

Bölüm 20

JİNEKOLOJİK ACİLLER ve HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

M. Aybüke BERBER¹
Nevin HOTUN ŞAHİN²

GİRİŞ

Kadın sağlığı, kadının içinde bulunduğu yaşam dönemine göre etkilenmektedir. Kadınlar, yaşamlarının önemli bir bölümünü doğurganlık çağı olarak adlandırılan 15-49 yaş döneminde geçirmektedir. Bu dönemde en sık karşılaşılan ve acile servise başvurmaya neden olan jinekolojik problemlerin başında pelvik ağrı ve kanama gelmektedir.

Doğurganlık çağında karşılaşılan jinekolojik sorunlar tedavi edilmediğinde, teşhis ve tedavisinde gecikme yaşandığında üreme sağlığı ve kapasitesinin olumsuz yönde etkilendiği bilinmektedir. Bu nedenle özellikle acil servise başvuran jinekolojik hastalar dikkatle değerlendirilerek jinekolojik problem belirlenmeli ve uygun müdahalede bulunulmalıdır. Mümkün olan en kısa sürede sorunun tedavi edilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve uygun hemşirelik bakımının sağlanması mortalite ve morbidite oranlarını azaltırken kadınların yaşam kalitesinin artırılmasına önemli katkı sağlayacaktır (Aktaş, Şahin & Gönenç, 2012).

Tüm bunlardan yola çıkarak bu çalışmada, jinekolojik aciller ve hemşirelik yaklaşımını gözden geçirmek amaçlanmıştır. Bu kapsamda, ektopik gebelik, pelvik inflamatuvar hastalık, adneksiyal torsiyon, anormal uterin kanamaları dismenore ve toksik şok sendromu ile uygun hemşirelik yaklaşımları ele alınmıştır.

EKTOPİK GEBELİK

Ektopik gebelik, gestasyonel kesenin uterin kavite dışında bir bölgeye lokalize olmasıyla karakterize olan ve hayatı tehdit eden önemli jinekolojik acil bir tablodur (Özel ve ark., 2016). Ektopik gebeliğin insidansını belirlemek oldukça zordur. Çünkü kurumlar ve ülkeler arasında teşhis olanakları oldukça farklılık göstermektedir. Günümüzde PID, sezaryen doğum oranlarındaki artış ve yardım-

¹ Arş. Gör., Kastamonu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Kastamonu, Türkiye (E-mail: aybukeberber@hotmail.com)

² Prof. Dr., İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, İstanbul, Türkiye (E-mail: nevinsahin34@yahoo.com)

HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI

- Toksik şok sendromunda hemşirelik yaklaşımı destekleyici nitelikte olup komplikasyonları önlemeye ve kontrol altına almaya odaklanır.
- Enfeksiyon odağı belirlenip tampon derhal çıkarılmalıdır.
- Toksik şok sendromu morbidite ve mortalite neden ile hemşirelerin yakından takip ve bakım sağladığı yoğunbakım ünitelerinde tedavi edilmektedir.
- Hekim istemine göre hızla IV infüzyona başlanılmalıdır.
- Hasta hipovolemi yönünden değerlendirilmelidir.
- Vazodilataston ve kapiller geçirgenlikteki artış nedeniyle doku perfüzyonu yakından değerlendirilmelidir.
- Renal fonksiyonlar takip edilmelidir.
- Serebral perfüzyon ve faaliyetler yakından izlenmelidir.
- Hastaya psikolojik destek sağlanmalı ve anksiyetesi giderilmelidir (Mitchell ve ark., 2015).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Jinekolojik nedenlerle acil servise başvuran hastalara hızlı ve doğru tanı konulması morbidite ve mortalite oranlarını azaltmak açısından oldukça önemlidir. Hemşireler hastadan detaylı anamnez alarak ve kapsamlı fiziksel muayene yaparak doğru tanıya ulaşmaya yardımcı olmalıdır. Hastaya uygulanacak girişimlerde fiziksel ve psikolojik destek sağlamalı, tedavi sürecine katılmalı ve hastaları yakından takip ederek olası komplikasyonların erken dönemde fark edilmesine yardımcı olmalıdır. Ayrıca hemşireliğin eğitici ve danışmanlık rolünü yerine getirerek hastaların yaşam kalitelerinin yükseltilmesinde aktif rol almalıdır.

KAYNAKÇA

1. Aktaş D, Şahin E, Gönenç İM. Kadın sağlığını etkileyen, sık görülen bazı jinekolojik problemler ve hemşirelik yaklaşımları. Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi. 2012;1(2): 37-52
2. Benetti-Pinto CL, de Sá Rosa-e-Silva ACJ, Yela DA, et al. Abnormal uterine bleeding. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017; 39(7):358-368.
3. Bugg CW, Calderon Y, Shaikat NM. Pelvic inflammatory disease: diagnosis and treatment in the emergency department. EB Medicine. 2016;18(12):1-24
4. Cheong Y, Cameron I, Critchley HO.D. Abnormal uterine bleeding. British Medical Bulletin.2017; 123(1):103-114.
5. Chu L, Ma H, Liang J, et al. Effectiveness and adverse events of early laparoscopic therapy versus conservative treatment for tubo-ovarian or pelvic abscess: a single-center retrospective cohort study. Gynecol Obstet Invest. 2019: 1-9.
6. Çağlayan N, Beji NK. Pelvik inflamatuvar hastalık ve hemşirelik yaklaşımı. Okmeydanı Tıp Dergisi. 2013;29(3): 154-159.
7. Dewey K, Wittrock C. Acute pelvic pain. Emerg Med Clin North Am. 2019; 37(2):207-218.
8. Gezginç K, Dalkılıç EU. Management of gynecologic emergencies. Journal of Academic Emergency Medicine. 2011; 10:171-173

9. Hawrylyshyn K, McLeod SL, Thomas J. Ectopic pregnancy outcomes in patients discharged from the emergency department. *CJEM*. 2018; 21(1): 71-74.
10. Huchon C, Fauconnier A. Adnexal torsion: a literature review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2010; 150: 8-12.
11. Iacovides S, Avidon I, Baker FC. What we know about primary dysmenorrhea today: a critical review. *Human Reproduction Update*. 2015; 1-17.
12. Kaya E, Kuvandik G, Karakuş A. Management to the abdominal pain in emergency department. *The Journal of Turkish Family Physician*. 2018; 9(2):59-67.
13. Lawani O, Anozie OB, Ezeonu PO. Ectopic pregnancy: a life-threatening gynecological emergency. *International Journal of Women's Health*. 2013;5: 515-521.
14. Li C, Zhao W, Zhu Q, et al. Risk factors for ectopic pregnancy: a multicenter case-control study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015; 15(187): 1-9.
15. Lin S, Yang R, Chi H, et al. Increased incidence of ectopic pregnancy after in vitro fertilization in women with decreased ovarian reserve. *Oncotarget*. 2017; 8(9): 14570-14575.
16. Madan A, Nitin KH, Kaur A, et al. Ectopic pregnancy: a life threatening emergency. *International Journal of Current Research in Medical Sciences*. 2017; 3(7): 144-151.
17. McWilliams GD.E, Hill MJ, Dietrich CS. Gynecologic emergencies. *Surg Clin N Am*. 2008; 88:265-283.
18. Melcer Y, Maymon R, Zlotin MP, et al. Does she have adnexal torsion? Prediction of adnexal torsion in reproductive age women. *Arch Gynecol Obstet*. 2018; 297(3): 685-690.
19. Mitchell M, Bisch S, Arntfield S, et al. A confirmed case of toxic shock syndrome associated with the use of a menstrual cup. *Can J Infect Dis Med Microbiol*. 2015; 26(4): 218-220.
20. Öksüz E, Sözen F, Kavas E, et al. Usage of analgesics among young girls and dysmenorrhea. *Konuralp Tıp Dergisi*. 2017;9(3): 37-45.
21. Özel Ş, Türkmen GG, Koncağül S, et al. Ektopik gebelik olgularının analizi ile ektopik gebeliklerde tanı ve yaklaşımın değerlendirilmesi. *Jinekoloji - Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi*. 2016;13(3): 121-124.
22. Panti A, Ikechukwu NE, Iukman OO, et al. Ectopic pregnancy at usmanu danfodiyo university teaching hospital sokoto: a ten year review. *Annals of Nigerian Medicine*. 2012; 6(2): 1-6.
23. Parkash RV, Javed A. Risk factor leading to ectopic pregnancy. *Pak J Surg*. 2017; 33(1):70-73.
24. Parker VL, Srinivas M. Non-tubal ectopic pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2016; 294:19-27.
25. Price MJ, Ades AE, Welton NJ, et al. Pelvic inflammatory disease and salpingitis: incidence of primary and repeat episodes in England. *Epidemiol. Infect*. 2017;145: 208-215.
26. Ross J, Guaschino S, Cusini M, et al. 2017 European guideline for the management of pelvic inflammatory disease. *International Journal of STD & AIDS*. 2018; 29(2): 1-7.
27. Ryan SA. The treatment of dysmenorrhea. *Pediatr Clin North Am*. 2017; 64(2):331-342.
28. T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi. 2018; 10-19.
29. Wang Z, Zhang D, Zhang H, et al. Characteristics of the patients with adnexal torsion and outcomes of different surgical procedures a retrospective study. *Medicine*. 2019; 98(5): 1-4.
30. Yaniv RT, Schonmann R, Agizim R, et al. Correlation between the length of ovarian ligament and ovarian torsion: A prospective study. *Gynecol Obstet Invest*. 2018; 1-5