

# Gebelik Kolestazında Hemşirelik Bakımı ve Yönetimi

## Nursing Care and Management in Cholestasis of Pregnancy: Case Report

Tülay YILMAZ,<sup>a</sup>  
Sevil GÜNAYDIN<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Ebelik Bölümü,  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
İstanbul

Geliş Tarihi/Received: 05.03.2013  
Kabul Tarihi/Accepted: 18.11.2013

Yazışma Adresi/Correspondence:  
Tülay YILMAZ  
İstanbul Üniversitesi  
Sağlık Bilimleri Fakültesi,  
Ebelik Bölümü, İstanbul,  
TÜRKİYE/TURKEY  
tulaymert@hotmail.com

**ÖZET** Gebelik kolestazi (GK), gebelikle ilişkili en sık görülen karaciğer hastalığıdır. Tedavisi semptomlara yönelik olarak yapılmaktadır. Kaşıntı en yaygın şikâyetlerden biridir. GK'de maternal açıdan riskler çok fazla değilken, fetüs açısından erken doğum, fetal distres ve fetal ölüm gibi ciddi riskler vardır. Bu yazıda kaşıntı şikâyeti ve karaciğer fonksiyon testlerinin yükselmesi üzerine tedavi amacıyla hastaneye yatırılan, tekrarlayan GK öyküsü olan, 37 haftalık bir gebe sunulmuştur. GK'li hastaya bakımda hemşire; tanılama, tedavi ve taburculuk eğitiminde görev almaktadır. GK'deki hemşirelik bakımına örnek olması amacı ile bu olgu sunumu hazırlanmıştır. NANDA hemşirelik tanıları kullanılarak standart hemşirelik girişimleri planlanmış ve olgu literatür eşliğinde tartışılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Kolestaz; gebelik; hemşirelik bakımı

**ABSTRACT** Cholestasis of pregnancy is the most common liver illness related to pregnancy. The treatment of cholestasis is carried out symptomatic. Pruritus is one of the most common complaints of the patient. Although the risks on the maternal side are not so much, there are severe risks for the foetus like preterm delivery, fetal distress and fetal death. In the present case study, a 37 weeks pregnant woman, who attended to hospital for treatment as the result of high results in liver function tests and recurring cholestasis of pregnancy history, was presented. In the care given to the cholestasis of pregnancy patient, the nurse is responsible for the diagnosis, treatment and discharge education. This case study was carried out so as to give an example for the nursing care in cholestasis of pregnancy. The standard nursing procedures were planned by using NANDA nursing diagnosis and the case was discussed with the references.

**Key Words:** Cholestasis; pregnancy; nursing care

**Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2014;6(1):54-62**

Gebelik kolestazi (GK), gebelikte en sık görülen karaciğer hastalığıdır.<sup>1</sup> Genellikle gebeliğin üçüncü trimesterinde görülmektedir.<sup>2,3</sup> Patogenezi tam olarak anlaşılammış, fakat genetik, hormonal ve çevresel faktörlerin etkili olabileceği bildirilmiştir.<sup>3-5</sup> Ayrıca gebelikteki yüksek östrojen konsantrasyonu nedeni ile safra asitlerinin safra kanalları içerisindeki akımının yavaşlaması veya durması sonucu klinik bulguların geliştiği belirtilmektedir.<sup>6-9</sup>

GK'nin insidansı coğrafik bölgelere göre %0,01-14 arasında değişmektedir.<sup>1-3,7</sup> Türkiye'de ise görülme sıklığını Kurt ve ark. %1,4, Evsen ve ark. %0,32 olarak bulmuşlardır.<sup>10,11</sup> Östrojen düzeylerinin çok yüksek olduğu

çoğul gebeliklerde, hepatit C taşıyıcılarında, safra taşı varlığında, 35 yaş üstü gebeliklerde ve daha önce GK öyküsü olanlarda GK'nin insidansı artmaktadır.<sup>5,6,8,9</sup>

GK tanısındaki kaşıntı şikâyeti, gebelikle ilişkili diğer karaciğer hastalıklarından (gebeliğin akut yağlı karaciğeri, HELLP sendromu, preeklampsi vs.) ayırıcı bir semptom olarak kabul edilmektedir.<sup>8</sup> Kaşıntı, genellikle gece kötüleşmekte ve sıklıkla avuç içi, ayak tabanlarında lokalize iken, zamanla tüm vücuda yayılmaktadır. Kaşıntıya bağlı olarak deri ve mukozada yüzeysel lezyonlar görülmektedir. Olguların %50'sinde hastalığın başlangıcına üriner sistem enfeksiyonu eşlik etmektedir.<sup>2,3</sup> Olguların %50'sinde idrarda koyulaşma ve dışkı renginde açılma görülebilmektedir. Hastalar yorgunluk ve iştahsızlıktan, nadiren bulantı ve kusmadan yakınmaktadırlar. Biyokimyasal tetkiklerde serum bilirubinleri, alkalin fosfotaz, kolesterol ve lipid düzeylerinde artış saptanmakta, karaciğer enzimlerinde hafif yükselme beklenmekte ve karaciğer ultrasonografisinin normal olduğu görülmektedir.<sup>3,5,12</sup> Deri biyopsileri genellikle normaldir ve tanısal değildir. Ağır olgularda karaciğer biyopsi örneklerinde safra kanallarında dilatasyon, parankimde safra pigment birikimi ve az miktarda inflamasyon gözlenmektedir. Bu değişiklikler postpartum dönemde geri dönüşümlüdür.<sup>3</sup> Çoğu semptomun doğumdan 24-48 saat sonra geçmesi beklenmektedir.<sup>2,7</sup> Ancak, hastalığın gebelik sonrası siroza dönüşebileceği akılda tutulmalıdır.<sup>7</sup> Doğum sonrası kaşıntı ve karaciğer testlerinde düzelme olmaması alta yatan kronik bir karaciğer hastalığının belirtisi olabileceğinden tekrar değerlendirilmelidir.<sup>5,8</sup> Ayrıca sonraki gebeliklerde GK'nin tekrarlama riskinin %40-70 olduğu bildirilmektedir.<sup>6,8,9</sup>

GK'nin komplikasyonlarının iyi tanınması ve uygun tedavisinin yapılabilmesi hem fetal prognoz hem de anne adayı için önemlidir.<sup>6</sup> Uygulanacak tedavinin, anne ve fetüste istenmeyen bir etkiye neden olmadan, semptomları hafifletmeye yönelik olması gereklidir.<sup>8,13</sup> Nemlendirici kremler ve antipruritik ajanlarla semptomatik tedavi sağlanmakla birlikte, yağdan fakir diyet gibi başka tedavi yaklaşımları da mevcuttur.<sup>3</sup> GK tanısında semptomlara

yönelik olarak ursodeoksikolik asit, deksametazon ve kolestramin kullanılmıştır. Ursodeoksikolik asit, kaşıntıyı ve karaciğer fonksiyonlarını düzeltmekte faydalı olduğu göz önünde bulundurulabilir. Deksametazon ilk basamak tedavide kullanılmamalıdır, çünkü tekrarlanan maternal uygulamaların olumsuz fetal ve neonatal nörolojik etkileri vardır. Kolestramin serum safra asit konsantrasyonunu azaltmada çok etkili olmadığı ve K vitamini eksikliğine yol açabileceği için çok tercih edilmemektedir.<sup>1,3,9,14-18</sup> Uzun süren GK'de intrapartum ve postpartum hemorajiyi önlemek için profilaktik intramusküler K vitamini enjeksiyonu önerilmektedir.<sup>1,3,5,8,12,13,16</sup>

GK'de preterm doğum, mekonyumlu amniyotik sıvı, fetal bradikardi, fetal distres, sezaryen doğum, düşük APGAR skoru, fetal kayıp ve perinatal ölüm riskinde artış vardır.<sup>5,8,9</sup> Fetal ölüm reaktif bir nonstres testi (NST)'ni takiben 24 saat içinde ortaya çıkabilir.<sup>8</sup>

Aileye gebeliğin 37. haftasından sonra doğumun başlatılması konusunda erken girişimin perinatal mortalite ve morbidite riskini arttırabileceği, ancak gebelik devam ederse ölü doğumun öngörülelemeyeceği konusunda bilgi verilerek doğum indüksiyonu denir.<sup>3</sup>

GK tanısı konulduğunda doğuma kadar gebenin haftalık karaciğer fonksiyon testlerine bakılır. Ciddi fetal komplikasyon riski nedeniyle gebelik boyunca fetal izlem sıklığı arttırılır. Fetüsün fetal monitörizasyonu yapılır, ancak istenmeyen fetal sonuçları öngörmede kullanılacak spesifik bir yöntem bulunmamaktadır. Bu nedenle oluşabilecek komplikasyonların öngörülelemeyeceği konusunda aile bilgilendirilmelidir.<sup>7,8</sup> GK'de şiddetli kaşıntı anede uykusuzluğa bağlı yorgunluk ve psikolojik strese neden olabilir. Ancak, genel olarak maternal prognoz iyidir.<sup>3,9</sup>

Kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği kitaplarında GK'ye değinilmediği saptanmış ve bu konudaki hemşirelik bakımına örnek oluşturması amacıyla, GK tanısı almış kadın olgu A.G.'den sözlü onam alınarak, bu olgu sunumu hazırlanmıştır. GK'de hemşire, hastanın tanılanma aşamasında dikkatli anamnez almada, tedavi ya da izlemlerinde

hastanın semptomlarına yönelik bakımında, fetal risklerin artmış olması nedeniyle fetal iyilik halinin izlenmesinde ve doğum ve sonrasında hemşirelik bakımında görev almalıdır. GK tanısı alan hastalar bu hastalıkla ilgili olarak hemşire tarafından bilgilendirilmelidir (Tablo 1). GK'de en sık şikâyet edilen kaşıntı semptomunda hastanın kaşıntısını gidermeye yönelik hemşirelik girişimleri planlanmalıdır. Doğum sonu taburculuk eğitiminde hasta, GK'ye bağlı şikâyetlerinin geçeceği, şikâyetlerinin geçmemesi durumunda doktora başvurusu gerektiği ve sonraki gebeliklerinde bu durumun tekrarlayabileceği konusunda hemşire tarafından eğitilmelidir.<sup>7,8</sup>

## OLGU SUNUMU

Kadın olgu A.G., 25 Eylül 2012'de 31 yaşında G3 P1 A1 Y1, son adet tarihine göre 27. gebelik haftasında kaşıntı şikâyetiyle kliniğe başvurmuştur.

Bayan A.G.'nin öz geçmişinde ailede kolestatik öyküsü olmadığı, ancak ilk gebeliğinde GK nedeniyle takip ve tedavi edildiği, miadında intrauterin gelişme geriliği ile 2800 g erkek bebek dünyaya getirdiği öğrenildi. Olgu doğum eylemi-

nin ardından şikâyetlerinin ortadan kalktığını, ancak bir yıl sonra tekrar vücutta ve ekstremitelerde kaşıntı şikâyeti ile doktora başvurduğunu ve ilaç tedavisi gördüğünü belirtti. İkinci gebeliğinin üç aylık düşükle sonlandığı öğrenildi.

Obstetrik ultrasonografide (USG) 26. hafta dördüncü gününde tekiz canlı gebelik tespit edilmiştir. Yapılan incelemeler sonucu kan grubu B Rh (+), hepatit serolojisi negatif, hemoglobin (Hgb) 9,1 mg/dl, hematokrit (Hct) %26,8 olarak bulunmuştur. Karaciğer enzimlerinden; alanin aminotransferaz (ALT)'in: 27 U/L, aspartat aminotransferaz (AST)'in: 33,6 U/L, gama glutamiltransferaz (GGT)'in: 5 U/L olduğu belirlenmiştir. Bilirubin değerlerine bakıldığında total bilirubin: 5,7 mg/dL, direk bilirubin: 5,6 mg/dL olarak saptanmıştır. A.G.'ye GK tanısı konularak hastaneye yatırılmış ve 750 mg ursodeoksikolik asit başlanmıştır. Olgu, şikâyetlerinde belirgin şekilde gerileme olması üzerine haftalık takibe gelmek üzere tedavinin yedinci gününde taburcu edilmiştir.

Takipleri sırasında 29. hafta üçüncü günde olan gebenin laboratuvar sonuçlarında Hgb: 7,9 mg/dL, Hct %23,5, total bilirubin: 1,8 mg/dL ve di-

**TABLO 1:** Gebelik kolestatı (GK)'nda hastanın bilgilendirilmesi.

GK bir karaciğer hastalığıdır, sadece gebelik sırasında oluşur
Ana belirtisi deri döküntüsü <u>olmaksızın</u> kaşıntıdır
Gebelerin %1'den azı GK'den etkilenir
GK'nin nedeni henüz tam olarak <u>anlaşılmamıştır</u>
GK'li gebelerin daha sık kontrole gelmesi gerekir
Tedavi kaşıntıyı rahatlatmaya yönelik yapılır
Kaşıntıyı rahatlatmak için krem ya da merhemler kullanabilirsiniz
Karaciğerde safra tuzlarının birikmesini azaltmak için ilaç kullanmanız gerekebilir
Besinlerle yeterli K vitamini alımı azalabileceğinden, doğum ve doğum sonrası kanama riskinizin artmasına yönelik gebelikte K vitamini desteği yapılabilir
Doğum sonrası bebeğe hemen K vitamini uygulanmalıdır
GK'nin bebeğinizi nasıl etkileyebileceği konusunda belirsizlik bulunmaktadır
<u>GK'de ölü doğum riski artabilir, bu yüzden günlük fetal hareketlerin takibi gereklidir</u>
<u>GK'de erken doğum yapma veya doğumun erken başlatılması olasılığınız daha yüksektir</u>
Genellikle 37. haftada doğum <u>suni sancı</u> ile başlatılır
GK tanısı koymak için diğer karaciğer bozukluklarını ekarte etmek gerekir
Kaşıntı doğum sonu birkaç gün içinde ortadan kalkacaktır
Genellikle hastalık doğum sonu tamamen geçer
Eğer doğum sonu sorunlar devam ederse doktora başvurulmalıdır
Sağlık profesyonellerinizin kararları size yardımcı olacaktır
Doğum sonu <u>doğum kontrol haplarının</u> kullanımından kaçınılmalıdır. Sadece düşük doz östrojen veya progesteron içeren haplar önerilir <sup>21</sup>

rekt bilirubin: 1,7 mg/dL değerlerinde düşüş gözlenirken, ALT: 40 U/L, AST 52 U/L, GGT 8 U/L değerleri yüksek seyretmesi üzerine gebe tekrar hastaneye yatırılmıştır. A.G.'ye 1000 mg ursodeoksikolik asit başlanmış ve 5 ampul venofer verilmiştir. A.G.'nin şikâyetlerinde belirgin şekilde gerileme olması üzerine 1000 mg ursodeoksikolik asit tedavisi verilerek haftalık takibe gelmek üzere taburcu edilmiştir.

Olgu, 36. gebelik haftasında yapılan haftalık kontrollerde laboratuvar sonuçlarında ALT: 60 U/L, AST 69 U/L, GGT: 13 U/L değerlerinin yüksek seyretmesi üzerine üçüncü kez hastaneye yatırılmıştır. Bu dönemdeki bilirubin değerlerinin (total bilirubin: 1,4 mg/dL, direkt bilirubin: 1,3 mg/dL) düşük seyrettiği gözlenmiştir. A.G.'ye 4x1 ursodeoksikolik asit başlanmıştır. Ultrason bulguları gebelik haftası ile uyumlu, amniyotik sıvısı normal, NST sonuçları reaktif ve vajinal muayenede kollum multipar açıklıkta, forme olarak saptanmıştır.

Olgu perinatoloji servisinde, iki gün süresince izlendi. Yapılan ilk izlemde 36. gebelik haftasında olan A.G.'de özellikle alt ekstremitelerde belirgin olan kaşıntı şikâyeti ve buna bağlı cilt lezyonları saptandı. Olgu son günlerde kaşıntısının kafasında da başladığını ve duş aldığı anda kaşıntısının arttığını, uyku problemi yaşadığını, antihistaminik losyon kullanmadığını ifade etti. Olgu endişeli ve sıkıntılı görünüyordu. Evde bıraktığı çocuğu ve işleri nedeniyle kendini çaresiz hissettiğini belirtiyordu. Olgu için saptanan hemşirelik tanılarına yönelik hemşirelik süreci Tablo 2'de verilmiştir.

Gebeliğin 36. hafta altıncı gününde (07.12.2012 tarihinde) olgu aç bırakılmış ve doğum eylemini başlatmak amacıyla indüksiyon uygulamasına geçilmiştir. Olgu 08.12.2012 tarihinde saat 19:51'de normal doğumla 2870 g ağırlığında, 50 cm boyunda ve 35 cm baş çevresinde bir kız bebek dünyaya getirmiştir.

Doğum sonu 15. günde olgu ile telefonla görüşüldüğünde kaşıntısının bir hafta sonra hafiflediği, sonra da tamamen geçtiği öğrenilmiştir. Tedavi için kullandığı ilaçların doğumla birlikte kesildiğini, ancak izlemlerinin devam ettiğini belirtmiştir.

## TARTIŞMA

Literatürde hepatit C taşıyıcılığı, safra taşı varlığı, sarılık, aile öyküsü, daha önceki gebeliğinde GK tanısı almış olma, üçüncü trimesterde bulunma ve idrar yolu enfeksiyonu varlığıyla birlikte GK'nin görülme sıklığının arttığı bildirilmektedir.<sup>2,3,6-8</sup> Bu olgunun da daha önceki gebeliğinde GK öyküsünün olması literatür ile uyumludur.

GK'de laboratuvar bulguları tanıda yardımcıdır.<sup>2</sup> Bu olgunun ilk başvurudaki laboratuvar değerlendirmesinde direkt bilirubin yüksekliği saptanmış, AST ve ALT değerlerinin normal sınırlar içinde olduğu bulunmuştur. Takipleri sırasında yapılan laboratuvar değerlendirmelerinde direkt bilirubinde düşüş gözlenirken, AST ve ALT değerlerinde yükselme saptanmıştır.

GK'nin maternal ve fetal komplikasyonları arasında; perinatal mortalite ve morbidite riskinin 37. gebelik haftasından sonra arttığı, fetal kayıp, preterm doğum, mekonyumlu amniyotik sıvı, sezaryen doğum ve düşük APGAR skoru riskleri yer almaktadır. Bu nedenle doğumun 37. gebelik haftasından önceye alınabildiği bildirilmektedir.<sup>3,8,13</sup> Bu olgunun da doğumu 36. hafta altıncı gününde indüksiyonla başlatılmıştır. Olgu normal vajinal yoldan sağlıklı bir bebek doğurmuştur. Doğum sırasında maternal ve fetal komplikasyon gözlenmemiştir.

GK'de bulantı, kusma, kaşıntı, iştahsızlık, yorgunluk, idrarda koyulaşma, dışkı renginde açılma gibi semptomlar görülmektedir.<sup>2,3</sup> Kaşıntının özellikle geceleri kötüleştiği, avuç ve ayak tabanı ile gövdeyi içine aldığı belirtilmektedir.<sup>13</sup> Olguda özellikle geceleri artan kaşıntı, idrar renginde koyulaşma, kaşıntıya bağlı uykusuzluk ve yorgunluk semptomları varken, diğer semptomlara rastlanmamıştır.

GK'nin tedavisinde ursodeoksikolik asitin pruritis ve karaciğer fonksiyonları üzerinde yararlı etkilerinin görüldüğü çalışmalar vardır. Tanı konduktan sonra gebeye ursodeoksikolik asit tedavisi başlanmaktadır.<sup>13,17,18</sup> Olguya tanı konulduktan sonra ursodeoksikolik asit tedavisi başlanmıştır.

**TABLO 2:** Gebelik kolestazına yönelik hemşirelik bakım planı.

Hemşirelik Tanısı	Neden	Amaç / Beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme Ölçütleri
Deri bütünlüğünde bozulma	- Gebelik kolestazı nedeni ile oluşan kaşıntı	- <u>Kaşıntı azaltılacak</u> - <u>Kaşıntıya bağlı deri bütünlüğünde iyileşme gözlenecek</u>	- Kaşıntı günlük takip edildi - Tırnaklar kısa tutuldu - Oda ısısı 18-22 0C olacak şekilde ayarlandı - Kaşıntı için istemlenen ursodeoksikolik asiti <u>nasıl kullanacağı anlatıldı</u> ve kullanması sağlandı - Kaşıntı için nemlendiricileri günde 3-4 kez kullanması sağlandı - Deriyi irrite etmeyen pamuklu giysiler giymesi sağlandı - Düşük yağlı diyet önerildi - Günlük 2 litre sıvı alması sağlandı	- <u>Kaşıntı azaldı</u> - <u>Deri bütünlüğünde iyileşme gözlemlendi</u>
Uyku biçiminde bozukluk	- Geceleri artan kaşıntı - İki kişilik odada rahat edememe	- <u>Hasta 8 saat uyduğunu ve dinlenmiş olduğunu belirtecek</u>	- Bireyin uyku düzeni ve alışkanlıkları belirlendi - Oda arkadaşı ile uyku saatlerinin ayarlanması konusunda konuşuldu - Kaşıntıyı azaltmak için; *İlacını düzenli kullanması *Nemlendirici kullanması *Pamuklu çamaşır giymesi *Oda ısısının 18-22 0C olması *Düşük yağlı diyet *Günlük 2 litre sıvı alması konusunda bilgi verildi	- Gece 6 saat uyduğunu bildirdi - <u>Sabah dinlenmiş olarak uyandığını belirtti</u>
Sağlığın sürdürülmesinde değişim	- Gebelik kolestazı - Gebelik	- <u>Gebelik kolestazına bağlı riskler erken tanılacak</u> - <u>Hastanın ilacını kullanması sağlanacak</u> - <u>Fetal kalp atımı izlenecek</u> - <u>Anne fetüsün günlük hareket takibini yapacak</u>	- <u>Hasta GK riskleri açısından gözlemlendi</u> - Karaciğer enzimlerinin takibi yapılacağı konusunda hasta bilgilendirildi - Kaşıntıyı azaltmaya yönelik girişimler planlandı - Gebenin istemlenen 4X1 ursodeoksikolik asit ilacını düzenli kullanması sağlandı - Fetal kalp atımları günde bir kez dinlendi - <u>Annenin, bebeğin sağlık durumunu izlemek için, yemek sonrası üç saat boyunca bebeğin kaç kez hareket ettiğini sayması istendi</u> - <u>Anne üç saat içinde en az 10 hareket olması gerektiği konusunda bilgilendirildi</u> - <u>Anne fetüsün üç saat içinde 10 kez den daha az hareket ettiği veya hareketlerinin azaldığı durumları bildirmesi konusunda bilgilendirildi</u> - 37 gebelik haftasından önce doğumun başlatılacağı konusunda bilgilendirildi	- <u>GK'ye bağlı bir risk tespit edilmedi</u> - <u>Hasta ilacını kullandı</u> - <u>Fetal kalp atımı bazal hızı 150 atım/dk idi</u> - <u>NST reaktif idi</u> - <u>Annenin değerlendirmesiyle fetüsün 10 hareketini üç saat içinde tamamladığı öğrenildi</u>

devamı →

TABLO 2: *devamı.*

Hemşirelik Tanısı	Neden	Amaç / Beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme Ölçütleri
Yorgunluk	- Anemi (Htc %27,1 Hgb 8,9 g/dL) - Uykusuzluk	- Yorgun olmadığını ifade edecek - Hemogloblin ve hemotokrit değerleri izlenecek - Uyuduğunu ifade edecek	- Demirden zengin besin alımı desteklendi - Yeterli ve dengeli diyet alımı sağlandı - Beslenme konusunda bilgi verildi. - Doktor istemiyle Hemogram için kan alındı - Uyku ve dinlenmesine özen gösterildi	- Hasta hâlâ yorgun olduğunu ifade etti - Htc %28,5 Hgb 9,6 g/dL - 6 saat uyuduğunu ifade etti
Bireysel bakımda eksiklik-yıkama-hijyen	- Banyo sonrası kaşıntının artması	- Hastanın banyo yapması sağlanacak - Hastanın banyo sonrası kaşıntısının artması engellenecek	- Banyo yapması konusunda cesaretlendirildi - Banyosunu ılık su ile yapması sağlandı - Banyoda pH 5,5 bir sabun kullanıldı. - Banyo sonrası kurulanma nazik yapıldı - Banyo sonrasında nemlendirici kullanıldı - Banyo süresinin 20 dakikayı aşmaması sağlandı	- Hasta banyo yaptı - Banyo sonrası kaşıntısının artmadığını ifade etti
Anksiyete	- Daha önceki düşük öyküsü - Gebelik kolestazına bağlı risklerle ilgili endişe	- Sözlü olarak daha az endişe yaşadığını belirtecek - Etkili baş etme yöntemlerini kullanabilecek - Risk faktörlerine yönelik birlikte plan yaparak düzenlenen plana uyumu sağlanacak	- Anksiyete ile ilgili duygu ve düşüncelerini ifade etmesine fırsat verildi - Geçmişteki baş etme yöntemleri değerlendirildi - Uygun yöntemin kullanılması sağlandı ve relaksasyon yöntemleri uygulandı - Güven ortamı sağlandı - Risk faktörleri ile ilgili bilgi verildi - Yapılan tedavi hakkında bilgi verildi - Risklere yönelik kendisinin yapabilecekleri hakkında eğitim yapıldı - Fetal değerlendirmeler sırasında fetüs hakkında bilgi verildi	- Hasta sözlü olarak daha az endişe yaşadığını belirtti. - Hasta etkili baş etme yöntemlerini kullandı. - Risk faktörlerine yönelik düzenlenen plana uyum sağladı.
Bireysel baş etmede yetersizlik	- Gebelik kolestazı tanısı almış olmak - Hastanede yatmak	- Hastanın duygularını ifade etmesi sağlanacak - Destek kaynaklarını kullanabilecek - Bireysel baş etme yöntemlerinin farkına varacak	- Hasta ile duyguları tartışıldı ve soru sormaya teşvik edildi - Hastanın mevcut olumlu ve olumsuz baş etme yöntemleri değerlendirildi - Etkin baş etme yöntemleri tartışıldı ve kullanması desteklendi - Tedavi ve bakıma aktif katılımı sağlandı - Destek kaynakları belirlendi ve kullanması sağlandı	- Hasta duygularını ifade etti - Destek kaynaklarını kullanması sağlandı - Bireysel baş etme yöntemlerinin farkına varması sağlandı devamı →

TABLO 2: devamı.

Hemşirelik Tanısı	Neden	Amaç / Beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme Ölçütleri
Bilgi eksikliği	- Gebelik kolestazi ve komplikasyonları	- Gebelik kolestazi ve komplikasyonları konusunda yeterli bilgi sahibi <u>olacak</u>	- Gebelik kolestazi konusunda bilgi verildi - Gebelik kolestazi komplikasyonları konusunda bilgi verildi - Tedavinin semptomların azaltılmasına yönelik olduğu söylendi - Olası fetal komplikasyonların olabileceği konusunda bilgilendirildi - Fetal komplikasyonları azaltmak için 37. gebelik haftasından önce doğumun başlatılabileceği söylendi - Doğumda ve sonrasında kanama riski olduğu konusunda bilgi verildi - Kaşıntının doğum sonu <u>bir</u> hafta içinde geçeceği söylendi - Doğum sonu şikâyetlerin geçmemesi durumunda doktora başvurusu konusunda bilgilendirildi	- Hasta gebelik kolestazi ile ilgili bilgilendiğini ifade etti
Evdeki sorumluluklarını sürdürmede ve yönetmede bozukluk	- Hastanede yatıyor olma	- Evdeki <u>sorumluluklar için aileden destek alınacak</u>	- Destek sistemlerini kullanması sağlandı - Ailede iş bölümü yapılması desteklendi - Evdeki çocuğun bakımını üstlenecek kişi ile ilgili konuşuldu - Eşi ile iş birliği yapıldı	- Evdeki sorumluluklar için aileden destek alındı
Anne-bebeğin zarar görme riski	- Gebelik kolestazi	- <u>Gebelik kolestazına bağlı riskler açısından anne ve bebek izlenecek</u> - <u>Fetal kalp atımı takibi yapılacaktır</u> - <u>NST değerlendirilecek</u> - <u>Anne doğum ve doğum sonu gebelik kolestazına bağlı riskler konusunda bilgilendiğini ifade edecek</u>	- Annenin kaşıntısı <u>aşğıdaki uygulamalarla azaltıldı:</u> * <u>İlacını düzenli kullanması</u> * <u>Nemlendirici kullanması</u> * <u>Pamuklu çamaşır giymesi</u> * <u>Oda ısısının 18-22 °C olması</u> * <u>Düşük yağlı diyet</u> * <u>Günlük 2 litre sıvı alması</u> - Annenin deri bütünlüğü korundu - <u>Günlük bir defa fetal monitörizasyon yapıldı</u> - <u>Günlük bir defa fetal takip yapıldı</u> - Fetal kaybı önlemek için gebeliğin 37. gebelik haftasından önce doğumun başlatılabileceği konusunda bilgi verildi - Erken doğumun riskleri konusunda bilgilendirildi - Doğum ve doğum sonu kanama riski konusunda bilgilendirildi - Doğum sonu yenidoğana K vitamini uygulanması gerektiği konusunda bilgi verildi - <u>Hastalığa bağlı şikâyetlerinin doğum sonu genellikle bir hafta içinde geçtiği fakat şikâyetlerinin geçmemesi durumunda doktora başvurusu gerektiği konusunda bilgi verildi</u> - Sonraki gebeliklerinde hastalığın tekrarlama riski olduğu söylendi.	- <u>Annede ve bebekte gebelik kolestazına bağlı risk tespit edilmedi</u> - <u>Fetal kalp atımı 150 atım/dk idi</u> - <u>NST reaktif idi</u> - <u>Anne doğum ve doğum sonu gebelik kolestazına bağlı riskler konusunda bilgilendiğini ifade etti</u>

devamı →

TABLO 2: devamı.

Hemşirelik Tanısı	Neden	Amaç / Beklenen hasta sonuçları	Hemşirelik Girişimleri	Değerlendirme Ölçütleri
Enfeksiyon Alma Riski	- Hastanede bulunma - Deri bütünlü-ğünde bozulma - Anemi - Deri lezyonları	- Hastanede kaldığı süre içinde nozokomiyal enfeksiyondan korunacak - Enfeksiyon ile ilgili risk faktörlerini bilecek - Enfeksiyondan korunmak için gerekli önlemleri alacak - El yıkama tekniğini doğru uygulayacak - Deri bütünlüğünü koruyacak	- Hastaya bakım verenler hasta ile temas öncesi ve sonrası ellerini yıkadı - Yapılan uygulamalarda aseptik tekniğe uyuldu - Nozokomiyal enfeksiyonlardan hasta korundu - Enfeksiyon ile ilgili risk faktörleri hakkında bilgi verildi - Hastaya gebeliğin enfeksiyona yatkınlığı arttırdığı anlatıldı - Doğru el yıkama tekniği öğretildi - Her tuvalet öncesi ve sonrası ellerini yıkaması gerektiği söylendi - Her yemek öncesi ve sonrası ellerini yıkaması gerektiği söylendi - Enfeksiyon belirti ve bulguları hakkında hastaya bilgi verildi - Miksiyon ve defekasyon sonrası perine bakımı ile ilgili bilgi verildi - Enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden gözlem yapıldı - Deri bütünlüğünün korunması için kaşıntı semptomunun azaltılmasına yönelik cildi nemlendirme ve istemlenen ilaçların kullanılması sağlandı	- Hastada nozokomiyal enfeksiyon saptanmadı - Enfeksiyon ile ilgili risk faktörlerini öğrendiğini ifade etti - Enfeksiyondan korunmak için gerekli önlemleri aldı - El yıkama tekniğini doğru uyguladığı gözlendi - Enfeksiyon belirtileri gözlenmedi - *WBC (White Blood Cells) 5.7 10 <sup>3</sup> /µL *Ateş 36.7 °C

Olguya verilen hemşirelik bakımında, hemşirelik tanıların konmasında NANDA hemşirelik tanılarından faydalanılmıştır. NANDA hemşirelik tanılarına yönelik olarak verilen hemşirelik girişimleri, literatür doğrultusunda hazırlanmış ve olguya uygulanmıştır.<sup>19-23</sup> Hemşirelik bakım planında saptanan sorunların çözümünde, büyük oranda amaçlara ulaşılmıştır (Tablo 2).

GK'de kanama riski olduğu ve protrombin zamanı ile takip edilmesi gerektiği literatürde belirtilmiştir.<sup>3</sup> Kanama riskine karşı olgu gözlenmiş, protrombin zamanı takip edilmiş ve doğum sırasında kanama kontrolü yapılmıştır. Profilaktik K vitamini uygulaması istenmediği için yapılmamıştır.

Doğum sonrası GK semptomlarının 24-48 saat içinde geçmesi beklenmektedir.<sup>2,7</sup> Doğum sonrası olgunun semptomlarının bir hafta içinde gerilediği belirlenmiştir.

GK tanısı almış olgularda doğum sonrası siroz gelişme riski olduğu bilinmektedir.<sup>7</sup> Doğum sonu

taburculuk eğitiminden olguya sirozun belirti ve bulguları konusunda bilgi verilmiş ve kontrollerin önemi vurgulanmıştır.

Olguda NANDA hemşirelik tanılarına göre; deri bütünlüğünde bozulma, uyku düzeninde bozukluk, sağlığın sürdürülmesinde değişim, yorgunluk, bireysel bakımda eksiklik-yıkanma-hijyen, anksiyete, bireysel baş etmede yetersizlik, bilgi eksikliği, evdeki sorumluluklarını sürdürmede ve yönetmede bozukluk tanıları saptanmıştır.<sup>19</sup> Yine NANDA hemşirelik tanılarına göre beklenen riskler; anne-bebeğin zarar görme riski ve enfeksiyon alma riski olarak belirlenmiş ve var olan ve beklenen tanımlara yönelik hemşirelik girişimleri uygulanmıştır (Tablo 2).

Gebelik kolestazında anne ve bebeğin sağlığının korunması açısından hemşirelik bakımı oldukça önemlidir. Bu olguda, uygulanan tedaviler, girişimler ve verilen hemşirelik bakımı ile anne ve bebek sağlığı korunmuştur.



## Öneriler;

■ Gebelik kolestazında hemşirelik bakımı konusunda kanıta dayalı verilere ulaşılması açısından araştırmalar yapılması gereklidir.

■ Kadın hastalıkları ve doğum ile ilgili poliklinik ve servislerde çalışan hemşirelere,

gebelik kolestazında hemşirelik bakımı ve yönetimi konusunda, hizmet içi eğitim verilmesidir.

■ Kadın hastalıkları ve doğumla ilgili kitap ve derslere gebelik kolestazında hemşirelik bakım ve yönetimi konusu eklenmelidir.

## KAYNAKLAR

1. Yıldırım G, Aslan H, Asar E, Gedikbaşı A, Güngördük K, Şafak I, et al. [Pregnancy outcome with intrahepatic cholestasis]. *J Turk Soc Obstet Gynecol* 2007;4(4):250-3.
2. Keleşçi H, Kohl PK, Keleşçi S, Kılavuz Ö. [Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Two cases report]. *SDÜ Tıp Fakültesi Dergisi* 2000;7(4):46-9.
3. Endoğru E, Endoğru H. [Pregnancy and skin]. Çiçek MN, Akyürek C, Çelik Ç, Haberal A, editörler. *Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi*. 2. Baskı. Ankara: Güneş Kitabevi; 2006. p.507-15.
4. Hardikar W, Kansal S, Oude Elferink RP, Angus P. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: when should you look further? *World J Gastroenterol* 2009;15(9):1126-9.
5. Sargın Oruç A, Çelen Ş, Danışman N. [Intrahepatic cholestasis of pregnancy: etiopathogenesis, maternal and fetal impacts]. *Yeni Tıp Dergisi* 2012;29(4):196-201.
6. Ergür AR, Tütüncü L, Yergök YZ, Ertekin A, Müngen E. [Intrahepatic cholestasis of pregnancy, treatment and prenatal outcome]. *Perinatoloji Dergisi* 1998;6(3-4): 86-8.
7. İler E, Tüfekçi EC, Batur O, Temelli F. [Intrahepatic cholestasis of pregnancy, fetal risks, and ursodeoxycolic acid treatment]. *Medical Journal of Bakırköy* 2005;1(2):80-2.
8. Çelik Acıoğlu H, Api O, Turgut A, Ünal O. [Recent intrahepatic cholestasis of pregnancy: Case report]. *J Kartal TR* 2011;22(2):84-8.
9. Ahışhalı E. Liver diseases associated with pregnancy. *Marmara Medical Journal* 2012; 25(2):58-63.
10. Kurt A, Ecevit A, Kısa B, Anuk İnce D, Tarcan A, Bilgin Yanık F. [Neonatal outcomes of pregnancy with intrahepatic cholestasis]. *Perinatoloji Dergisi* 2011;19(1):10-4.
11. Evsen MS, Ender Soydiç H, Özler A, Başaranoğlu S, Karaçor T, Yalınkaya A, et al. [Evaluation of platelet count and platelet function in intrahepatic cholestasis of pregnancy]. *Perinatoloji Dergisi* 2012;20(2):45-8.
12. Bruce K, Watson S. Management of intrahepatic cholestasis of pregnancy: a case report. *J Midwifery Womens Health* 2007;52(1):67-72.
13. Keklik A, Köksal A, Akan H, Yetimalar H, Özerler G, Yıldız A. [A case report about intrahepatic cholestasis in pregnancy]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 1995;5(1):45-7.
14. Güven S, Türkay C. [Pregnancy and liver disease]. *Güncel Gastroenteroloji* 2011;15(2): 107-13.
15. Uludağ S, Denizlam G, Akbaş H, Madazlı R, Şentürk H. [Intrahepatic cholestasis of pregnancy]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2004;14(5):287-90.
16. İnceboz Sungurtekin S, Saruç M, Çağlar H. [Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Review of the rare perplexing problem]. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2001; 11(2):94-6.
17. Samuels P, Cohen AW. Pregnancies complicated by liver disease and liver dysfunction. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1992;19(4): 745-63.
18. Pernoll ML. Intrahepatic cholecystitis in general medical disorders during pregnancy. *Obstetric and Gynecologic Diagnosis and Treatment*. 7<sup>th</sup> ed. East Norwalk: Appleton Lange; 1991. p.423-82.
19. Birol L. [Nursing Process]. Unit III: Nursing Diagnosis. 5. Baskı, İzmir: Etki Matbaacılık; 2002. p.153-302.
20. Carpenito-Moyet LJ. *Hemşirelik Tanıları El Kitabı*. Erdemir F, çeviri editörü. 3. Baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi; 2013. p.1-756.
21. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Obstetric Cholestasis*. Green-top Guideline No 43. 2<sup>nd</sup> ed. London: RCOG; 2011.p.1-14.
22. Nichols AA. Cholestasis of pregnancy: a review of the evidence. *J Perinat Neonatal Nurs* 2005;19(3):217-25.
23. Davies A. Nursing care and management of patients with pruritus. *Nurs Stand* 2007; 21(41):51-7;quiz 58.