenlerde en yüksek ve doktoru arayanlarda en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Gebelikte ilk trimester kanamaları yaygın bir komplikasyon olup gebelerin %16-20'sini etkiler ve annede oluşan kaygının sebebidir (Sraswat ve ark., 2009). Richardson ve arkadaşları (2017)'nin gebelerde DKE kullandığı çalışma mevcut çalışmayı destekler nitelikte olup gebelerin kanama nedenleri veya tanıları netleşene kadar kaygıları yüksek bulunmuştur. Mevcut çalışmada da anlamlı sonuçlar elde edilemese de geçmesini bekleyenlerde en yüksek bulunmuştur. Bunun nedeninin, kanama yaşayan kadınların çoğunun kanamanın olduğu saatlerde eşinin işte olması, muayeneye gitmek için eşinin eve gelmesini beklemesi ve evde beklerden kanamanın artması ya da azalmaması sonucu kaygının artması olabileceği düşünülmektedir. Doktorunu arayıp bilgi alanlarda Richardson ve arkadaşlarının da (2017) belirttiği gibi hiçbir şey yapmayıp evde geçmesini bekleyenlere göre kaygı düzeyi daha az bulunabilmektedir.

Kanama nedeniyle acil servise ulaşım şekli ile gebenin durumluk kaygı düzeyi arasında anlamlı bir fark olup olmadığı incelendiğinde, durumluk kaygı düzeyinin kanama nedeniyle acil servise ulaşım şekline göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=4,903$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kendi araçlarında acil servise ulaşanlarda en yüksek ve ambulansla acil servise ulaşanlarda en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında kanamalı gebelerin hastaneye ulaşım şekli ile kaygı düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlamazken Doğru ve arkadaşlarının (2017) çalışmasında acil servise başvuran gebelerin %98,8'i ayaktan, %0,07'si 112 acil servis ile ve %0,05'i de başka kurumdan sevk yolu ile gelmiştir. Bizim

çalışmamızda da acil kadın doğum servisine kanamalı gebeler en fazla kendi araçları ile ayaktan başvuru yapmışlardır. Bunun nedeni gebelikte komplikasyon yaşayan kadınların vakit kaybetmeden kendi araçlarıyla ve ya bir başkasının aracını alarak en hızlı şekilde ayaktan acil servise ulaşmayı istemeleri olabilir. Aydın ve arkadaşları'nın (2010) çalışmasında ise hastaların sağlık kuruluşuna geliş şekillerine bakılmış ve mevcut çalışmaya benzer şekilde en fazla ulaşım şekli özel araçla (%84.9) bulunmuş, ambulansla başvuran hastaların oranı %10.2 bulunmuştur. Kılıçaslan ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında ise yine benzer sonuçlar elde edilmiş ve Akdeniz Üniversitesi Hastanesine başvuran 27712 hastanın (%91.9)'unun özel araçla, 1907 hastanın (%6.3)'ünün ambulansla, 233 hastanın (%0.8)'inin yürüyerek, 195 hastanın (%0.6)'sının taksi ile, 18 hastanın (%0.1)'inin minibüs ve 92 hastanın (%0.3)'ünün diğer yöntemlerle geldiği bulunmuştur. Yapılan çalışmalara bakıldığında kanama nedeniyle acil servise başvuran gebelerin kaygı düzeylerinin araştırıldığı bir çalışmaya rastlanmazken, acil servise başvuru şekilleri üzerinde durulmuştur.

Mevcut çalışmada kanama başladığında ilk başvuran yer, kanama nedeniyle tıbbi yardım alınmasına kimin karar verdiği, kanama başladığında gebenin ne hissettiği, kanama nedeniyle bebeğinin sağlıksız doğmasından korkma durumu, kanama nedeniyle bebeklerini kaybetmekten korkma durumlarının her biri ile durumluk kaygı düzeyi arasındaki ilişki araştırılmış fakat istatistiksel olarak anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Fakat gebelerin şimdiki gebeliklerinde kanama nedeniyle kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğinden korkma durumuna göre gebenin kaygı düzeyinin anlamlı bir farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, durumluk kaygı düzeyinin, gebelerin kanama nedeniyle kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğinden korkma durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($u=1072,50$, $p<.05$). Buna göre kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğini düşünenlerin kaygı düzeyi kendi sağlıklarının olumsuz etkilenmeyeceğini düşünenlerden daha yüksek olarak belirlenmiştir. Bu nedenle kendi sağlıklarının olumsuz etkileneceğini düşünenlerin kaygı durumunun daha yüksek olduğu söylenebilir. Snell (2009) yaptığı çalışmasında, gebeliğin ilk trimesterında görülen vajinal kanama sonucu kadınların % 50'sinin gebeliği sağlıklı devam etse bile kanamanın gebeler için kaygı yaratmaya devam ettiğini belirtmiştir. Saraswat ve arkadaşları da (2010) aynı şekilde gebelikte

meydana gelen kanamanın kötü fetal ve maternal sonuçlara neden olabileceği için gebelerde kaygıya neden olduğunu belirtmiştir.

5.4. Kanama Nedeniyle Obstetrik Acil Birimine Başvuran Gebelerde Obstetrik Acil Ünitesi Ortamı Gebenin Durumluk Kaygı Düzeyine Etkisi

Literatür incelendiğinde tek başına acil servise başvuran gebelerle ilgili bir çalışmaya rastlanmazken karşılaştırmalara genel acil koşulları da dahil edilmiştir. Mevcut çalışmada durumluk kaygı düzeyinin gebelerin acil servise başvurduktan ne kadar süre sonra kendileriyle ilgilenildiğine göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=1,384$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi 11-30 dakika sonra kendisiyle ilgilenenlerde en yüksek ve kendisiyle hemen ilgilenenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Akpınar Oruç ve Üzel Taş'ın (2014) çalışmasında, acil servise başvuran hastaların % 87,2'sinin kayıt işlemleri için, % 78,9'unun kayıt sonrası muayene için ve % 72,8'inin de müdahale için hiç beklemedikleri bulunmuştur. Yine aynı çalışmada kayıt için %3,9'unun kayıt sonrası muayene için 11,1'inin kayıt sonrası müdalele içinde 11,7'sinin 0-5 dk beklediği bulunmuştur. 20 dakikanın üzerinde bekleyen hasta oranları ise kayıt işlemleri için %1,1'i kayıt sonrası muayene için 3,9'u ve kayıt sonrası müdalele için de 3,3'ünün acil serviste beklediği bulunmuştur. Acil serviste bekleme süresinin azalması hastaların memnuniyet düzeylerinin artmasında önemli rol oynar ve memnuniyet düzeyi artan hastaların tedaviye uyumunun artıp tedaviye daha hızlı yanıt vereceği ve memnun kalan hastaların ileride tekrar aynı hastaneyi tercih etmesinde önemli katkı sağlayacağı bildirilmiştir (Ekwall ve Sweden, 2013). Genç ve arkadaşları'nın (1999) çalışmasında, acil servise başvuran hastaların ortalama 60 dk acilde kaldığı ve başvurudan ortalama 2 dk sonra hekimle kontakt kurduğu bulunmuştur. Çalışmanın sonucu olarak Akpınar Oruç ve Üzel Taş'ın (2014) çalışmasına benzer sonuca ulaşılmış olup acil servise bekleme süresi arttıkça hizmetten alınan tatmin azalmaktadır. Acil serviste bekleme süresi azaldıkça ise memnuniyet düzeyi artmaktadır. Aydın ve arkadaşları'nın (2010) çalışmasında da mevcut çalışmada ve diğer çalışmalarda olduğu gibi hastaların ilk değerlendirilme sürelerine bakılmış ve %76,4' nün ilk 5 dakika içerisinde değerlendirildiği belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada %95,1'inin ilk 10 dakika içerisinde değerlendirildiği, 13 hastanın ise değerlendirilmek için 15-20 dakika arasında acil serviste beklediği bulunmuştur.

Çalışmalar incelendiğinde gebelerin acil serviste bekleme süreleri arttıkça kaygı seviyelerinin artmasının nedeni bekleme süresi uzadıkça kendi sağlıklarının bebeklerinin sağlığının tehlikeye girmesinden korkmaları olabilir. Acil serviste bekleme sürelerinin azaltılması için obstetrik triyaj sistemi geliştirilmiştir (Mete ve Özerdoğan, 2017).

Mevcut çalışmada gebelerin ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültü değişkenine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelenmiştir. Durumluk kaygı düzeyinin gebelerin ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültüden etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=1,384$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre olumlu ve olumsuz yönde etkilenenler ($u=142,50$, $p=.009$) ile olumlu yönde etkilenenler ve hiç etkilenmeyenler ($u=1305,50$, $p=.033$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Buna göre ortamdaki makinelerin neden olduğu gürültüden olumsuz yönde etkilenenlerde kaygı düzeyi en yüksek iken olumlu yönde etkilendiğini belirten gebelerde kaygı düzeyinin en düşük seviyede olduğu belirlenmiştir. Bunun yanında obstetrik acil servise başvuran gebelerin durumluk kaygı seviyelerinin telefonların neden olduğu gürültüden ve personelin neden olduğu gürültüden etkilenme durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlara ulaşılamamıştır. Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi telefon sesinden olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yine her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi personelin neden olduğu gürültüden olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Literatüre bakıldığında Short ve arkadaşlarının (2010) çalışması da mevcut çalışmayı destekler nitelikte olup acil servisteki gürültünün hasta bakımını etkilediği ve anksiyeteye, strese neden olduğu belirtilmiştir. Anksiyete oranını azaltmak amacıyla acil servislerde müzik kullanılması gerektiğini önermiştir. Acil serviste meydana gelen gürültü kanamalı gebelerin kaygı düzeyini arttırmaktadır. Bunun nedeni acil servise başvuran gebelerin ve hastaların mevcut durumlarından dolayı zaten kaygılı olmaları ve gürültüsünde bu durumu şiddetlendirmesi olabilir.

Gebelerin acil servisteki kokudan ve sıcaklıktan etkilenme durumu değişkenlerine göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde kaygı düzeylerinin acil servisteki kokudan ve sıcaklıktan etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=0,810$, $p>.05$, $\chi^2=3,056$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi kokudan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve kokudan olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede ve her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi ortamın sıcaklığından hiç etkilenmediğini belirtenlerde en yüksek ve sıcaklıktan olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Acil servis ortamı karmaşık ve acil bakım gerektiren yerler olduğu için hem başvuranlar hemde yakınları için kaygıya neden olan ortamlardır (Ekwall ve Sweden, 2013). Böyle kaygı yaratan bir ortama bir de kötü koku ve aşırı sıcaklık/soğukluk durumu eklenince hastaların ve gebelerin kaygı düzeyinin artacağı düşünülmektedir. Kumcağız ve arkadaşları (2017) gebelik sürecinin kadınlar için kendi başına kaygıya neden olan doğal bir yaşam krizi olduğunu belirterek gebelik sürecine dikkat çekmiştir. Mevcut çalışma literatürü destekler nitelikte olup kendi başına kaygıya neden olan fizyolojik sürece acil ortamı ve o ortamda ki sıcaklık ve koku gibi olumsuz çevre koşulları eşlik edince kaygının kaçınılmaz olacağı düşünülmektedir.

Gebelerin acil serviste yabancı bir ortamda olma durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin yabancı ortamda olmaktan etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=6,059$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre olumsuz yönde etkilenenler ve hiç etkilenmeyenler ($u=5910,00$, $p=.014$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Gebelerin kaygı düzeyi yabancı ortamda olmaktan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve hiç etkilenmediğini belirtenlerde en düşük seviyededir. Riskli gebeler için hasta olma ve hastanede yatma durumları gebelerin yaşam kalitesini etkileyip kaygıyı artırır ve yaşam dengesini bozabilir (Ölçer ve Oskay, 2015). Gebelikte meydana gelen kanama riskli bir durum olduğu için gebelerin kaygı düzeylerini arttırmaktadır. Acil servis ortamları da yapısı gereği yabancı, endişe verici ve korkutucu karmaşık ortamlar olduğu için gebeler bazı stresörlere maruz

kalmaktadırlar (Özhanlı, 2015). Gebelerin hastane ortamında yaşadığı stresörler Ölçer ve Oskay'ın (2015) çalışmasında belirtildiği üzere; hastane ortamının yalnızlık duygusunu arttırması (evden ve aileden ayrılma), hastanede yalnız başına uyumak zorunda kalması, odayı tanımadığı yabancı birisi ile paylaşmak zorunda kalması, başkalarına bağımlı olmak zorunda olması, tanımadığı sağlık personeline kendisiyle ilgili bilgiler vermek zorunda kalması, bakım veren ekibin aceleci davranması, kontrol ve güç kaybı, mahremiyetine saygı gösterilmemesi, tıbbi terimleri anlayamaması, durumu hakkında bilgi verilmemesi olarak sıralanmaktadır. Mersinlioğlu ve Öztürk (2015) çalışmasında, acil servise başvuran hastaların yabancı bir ortama geldikleri için gergin, tedirgin, üzgün, sinirli ve korkulu olabileceklerini ve bu durumunda acil servis hizmetlerine ilişkin memnuniyet düzeylerini etkileyeceğini belirtmiştir. Yapılan literatür incelemeleri mevcut çalışmayı destekler niteliktedir. Gebelikte kanama şikayeti ile acil servise başvuran kanamalı gebelerin kaygı durumlarının, kendilerine yabancı olan acil servis ve ya hastane ortamından etkilenmesi kaçınılmazdır.

Obstetrik acil ünitesine kanama şikayetiyle başvuran gebelerin kaygı düzeylerinin acil servisteki aydınlatmadan ($\chi^2=2,028$, $p>.05$) ve havalandırmadan ($\chi^2=1,626$, $p<.05$) etkilenme durumlarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilememiştir. Elde edilen sonuçlara bakıldığında “aydınlatmadan ve havalandırmadan olumlu etkilendim” cevabı verenlerin kaygı düzeyi düşük bulunsa da istatistiksel olarak anlamlı değildir. Deniz ve arkadaşlarının (2007) belirttiği gibi acil servis ortamının fiziki ve çevresel yapısı hasta ve yakınların dikkat ettiği bir durum olmakla birlikte hastalarda ve yakınlarında kaygıya neden olabilen faktörlerdir. Hasta ve yakınlarında kaygı düzenini ve memnuniyet derecelerini etkileyen faktörlere bakıldığında; acil servis ortamlarının aydınlatması ve havalandırması göze çarpmaktadır. Akdemir'in (2017) çalışma sonuçları da Deniz ve arkadaşlarının (2007) çalışma sonuçlarını destekler niteliktedir. Mevcut araştırmada obstetrik acil ünitesinin aydınlatması ve havalandırmasının DKE kaygı düzeyi ile ilişkisine bakıldığında her ne kadar istatistiksel olarak anlamlı bir sonuç elde edilemese de Deniz ve arkadaşların (2007) ve Akdemir'in (2017) çalışması bizim araştırma sonuçlarımızı destekler niteliktedir.

Gebelerin acil servis ortamında yabancı aletlerin mevcut olmasından etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde DKE kaygı düzeyinin gebelerin ortamda yabancı aletlerin mevcut olmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,102$, $p>.05$). Gürlek'in (2005) belirttiği üzere acil servisler hasta ve yakınlarının gözünden bakıldığında bilinmeyen tıbbi aletler ve çıkardıkları sesler, gürültülü ortam, anlaşılmayan tıbbi terimler nedeniyle durumun ciddiyeti ile ilgili düşüncelerin arttığı bir ortamlardır. Mevcut çalışmada istatistiksel anlamlılık bulunmasada gebelerin kaygı düzeyi ortamda yabancı aletlerin mevcut olmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede bulunmuştur. Akdemir (2017) çalışmasında acil ortamında bulunan yabancı aletlerin ve çıkarttıkları seslerin hasta ve yakınlarında kaygıya neden olabileceğini belirtmiştir. Demir ve Yeşiltepe Oskay (2014) çalışmasında, gebelerin jinekolojik muayene sırasında yabancı aletlerden etkilenme durumunu %64,6 bulmuştur. Yapılan çalışmalar mevcut çalışma sonucunu destekler niteliktedir. Mevcut çalışmada obstetrik acil ünitesine başvuran kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin, diğer hastaların bağlı olduğu Nonstres testin çıkarttığı sestem, başka hastalara yapılan ultrasonografinin çıkarttığı sestem, monitörün sesinden etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

Gebelerin acil serviste koğuş sisteminin olmasından etkilenme durumuna göre DKE kaygı düzeyi incelendiğinde anlamlı farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=8,114$, $p<.05$). Gebelerin kaygı düzeyi koğuş sisteminden olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu tespit edilmiştir. Buna karşın, Söylemez (2016) acil servisin fiziki koşulları gereği ve hastanın mahremiyetini korumak için, muayene birimleri birbirinden perde ile ayrılmalı ve resüsitasyon odası gibi odalar dışında kapalı odanın bulunmaması gerektiğini belirtmiştir. Bunun nedeni acil serviste gözlenen hastanın kapalı bir odada değilde acil bir durum anında sesinin duyulabileceği ve odaya hızla ulaşılabilceği bir şekilde planlanması gerektiğidir. Obstetrik acil ünitesine başvuran kanamalı gebelerin koğuş sisteminden olumsuz etkilenip kaygı düzeylerinin artmasının sebebi jinekolojik muayene yapılması nedeniyle muayene sırasında perdenin ani açılması durumuna karşın kaygı yaşamaları olabilir.

Acil servise başvuran kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeylerinin; ortamın yatak sayısı ($\chi^2=3,816$, $p>.05$), acil ortamında her an başkaları tarafından görülebilir olmak ($\chi^2=5,663$, $p>.05$) ve ortamda televizyon ve radyo olmamasından etkilenme durumları ($\chi^2=4,183$, $p>.05$) araştırıldığında analiz sonuçlarında istatistiksel olarak anlamlı sonuçlar elde edilmemiştir. Acil serviste bulunan yatak sayısının yetersiz olması nedeniyle hastaların sıra beklemesi kaygı seviyelerini arttırmakta, memnuniyet oranlarını azaltmaktadır (Ekwall ve Sweden, 2013). Hastaların acil serviste yığılmalarını engellemek amacıyla 18. yüzyıldan beri Triyaj sistemi uygulanmaktadır. Triyaj sistemi muayene için bekleyecek ya da bekleyemeyecek hastaların ayırımını yapmak için kullanılmaktadır (Karasu Şen, 2017). Acil ortamının yatak sayısından kaygı seviyesinin etkilenme durumu mevcut çalışmada anlamsız çıksada olumlu etkilenenlerin durumluk kaygısı düşük bulunmuştur. Bu da literatürü destekler niteliktedir. Yine aynı şekilde başkaları tarafından görülebilir olmanın durumluk kaygı düzeyine etkisi mevcut çalışmada anlamsız çıksa da başkaları tarafından görülebilir olmayı olumsuz bulan gebelerde kaygı düzeyi daha yüksek bulunmuştur. Bilir ve arkadaşları (2015) çalışmasında, hastaların mahremiyet haklarına dikkat çekmiş, acil servisler için hasta mahremiyetinin en az dikkat edildiği yerler olarak bahsetmiştir. Yine aynı çalışmada, acil servislere dikkat çekmiş ve çalışmasında tüm acil serviste %85,1 oranı ile mahremiyetin gözetilmesi hakkının kabul gördüğünü belirtmiştir (Bilir ve ark., 2015). Demir ve Yeşiltepe Oskay (2014) gebelerin mahremiyetine değinerek jinekolojik muayene öncesi, sırası ve sonrasında hastaların yaşadığı deneyimler üzerine çalışmıştır. Elde ettiği sonuçlar mevcut çalışmayı destekler nitelikte olup muayene sırasında kadınların, %75,1'i mahrem organın açıkta kalmasından ve sağlık personelinin mahremiyete özen göstermemesinden rahatsız olduğunu belirtmiştir. Yaşanılan duygulara bakıldığında mahremiyetine dikkat edilmemesinden dolayı %57,1'i utanma/çekinme, %52,3'ü stres yaşadıklarını belirtmişlerdir.

Gebelerin acil serviste yatağın/sedyenin rahatlığından etkilenme durumuna göre sonuçları incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste yatağın/sedyenin rahatlığından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=6,711$, $p<.05$). Gebelerin kaygı düzeyi yatağın/sedyenin rahatlığından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir. Şahbaz

Karagün'ün (2006) acil serviste yaptığı araştırmasında sedyeye yatan hastaların 234'ünün (%68,6) sedyeden şikayetçi olduğunu rahat edemediğini belirtmiştir. Bu durum mevcut çalışmayı destekler nitelikte olup, acil ortamındaki yatağın/sedyenin rahatlığı gebelerin ve hastaların stresini, kaygısını ve anksiyetesini arttırdığı düşünülmektedir. Obstetrik acil ünitesinde muayene odasında bulunan jinekolojik masanın da gebelerin kaygı seviyelerini etkilediği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada, kanamalı gebelerin acil servis ortamında kalabalıktan etkilenme durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste ortamın kalabalık olmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=9,226$, $p<.05$). Sadece ortamın kalabalık olmasından olumsuz yönde etkilenenler ile hiç etkilenmeyenler ($u=5009,50$, $p=.003$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi ortamın kalabalık olmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir. Ekwall ve Sweden'in (2013) belirttiği gibi, acil servis ortamında kaygı hem çalışanlar, hem hastalar hem de yakınları için kaçınılmazdır. Doğru ve arkadaşları (2017) yaptığı araştırmasında gebelerin yaklaşık %15'inde çeşitli sebeplerle acil müdahale gerekecek komplikasyonların gelişebileceğini ve acil servise ihtiyaç duyabileceklerini belirtmiştir. Gebelerin acil servise başvuru nedenlerinin incelendiği çalışmada vajinal kanama nedeniyle başvuruların oranı %12,1 bulunmuştur. Yine aynı çalışma acil servise uygunsuz başvurunun üzerinde durmuş ve başvuru yapan gebelerin sadece %4'ünün servise yatışının yapılması gebelerin çoğunun uygunsuz başvurduğunu destekler niteliktedir. Şimşek (2015), çalışmasında acil servislerin %10 ile %90 oranında gereksiz kullanımına dikkat çekmiştir. Acil servislere uygunsuz başvurular gereksiz hasta trafiğine ve kalabalığa neden olurken hastaların ve acil servise başvuran gebelerin stres, anksiyete ve kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. Mevcut çalışma literatürü destekler nitelikte olup, acil servise uygunsuz başvuruların kalabalığa neden olduğu ve gerçekten acil müdahaleye ihtiyacı olan kişilere hizmet verilmesini engellediği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada gebelerin durumluk kaygı düzeyinin, acil serviste diğer hastaların durumunu görmekten etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği

belirlenmiştir ($\chi^2=9,226$, $p<.05$). Elde edilen bu farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen u-testine göre sadece diğer hastalarını durumunu görmekten olumsuz yönde etkilenenler ile hiç etkilenmeyenler ($u=5009,50$, $p=.003$) arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi diğer hastalarını durumunu görenlerden olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde, Ekwall ve Sweden'in (2013) belirttiği gibi acil servis ortamının kaygıyı stresi artırıcı bir ortam olduğu ve Saraswat ve arkadaşlarının (2010) belirttiği gibi gebelerin kanamadan dolayı kaygı yaşayabilecekleri için, gebelerin muayene olan diğer gebelerin durumunu görmeleri mevcutta var olan kaygı düzeylerini arttırabilir.

Mevcut çalışmada acil servise başvuran kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeyinin başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olma durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=5,360$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmaktan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni acil servisteki tıbbi işlemlerin farklı bir odada perde ile kapatılmış şekilde yapılması ile açıklanabilir.

Gebelerin acil serviste ziyaretçi girişinin olmaması durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste ziyaretçi girişinin olmaması durumuna göre anlamlı bir farklılık göstermediği belirlenmiştir ($\chi^2=3,315$, $p>.05$). Her ne kadar gebelerin kaygı düzeyi acil serviste ziyaretçi girişinin olmaması durumundan olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olsa da gruplar arasındaki bu farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bunun nedeni acil serviste muayenelerin jinekolojik olarak yapılması ve mahremiyeti sağlamak amacıyla çok fazla kişinin içeride olmaması gerektiği ile açıklanabilir. Mevcut çalışma için veri toplanılan acil servise ziyaretçi alınmasının yasak olmasına karşın, gebelerin çoğu bu durumu uygun bulmuştur.

Gebelerin acil serviste dış ortam ile iletişimin sınırlı olması durumuna göre durumluk kaygı düzeylerinde anlamlı bir farklılık olup olmadığına ilişkin analiz sonuçları incelendiğinde durumluk kaygı düzeyinin gebelerin acil serviste dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından etkilenme durumuna göre anlamlı bir farklılık gösterdiği belirlenmiştir ($\chi^2=9,226$, $p<.05$). Sadece dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından olumlu ve olumsuz yönde etkilenenler arasındaki farklılık istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($u=2908,50$, $p=.013$). Bunun yanında gebelerin kaygı düzeyi dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından olumsuz yönde etkilendiğini belirtenlerde en yüksek ve olumlu yönde etkilendiğini belirtenlerde en düşük seviyede olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu konuda yapılmış çalışmaya rastlanmamıştır, ancak bizim çalışmamızda gebelerin çoğu ziyaretçi girişinin olmamasını uygun bulurken, ziyaretçi girmiyorsa dış ortam ile iletişimin kolay olması gerektiğini savunmaktadırlar. Hem ziyaretçi girişinin olmayışı, hem de dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasından dolayı gebelerin kaygı düzeylerinin artabileceği düşünülmektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1. Sonuçlar

Çalışmadan elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda;

- Acil Servise başvuran kanamalı gebelerin, trimesterları arttıkça durumluk kaygı düzeylerinin azaldığı,
- Gebelerde kendi sağlığının olumsuz etkileneceği düşüncesinin durumluk kaygıyı arttırdığı,
- Acil servis ortamındaki makinaların gürültüsünün kanamalı gebede durumluk kaygıyı arttırdığı,
- Gebelerin acil serviste, yabancı ortamda olmaktan dolayı durumluk kaygı düzeylerinin arttığı,
- Koğuş sisteminin kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeylerini arttırdığı,
- Yatağın/ sedyenin rahatsız olmasının gebelerin durumluk kaygı düzeyini arttırdığı,
- Kalabalığın, kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeylerini arttırdığı,
- Acil serviste diğer hastaların durumunu görmenin durumluk kaygıyı arttırdığı,
- Acil Ortamında dış ortam ile iletişimin sınırlı olmasının kanamalı gebelerde kaygıyı arttırdığı,
- Geçmişte gebelik kaybı yaşamayanın durumluk kaygıyı etkilemediği,
- Kanamanın nedeninin, başlama zamanının, başlama şeklinin, kanama ilk başladığı anda ne yapıldığının kaygıyı etkilemediği,
- Acil servise ulaşımın, tıbbi yardım almaya kimin karar verdiği, ilk başvuru yerin, kanama başladığında hissettiklerinin, bebeğin sağlıksız doğmasından ve kaybetmekten korkma durumunun, acil serviste ilgilenilme süresinin, telefonların ve personelin gürültüsünün, koku, sıcaklık, aydınlatma ve havalandırmanın, yabancı aletlerin, yatak sayısının, her an başkaları tarafından görülebilir olma durumunun, televizyon ve radyo olmamasının, başka hastalara yapılan tıbbi işlemlere tanık olmanın ve ziyaretçi girişinin olmamasının kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeylerini etkilemediği bulunmuştur.

6.2. Öneriler

Çalışma sonuçları doğrultusunda araştırmacılara yönelik öneriler;

- Acil servise başvuran kanamalı gebelerin durumluk kaygı düzeyleri konusunda daha büyük örneklem ile benzer çalışılmaların yapılması,
- Obstetrik acil birimlerinde yapılan çalışmalara öncelik verilmesi,
- Acil servise başvuran kanama dışındaki gebelerle benzer çalışmalar planlanması,
- Gebelerle yapılan çalışmalarda Durumluk Kaygı Envanteri ile birlikte Sürekli Kaygı Envanteri'nin de kullanılması önerilebilir.

Klinik çalışanlarına yönelik öneriler;

- Acil servise başvuran kanamalı gebelerin kaygı düzeylerinin yüksek olabileceğinin unutulmaması,
- Acil servise başvuran kanamalı gebelerin sadece fizyolojik değil psikolojik desteğe de ihtiyaçlarının olabileceğinin unutulmaması önerilebilir.

KAYNAKLAR

ACOG, The American College of Obstetricians and Gynecologists, Early Pregnancy Loss. Clinical Management Guidelines for Obstetrician-Gynecologists, 2015.

Akbaş E, Vırt O, Kalenderoğlu A, Savaş AH, Sertbaş G. Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. Nöropsikiyatri Arşivi, 2008; 45: 9-13.

Akdağ C. Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Abortus Sonrası Anksiyete, Depresyon, Sosyal Destek Düzeylerinin ve Hemşirelik Bakım Gereksinimlerinin Belirlenmesi. T.C. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Programı, Yüksek Lisans Tezi, 2014, Ankara (Danışman: Prof. Dr. F. Terzioğlu).

Akdemir D. Acil Servise Başvuran Hastaların Yakınlarının Yaşadıkları Kaygının, Memnuniyetleri Üzerine Olan Etkisinin Belirlenmesi. T.C. Maltepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, yüksek lisans tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Ateş).

Akpınar Oruç O, Üzel Taş H. Acil Servise Başvuran Hastaların Memnuniyet Düzeyleri. Kocatepe Tıp Dergisi, 2014;15(2):131-6.

Aksin ř. Tekrarlayan Gebelik Kayıpları. Van Tıp Dergisi, 2017; 24(4): 410-414.

Aksu MF, Oral E, Yedigöz V, Atasü T, Kazancıgil A. Terapötik Abortus. Cerrahpaşa tıp dergisi, 2014; 29 (4): 175-179.

Angelini DJ. Obstetric triage: state of the practice. J Perinat Neonatal Nurs JanMar 2006; 20(1): 74-75.

Antonette T, Dulay MD. Spontaneous Abortion. Attending Physician, Maternal-Fetal Medicine Section, Department of Obstetrics and Gynecology;Senior Physician, Main Line Health System; Axia Women's Health, 2017.

Arıcı S, Karaman S, Yılmaz Doğru H, Çakmak B, Tapar H, Karaman T, Doğru S, Kaya Z. Multidisipliner yoğun bakım ünitesinde obstetrik olgular: retrospektif analiz. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 2014; 4(1): 14-17.

Artıran İğde FA, Gül R, Yalçın M. Karadenizli D. Anne ölümleri ve acil obstetrik bakım. *Genel Tıp Dergisi*. 2008;18 (1):47-53.

Artunç Ülkümen B, Pala HG, Aktenk F, Bülbül Baytur Y. Plasenta previa olgularında gebelik sonuçları. *Ege Tıp Dergisi*; 2014; 53(2): 88-91.

Ateş AÇ. Kanama Şikâyetiyle Acile Başvuran Abortus İmminens (Düşük Tehdidi) Tanısı Almış Çiftlerin Sosyal Destek Sistemleri İle Kaygı Düzeyleri Arasındaki İlişki. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Acil Tıp Hemşireliği Anabilim Dalı, yüksek lisans tezi, 2017, Samsun (Danışman: Yard. Doç. Dr. S. Topatan).

Aydemir H, Uyar Hazar H. Düşük riskli, riskli, yüksek riskli gebelik ve ebenin rolü. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi / Gümüşhane University Journal of Health Sciences*: 2014; 3(2).

Aydemir Ö, Köroğlu E. Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. *Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık*, Ankara, 2009; 221- 232.

Aydın T, Aydın ŞA, Köksal A, Özdemir F, Kulaç S, Bulut M. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesine Başvuran Hastaların Özelliklerinin Ve Acil Servis Çalışmalarının Değerlendirilmesi, *Akademik Tıp Dergisi*, 2010; 163-8

Avcı F. Kliniğimizde Tedavi Edilen Tubal Ektopik Gebelik Olgularının Retrospektif Analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı, uzmanlık tezi, 2014, Kahramanmaraş (Danışman: Prof. Dr. G. Kıran).

Baraté P, Temmerman M. Surviving pregnancy and childbirth is a human right: the silent tragedy of maternal mortality. *Facts Views Vis Obgyn*. 2010; 2(1): 21–30.

Batmaz G, Molla F, Molla T, Özcan P, Dansuk R, Dane B. Plasenta Previa Olgularının Retrospektif İncelemesi. *Med Bull Haseki*, 2015; 53: 299-302.

Bilir Ö, Şişmanlar D, Ersunan G, Ayaz T. Acil Servis Çalışanlarının Hasta Haklarına Bakışı. Konuralp Tıp Dergisi, 2015; 7(1): 28-33.

Bostancı E, Arısoy R, Polat M, Erdoğan E, Karakufl R, Boza A, Kayapınar M, Pekin O, Tuğrul S. Dekolman plasenta ve risk faktörleri. Perinatoloji Dergisi 2013; 21(2): 60-65.

Bradley LA, Palomaki GE, Bienstock J, Varga E, Scott JA. Can Factor V Leiden and prothrombin G20210A testing in women with recurrent pregnancy loss result in improved pregnancy outcomes? Results from a targeted evidence-based review. Genet Med 2012 ;14:39-50.

Bruce K, Suserud BO. The handover process and triage of ambulance-borne patients: the experiences of emergency nurses. Nursing in Critical Care, 2005;10(4): 201-9.

Candan Ö. Gebelik kaybı yaşayan çiftlerin sosyal destek sistemleri ve hemşirelik bakım desteğinin depresyon düzeylerine etkisi. T.C. Haliç Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Anabilim Dalı, yüksek lisans tezi, 2012, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. H. Arslan).

Cengiz L. İkinci Trimester Kanamaları, Türkiye Klinikleri. J Surg Med Sci 2006;2(24):13-8.

Chavane LA, Bailey P, Loquiha O, Dgedge M, Aerts M, Temmerman M. Maternal death and delays in accessing emergency obstetric care in Mozambique. BMC Pregnancy Childbirth. 2018; 18:71.

Cheryl L, Giscombé W, Lobel M, and Crandell JL. The Impact of Miscarriage and Parity on Patterns of Maternal Distress in Pregnancy. Res Nurs Health, 2010; 33(4): 316–328.

Çetin O, Çim N, Alkış İ, Kulusarı A, Gül A, Orak S. Plasenta previa perkrata olgusunda fertilitate koruyucu cerrahi. Van tıp dergisi, 2015; 22(4): 297-300.

Çoban A. Riskli gebelikler. Şirin A. (ed). Kadın sağlığı, Bedray basın yayıncılık. 2008; 522-562.

Çelik N, Saruhan A. Gebelikte riskli durumlar. Sevil Ü, Ertem G. (eds). Perinatoloji ve bakım. Ankara Nobel tıp kitapçıları, 2016; 169-254.

Da Costa D, Larouche J, Dritsa M, Brender W. Variations in stress levels over the course of pregnancy: Factors associated with elevated hassles, state anxiety and pregnancy-specific stress. J Psychosom Res, 1999; 47: 609-21.

Dağlar G, Nur N. Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi, Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; (36) 429-441.

Dağlar G, Nur N, Bilgiç D, Kadioğlu M. Gebelikte Duygulanımın Bozukluğu. KASHED, 2015 2(1): 27-40

Deliktaş A. Yüksek riskli gebelik ve psikososyal yaklaşımlar. Kabukcuoğlu K. (ed) Kadın sağlığı sorunlarının psikosomatik yansımaları. Detay yayıncılık, 2017; 37-70.

Demir S, Yeşiltepe Oskay Ü. Jinekolojik Muayene Olan Kadınların Yaşadığı Deneyimler Ve Sağlık Profesyonellerinden Beklentileri. KASHED, 2014; 1(1): 68-79

Demirci O, Demirci E. Spontan Abortuslar. Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci, 2007; 3(5):17-24.

Deniz R, Baykuş Y, Çelik Kavak E. Tekrarlayan Erken Gebelik Kayıplarına Yaklaşım. Kafkas Tıp Bilimleri Dergisi, 2016; 6(2):130–137.

Deniz T, Aydınuraz K, Oktay C, Saygun M, Ağalar F. Ülkemizde Acil Tıp Anabilim Dalları'nda acil servislerin fonksiyonel mimari açısından değerlendirilmesi, Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi, 2007; 13(1): 28-35.

Dereli Yılmaz S, Ege E, Akın B, Çelik Ç. 15-49 Yaş Kadınların Kürtaj Nedenleri ve Kontraseptif Tercihleri. İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Dergisi, 2010; 18(3). 156-163.

Deveci SE, Çalmaz A, Açık Y. Doğu Anadolu'da yeni açılan bir üniversitenin öğrencilerinde kaygı düzeylerinin sağlık, sosyal ve demografik faktörler ile ilişkisi. Dicle Tıp Dergisi, 2012; 39 (2): 189-196.

Dokuzoğlu Tanın Y. Ektopik gebelik ve missed abortusta sialik asit seviyelerinin karşılaştırılması. T.C. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakóltesi, uzmanlık tezi, 2014, Gaziantep (Danışman: Prof. Dr. Aİ Kutlar).

Doğru HY, Oktay G, Özsoy AZ, akmak B, Delibaş İB, Esen M. Acil Servise Başvuran Gebelerin Değerlendirilmesi: Üçüncü Basamak Tek Merkez Deneyimi. Van Tıp Dergisi, 2017; 24(3): 157-162.

Efe H. Gebeliğin Kadın Cinselliği Üzerindeki Etkileri. T.C. Sağlık Bakanlığı Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, uzmanlık tezi, 2006, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. M. Api).

Ekwall A, Sweden M. Acuity And Anxiety From The Patient's Perspective In The Emergency Department. Journal Of Emergency Nursing, 2013;39: 534-8.

English FA, Kenny LC, McCarthy FP. Risk factors and effective management of preeclampsia. Integr Blood Press Control, 2015; 8: 7-12.

Erdemir F. Hemşirelik Tanıları El Kitabı, nobel tıp kitabevleri, 2005, 30-36.

Ergil Altın G. Perinatal Depresyon Tedavisinde Kişilerarası Terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2012;4(2):188-203.

Eschenbach DA. Treating Spontaneous and Induced Septic Abortions. Obstet Gynecol, 2015; 125(5): 1042-8.

Farrohknia N, Castrén M, Ehrenberg A, Lind L, Oredsson S, Jonsson H, Asplund K, Göransson KE. Emergency department triage scales and their components: A Systematic review of the scientific evidence. Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation and Emergency Medicine, 2011; 30: 19:42.

Gaufberg SV. Early Pregnancy Loss in Emergency Medicine. Harvard Medical School. Taylor PT. (ed). American College of Emergency Physicians, 2017.

Genç M, Eğri M, Pehlivan E, Kırımloğlu V, Yılmaz S. Acil Servise Başvuran Hastaların Bekleme Zamanları Üzerine bir alışma. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 1999; 6(4): 337-339.

Genez D. Hamile kadınların kaygı düzeyleri. T.C. Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 2002, Samsun (Danışman: Prof. Dr. K. Ersanlı).

Gezginç K, Dalkılıç EU. Obstetrik acillere yaklaşım. Akademik acil tıp dergisi, 2011; 10: 128-32

Gilbert ES, Harmon JS. Spontan Abortus. Taşkın L (ed). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum, Palme yayıncılık, 2011a; 348- 371.

Gilbert ES, Harmon JS. Plasental Anomaliler. Taşkın L (ed). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum, Palme yayıncılık, 2011b; 421-461.

Göncü S, Yazıcı S. Acil Obstetride Yoğun Bakım Gerektiren Durumlar. Yoğun Bakım Hemşireliği Dergisi 2016; 20(2): 103-7.

Grifbel PC, Halvorsen J, Golemon TB. Management of Spontaneous Abortion. American Family Physician; 2005; 72: (7).

Gunning MD, Denison FC, Stockley CJ, Ho SP, Sandhu HK, Reynolds RM. Assessing Maternal Anxiety İn Pregnancy With The State- Trait Anxiety Inventory (STAI): İssues Of Validity, Location And Participation. Journal of reproductive and infant psychology, 2010; 28(3): 266-273.

Günaydın S, Yazıcı S. Obstetrik Triyaj ve Ebenin Rolü. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018; 9(2): 84-89.

Gündüz R. Missed Abortus Olan Gebelerde Serum 8-Hidroksi-2-Deoksiguanozin Ve Malondialdehit Seviyelerinin Araştırılması. T.C. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı, Uzmanlık tezi, 2015, Gaziantep (Danışman: Doç. Dr. MG. Uğur).

Güney A, Karadağ G, Saygılıgil F, Ayla F. Sağlık hakkı insan hakkıdır projesi: Türkiye’de kadın sağlığı politikaları forumları. A4 Ofset matbaacılık, İstanbul, 2014; 19-21.

Gürlek Ö. Hasta Yakınlarının Acil Servislerdeki Sorunları Ve Hemşirelerden Beklentileri. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi

Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 2005, Afyon (Danışman: Doç. Dr. Y. Arıkan).

Güvendag Guven ES, Dilbaz S, Dilbaz B, Aykan Yildirim B, Akdag D, Haberal A. Comparison of single and multiple dose methotrexate therapy for unruptured tubal ectopic pregnancy: a prospective randomized study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2010; 89: 889-895.

Healy S, Tyrell M. Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nurse* , 2011; 19(4):31-7.

Hoey R, Allan K. Does speculum examination have a role in assessing bleeding in early pregnancy? *Emerg Med J*, 2004; 21: 461-3.

Hoque DME, Chowdhury MAK, Rahman AE, Billah SM, Bari S, Tahsina T, Hasan MM, Islam S, Islam T, Mori R, Arifeen SE. A community-based cluster randomized controlled trial (cRCT) to evaluate the impact and operational assessment of "safe motherhood and newborn health promotion package": study protocol. *BMC Public Health*, 2018; 3,18(1) :592.

Hossain R, Harris T, Lohsoonthorn V, Williams M. Risk of preterm delivery in relation to vaginal bleeding in early pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Bio*, 2007; 135(2):158-163.

Jibril UN, Kayode OS, Umar A, Umar AG, Abubakar IA, Ayoade IM, Blessing NJ. Spontaneous abortion among women admitted into gynaecology wards of three selected hospitals in maiduguri, Nigeria, *akademic journals*, 2014; 6(2): 24-31.

Jurkovic D, Overton C, Bender-Atik R. Diagnosis and management of first trimester miscarriage. 2013; 346: f3676.

Kahraman MB, Pekcan MK, Noyan V, Yücel A, Sağsöz N. Servikal Kanalı Kapatılan Myoma Uterili bir Missed Abortus Olgusunda Histerotomi ile Gebelik Tahliyesi ve Eş Zamanlı Myomektomi. *Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 2012; 14(3).

Kamalak H. Yüksek riskli gebelerin yaşadığı antepartum semptomlarının gebelik uyumuna etkisi. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, yüksek lisans tezi, 2015, Aydın (Danışman: Doç. Dr. Ayden ÇOBAN).

Karaca İ, Yapça ÖE, Delibaş İB. Total plasenta previalı gebelerde kısa servikal uzunluk ve antepartum kanama riski. Bozok tıp dergisi, 2013; 3(3): 6-10.

Karaçam Z, Şen E. Yüksek riskli gebelerin evde bakımı. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2012; 80-91.

Karasu Şen. F. Dispne Nedeni İle Acil Servise Başvuran Hasta Senaryoları İle Hemşirelik Öğrencilerinin Triyaj Uygulamalarının Değerlendirilmesi. T.C. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Acil Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Doç. Dr. Ü. Karabacak).

Kıdak LB, Aksaraylı M. Yatan Hasta Memnuniyetinin Değerlendirilmesi ve İzlenmesi: Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Uygulaması, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2008; 10(3): 87-122.

Kılıçaslan S. Edirne Şehir Merkezinde'ki Son Trimester Gebelerin Sosyodemografik Özellikleri, Yaşam Kaliteleri, Kaygı Düzeyleri. T.C. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı, uzmanlık tezi, 2008, Edirne (Danışman: Yrd. Doç.Dr. EM ŞAHİN).

Kılıçaslan İ, Bozan H, Oktay C, Göksu E. Türkiye'de Acil Servise Bafıvruran Hastaların Demografik Özellikleri. Türkiye Acil Tıp Dergisi 2005; 5(1): 5-13

Kılıçcı Ç. Erken Gebelik Kayıplarında Homosistein Düzeyinin Rolü. T.C. Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, uzmanlık tezi, 2004, İstanbul (Danışman: Dr. S. Eren).

Koçak V, Ege E. Prenatal tarama testi uygulanan gebelerin kaygı düzeyi ve ilişkili faktörler. Genel Tıp Dergisi, 2016; 26(4): 113-120.

Koşum Z. Kanama Şikayeti Olan Gebelerin Acil Obstetrik Bakım Alma Durumları. T.C. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı. Yüksek lisans Tezi, 2010, Mersin (Danışman: Yrd. Doç. Dr. M. Yurdakul).

Körükcü Ö, Kabukcuoğlu K. Obstetrik acile yönelik beceri geliştirmede etkin bir yöntem: simülasyon temelli eğitim. Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi, 2016; 5(4): 38- 43.

Köstü B, Ercan Ö, Özer A. Total plasenta previa olgularında erkek fetüs hakimiyeti. Perinatoloji Dergisi, 2015; 23(2): 84-88.

Kumcağız H, Ersanlı E, Murat N. Gebelerin Kendilerini Algılama Ölçeği'nin Geliştirilmesi ve Psikometrik Özellikleri. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi 2017; 8(1): 23–31.

Kusen H. Plasenta previa totalis olgularının 5 yıllık analizi. T.C. Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Tıpta uzmanlık tezi. 2014, Diyarbakır (Danışman: Yrd. Doç. Dr. E. Ağaayak).

Kuşgöz AG, Aka N, Coşkun ADE, Köse G, Tüfekçi EC, Vural F. Ektopik Gebelik Olgularında Risk Faktörleri Ve Tedavi Yöntemleri. Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi 2017; 57 (1): 1-5.

Lawrence O, Ottawa O. Diagnosis and Management of Placenta Previa, Journal of Obstetrics Gynaecology, 2007; 29(3): 261–266.

Lega F, Mengoni A. Why non-urgent patients choose emergency over primary care services? Empirical evidence and managerial implications. Health Policy, 2008; 88: 326–338.

Leveno KJ, Cunningham FG, Alexander JM, Bloom SL, Casey BM, Dashe JS, Sheffield JS, Roberts SW. Williams Obstetrik El Kitabı Gebelik Komplikasyonları. Çevirenler: Bozdağ G, Kızılkılıç Parlakgümüş A. Erken Gebelik Kayıpları, Güneş Tıp Kitabevleri, yirmiikinci baskı, 2010: 3-15.

Lozeau AM, Potter B. Diagnosis and management of ectopic pregnancy. Am Fam Physician, 2005; 72(9): 1707-14.

Maloni JA, Przeworski A, Damato EG. Web recruitment and internet use and preferences reported by women with postpartum depression after pregnancy complications. Arch Psychiatr Nurs, 2013; 27(2), 90-95.

Manav F. Kaygı Kavramı. Toplum Bilimleri Dergisi, 2011; 5 (9): 201-211.

Mehasseb MK, Konje JC, Baloğlu A, etinkaya B. Plasenta anomalileri. Cansun Demir S. (eviri ed). Doğum sonu kanama. Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği, Matus basımevi, 2010; s: 76-90.

Meng LL, Chen H, Tan JP, Wang ZH, Zhang R, Fu S, Zhang JP. Evaluation of etiological characteristics of Chinese women with recurrent spontaneous abortions: a single-centre study. Chin Med J (Engl) 2011; 124(9): 1310-5.

Mersinlioğlu G, ztrk H. Acil Servise Başvuran Hastaların Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyet Düzeyi. Sağlık ve hemşirelik yönetimi dergisi, 2015; 2(2): 70-82.

Mete A, zerdoğan N. Obstetrik Acillerde Triyaj. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 2017; 26(5): 208-212.

Muradova H. 2010-2016 yılları arasında ektopik gebelik ön tanısı ile başvuran olguların takip ve tedavilerinin retrospektif analizi. T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu İstanbul Bakırköy Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Sadi Konuk Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları Doğum Anabilim Dalı, Tıpta uzmanlık tezi, 2017, İstanbul (Danışman: Op. Dr. K. Doğan).

Nahar S, Akhter S, Ahamed F, Akhtar K, Noor F. Study on Clinical Presentation and Outcome of Septic Abortion and Its Relationship with Person Inducing Abortion. Mymensingh Med J, 2017; 26(4): 699-704.

ler Z, Oskay U. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler Ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi 2015;12 (2): 85-92.

ner N. Le Compte A. Süreksiz Durumluk/Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. 2.Basım, Boğaziçi niversitesi yayınevi, 1998, İstanbul.

zel E. 1. Trimester Gebelik Kayıplarında İnsülin Rezistansı ve İlişkili Klinik Bulgular. T.C. Sağlık Bakanlığı şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 1. Kadın

Hastalıkları Ve Doğum Kliniği, uzmanlık tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Op. Dr. N. Göker).

Özhanlı Y. Acil Birimlerde Hastaların Triyaj Ve Hemşirelik Uygulamalarından Memnun Olma Durumları. T.C. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 2015, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. N. Akyolcu).

Özgünen TF. Abortus; Düşükler: Sınıflandırma, Genel Bilgiler Ve Klinik Tablo. Türkiye Klinikleri Journal of Surgery Medicine, 2007; 3(5): 1-6.

Pariante G, Wiznitzer A, Sergienko R, Mazor M, Holcberg G, Sheiner E. Placental abruption: critical analysis of risk factors and perinatal outcomes. The journal of Maternal- Fetal & Neonatal Medicine, 2011; 24: 698- 702.

Patvornik N, Velikonja VG, Praper P. Depression And Anxiety In Women During Pregnancy in Slovenia. Zdr varst, 2015; 54(1): 45-50.

Paul J, Jordan R, Duty S. Improving satisfaction with care and reducing length of stay in an obstetric triage unit using a nurse-midwife-managed model of care. Journal Midwifery Womens Health, 2013; 58(2): 175–81.

Rosenberg T, Pariante G, Sergienko R, Wiznitzer A, Sheiner E, Critical analysis of risk factors and outcome of placenta previa. Archives of Gynecology and Obstetrics, 2011;284: 47-51.

RCOG, Royal College of Obstetricians & Gynaecologists. An ectopic pregnancy, 2010.

Richardson A, Fenning NR, Deb S, Campbell B, Vedhara K. Anxiety associated with diagnostic uncertainty in early pregnancy. Ultrasound Obstet Gynecol, 2017; 50: 247–254.

Rue, VM. Post-abortion Trauma. Possible Psychological and Existential Aftermaths Pontifical Academy for Life, 2014:19-108.

Saraswat L, Bhattacharya S, Maheshwari A, Bhattacharya S. Maternal and perinatal outcome in women with threatened miscarriage in the first trimester: a systematic review. *An International Journal of Obstetrics &Gynaecology*, 2010;117(3): 245-257.

Short AE, Ahern N, Holdgate A, Morris J, Sidhu B. Using Music to Reduce Noise Stress for Patients in the Emergency Department: A Pilot Study. *Music and Medicine*, 2010; 2(4): 201-207.

Snell BJ. Assessment and Management of Bleeding in the First Trimester of Pregnancy. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 2009; 54(6): 483-491.

Söylemez G. Acil Servis Hastalarının Hemşirelik Bakımına İlişkin Memnuniyet Düzeylerinin Değerlendirilmesi. T.C. İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, 2016, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. A. Yıldırım).

Spielberger, Charles D., Gorsuch, Richard L. ve Lushene, Robert E., *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*, Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1970.

Starss AM. Safe motherhood initiative: 20 years and counting. *Lancet*, 2006; 30;368 (9542): 1130-2.

Sungur İ, Çöl M. Mortalite ile ilgili Önemli Ölçütlerin Dünyadaki ve Türkiye'deki Durumu. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*, 2016; 69 (1).

Şahbaz Karagün Ö. Acil Tıp Birimine Başvuran Hastalarda Hoşnutluk Düzeyi Ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi. T.C. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Tıp Anabilim Dalı. Uzmanlık Tezi, 2006, Adana (Danışman: Doç. Dr. Y. Gökel).

Şahin EM, Kılıçarslan S. Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. *Trakya üniversitesi tıp fakültesi dergisi*, 2010; 27(1): 51-58.

Şen E, Şirin A. Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. *Gaziantep Tıp Dergisi*, 2013;19(3): 159-163.

Şencan İ, Engin Üstün Y, Sanisoğlu S, Özcan A, Karaahmetoğlu S, Keskin HL, Uygur D, Kabasakal A, Esen M, Keskinç B. 2014 Yılı Türkiye Ulusal Anne Ölümlerinin Demografik Verilere Göre Değerlendirilmesi, Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi, 2016; 13(2); 45-47.

Şimşek P. Acil Servis Sağlık Çalışanlarının Acil Servislerin Uygunsuz Kullanımına İlişkin Görüşleri. T.C. Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Cerrahi Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yüksek lisans tezi, 2015, Trabzon (Danışman: Doç. Dr. A. Gürsoy).

T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Güvenli Annelik, katılımcı Kitabı, Ankara, 2009a: 2-19.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü. Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2016 Haber Bülteni, 2017, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2009 yılı yataklı sağlık tesislerinde acil servis hizmetlerinin uygulama usul ve esasları hakkında resmi gazete tebliği, 2009b, <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-9405/>

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye halk sağlığı kurumu. Kadın ve üreme sağlığı daire başkanlığı. Acil obstetrik bakım ebe-hemşire eğitim kitabı. 2014, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye halk sağlığı kurumu. Kadın ve üreme sağlığı daire başkanlığı, Acil obstetrik bakım ebe-hemşire katılımcı kitabı, 2015a, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu. Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı, Sağlık çalışanlarına yönelik düşük yönetimi rehberi, 2015b, Ankara.

Tabur F. Düşük Riski Olan Kadınlardaki Kaygı Düzeyleri. T.C. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim dalı, yüksek lisans tezi, 2007, Afyon (Danışman: Yard. Doç. Dr. F. Kır Şahin).

Taşcı AE. Subkoryonik hematoma saptanan ve saptanmayan abortus imminens olgularının gebelik sonuçları. T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara İli 2. Bölge Kamu Hastaneleri Birliği Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Etlik Zübeyde Hanım Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi, tıpta uzmanlık tezi. 2017, Ankara (Danışman: Doç. Dr. MM. Altay, Uzm. Dr. Y. Reis Akdaş).

Taşhan F. Tekrarlayan Erken Gebelik Kayıplarında Maternal Trombofililer. T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi III. Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, uzmanlık Tezi, 2007, İstanbul (Danışman: Prof. Dr. M. Dönmez Kesim).

Taşkın L. Riskli gebelikler. Taşkın L. (Ed). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği, Sistem Ofset Matbaacılık, 2012: 232-235.

Terzioğlu F, Zeyneloğlu S, Vefikuluçay Yılmaz D, Türk R, Gözükara F, Taşkın L. İsteğe Bağlı ve Terapötik Abortus Uygulanan Kadınların Yaşadıkları Sorunlar ve Anksiyete Düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi, 2010; 18–29.

Tikkanen M. Placental abruption: epidemiology, risk factors and consequences. Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 2011; 90 (2): 140- 9.

TNSA, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, 2014, Ankara

Uçar C. Acil Servise Başvuran Obstetri Hastalarının Triyaj Sınıflandırılmasına Göre Dağılımları Ve Yapılan Uygulamaların Değerlendirilmesi. T.C. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, yüksek lisans tezi, 2015, İzmir (Danışman: R. Ekti Genç).

Weintraub AY, Sheiner E. Early pregnancy loss. E. Sheiner (ed.), Bleeding During , Pregnancy: A Comprehensive Guide, Soroka University Medical Center, 2011: 25-44.

WHO, Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank estimates, and the United Nations Population Division. 2014: 1- 27.

World Health Organisation, Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to perinatal period, Acta Obstet Gynecol Scand, 1977; 56: 247-253.

Wu HL, Marwah S, Wang P, Wang QM, Chen XW. Misoprostol for medical treatment of missed abortion: a systematic review and network meta-analysis. *Scientific Reports*, 2017,10; 7(1): 1664.

Yakıştıran B, Yüce T, Söylemez F. First Trimester Bleeding and Pregnancy Outcomes: CaseControl Study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences*. 2016, 4(1): 4-7.

Yıldız, Ç, Çetin A, Özer H, İmir Yenicesu AG, Saray G. First-trimester sonographic diagnosis of massive subchorionic hemorrhage: a case report. *Cumhuriyet tıp dergisi*, 2009; 31: 71-74.

Yılmaz İA, Dursun S, Güngör Güzeller E, Pektaş K. Üniversite Öğrencilerinin Kaygı Düzeyinin Belirlenmesi: Bir Örnek Çalışma. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 2014: 16-26.

Yiğit Ö, Oktay C, Bacakoğlu G. Akdeniz üniversitesi hastanesinin acil servis hizmetleri konusundaki memnuniyet değerlendirme formlarının incelenmesi. *Türkiye Acil Tıp Dergisi*, 2010; 10(4): 181-186.

Xihong Z, Lezhi L. Prenatal anxiety and its influence on delivery outcome. *Med Sci*, 2011;36(8): 803-808.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU ONAYI

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

2017

ETİK KURULU BİLGİLERİ		KARAR
ETİK KURULU ADI	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu	
AÇIK ADRESİ	Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası A Blok 1. Kat No: A1-05 Kampüs /ANTALYA	
TELEFON	0 (242) 249 69 54	
FAKS	0 (242) 249 69 03	
E-POSTA	etik@akdeniz.edu.tr	
ETİK KURUL KODU	2012-KALK-20	
PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVAN/ADI/SOYADI	Yrd.Doç.Dr.Özcan KÖRÜKÇÜ	
ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Acil Servise Başvuran Kanamalı Gebelerde Durumla Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler	
KARAR BİLGİLERİ	<p>Karar No: 371 Tarih: 14.06.2017</p> <p>Yukarıda bilgileri verilen çalışmanın yapılmasında bilimsel ve etik açılarından sakınca görülmemiştir. Bu karar verilmiştir.</p> <p>Araştırmaya çalışmalarında başarılar dileriz.</p>	

Prof.Dr. Arda TOSUNOĞLU
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Başkanı

Dr. Garip Emre ÖZGÖNÜL
Başkan Yardımcısı

Doç.Dr. Murat ÇANPOLAT
Üye

Prof.Dr. Güray İSMAİL
Üye

Doç.Dr. Necmiye HALILOĞLU
Üye

Prof.Dr. Selim KURBAN
Üye

Doç.Dr. İbrahim ÖZGÜNAY
Üye

Doç.Dr. Dilay KILINÇ KÖRÜKÇÜ
Üye

Doç.Dr. Özgür ÖZGEN
Üye

Yrd.Doç.Dr. Mehmet TURSAY
Üye

Yrd.Doç.Dr. Barış NUR
Üye (yazılı)

Dr.Ömer HÖLÇER
Üye (yazılı)

T. GÜLBAĞCI
Üye

Dr. Mustafa AÇIKEL
Üye (yazılı)

ANTALYA İLİ KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ GENEL SEKRETERLİĞİ ÇALIŞMA İZNI

Evrak Tarih ve Sayısı: 17/08/2017-41538



T.C. Sağlık Bakanlığı

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 52415545-619
Konu : Araştırma İzni(Özge ASLAN)

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi: Akdeniz Üniversitesi Öğrenci İşleri Daire Başkanlığının 26/07/2017 tarihli ve E.26933 sayılı yazısı.

Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Programı öğrencisi Özge ASLAN'ın, "Acil Servise Başvuran Kanamalı Gebelerde Durumluk Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler" başlıklı yüksek lisans tez çalışmasını, S.B.Ü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Acil Servisinde ekteki protokol kapsamında yapması tarafımızca uygun bulunmuştur.

Bilgilerinizi ve gereğini arz/rica ederim.

e-İmzalıdır.
Uzm. Dr. Kemal KİRAZ
Genel Sekreter

EKLER:

- 1-Yazı(17 Sayfa)
- 2-Protokol(1 Sayfa)

Dağıtım:

S.B.Ü Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Akdeniz Üniversitesi (Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı)----- sadece ek:2

Güvenli Elektronik İmza
Aslı ile Aynıdır
17.08.2017
Antalya Kamu Hastaneleri Birli.
Genel Sekreterliği
Ayşe KIRAZ
Uzman

Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Eğitim ve Analiz Birimi
Hüsnü Karakaş Mah. Güneş Cad.No:124 (Kepez D.H Yerleşkesi)Kepez/ANTALYA
Faks No:242 3206091

Bilgi için:Semra ORAL

Unvan:HEMŞİRE

e-Posta:semra.oral@saglik.gov.tr İnt.Adresi: http://antalya.khb.saglik.gov.tr/

Telefon No:242 3206000/6044

Evrakın elektronik imzalı suretine http://e-belge.saglik.gov.tr adresinden 13d11e42-bf6b-4147-b36f-1f7b1a0eca53 kodu ile erişebilirsiniz.
Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Ben, (katılımcı adı), katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. Çalışma hakkında soru sorma ve tartışma olanağı buldum ve Özge ASLAN tarafından tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın olası riskleri ve faydaları açıklandı. Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım zaman herhangi bir ters tutumu ile karşılaşmayacağımı anladım. Bu çalışmaya katılmam durumunda bana hiçbir ücret ödenmeyeceğini biliyorum.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi rızamla, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Katılımcının

Adı-Soyadı:

.....

İmzası:

.....

Tarih (gün/ay/yıl):...../...../.....

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı-Soyadı: Özge ASLAN

KİŞİSEL BİLGİ FORMU**BÖLÜM 1- TANITICI BİLGİLER****Yaş:****Gebelik haftası:****Parite:****Evlilik yılı :****Eğitim durumu:** Okur yazar değil Okur yazar İlköğretim Lise Üniversite Lisansüstü**Çalışma durumu:** Evet Hayır**Ailenin toplam geliri:****Gebelik sayısı:****Yaşayan çocuk sayısı:****Geçmişte gebelik kaybı yaşadınız mı?** Evet Hayır**Gebelik kaybı yaşadysa sayısı kaç?****Gebelik kaybı yaşadysa nedeni?****Gebeliğin istenme ve planlanma durumu:**

- İstenen ve planlı bir gebelik
 İstenen; fakat planlanmayan bir gebelik
 İstenmeyen; fakat planlanan bir gebelik
 İstenmeyen ve planlanmayan bir gebelik

Gebelik sürecinde eşinizin desteğini hissediyor musunuz? Evet Hayır Kısmen**Gebelik takiplerinizi düzenli yaptırıyor musunuz?** Evet Hayır**Doğuma hazırlık eğitimi aldınız mı?** Evet Hayır**Daha önce jinekolojik muayene deneyiminiz oldu mu?** Evet Hayır**Daha önce herhangi bir nedenle acil servise başvurduunuz mu?** Evet Hayır

BÖLÜM 2: KANAMAYLA İLGİLİ BİLGİLER

Kanama nedeni (tanılanmışsa):

Kanamamanın başlama şekli

- Ani, kendiliğinden Travma sonrası
 Cinsel ilişki sonrası Diğer (Belirtiniz.....)

Kanamamanın başlangıç zamanı:

- 1-4 saat önce 5-8 saat önce 9-12 saat önce 13-23 saat önce 24 saat ve sonrası

Kanama miktarı?

- Az (4 saatte 1 pedden az)
 Orta (4 saatte 1 ped)
 Fazla (4 saatte 1 pedden fazla)

Kanama ilk başladığı anda ne yaptınız?

- Geçmesini bekledim Sağlık kuruluşuna başvurdum Doktorumu aradım
 112'den yardım istedim Diğer (Belirtiniz.....)

Kanama nedeniyle acil servise ulaşımınız nasıl oldu

- Kendi aracım ile Ambulansla Taksiyle Diğer.....

Kanama başladığında ilk başvuru yeri neresi oldu?

- Hastane
 Kendi özel doktoru
 Aile sağlığı merkezi
 112 Acil servis
 Diğer (Belirtiniz.....)

Kanama nedeniyle tıbbi yardım almanıza kim karar verdi?

- Ben
 Eşim
 Aile büyükleri
 Diğer (Belirtiniz.....)

Şimdiki gebeliğinizde kanamanız başladığında ne hissettiniz?

Şimdiki gebeliğinizde kanamanız başladığında ne yaptınız?

Kanama nedeniyle bebeğinizin sağlıksız doğmasından korkuyor musunuz?

Kanama nedeniyle bebeğinizi kaybetmekten korkuyor musunuz?

Kanama nedeniyle kendi sağlığınızın olumsuz etkileneceğinden korkuyor musunuz?

Daha önceki gebeliklerinde kanama yaşadınız mı? Evet Hayır

BÖLÜM 3: ACİL SERVİS ORTAMIYLA İLGİLİ BİLGİLER

Kanama nedeni (tanılanmışsa):

Kanamamanın başlama şekli

- Ani, kendiliğinden Travma sonrası
 Cinsel ilişki sonrası Diğer (Belirtiniz.....)

Kanamamanın başlangıç zamanı:

- 1-4 saat önce 5-8 saat önce 9-12 saat önce 13-23 saat önce 24 saat ve sonrası

Kanama miktarı?

- Az (4 saatte 1 pedden az)
 Orta (4 saatte 1 ped)
 Fazla (4 saatte 1 pedden fazla)

Kanama ilk başladığı anda ne yaptınız?

- Geçmesini bekledim Sağlık kuruluşuna başvurdum Doktorumu aradım
 112'den yardım istedim Diğer (Belirtiniz.....)

Kanama nedeniyle acil servise ulaşmanız nasıl oldu

- Kendi aracım ile Ambulansla Taksiyle Diğer.....

Kanama başladığında ilk başvuru yeri neresi oldu?

- Hastane
 Kendi özel doktoru
 Aile sağlığı merkezi
 112 Acil servis
 Diğer (Belirtiniz.....)

Kanama nedeniyle tıbbi yardım almanıza kim karar verdi?

- Ben
 Eşim
 Aile büyükleri
 Diğer (Belirtiniz.....)

Şimdiki gebeliğinizde kanamanız başladığında ne hissettiniz?

Şimdiki gebeliğinizde kanamanız başladığında ne yaptınız?

Kanama nedeniyle bebeğinizin sağlıksız doğmasından korkuyor musunuz?

Kanama nedeniyle bebeğinizi kaybetmekten korkuyor musunuz?

Kanama nedeniyle kendi sağlığınızın olumsuz etkileneceğinden korkuyor musunuz?

Daha önceki gebeliklerinde kanama yaşadınız mı? Evet Hayır

DURUMLUK KAYGI ENVANTERİ

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarfetsiniz **anında** nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

		HIÇ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMIYLA
1.	Şu anda sakinim	(1)	(2)	(3)	(4)
2.	Kendimi emniyette hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
3.	Su anda sınırlarım gergin	(1)	(2)	(3)	(4)
4.	Pişmanlık duygusu içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
5.	Şu anda huzur içindeyim	(1)	(2)	(3)	(4)
6.	Şu anda hiç keyfim yok	(1)	(2)	(3)	(4)
7.	Başıma geleceklerden endişe ediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
8.	Kendimi dinlenmiş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
9.	Şu anda kaygılıyım	(1)	(2)	(3)	(4)
10.	Kendimi rahat hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
11.	Kendime güvenim var	(1)	(2)	(3)	(4)
12.	Şu anda asabım bozuk	(1)	(2)	(3)	(4)
13.	Çok sinirliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
14.	Sınırlarımın çok gergin olduğunu hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
15.	Kendimi rahatlamış hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
16.	Şu anda halimden memnunum	(1)	(2)	(3)	(4)
17.	Şu anda endişeliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
18.	Heyecandan kendimi şaşkına dönmüş hissediyorum	(1)	(2)	(3)	(4)
19.	Şu anda sevinçliyim	(1)	(2)	(3)	(4)
20.	Şu anda keyfim yerinde.	(1)	(2)	(3)	(4)

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Özge	Uyruğu	T.C.
Soyadı	ASLAN KOYUTÜRK	Tel no	05061573356
Doğum tarihi	15/12/1990	e-posta	ozgeaslan_07_09@hotmail.com

Eğitim Bilgileri

	Mezun olduğu kurum	Mezuniyet yılı
Lise	Demre Lisesi	2009
Lisans	Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu	2013
Yüksek Lisans	Akdeniz Üniversitesi	2018

İş Deneyimi

Görevi	Kurum	Süre (yıl-yıl)
Ebe	Özel Memorial Antalya Hastanesi	2013
Ebe	Bursa Orhaneli Devlet Hastanesi	2014- 2016
Ebe	Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi	2016 (Halen devam ediyor)

Yabancı Dilleri	Sınav türü	Puanı
İngilizce	2016- YDS İlkbahar Dönemi	20

Yayınlar ve Bildiriler:

Aslan Koyutürk Ö, Körükcü Ö, Üner FÖ. Vajinal ve Mülleriyan agenezi bulunan bir adölesana neovajen yapımı:Vaka Sunumu, 2. Uluslar arası Gençlik Araştırmaları Kongresi, 25-29 Ekim 2017, Muğla, Sözel bildiri.

Üner FÖ, Körükcü Ö, Aslan Koyutürk Ö. Adölesanlarda jinekolojik sorunlar, 2. Uluslar arası Gençlik Araştırmaları Kongresi, 25-29 Ekim 2017, Muğla, Sözel bildiri.