

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK DÜŞÜK YÖNETİMİ REHBERİ

ANKARA-2015

ISBN: 978-975-590-559-4

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 997

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza



T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı
Kurumu

SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK DÜŞÜK YÖNETİMİ REHBERİ



Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza

Sağlık alışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Ankara, 2015

ISBN : 978-975-590-559-4

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 997

Baskı : Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic.
Ltd. Şti. Strazburg Cad. No: 31/17 Sıhhiye / ANKARA

Tel: 0312. 229 18 81 – 231 32 57 Fax: 0312. 229 63 97

Bu yayın; T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış ve bastırılmıştır. Her türlü yayın hakkı, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’na aittir. Kaynak gösterilmeksizin alıntı yapılamaz. Kısmen dahi olsa alınamaz, çoğaltılamaz, yayımlanamaz. Alıntı yapıldığında kaynak gösterimi “Sağlık alışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi” T.C. Sağlık Bakanlığı Yayın No:997, Ankara ve 2015 şeklinde olmalıdır.

Ücretsizdir. Parayla satılamaz.

Kapak Tasarım: Grafiker Umman SEZGİN

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza

SUNUŞ

Dünyada her yıl yaklaşık olarak 47.000 annenin ölümü, güvenli olmayan koşullarda gerçekleşen düşüğün yol açtığı komplikasyonlardan kaynaklanmaktadır. İstenmeyen gebeliklerin güvensiz koşullarda sonlandırılması da anne morbidite ve mortalitesini arttıran önemli bir sorundur. Modern kontraseptif kullanımının yaygınlaştırılması, istenmeyen gebeliklerin ve düşüklerin önlenmesinde önemli bir araç olmakla birlikte, birçok faktöre bağlı olarak yöntem kullanan kadınlar arasında da istenmeyen gebelikler oluşabilmektedir. Bu nedenle yöntem kullanımının yüksek düzeyde olduğu gelişmiş ülkelerde de güvenli düşük hizmetlerine ulaşabilmek kadınlar için önemlidir.

Düşüğe bağlı anne ölümlerinin yüksek olduğu ülkeler çoğunlukla isteyerek düşüklerin yasak olduğu ülkelerdir. Sadece beş ülke; Dominik Cumhuriyeti, Malta, El Salvador, Nikaragua ve Şili; kadınlara hiçbir koşulda (annenin hayatı tehlikesi de dâhil) isteyerek düşük olanağı tanımamaktadır. İsteğe bağlı düşüğün yasal olduğu ülkelerde; uygun düşük bakımı, sağlıklı gebelik ve kontrasepsiyon danışmanlığı ve hizmet sunumu isteyerek düşüklerin tekrarlanmasını azaltmaktadır.

Ülkemizde 1983 yılında gerçekleşen yasa değişikliği ile sağlıklı koşullarda eğitimli sağlık personeli tarafından isteğe bağlı düşük ve düşük sonrası kontrasepsiyon danışmanlığı hizmeti sunulmasıyla isteyerek düşüklerin azaltılması amaçlanmış ve başarılı olunmuştur. Ülkemizde 1988 yılında 100 gebelikte isteyerek düşük yüzdesi 23,6 iken 2008 yılında 100 gebelikte 10,0'a düşmüştür.

İsteyerek yapılan düşüklerin azalmasında gebeliği önleyici etkili yöntemleri daha fazla kullanmanın ve istenmeyen gebeliklerin azalmasının önemli rolü olmuştur.

Bakanlığımızca ülke genelinde sağlık personeli tarafından kaliteli, standart, güvenli ve nitelikli hizmet sunulması, uygulamada birlikteliğin sağlanması amacıyla Bakanlığımız Bilim Komisyonu ve Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği ile birlikte “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi” oluşturulmuştur. “Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi” hem kadın sağlığı açısından koruyucu ve tedavi edici yaklaşımları, hem de düşüklerle birlikte ortaya çıkması olası yasal durumlarda halen yürürlükte olan kanunlar ve bunlarla bağlantılı yasal düzenlemeler ışığında sağlık çalışanları tarafından uygulaması zorunlu işlemleri özetlemeyi amaçlamıştır.

Bu rehberler değişmez kurallar dizisi değildir ve hastaya sunulan hizmetlerin hukuki standartlarını oluşturmazlar. Tıbbın ana prensibi, “hastalık değil hasta vardır” ilkesine uygun olarak her hastanın durumunun kendi özel koşulları içerisinde değerlendirilmesi gerektiğini kabul eder.

Klinik rehberlerin hazırlanmasında ve revizyonunda emeği geçen Bilim Komisyonu üyeleri, programda çalışan kurum personeli ile Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği’ne ve bugüne kadar anne ve bebek ölümlerini önlemek adına sahada özveri ile çalışan, bu rehberlerin uygulamasını gerçekleştirecek olan sağlık personeline de ayrıca teşekkür ederiz.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu

REHBER HAZIRLAMA EKİBİ

Uzm.Dr. Sema SANİSOĞLU	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Uzm.Dr. Veli ONGUN	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Prof.Dr. Serdar DİLBAZ	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Prof.Dr. Berna DİLBAZ	Adıyaman Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D.
Prof.Dr. Füsün TERZİOĞLU	Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi
Doç.Dr. Batuhan ÖZMEN	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D.
Uzm.Dr. Burcu GÜNDOĞDU ÖZTÜRK	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm.Dr.Derya AKDAĞ CIRIK	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzm.Dr. Runa ÖZELÇİ	Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
MSc. Cemalettin AK	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Hem. Burcu AKINCI	Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

GİRİŞ.....	1
DÜŞÜK YÖNETİMİNDE KLİNİK DEĞERLENDİRME	2
DÜŞÜK ÖNCESİ DANIŞMANLIK	14
DÜŞÜK YAPACAK KADINDA ANAMNEZ, FİZİK MUAYENE, GEBELİĞİN TANIMLANMASI VE AYIRICI TANI	19
İSTEMLİ DÜŞÜK YÖNETİMİ.....	25
A.Cerrahi Düşük.....	27
B.Tıbbi Düşük	34
DÜŞÜK SIRASINDA VE SONRASINDA İLK EVRENİN İZLEMİ	46
SEPTİK DÜŞÜK (GÜVENLİ OLMAYAN DÜŞÜK)	49
DÜŞÜK SIRASINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR....	52
DÜŞÜK SONRASI DANIŞMANLIK.....	57
DÜŞÜK SONRASI KONTRASEPSİYON	63
YASAL DURUMLAR.....	67
ADÖLESAN DÖNEMDE DÜŞÜKLER	72
GEBELİK KAYIPLARINDA HİSTOPATOLOJİK VE GENETİK DEĞERLENDİRME.....	78
KAYNAKLAR.....	81

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa No

Tablo 1. Mevcut Hastalıklar	3
Tablo 2. Düşüğün Tipini Tanıma ve Tedavi	7
Tablo 3. Düşük Komplikasyonlarının Klinik Yönetimi	13
Tablo 4. Tıbbi ve Cerrahi Düşüklerin Avantaj ve Dezavantajlarının Karşılaştırılması	16
Tablo 5. Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) Gebeliğin İzlenmesi	21
Tablo 6. Mifepriston ve Misoprostol Birlikte Kullanım Protokolü	35
Tablo 7. Misoprostolün Tek Başına Kullanımı	37
Tablo 8. Tıbbi Düşük Yönetimi Kontrol Listesi	42
Tablo 9. Postabortif Kontraseptif Yöntemler	64
Tablo 10. Adölesan Anneler ve Bebeklerinde Karşılaşılan Tıbbi ve Psikososyal Sorunlar.....	74

GİRİŞ

Sağlık Çalışanlarına Yönelik Düşük Yönetimi Rehberi; düşük öncesi danışmanlığı, düşük yönetimini, kendiliğinden veya indüklenmiş düşük sonrası komplikasyon olsun veya olmasın yapılması gereken girişimleri, düşük sonrası komplikasyonları belirleme ve tedavi etmeyi, gelecekteki doğurganlığının planlanmasını, düşük sonrası bakım yetersizliği nedeniyle ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi ve bunların yanı sıra kadının düşük nedeniyle yaşamış olduğu anksiyete, stres gibi duygu durumu değişiklikleri ve hatta ruhsal sorunları inceleyip duygusal destek sağlanması açısından önemlidir.

Kanama veya alt karın ağrısı ile gelen üreme çağındaki bir kadında, düşük tehdidi, kendiliğinden düşük (komplet (tamamlanmış) veya inkomplet (tamamlanmamış), missed abortus, dış gebelik, güvenli veya septik düşük ihtimali araştırılmalıdır.

Düşük sonrasında başvuran hasta hızlıca şok bulguları yönünden de değerlendirilmelidir.(Örneğin ciddi kanama, enfeksiyon, sepsis veya akut batın durumlarında hasta stabil değildir ve acil müdahale gerekir.). Hasta stabilse düşük tipini belirlemek ve komplikasyonun eşlik edip etmediğini anlamak için klinik değerlendirme yapılmalıdır.

DÜŞÜK YÖNETİMİNDE KLİNİK DEĞERLENDİRME

Hastanın psikolojik durumu gözlenerek ve mahremiyeti korunarak yapılmalıdır.

Açık, destekleyici bir iletişim ve nazik, güven verici bir tutum sergilenmelidir.

Hikâyede:

Hastanın;

- Son adet tarihi,
- Gebelik testi veya ultrasonografi yaptırap yaptırmadığı, yaptırdı ise sonuçları,
- Gebelik sırasında lekelenme veya kanama yaşayıp yaşamadığı,
- Karın ağrısı ya da krampı olup olmadığı, varsa aralıklı mı sürekli mi olduğu ve şiddeti (1-10 arası skorlama 10: Şimdiye kadar hissettiğin en şiddetli ağrı.),
- Bilinen ilaç allerjileri,
- Misoprostol veya bitkisel herhangi bir ürün alıp almadığı,
- Yakın tarihli herhangi bir jinekolojik muayene veya girişim geçirip geçirmediği,
- Obstetrik hikâyesi (önceki gebelikler, düşük, kontraseptif kullanımı, ektopik gebelik öyküsü),
- Jinekolojik hikâyesi (adet düzeni, myom, cinsel yolla bulaşan hastalık öyküsü),
- Hepatit ve HIV varlığı,
- Halen varsa kullanmakta olduğu kontraseptif yöntem,
- Geçirilmiş cerrahi öyküsü,
- Fiziksel veya zihinsel engelli olup olmadığı,

- Bilinen medikal hastalık durumu sorgulanmalıdır. Bilinci kapalı bir hastada bu bilgiler hasta yakınlarından alınmaya çalışılmalıdır.

Aşağıdaki tabloda belirtilen hastalıklar varsa hastanın uterus tahliyesi daha ileri tedavi ve takip gereksinimi olabileceğinden hasta bir üst merkeze sevk edilmelidir.

Tablo 1. Mevcut Hastalıklar

Hipertansiyon
Epilepsi
Anemi
Kanama Bozukluğu
Diyabet
Kalp Hastalığı
Astım
Ektopik Gebelik Şüphesi
Alkol veya Madde Bağımlılığı

Fizik Muayene

Hastanın gebelik haftası mutlaka hesaplanmalıdır. Gebelik günlemesi;

- Son adet tarihi kullanılarak,
- Pelvik muayene ile,
- Ultrasonografi ile yapılabilir. Ultrasonografi uygulanmışsa gebelik kesesi, fetal kalp atımı varlığı da değerlendirilmelidir.

Genel Fizik Muayene:

- Hastanın vital bulgularına bakın ve kaydedin (ateş, nabız, tansiyon).
- Hastanın genel sağlık durumu ile ilgili bulguların varlığına bakın (halsizlik, anemi).
- Hastanın karnında kitle ya da hassasiyet olup olmadığına bakın.

Pelvik Muayene:

- Muayene öncesi hastaya idrarını yapmasını söyleyin.
- Hastayı litotomi pozisyonuna getirin.
- Uygun örtülerle örterek hastanın mahremiyetini koruyun.
- Spekulum muayenesinden önce dış genityayı kanama, yırtık, ülser veya herhangi bir cinsel yolla bulaşan hastalık yönünden inceleyin.
- Uygun boyutta spekulum ile nazıkçe vajeni ve serviksi dikkatlice inceleyin.
- Kanama varsa miktarına bakın ve kaynağını tespit etmeye çalışın.
- Servikal os'un açık olup olmadığına bakın, eğer açık ve gebelik materyali varsa ring forseps ile kibarca alabilirsiniz.
- Muayenede kanamada ya da akıntıda kötü koku olup olmadığına bakın.
- Servikal os'tan herhangi bir akıntı gelip gelmediğine bakın. Mümkünse akıntıdan kültür alabilirsiniz.

- Hastanın kendisinin düşük yapmak üzere herhangi bir müdahalede bulunup bulunmadığı (serviks, vajende yabancı cisim veya laserasyon varlığı) veya septik düşük girişiminde bulunup bulunmadığını kontrol edin.

Bimanuel Muayene:

- Uterusun büyüklüğü, pozisyonu ve kıvamı için hekim mutlaka hastaya bimanuel muayene yapmalıdır.
- Gebelikte uterus 6. haftadan sonra, haftada 1cm büyür.
- Gebeliğin 6. ve 8. haftalarından sonra serviks ve uterusun yumuşadığı tespit edilebilir.
- Enfeksiyonu olanlar bu muayenede servikal hareketlerde alt karın ağrısı hissederler.

Eğer uterus beklenenden küçükse; hekim aşağıdaki olasılıkları değerlendirmelidir.

- Hasta gebe değildir.
- Gebelik günlemesi yanlış yapılmıştır.
- Kendiliğinden düşük, missed abortus, inkomplet abortus veya molar gebeliktir.
- Ektopik gebeliktir.
- Normal varyasyondur.

Eğer uterus beklenenden büyükse; hekim aşağıdaki olasılıkları değerlendirmelidir.

- Hasta çoğul gebeliktir.
- Gebelik günlemesi yanlış yapılmıştır.
- Uterin myom veya bikornus gibi uterin anomali vardır.
- Molar gebeliktir.
- Normal varyasyondur.

Hastanın mesanesi doluysa, obez ise, istemli defansı vb. varsa, bimanuel muayenede gebelik haftası anlaşılamayabilir. Bu durumda eğer mevcutsa hastaya ultrasonografi yapmayı önerebilirsiniz.

Düşüğün Tipini Belirleme

Tablo 2. Düşüğün Tipini Tanıma ve Tedavi

Muhtemel tanı	Bulgular ve belirtiler	Yönetim
Düşük Tehdidi Canlı gebeliği olan bir kadında vajinal kanama olması	- Hafif kanama - Kramp/ağrı - Kapalı serviks - SAT ile uyumlu uterus büyüklüğü	- Bilgi ver ve izleme al - Bekleme tedavisi - Kanama devam ederse yeniden klinik değerlendirme
İnkomplet düşük Spontan ya da indüklenmiş düşük sonrasında gebelik materyalinin bir kısmının serviksten atılması ancak hala uterusunda bir parçasının kalması	- Hafif-orta kanama - Kramp/ağrı - Serviks açık - Servikal osta bir kısım parça görülebilir. - Uterus SAT'a göre küçüktür.	- Klinik duruma ve hastanın tercihlerine bağlı bekleme tedavisi veya misoprostol veya vakum aspirasyon önerilebilir. - İnfeksiyon riski varsa antibiyotik verilmeli - Ağrı kontrolü

Missed abortus Gebelik canlılığını kaybetmiş ama uterustan henüz atılmamıştır	- Hiç ya da hafif kanama - Kramp/ağrı - Serviks kapalı - Uterus SAT'a göre küçüktür. - Tanı ultrasonla konulabilir (fetal kalp atımının kaybolması)	- Klinik duruma göre tanıdan emin oluncaya kadar izleme alınabilir, kesin tanı konulduğunda misoprostol veya vakum aspirasyon önerilebilir. - İnfeksiyon riski varsa antibiyotik verilmeli - Ağrı kontrolü
Komplet abortus Gebeliğin tüm ürünleri uterustan atılır ve serviks kapanır.	- Hafif kanama - Kramp/ağrı - Kapalı serviks - Uterus SAT'a göre küçüktür.	- Bekleme tedavisi - İnfeksiyon riski varsa antibiyotik verilmeli - Ağrı kontrolü

Düşük sonrası gebelik materyalinin retansiyonu • Spontan veya indüklenmiş düşük sonrasında rahim içinde gebelik materyalinin bir kısmının kalması	• Beklenenden uzun süren hafif-orta kanama • Kramp/Ağrı • Kapalı serviks	• Enfeksiyon riski varsa antibiyotik • Kanamanın durması için vakum küretaj
Ektopik Gebelik • Gebeliğin endometrial kavite dışına yerleşip, orada büyümesidir. Rüptüre ektopik gebelik durumlarında akut batın bulguları da beklenir.	• Serviks kapalı, • Uterusun büyüklüğü normal veya beklenenden küçük • Kanama/ Ağrı • Baygınlık, adnekslerde hassasiyet, • Ağrılı servikal hareketler	• Hastanın durumu stabil ise ilaç tedavisi (metotreksat) önerilebilir. • Akut batın bulguları varsa acil cerrahi müdahale yapılmalıdır. (Laparoskopi, laparotomi)

Laboratuvar Testleri

Çoğu vakada hikaye ve fizik muayene ile tanı kolaylıkla konur. Ancak DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) laboratuvar testleri isteme tedavi gecikmesine yol açmadığından istenmesinde sakınca görmemektedir.

- Hemogloblin veya hematokrit
- Rh immunglobulin yapılabilen yerlerde işlem öncesi rutin olarak kan grubu ve Rh tayini yapılmalıdır. Komplet olarak düşük yapan ve Rh-rh kan uyuşmazlığı olan kadınlara, bir üst merkez yerine evine gönderilecek olan hastalara düşük sonrası ilk 72 saat içinde 300 µcg Anti-D Immunglobulin yapılmalıdır.
- Servikal displazilerin taranması ve infeksiyonların tanımlanıp tedavisi için de düşük sonrasında kontrolün yapılması önerilmelidir.

Komplikasyonlar

Düşük sonrası başvuran hastaların çoğu stabildir ve rutin yönetim yeterlidir. Ancak bazen hastalar acil müdahale gerektiren komplikasyonlarla da başvurabilirler.

Komplikasyonlar genel olarak düşük işlemine, inkomplet düşüğe veya infeksiyona bağlı olarak gelişir.

Güvenli olmayan düşük (unsafe abortion): Yeterli bilgi ve beceri sahibi olmayan kişiler tarafından ve tıbbi tedavi standartlarına sahip olmayan yerlerde gerçekleştirilen düşüklere denir. Güvenli olmayan düşük sonrasında anne hayatını tehdit eden ciddi komplikasyonlar görülebilmektedir.

Çünkü bu hastalar genellikle düşük işlemini saklama ihtiyacı içinde olduklarından hastaneye oldukça geç başvururlar ve bu da durumlarını daha da kötüleştirir.

Düşük komplikasyonları; kanama, şok, sepsis veya karın içi yaralanmadır. Bu tür ciddi komplikasyonlarda hasta şok bulguları yönünden acilen değerlendirilir.

Eğer bir hasta hayati tehdit eden bir acille hastaneye başvurursa, hastanın hayatını kurtarmak için gerekirse aydınlatılmış onam beklenmeden klinik değerlendirme ve tedavi yapılmalıdır. Hasta stabilize olduktan sonra tedavinin devamı için hastanın onam alınmalıdır.

Şok belirtileri

- Düşük kan basıncı (Sistolik TA: <90 mmhg)
- Hızlı nabız
- Soluk ve soğuk ekstremiteler
- Kapiller dolumun azalması
- İdrar çıkışının <30 cc/saat'in altına düşmesi
- Solunum güçlüğü
- Bilinç bozukluğu, letarji, ajitasyon ve konfüzyon

Ciddi Komplikasyonlarda Hastanın İlk Değerlendirilmesi ve Şok Yönetimi

Hasta hemorajik veya septik şokta olabilir. Ancak genel kural olarak hastada şok bulguları varsa tanının kesinleşmesini beklemeden hekim acil müdahale ekibine haber vermeli, yardım çağırmalı ve ivedilikle hasta stabilize edilmelidir.

Şoktaki Hastanın Stabilizasyonu İçin

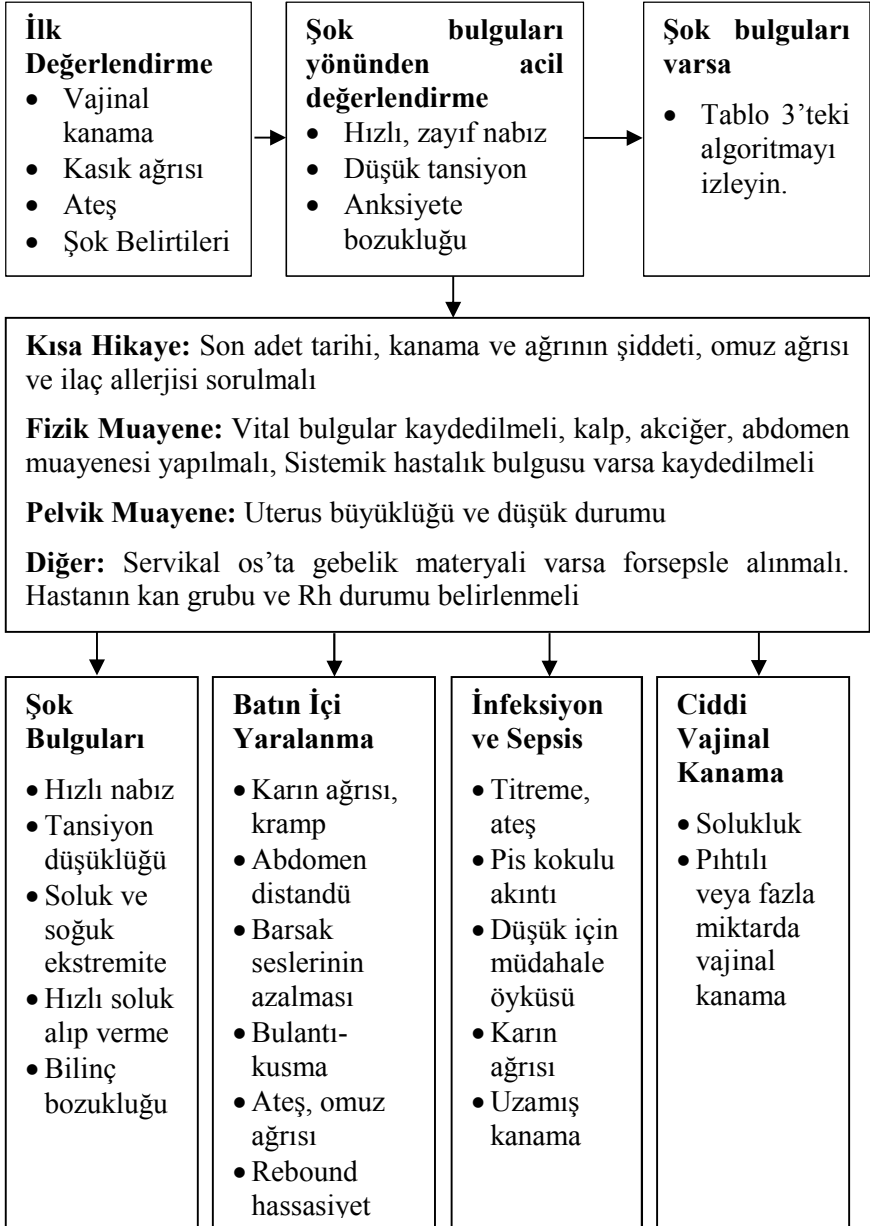
Eğer ciddi kanama veya şok bulguları varsa:

- Havayolunun açık olduğundan emin ol.
- Aspirasyonu engellemek için başı yana döndür.
- Kalbe giden kan akımını artırmak için bacakları havaya kaldır.
- Oksijen maskesi ile 5L/dk veya nasal kanülle oksijen ver.
- Bir veya iki damar yolu açarak hızlıca 1 litre kristalloid solüsyonunu ver (izotonik veya ringer laktat).
- 2 litre IV maiye rağmen vital bulgular düzelmezse transfüzyon yap.
- Hastayı sıcak tut.
- İdrar sondası ile idrar çıkışını takip et.
- Aldığı sıvı miktarını ve kanamayı kaydet.
- Kan grubu, kross match ve hemotokrit, hemoglobin, kan kültürleri, biyokimya için laboratuvara kan gönder.
- 15 dakikada bir vital bulguları izle.
- Eğer hastanın bulunduğu merkezde tedavisi mümkün değilse hastayı acilen ileri merkeze sevk et.

Septik düşük mevcut ise tetanoz profilaksisi yapılmalı, şok bulguları varsa hasta stabilize edilmeli ve takiben hasta ivedilikle ileri tetkik ve tedavi için bir üst merkeze sevk edilmelidir.

Ciddi komplikasyonlarda; acil tıbbi ve cerrahi tedavi gerekebileceğinden eğer koşullar uygun değilse hasta stabilize edildikten sonra ileri bir merkeze sevk edilmelidir. Düşük sonrası komplikasyonların klinik yönetimi kısaca aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

Tablo 3. Düşük Komplikasyonlarının Klinik Yönetimi



DÜŞÜK ÖNCESİ DANIŞMANLIK

Danışmanlık için mahrem, rahat, güvenilir bir ortam hazırlamalıdır.

- Kadını nazikçe karşılayın, kendinizi tanıttin.
- Güven, mahremiyetin esas olacağı bir ilişki sağlayın.
- Duyarlı olun, yargılamayın, suçlayıcı ve aşağılayıcı olmayın.
- Duygularına, kararına ve tartışmak istediği veya istemediği konulara saygı gösterin.
 - Konuşmasını ve soru sormasını teşvik edin.
- Gerçek, açık ve ayrıntılı bilgi verin.
- Hastaya düşük işleminde;
 - **Ne yapılacağını,**
 - **Yararlarını, risklerini,**
 - **Ne hissedebileceğini,**
 - **Düşük sonrası bakım ve hijyen koşullarını açıklayın.**
- **Kadının işlemlerle ilgili sorularını yanıtlayın.**
- Kadının gebelik sonlandırma ile ilgili kararlılığından emin olunmadıkça işlemin yapılamayacağını anlatın.
- Kadının beden dilini gözleyin; düşük işleminin kadınların fiziksel sağlıklarının yanı sıra psikolojik sağlıklarını da etkileyeceğini gözönünde bulundurarak gerekli durumlarda psikolog ve psikiyatristlerden yardım almasını sağlayın.
- Düşük sonrası gebelik istemi olmayan veya gebeliğini ertelemek istemeyen kadınlara uygun aile planlaması danışmanlığını verin.

Danışmanlık Konuları

1. Mevcut yasal durum anlatılmalı

Devletçe sunulan sosyal ve sağlık güvenceleri kapsamında isteyerek düşük hizmetleri gebeliğin 10. haftasına kadar kamu kurum ve kuruluşlarında, özel muayenehane ve hastanelerde de uygulanabilmektedir. Gerek isteyerek gerekse kendiliğinden düşükte uygulanacak işlemlere aydınlatılmış onam alınmadan başlanmayacağı anlatılmalıdır.

2. Gebelik sonlandırma yöntemleri, avantaj ve dezavantajları anlatılmalı

İsteyerek düşükleri sonlandırmak için uygulanan yöntemler genel olarak iki başlık altında sınıflandırılabilir:

- a. Cerrahi Düşük:** Cerrahi düşük, çeşitli cerrahi yöntemlerle yapılan düşüktür.
- b. Medikal (Tıbbi) Düşük:** Gebeliğin, cerrahi müdahale yapılmaksızın, ilaçla sonlandırılmasıdır.

Tablo 4. Tıbbi ve Cerrahi Düşüklerin Avantaj ve Dezavantajlarının Karşılaştırılması

Tıbbi Düşük	Cerrahi Düşük
• Kanama, kramp ve bulantı görülebilir. • Bekleme süreci vardır. • Başarısızlıkta cerrahi düşük gerekebilir. • Birden fazla kez kontrol gerekebilir. • İlaç maliyeti vardır. • Enfeksiyon riski olabilir.	• İnvazivdir • Hızlı ve kesindir • Uterus veya serviksin yaralanma riski vardır • Gebeliğin tam olarak boşaltılamadığı durumlarda tekrarlanması gerekebilir • Anestezi komplikasyonu gelişebilir • Klinikte yapılması gereklidir • Enfeksiyon riski vardır

3. Kadının korku ve endişeleri paylaşılarak psikolojik destek verilmeli

Kendiliğinden düşüklerde; hastanın istenen bir gebeliğin kaybı ile ilgili yaşayacağı üzüntü ve gelecekteki doğurganlığı ile ilgili korkuları dikkate alınmalıdır.

Kadınların düşüğe karar verme aşamasında; günah işleyeceklerini düşünme, suçluluk, pişmanlık, korku ve kararsızlık sorunları yaşadıkları belirlenmiştir. Düşük sırasında yaşanan sorunlar; ağrı, korku, işlemler hakkında belirsizlik duygusu, heyecan olarak saptanmıştır.

Düşük sonrasında ise bebeğin kaybindan dolayı üzüntü, pişmanlık yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların düşüğe ilişkin yaşadıkları sorunların çoğu düşük öncesinde işleme ilişkin yetersiz bilgilendirmeden kaynaklanmaktadır.

4. Tercih ettiği yöntemle ilgili bilgi verilmeli

5. Düşük sonrası izlemle ilgili genel bilgi verilmeli

6. Düşük sonrası kontraseptif yöntem kullanımı ile ilgili danışmanlık verilmeli

7. Kadının fiziksel veya cinsel şiddete maruziyeti varsa

- Kadının anamnezi; refakatçilerinden ayrılarak alınmalıdır.
- Sağlık çalışanı rutin olarak sorulması gerektiği için şiddet konusunda konuştuğunu belirtecek ve yalnız olmadığını hissettirecek ifadeler kullanılmalıdır. Örneğin: “Kadına yönelik şiddet toplumumuzda sıkça yaşandığı için bunu anlamaya yönelik sorular soracağım. Siz böyle sorunlar yaşıyor musunuz?”
- Şiddet tehdidinin sürüp sürmediği tespit edilmelidir.

- Mutlaka kayıt yapılmalı ve adli rapor tutulmalıdır. Travma bulguları kaydedilip mümkünse fotoğrafları çekilmelidir. Adli rapor tutulması, düzenlenmesi halinde yargı süreci onun şikâyetine bağlı değildir. Şikâyetten vazgeçilse bile dava devam eder.
- Şiddete uğrayan kadın için bir güvenlik planı geliştirilmelidir.
- Kadın; şiddet uygulayan kişiden uzaklaştırılmalıdır.
- Mevcut olan resmi güvenlik güçlerine durumu bildirilmelidir.
- İlgili kurumların adres ve telefonları verilmelidir.
- 4320 sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanundan söz edilmelidir.
 - Kadın; düzenlenen raporla polise, savcılığa ya da doğrudan aile mahkemesine başvurabileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

DÜŞÜK YAPACAK KADINDA ANAMNEZ, FİZİK MUAYENE, GEBELİĞİN TANIMLANMASI VE AYIRICI TANI

Hikâye

Başvuran kişiyi, iyi bir tıbbi öykü alarak daha yakından tanımalısınız. Düşük işlemi öncesinde kadının obstetrik, jinekolojik, tıbbi ve cerrahi hastalık hikâyesi ve bireysel bilgileri alınmalıdır.

Obstetrik Hikâye:

- Önceki gebelik, doğum sayısı, doğum şekli, yaşıyan çocuk sayısı, düşük sayısı ve öyküsü ve geçirilmiş ektopik gebelik hikâyesi,
- Kan grubu ve Rh faktörü,
- Son menstrüel periyodunun ilk gününün tarihi,
- Varsa gebe kalındığında kullanılan kontraseptif yöntem.

Jinekolojik Hikâye:

- Geçirilmiş genital hastalık, infeksiyon ve/veya cerrahi,
- Önceki kontraseptif hikâye,
- Son PAP smear zamanı, anormal pap smear hikâyesi.

Tıbbi ve Cerrahi Hastalık Hikâyesi:

- Kronik hastalıkların durumu ve ilaç kullanımı (diyabet, hipertansiyon, renal hastalık, astım, kalp veya tiroid hastalıkları gibi),
- Geçirilmiş enfeksiyon (hepatit, tüberküloz gibi),
- Kanama bozukluğu ya da yatkınlığı,
- Anemi durumu ve tedavisi,
- Sigara, alkol veya diğerk madde bağımlılıkları,
- Beslenme ve özbakım durumu,
- Allerji durumu,
- Kullanılan kontraseptif yöntem,
- Doğurganlıkla ilgili beklentiler.

Aile Hikâyesi:

- Ailede sistemik hastalık hikâyesi,
- Çoğul gebelik hikâyesi,
- Konjenital hastalık ya da deformite, mental ve genetik hastalık hikâyesi,
- Sağlığı etkileyecek kültürel inanç ve davranışları (pika vb.)
- Baba adayının kan grubu.

Gebeliğin erken dönemde tanımlanması; gestasyonel yaşın doğru hesaplanması ve prenatal bakımın erken başlaması açısından önemlidir. Gebeliklerin en belirgin bulgusu amenoredir ancak adetleri düzensiz veya oligomenoreik hastalarda değerlendirme daha zor olabilir. Gebeliğin en sık görülen diğerk belirtileri ise bulantı-kusma, memelerde hassasiyet, idrar sıklığında artış ve yorgunluktur.

Fizik Muayene

Gebelikteki bulgular; vajinal muayenede artan konjesyona bağlı olarak vajinanın mavi-siyah renkte görünümü (chadwick bulgusu), abdomende orta hatta cilt pigmentasyonu artışı (linea nigra), serviksin yumuşaması, uterusun büyümesi ve 12. haftada simfiz pubisin üzerine çıkararak palpasyonla hissedilmesi, gebelik ilerledikçe fetal kısımların abdomenden palpe edilmesi olarak sıralanabilir.

Laboratuvar

Gebeliğin laboratuvarda erken tanısı temel olarak idrarda veya kanda β -hCG tayini ile olur.

Ultrasonografi

Tablo 5. Transvajinal ultrasonografide (TVUSG) Gebeliğin İzlenmesi

• Gestasyonel kese	4,5- 5 haftalık,
• Yolk kesesi	5-6 haftalık,
• Kardiak atımı olan fetal pol	5,5-6 haftalık

Gebelik Tanısı

Gebelik tesbitinde bimanuel pelvik muayene (büyük gebeliklerde abdominal muayene) yapılmalıdır. Gebeliğin tanısını destekleyen diğer tetkikler ise;

- Serumda ya da idrarda β -hCG tayini
- Ultrasonografide gebelik tespiti
- Doppler ultrasonografide fetal kardiyak aktivite tespiti olarak sıralanabilir.

β -hCG'nin tayini

Erken gebelikte β -hCG'nin siklusun hangi günü pozitif olacağı mevcut siklusun uzunluğuna bağlıdır. İdrar testlerinin duyarlılığı az olduğundan âdeti 1 haftadan az geciken vakalarda kan testinin tercih edilmesi önerilir. Hastanelerde idrarda gebelik testi genellikle 15 dakika içinde sonuçlanırken, kan testi yaklaşık 2 saatlik bir süre gerektirir. Kadının kendisi tarafından kullanılan idrardaki gebelik testleri 1 ile 5 dk arasında sonuçlanır, gebelik şüphesi olduğu halde sonuç negatif çıkarsa test 1 hafta sonra tekrarlanmalıdır.

Yanlış negatif test sonucunun nedenleri:

En sık nedeni konsepsiyondan hemen sonra erken dönemde test yapılmasıdır. Bazı durumlarda ovulasyon ve implantasyon daha geç olduğundan test negatif sonuç verebilir. Nadiren de 'kanca etkisi' denilen şekilde β -hCG seviyeleri çok yüksekken antikorlar doygunluğa ulaşmış test negatif sonuç verebilir. Bazı durumlarda ise özellikle idrar testlerinde β -hCG'nin spesifik isoformları ile tespit edilemediğinde test negatif sonuç verebilir.

Yanlış pozitif test sonucunun nedenleri:

1. Biokimyasal gebelikler,
2. hCG salgılayan tümörler,
3. İnfertilite tedavisinde üriner hCG uygulanması durumu (Enjeksiyondan 2 hafta sonra kandan temizlenir.)

Ve nadiren, antikorlar arasında çatışma olması kanda pozitif test ancak idrarda negatif test sonucu olarak sıralanabilir.

Gebeliğin ayırıcı tanısı

Hastada β -hCG tespit edildiğinde doktor öncelikle bu gebeliğin intrauterin olup olmadığını, eğer intrauterin ise canlılığını tespit etmelidir. Hastanın kasık ağrısı, kanaması ve ektopik gebelik için risk faktörleri yoksa öncelikle intrauterin gebelik düşünülmelidir. Transvajinal ultrasonografide intrauterin gebeliğin görülmesi ile ekstrauterin gebelik dışlanabilir.

Eğer ultrasonografide gebelik görülemiyorsa seri β -hCG takipleri yapılmalıdır. Intrauterin bir gebelikte, ilk 6 haftada β -hCG 6000-10000 mIU/L olana kadar düzenli olarak artar. ‘Doubling time’ olarak da ifade edilen bu artış %85 güven aralığıyla β -hCG’nin 48 saat sonra ilk değere göre en az %66 artmasıdır. 2000 mIU/L in altında olan değerlerde intrauterin canlı bir gebelikte 48 saatte β -hCG en az %50 artış göstermelidir. Serum progesteron düzeyi 25 ng/ml nin üzerinde ise % 97,5 duyarlılıkla canlı gebelik tanısı konulabilir. Serum progesteronu 5 ng/ml den az ise gebeliğin yüksek olasılıkla canlı olmadığını düşünülür.

Not: Ultrasonografide **gestasyonel kese ≥ 25 mm iken yolk sac veya embryo izlenemiyorsa veya CRL ≥ 7 mm iken fetal kalp atımı görülmüyorsa** bu durumda **spontan erken gebelik kaybı** düşünülmelidir.

β -hCG yüksekliğine rağmen intrauterin gebelik kesesi görülmediği durumlarda ektopik gebeliğin ayırıcı tanısı için jinekolojik muayene, ultrasonografik izlem ve gerekirse laparoskopi yapılmalıdır. Nadiren β -hCG varlığı, gestasyonel trofoblastik hastalığı veya β -hCG salgılayan over veya hipofiz kaynaklı bir tümörü de gösterebilir. Bu durumda ultrasonografide gebelik yerine intrauterin veya ekstrauterin tümör saptanabilir.

İSTEMLİ DÜŞÜK YÖNETİMİ

Düşük İşlemi Öncesinde;

- Kişiyeye yönelik jinekolojik ve obstetrik öykü (ektopik gebelik, kanama, pıhtılaşma bozuklukları, seksüel geçişli hastalıklar, kullandığı ilaçlar, bilinen allerjik durumlar ve şiddete maruz kalma) sorgulanmalı.
- Nabız, tansiyon gibi basit vital bulgular kayıt edilmeli ve bimanuel pelvik ve abdominal muayene yapılmalı, uterusun pozisyonu muayene sırasında değerlendirilmeli.
- Hb ve Hct; anemi varlığı düşünülen kadınlarda bakılmalı.
- Kan grubu tayini yapılmalı.
- Ultrasonografik inceleme rutin olmamakla birlikte eğer mevcutsa gebelik tayini ve ektopik gebeliğin ayırıcı tanısında kullanılmalı.
- İnfeksiyon varlığında rutin antibiyotik kullanımı düşük sonrası infeksiyon riskini azaltığından işlem öncesi genital infeksiyon yönünden hasta muayene edilmeli.
- İnfeksiyon durumu tespit edilen vakalarda infeksiyonun tedavisinden sonra işlem yapılmalı.
- Cinsel yolla bulaşıcı hastalık yönünden yüksek risk taşıyan birinci trimester düşük olgularına, işlemden önce Penisilin G, 2 milyon ünite IV veya Doksisiklin 300mg oral uygulanır. İkinci trimesterde yapılan abortuslarda işlemden önce 1gr Sefazolin IV verilir ve 6 saat sonra ek doz önerilir. Beta laktam allerjisi varsa, işlemden önce 400 mg Metronidazol, IV olarak uygulanır ve dört saat ara ile 2 ilave ek doz uygulanmalıdır.

- Rh uygunsuzluğu olan vakalarda cerrahi düşükten sonraki ilk 72 saat içerisinde 12 haftadan küçük gebeliklerde dozu 50 µgr, 12 haftadan büyük gebeliklerde 300 µgr Rh-İmmünglobulin yapılmalı.
- Düşük uygulaması öncesi her kadına yapılacak düşük işlemi ve yöntemi konusunda detaylı danışmanlık verilmelidir. Düşük yaptırmaktan vazgeçen ve gebeliğin devamını isteyen kadınlar antenatal merkezlere sevk edilmeli.
- Eş veya aile baskısı görenler, resmi nikâhı olmayan adolesanlar, HIV hastası veya taşıyıcısı olanlar ve şiddete maruz kalanlarla yalnız olarak konuşulmalı, gerekirse daha profesyonel danışmanlık verilmelidir.

Düşük Yöntemleri

A. Cerrahi Düşük

B. Tıbbi Düşük

Uygulanacak olan düşük yöntemi gebeliğin büyüklüğüne göre değişiklik gösterir.

1. SAT'a göre 12-14. haftadan küçük gebelikteki yöntemler

- Manuel veya elektrikli vakum aspirasyon
- Mifepriston sonrası misoprostol kullanılarak medikal düşük
- Medikal düşük yöntemi uygulaması sonrası tamamlanmamış düşük vakalarında vakum aspirasyon
- Dilatasyon ve küretaj (D&C)

2. SAT'a göre 12-14 haftadan büyük gebelikteki yöntemler

- Vakum aspirasyon ve forseps
- Mifepriston uygulaması sonrası tekrarlayan dozlarda misoprostol verilerek yapılan medikal düşük
- Sadece Misoprostol uygulanarak yapılan tıbbi düşük
- Dilatasyon ve evokasyon(boşaltma) (D&E)

A.Cerrahi Düşük

Danışmanlık sonrasında işleme onay veren hastalar cerrahi girişim için hazırlanmalıdır.

İşlem lokal ya da genel anestezi altında yapılabilir. Genel anestezi ile yapılacak ise hastanın işlem öncesinde 6 saat aç kalması gerekmektedir.

Serviksin Hazırlanması

- Serviksin mekanik dilatasyon gereksinimini azaltmak amacıyla işlem öncesi serviks laminaria gibi osmotik dilatatör kullanılarak genişletilebilir ancak laminaria ülkemizde mevcut değildir.
- Birinci trimester düşüklerde uygulamadan 2-3 saat öncesinde vaginal veya sublingual 400 µg misoprostol uygulaması serviksin yumuşama ve genişlemesini sağlar.
- Vakum aspirasyondan 36 saat önce oral olarak 200 mg mifepriston alınmalıdır.
- Serviksin cerrahi öncesi hazırlanması düşük öncesi hazırlanma süresini uzatırken, düşük işlemi için gereken süreyi kısaltır.

Ağrı Kontrolü

Düşük işlemi uygulaması esnasında birçok kadın ağrı hisseder. Ağrının seviyesi;

- Kadının yaşı ve doğurganlık sayısına,
- Dismenore varlığına,
- Anksiyete ve korku derecesine göre değişkenlik gösterir,
- Gestasyonel yaş, dilatasyon seviyesi ve işlem süresi ağrı şiddeti ile doğrudan bağlantılıdır.

Her vakada ağrı yönetimi hasta isteğine bırakılmadan uygulanmalıdır. Bu amaçla;

- Çoğu vakada sözel rahatlatma, analjezikler, servikal lokal anestezi (paraservikal blok) ve/veya sedasyon ağrı kontrolü için yeterlidir.
- Analjezik olarak ibuprofen (400-800 mg) gibi non-steroidal anti-enflamatuvar ajanlar tercih edilir. Parasetamol'ün (500-1000 mg) ağrı kontrolünde yeterince etkili olmadığı gösterilmiştir.
- Cerrahi düşük öncesi diazepam (5 mg oral, cerrahi düşükten 30 dakika önce) gibi trankilizanların kullanılması anksiyeteyi azaltabilir ve hastanın rahatlamasına yardımcı olur.
- Narkotik analjezikler de kullanılabilir ancak solunum depresyonu yapma riski dikkate alınmalıdır.
- Lokal anestezinin kullanılması işlem sırasında hasta ile iletişimin sürdürülmesine olanak sağlar.

- Cerrahi düşük öncesi dilatasyon gereken durumlarda lidokain ile paraservikal blok uygulanır. Paraservikal blok için % 0,5'lik konsantrasyonda 20 ml Lidokain (adrenalinsiz) enjektöre hazırlanarak servikse saat 2, 4, 8, 10 hizasından damara verilmediğinden emin olarak enjekte edilir. Uygulamadan sonra 4-5 dakika beklendikten sonra cerrahi düşüğe başlamalıdır.
- Hafif sedasyon gereken durumlar olabilir. Genel anestezinin taşıdığı riskler göz önüne alındığında rutin kullanımı tavsiye edilmez ancak olanaklar ışığında ve hasta isteğine bağlı olarak uygulanabilir.
- Hastaya uygulanacak tüm medikasyonlar için allerji durumu sorulmalıdır.

Lokal anestezi ile cerrahi düşük sonrası hastanın 30 dakika istirahat etmesi; bir saat süreyle izlenmesi önerilir. Sedasyon veya genel anestezi uygulanan vakalarda süre uzar.

Cerrahi Düşük Yöntemleri

1. Vakum Aspirasyon

- 15 haftalık gebelik haftasından küçük gebeliklerde cerrahi yöntem olarak vakum aspirasyon tercih edilir. Bu yöntem ile başarı oranı %95'in üzerindedir.
- Elektrikli vakum aspirasyonda elektrikli vakum pompasına, manuel vakum aspirasyonda ise elle kontrol edilen ve 60 ml kapasiteli plastik enjektöre takılan kanüller kullanılır.

- Kanül boyutu serviks açıklığına ve gebelik haftasına göre seçilmelidir.
- Erken gebeliklerde kanül serviks dilatasyonuna gerek olmadan servikal kanaldan geçebilir ancak çoğu vakada misoprostol veya mifepriston alınması, osmotik veya mekanik dilatatörler ile serviksin dilatasyonu aspirasyon kanülünün serviksten geçmesi için gerekli olabilir.
- Çoğu vakada vakum aspirasyon sonrası küretaj kullanılmasına gerek olmadan tam düşük gerçekleştirilebilir.

Çok düşük oranlarda olmakla birlikte görülebilen komplikasyonlar; pelvik infeksiyon, servikal yaralanma, plasenta retansiyonu, uterus perforasyonu, anestezi komplikasyonları ve gebeliğin devam etmesi olarak sıralanabilir.

Manuel veya Elektrik Vakum Aspirasyon Basamakları:

- 1- Kullanılacak aletlerin hazırlanması
- 2- Hastanın hazırlanması
- 3- Tercihan oral olarak ağrı kesici veya sedatif verilmesi
- 4- Hasta ve uygulayıcıya yönelik infeksiyon risklerine karşı önleme tedbirlerinin alınması
- 5- Serviksin antiseptik bir ajanla temizlenmesi
- 6- Paraservikal blok uygulanması
- 7- Serviksin dilatasyonu
- 8- Kanülün servikal kanaldan rotasyon yaptırılarak uterin kaviteye itilmesi (5-6 hafta gebeliklerde 5-6 mm, 7-8 haftada 7 mm, 9-10 haftada 7-10 mm kanül)
- 9- Uterin kavite içeriğinin aspire edilmesi
- 10- Aspirasyon materyalinin tam olarak aspire edildiğinden emin olmak için gözlemlenmesi
- 11- Düşük işleminin tamamlanması
- 12- İlave işlemlerin uygulanması (RİA takılması, tüp ligasyonu veya servikal yırtıkların onarılması)
- 13- Hastaya işlemin bittiğinin açıklanması ve yatağa alınarak dinlenmesinin sağlanması
- 14- İşlemin hasta kayıtlarına kaydedilmesi
- 15- Sonraki hasta için infeksiyon önleme tedbirlerinin alınması
- 16- Düşük işlemi tamamlanmış hastanın vital bulgularının, kanama, kramp, emosyonel ve diğer semptomlarının kontrol edilmesi
- 17- Düşük sonrası olası komplikasyonlar, başvuracağı merkezler ve kontrole gelme zamanı hakkında danışmanlık verilmesi
- 18- Taburcu işlemlerinin yapılması

2. Dilatasyon ve Küretaj (D&C)

- Serviksin mekanik dilatatörler veya farmakolojik ajanlar kullanılarak dilatasyonundan sonra uterus duvarlarının metal küret kullanılarak kazınması D&C olarak tarif edilir.
- D&C, vakum aspirasyona göre ağırlı, daha az güvenli bir yöntemdir ve bu nedenle D&C yerine vakum aspirasyonu tercih edilmelidir.
- D&C ile oluşan komplikasyonlar vakum aspirasyona göre daha sık görülür.

3. Dilatasyon ve Evokasyon (Boşaltma) (D&E)

- 12-14 haftalık gebelik haftasından büyük gebeliklerde serviksin osmotik dilatatör veya farmakolojik ajanlar kullanılarak dilatasyonundan sonra 12-16 mm çaplı kanül ve forseps kullanılır.

Cerrahi Düşükte Yöntem Seçimi:

- 12-14. gebelik haftasına kadar manuel veya elektrikli vakum aspirasyonun kullanılması önerilir.
- 12-14. gebelik haftasından büyük gebeliklerde servikal dilatasyon sonrası vakum aspirasyonu ve forseps veya dilatasyon ve evokasyon kullanılması önerilir.
- 12-14. gebelik haftasından büyük gebeliklerde servikal yaralanma ve uterin perforasyon riski nedeniyle serviksin işlem öncesi hazırlanması gerekir.

- Cerrahi düşük yapılacak hastaya ağrı kontrolü yapılmalıdır. Bu amaçla analjezikler, lokal anestezi ve sedatifler kullanılabilir.
- Cerrahi düşük işleminde yapılan servikal dilatasyonda lokal anestezi lidokain kullanılabilir. Genel anestezi; riskleri nedeniyle rutin kullanımdan daha ziyade hastanın özellikleri ve düşüğün gerçekleşeceği sağlık kurumunun özellikleri gözönünde bulundurularak uygulanabilir.
- Düşük işlemi öncesi, yapılırken ve sonrasında enfeksiyon kontrol yöntemlerine uyulmalıdır.
- Cerrahi düşük sonrası hasta kendini iyi hissediyorsa ve vital bulguları sabit ise gitmesine izin verilir.
- Düşük sonrası klinikten ayrılmadan önce hemen düşük sonrası veya daha ileri dönemlerde uygulayacağı korunma yöntemleri konusunda bilgilendirilmelidir
- Klinikten ayrılmadan önce olası kanama miktarı, yan etkiler ve istenmeyen durumların olması durumunda başvuracağı yerler konusunda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir.

B.Tıbbi Düşük

Tıbbi düşük, hiçbir cerrahi müdahale gerekmeksizin kullanılan ilaçlarla gebeliğin tümüyle sonlanmasıdır. Servikal açıklığın sağlanması, düşük indüksiyonundan farklı olarak değerlendirilmelidir.

Günümüzde tıbbi düşükte kullanılan ajanlar ve etkileri:

- **Mifepriston:** Anti-progestatif, endojen prostaglandinleri ve uterus kontraktilitesini artırır. Desiduanın ayrılmasını sağlar, serviksi yumuşatır ve açar.
- **Metotreksat:** Antimetabolit etkiye sahiptir.
- **Misoprostol:** Prostaglandin E1 analogudur ve uterus kontraksiyonunu sağlar, serviksi açar, gebelik materyalinin atılmasını sağlar ve kanamayı azaltır.

Tedavi protokolleri:

Metotreksat ve Misoprostol (Metotreksat 50 mg oral veya im verilmesinden 3-7 gün sonra 800 µg vaginal misoprostol verilmesi tıbbi düşüğü gerçekleştirmede %90 başarılıdır. Ama bu yöntem gebeliğin devam etmesi durumunda fetal anomalilere yol açabileceğinden DSÖ tarafından kullanımı önerilmemektedir)

Tablo 6. Mifepriston ve Misoprostol Birlikte Kullanım Protokolü

Gebelik haftası	Mifepriston dozu	Misoprostol doz, kullanım yolu ve uygulama zamanı
9. gebelik haftasına kadar	200 mg oral (400-600 mg kullanımı da vardır.)	48 saat sonra 800 µg bukkal veya dilaltı veya vajinal tek doz (Oral yol 7. haftaya kadar kullanılabilir ve doz 400 µg'dır.)
9-12.haftalar (Tıbbi düşük, missed abortion)	200 mg oral (400-600 mg kullanımı da vardır.)	48 saat sonra 800 µg vajinal, takiben her 3 saatte bir maksimum 4 doz olacak şekilde 400 µg vajinal veya sublingual Misoprostol
12. haftadan sonra (Tıbbi düşük, missed abortion)	200 mg oral (400-600 mg kullanımı da vardır.)	48 saat sonra 400 µg oral veya 800 µg vajinal, takiben her 3 saatte bir maksimum 5 doz olacak şekilde 400 µg vajinal veya sublingual Misoprostol

9. haftaya kadar olan gebeliklerde cerrahi düşük öncesindeki değerlendirme ve danışmanlık basamakları aynen uygulanır. Misoprostol alımından sonraki 4-6 saat içerisinde kadınların %90'ında düşük gerçekleşir. Yöntem başarısı 9. haftaya kadar olan gebeliklerde %92-98'dir. Kadınların %2-5'inde devam eden gebelik, inkomplet abortus veya gebeliğin atılmasına rağmen aşırı kanama nedeniyle cerrahi müdahale gerekmektedir.

Misoprostol oral, sublingual, bukkal veya vajinal kullanılabilir. Vajinal kullanım kadınlar tarafından en az tercih edilen yoldur. Sublingual alımında gastrointestinal yan etkiler, bukkal alımında ise diyare daha sık görülür.

Tek Başına Misoprostol: İlk trimester abortuslarda mifepriston ve misoprostolün birlikte kullanımına göre daha az başarılıdır. Tıbbi düşükte Mifepristonun olmadığı durumlarda Misoprostolün tek başına kullanım protokolleri Tablo 7.'de belirtilmiştir:

Tablo 7. Misoprostolün Tek Başına Kullanımı

Gebelik haftası	Misoprostol dozu	Misoprostol zamanlaması
< 12. hf (<10 hf isteğe bağlı düşük, ≥10 hf tıbbi düşük veya missed abortus)	800 µg (sublingual veya vajinal)	İlk dozdan sonra düşük gerçekleşmez ise toplam 12 saati ve 3 dozu geçmemek koşulu ile her 3 saatte bir 800 µg sublingual veya vajinal misoprostol
≥12 hf (missed abortus)	400 µg misoprostol (sublingual veya vajinal)	Sublingual veya vajinal 400 µg misoprostol düşük gerçekleşinceye kadar her 3 saatte bir en fazla 5 doz uygulanılabilir.

12 saat içerisinde belirlenen protokollerle düşük gerçekleşmezse işleme ara verilir, ertesi gün aynı protokoller aynı şekilde tekrarlanabilir. Nulliparlarda vajinal misoprostol uygulanması sublinguale göre daha etkilidir.

13 hafta altındaki gebelikler inkomplet abortusla sonuçlanırsa Misoprostol ile tedavi gerçekleştirilebilir. Tek doz 600 µg oral veya 400 µg sublingual uygulanır.

Kontrendikasyonlar:

Mifepriston + Misoprostol için:

- Mifepriston, misoprostol veya diğer prostoglandinlere alerji öyküsü
- Ektopik gebelik tanısı veya şüphesi
- Porfiri
- Kanama bozuklukları veya antikoagülan kullanımı (Kanama miktarını doğru değerlendirmek için manuel vakum aspirasyonu tercih edilmeli)
- Astım (Astımı kontrol altında olmayan ve sistemik steroid kullanan hastalarda mifepriston steroidin etkisini bloke edeceğinden kullanılmamalı)
- RİA varsa işlem öncesi çıkarılmalıdır. Steroid bağımlısı kadınlar, ciddi anemisi olanlar veya ciddi hastalığı olanlarda kullanımında dikkatli olunmalıdır.

Sadece Misoprostol kullanımı için kontrendikasyonlar:

- Misoprostol veya diğer prostoglandinlere alerjisi olan hastalar
- Ektopik gebelik veya ektopik gebelik şüphesi
- Kanama bozuklukları veya antikoagülan kullanımı: manuel vakum aspirasyonu tercih edilmeli, kanama miktarı daha doğru olarak değerlendirilir.
- İtrauterin RİA varsa işlem öncesi çıkarılmalı, ciddi anemisi olanların veya ciddi hastalığı olanlarda kullanımında dikkatli olunmalıdır.

İşlem öncesi gebelik haftasının değerlendirilmesi ve danışmanlık basamakları cerrahi düşüktaki şekliyle uygulanır. Kadına; gebelik haftası, gebeliğin durumu, tıbbi ve cerrahi düşük işlemleri hakkında bilgi verilmeli; tıbbi düşük isteyen hastalarda tıbbi düşüğün nasıl uygulanılacağı ve beklenen yan etkileri anlatılmalıdır.

Tıbbi Düşükle İlgili Bilgilendirmeler

Kanama:

- Misoprostol alımından 1-3 saat sonra başlar ve 4 saat içerisinde kanama ve pıhtı atma gerçekleşebilir.
- Gebelik materyali atıldıktan sonra azalır.
- Kişiye göre farklılık gösterir ve azalarak 1-2 hafta kadar sürebilir.
- Tıbbi düşük sırasında kanama manuel vakum aspirasyonuna göre daha fazla olur.
- Fazla miktarda ise vakum aspirasyon gerekebilir.

Ağrı:

- Misoprostol alımını takiben 30 dakika içerisinde kramp şeklinde başlar.
- Şiddeti kişiye göre farklılık gösterir ve gebelik atıldıktan sonra azalır.
- Karın ve bele sıcak uygulanması (havlu veya su torbası ile) hastayı rahatlatır.

- Ağrı için ibuprofen veya parasetamol (24 saatte toplam 4 gramı aşmamalı) kullanılabilir, parasetamole göre ibuprofen daha etkilidir.

Ateş:

- Her zaman infeksiyonla bağlı değildir, misoprostolün yan etkisi olarak gelişebilir.
- Kadınlar ayrıca misoprostol aldıktan sonraki ilk 24 saatte bulantı, kusma, ateş yükselmesi veya sıcaklık hissi, baş ağrısı, baş dönmesi ve ishalden de yakınabilirler. Kadınlara olası yan etkilerle ilgili bilgi verilmesi bu yan etkilere toleransı arttıracaktır. Misoprostol alımının üzerinden 24 saatten fazla zaman geçtikten sonra bu yan etkiler ortaya çıkarsa bir sağlık kuruluşuna başvurmak gerekir.

Tıbbi Düşükte Komplikasyonlar

Tıbbi düşükte komplikasyon oranları cerrahi düşükten daha yüksek değildir ama görülen komplikasyonlar farklıdır. Belli başlı komplikasyonlar kanama, infeksiyon, inkomplet abortus gelişmesi şeklinde sıralanabilir. Medikal abortus öncesi gebeliğin intrauterin olduğu doğrulanmalıdır; çünkü teşhis edilmemiş ektopik gebelikte medikal abortus kullanımı ektopik gebelik tedavisinde etkili değildir, tanı ve tedavinin gecikmesine yol açar.

Enfeksiyon sıklığı az olmakla (%0,016) birlikte özellikle vajinal misoprostol kullanımı ile bağlantılı olarak fatal seyreden Clostridium Sordellii sepsisi, medikal abortus olgularının izlenmesine yol açmıştır. Enfeksiyon riski olan hastalarda medikal abortus uygulaması sırasında bilinen allerjisi yoksa doksisisiklin (100 mg 2x1/gün) kullanımı önerilmektedir. Aşırı kanaması olan hastalarda (saatte 2'den fazla ped kirletilmesi) hospitalizasyon gerekebilir.

Tıbbi Düşük Sonrası Uyarı İşaretleri

- Aşırı kanama (saatte 2'den fazla pedin kirletilmesi) ve özellikle ek olarak baş dönmesi, artan yorgunluk ve halsizlik varsa)
- 38°C üzerinde ateş yükselmesi (özellikle misoprostol alınmasının üzerinden bir günden fazla zaman geçtiyse)
- Kötü kokulu akıntı
- Aşırı kramp ve karın ağrısı

Tıbbi düşüğe düşük öncesi danışmanlık aşağıdaki noktaları içermelidir:

- Olası yan etkiler ve bunların giderilmesi,
- Uyarı işaretleri,
- Hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiği,
- Rutin izlem ve klinik ziyaretinin ne zaman yapılması gerektiği bilgilerini içermelidir.

Tablo 8. Tıbbi Düşük Yönetimi Kontrol Listesi

Düşük öncesinde/sonrasında	EVET	HAYIR	NOT
Danışmanlık sırasında yanında başka bir kişi olmasını istiyor mu sor ve o kişiyi de davet et			
Tıbbi düşük sırasında ona kimin eşlik edeceğini sor			
Tıbbi durumu ve alerjilerini sor ve kayıt et			
Genel sağlık durumu ve jinekolojik ve obstetrik öyküsünü al			
Rh durumunu öğren ve kaydet			
Gebelik durumu ve haftasını belirle			
Gerekirse ultrasonografi ve laboratuvar testlerini yap (Hb ölçümü vb)			
Cerrahi ve tıbbi düşük hakkında bilgilendir			
Tıbbi düşük basamakları hakkında bilgi vererek bunlara uyum sağlayıp sağlayamayacağını birlikte belirle			
Tıbbi düşük istemini kesinleştir			
Evde kanaması olabileceği konusunda bilgilendir			
İlaçlarını nasıl alacağını açıkla			
İlaçlarını aldıktan sonra neler olacağını açıkla			

Ağrı kontrolü için ne ilaçlar alacağını açıkla			
Olası yan etkileri anlat ve bunları anladığından emin ol			
Uyarı işaretlerini anlat ve bunları anladığından emin ol			
Hangi durumlarda sağlık kuruluşuna başvurması gerektiğini anlat			
Acil başvuru numaralarını ver			
Tıbbi düşük başarısız olursa cerrahi düşük gerekebileceğini açıkla			
Kadına başka bir sorusu olup olmadığını sor			
İmzalanmış aydınlatılmış onam al			
Düşük sonrası doğurganlığın dönüşü hakkında bilgi ver			
Düşük sonrası genel sağlık yaklaşımlarını anlat			
Düşük sonrası kontraseptif yöntem kullanımı (ne zaman ve hangi yöntem) hakkında bilgi ver			
İlaçları nasıl kullanacağı hakkında bilgi ver			
14 gün sonra kontrol randevusunun ayarla			
Mifepriston ilacını ver			
Misoprostol kullanımı için 48 saat sonraya randevu ver			

Sadece Mifepriston kullanımı sonrasında da düşük veya kanama olabileceğini, her iki durumda da 48. saatte kliniğe tekrar başvurması gerektiğini açıkla ve anladığından emin ol			
Misoprostol almak üzere kliniğe başvuru sırasında	EVET	HAYIR	NOT
Mifepriston kullandıktan sonra herhangi bir kanama veya diğer bir değişiklik yaşayıp yaşamadığını sor			
Gebeliği düşürdüğünü ifade ederse jinekolojik değerlendirme yap (bu ifade yoksa muayene ve tetkike gerek yok)			
Misoprostolü ver ve nasıl kullanacağını anlat			
Misoprostol kullanımından sonra evine gitmek isterse düşük ve ağrı kontrolü hakkında bilgi ver			
14.gün kontrol randevusunu ayarla			
Kinikte düşük yaparsa jinekolojik değerlendirmesini yap			
Uyarı işaretlerini anlat			
14.gün kontrol ziyareti			
Kadına düşük durumunu sor			
Kanama durumu ve varsa yan etkiler hakkında bilgi al			

Kadının gebeliğinin sonlandığından emin ol			
Gebeliği devam ediyorsa veya rest abort durumu varsa cerrahi müdahaleyi anlat ve gerçekleştir			
Kanama durumu devam ediyorsa kanamanın şiddetine göre ek Misoprostol ver veya manuel vakum aspirasyonu uygula			
İstenilen kontraseptif yöntemi belirle ve uygunluk kriterlerine göre bu yöntemi uygula ve izlemi anlat			
Üreme sağlığı için gerekli tarama testleri hakkında bilgi ver			
Sormak istediği bir konu var mı sor, yanıtla			

DÜŞÜK SIRASINDA VE SONRASINDA İLK EVRENİN İZLEMİ

Düşük Yapan Hastanın İzlemi

Düşüklerin başarılı yönetimi anne mortalite ve morbiditesi için önemlidir.

Cerrahi düşük işlemi esnasında profilaktik antibiyotik (geniş spektrumlu) kullanımı infeksiyon gelişimini önlemektedir. Tıbbi düşük sonrası cinsel yolla bulaşan hastalık riski varlığında profilaktik antibiyotik (doksisisiklin) kullanımı önerilir.

Rh-rh uygunsuzluğu olan hastalara düşük sonrası ilk 72 saat içerisinde Rh-İmmunoglobulin yapılmalıdır. Rh-İmmunoglobulin dozu 12 haftadan daha düşük gebeliklerde 50 µg, 12 haftadan büyük gebeliklerde 300 µg'dır.

Cerrahi veya tıbbi düşük esnasında ağrıya yönelik uygun tıbbi tedavi mutlaka sağlanmalıdır. Cerrahi düşük vakalarının büyük bir kısmında analjezikler, lokal anestezi ve/veya hafif sedasyon yeterli olmaktadır.

Analjezik tedavi olarak non-steroidal anti-inflamatuvar ajanlar (ibuprofen vs.) tercih edilmelidir. Cerrahi düşük öncesi hastanın anksiyetesini azaltması, hem hasta hem de cerrah açısından müdahalenin daha rahat geçmesini sağlaması nedeniyle trankilizan ajanlar (diazepam vs.) kullanılabilir. Ancak bu ilaçların kullanımı esnasında solunum depresyonu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Cerrahi düşük esnasında tercih edilen lokal anestezi yöntemidir. Lokal anestezi ile komplikasyon riski (örneğin hemoraji) genel anesteziye göre daha düşüktür. Lokal anestezi ajanının yanlılıkla damar içerisine verilmesinden kaçınılmalıdır.

Düşük sonrası izlem

- Hasta yatağına alınarak vital bulguları (tansiyon, nabız, solunum, vajinal kanama miktarı vb.) takip edilmelidir.
- Hasta sedasyon veya genel anestezi almadıysa en az 30 dakika yakın gözlem altında tutulmalıdır.
- Hasta olası komplikasyonlara yönelik sorgulanmalıdır. Ağrısının derecesi öğrenilmelidir. Şiddetli ağrı uterin perforasyon veya akut hematometrayı işaret edebilir.
- Bulantı ve bazen kusmalar 24 saate kadar devam edebilir.
- Bazı hastalarda kramp tarzı ağrılar birkaç gün sürebilir. Tedavi için hastalara analjezik kullanımı önerilir.
- Komplet düşük olup olmadığı pelvik muayene, ultrasonografi veya tekrarlayan β -hCG ölçümleri ile anlaşılabilir. Ancak serum β -hCG değeri, düşük sonrası 4. haftaya kadar normal değere ulaşmayabilir. β -hCG değerinde yükselme ise başka bir patolojiyi veya yeni bir gebeliği düşündürmelidir.
- Düşük sonrası hafif kanama veya lekelenme bir süre devam edebilir.
- Normal menstruasyon ortalama 4-6 hafta sonra başlar.
- Bulantı ve bazen kusmalar 24 saate kadar devam edebilir. Gebelik semptomlarının 24 saatten daha uzun sürmesi durumunda hasta gebelik açısından tekrar değerlendirilmelidir.
- Bazı hastalarda kramp tarzı ağrılar birkaç gün sürebilir. Tedavi için hastalara analjezik kullanımı önerilir.
- Vajinal duş ve tampon yasaklanmalıdır.
- Kanama kesilene kadar seksüel ilişkiye girilmemelidir.

- Hastalar taburcu edilmeden önce bilgilendirilmelidir.
- Girişimsel düşüklerde hasta işlem sonrası vital bulguları stabil ve kendini iyi hissediyorsa taburcu edilebilir. Komplike olmayan işlemler sonrası kontrol önerilmemektedir.
- Hastada Rh-rh uygunsuzluğu durumunda anti-D immün globülin profilaksisi yapılmalıdır. Hastalara işlem sonrasında doğum kontrol yöntemleri hakkında detaylı bilgi verilmelidir.
- Komplike olmayan vakalarda antibiyotik profilaksisi önerilmemektedir. Ancak cerrahi işlem uygulanan vakalarda antibiyotik kullanımının düşük sonu enfeksiyon gelişim riskini düşürdüğünü gösteren çalışmalar mevcuttur. İşlemin uygulanması sırasında hastada genitoüriner yol enfeksiyonu mevcutsa antibiyotik hemen başlanmalıdır. Eğer mümkünse antibiyotik tedavisi sonrasına işlem ertelenebilir. Medikal abortuslarda enfeksiyon riski düşüktür.
- Septik abortuslarda antibiyotik kombinasyonları kullanılır.

SEPTİK DÜŞÜK (GÜVENLİ OLMAYAN DÜŞÜK)

Güvenli olmayan koşullarda düşük girişimleri uygulanmaya devam etmektedir ve Dünya Sağlık Örgütü güvenli olmayan düşüklere bağlı komplikasyonlar nedeniyle her yıl yaklaşık 50.000 kadının öldüğünü bildirmektedir.

- Toksik maddelerin ve/veya yabancı cisimlerin (sabun, tavuk tüyü, şiş vb.) transservikal yolla uygulanışı çok ciddi komplikasyonlara (enfeksiyon, uterus perforasyonu, böbrek yetmezliği, sepsis) ve hatta ölüme neden olur.
- Ölüm nedenlerinin başında sepsis ve hava embolisi gelir.

Aşağıda belirtilen durumlarda hemen hekime başvurmalıdır.

Septik düşük düşünülen vakada;

- Hasta hastaneye yatırılır.
- Hastanın vital bulguları izlenmeye başlanır.
- Hastanın pelvik ve abdominal muayenesi yapılır.
- Gram (+), gram (-) ve anaerobik bakterileri kapsayan intravenöz tek antibiyotik veya kombinasyonları başlanır. Antibiyotiklerin kan serum pik değerlerine 1 saat sonra ulaşacağı göz önünde bulundurularak cerrahi düşük işlemi planlanmalıdır.

Kombinasyonlar:

- Klindamisin 900 mg/8 saat ve gentamicin 5 mg/kg (ampisilin 2 gr/4 saat eklenebilir)
- Ampisilin 2 gr/4 saat ve gentamisin 5 gr/kg/gün ve metronidazol 500 mg/8 saat
- Levofloksasin 500 mg/gün ve metronidazol 500 mg/8 saat

Tek Ajan:

- İmipenem 500 mg/6 saat
- Ticarcillin-klovulonat 31 gr/4 saat (Ülkemizde ruhsatlı değildir.)
- Piperacillin-tazobactam 4,5 gr/6 saat(Ülkemizde ruhsatlı değildir.)
 - Gebelik materyali cerrahi olarak tercihen vakum aspirasyon ile tahliye edilir.
 - Kan ve endometrial örneklerden kültür alınır.
 - Düşük işlemi sonrası vital bulgular ve idrar çıkışı septik şok yönünden takip edilir.
 - Antibiyotik kombinasyonları düşük sonrası 48 saat ateşsiz döneme ulaşana kadar IV devam edilir. IV uygulama sonrası 10-14 gün oral antibiyotikle tamamlanır.
 - Gereğinde tetanoz profilaksisi yapılmalıdır.

Septik Düşükte Cerrahi Endikasyonları:

- Gebeliğin tahliye edilememesi
- Uterus perforasyonu
- Antibiyotik tedavisine cevapsızlık
- Pelvik apse
- Klostridial sepsis (gazlı gangren)

Tehlike İşaretleri

- İki haftadan uzun süren vajinal kanama olması
- Hastanın normal menstruel periyodundan fazla miktarda kanama
- Şiddeti artan ciddi ağrı
- Bayılma, kusma
- 24 saatten fazla yüksek ateş
- Kötü kokulu pürülan vajinal akıntı

Hasta iki hafta sonra kontrole çağrılmalıdır.

DÜŞÜK SIRASINDA GÖRÜLEN KOMPLİKASYONLAR

Cerrahi Düşüklerde Görülen Komplikasyonlar

Görülme sıklığı % 0,5 dir.

a) Uterin kaviteden gebelik haftasına göre beklenenden daha az materyal gelmesi

- Gebelik testinin tekrarı yapılmalıdır.
- Ektopik gebelik açısından mümkünse ultrasonografi yapılmalıdır.
- Yakın zamanda gebelik spontan komplet düşük ile sonuçlanmış olabilir.
- Nadir vakalarda uterin anomali olasılığı akılda tutulmalıdır.

b) İlaçlara karşı allerjik reaksiyon gelişmesi

- Hastada kaşıntı, deride kızarıklık oluşması, nefes almada güçlük şikâyetleri görülebilir.
- İlaç alerjisi sorgulanmalıdır.
- Damar yolu açılıp oksijen tedavisine başlanmalı, havayolu açıklığı sağlanmalıdır.
- Difenilhidramin 25-50 mg IV uygulanmalıdır.
- Ciddi reaksiyonlarda: 0,3 cc epinefrin 1/1000 SC (15-20 dakikada bir tekrar edilebilir).

c) İnkomplet düşük

- Düşük sonrası uterin kavite içerisinde düşük materyalinin kalması durumudur.

- Hastalarda vajinal kanamanın devam etmesi, karın ağrısı ve ilerleyen dönemde de infeksiyon belirtileri gözlenebilir.
- Tedavide vakum aspirasyonu veya misoprostol (600 µg oral veya 400 µg sublingual tek doz) kullanılabilir. Klinik olarak stabil olan ve cerrahi/tıbbi tedaviyi reddeden hastalar izlem altına alınabilir. Ancak bu yöntemle kalan materyalin atılması daha uzun zaman alabilir ve infeksiyon riski olabilir.

d) Plastik kanülün kırılması

- Kavite içerisinde kırılan kanül parçası araştırılmamalıdır. Yeni bir kanül kullanılarak işlem tamamlanmalıdır. Kalan parça aspire edilebilir veya kavite içerisinde bırakılabilir. Bir süre sonra spontan olarak kaviteden atılacaktır.

e) Uterin perforasyon şüphesi

- Müdahale esnasında kanülün hiçbir dirençle karşılaşmadan, tahmin edilen uterus boyutundan fazla ilerlemesi ile şüphelenilebilir.
- İşlem hemen sonlandırılmalı ve kanül çıkartılmalıdır.
- Şok bulgularının varlığı araştırılmalıdır.
- Damar yolu açılmalıdır.

➤ Uterus tam olarak boşaltılmamış ise;

- Uterin perforasyon sırasında barsaklar, kan damarları veya diğer organlar yaralanmışsa laparoskopi yerine laparotomi tercih edilir.
- Ameliyathane koşulları yetersiz ise hasta hemen ameliyathane koşulları uygun olan bir merkeze sevk edilmelir.

➤ **Uterus tam olarak boşaltılmış ise;**

- Genellikle hastanın gözlem altında tutulması ve antibiyoterapi tedavi için yeterlidir.
- Hastanın vaginal ve/veya intraabdominal kanaması olabileceği bilinerek izlemi yapılmalıdır.
- Şüpheli omentum veya barsak hernisi gibi bir durum yoksa 0,2 mg IM ergometrine (kanama devam ediyorsa maximum 2 doz) verilebilir.
- Hasta 24 saat takip edilmeli ve gerekiyorsa bir üst basamak sağlık kuruluşuna sevk edilmelidir.
- İlk 2 saat hastanın vital bulguları yakın takip altına alınmalıdır.
- Eğer hastanın vital bulguları bozuksa veya ergometrin/oksitosin tedavisine rağmen kanaması devam ederse ameliyathane koşulları olan merkeze sevk edilmelidir.

f) Kanama

- Hastada yoğun vajinal kanama olduğu durumlarda; konsepsiyon materyalinin tam olarak boşaltılamaması, uterin atoni, servikal travma, uterin perforasyon, koagülopatiler akla gelmelidir.
- Tedavi etyolojiye yönelik olmalıdır. Uterin kavitenin tekrar aspire edilmesi, uterotonik ajanlar, intravenöz sıvı replasmanı, ciddi kan kaybında kan transfüzyonu, pıhtılaşma faktörlerinin yerine konması gerekir. Gerekirse laparoskopi veya laparotomi uygulanabilir.

g) Anesteziye bağlı komplikasyonlar

- Lokal anestezi, genel anesteziye göre daha güvenli bir yöntemdir. Genel anestezi uygulanan hastalarda kardiyopulmoner resusitasyon için gerekli tıbbi donanım mutlaka olmalıdır. Narkotik-antagonist ajanlar hazır bulundurulmalıdır.

h) Vazovagal reaksiyon veya senkop

- Müdahale esnasında hastada bayılma, terleme, nabzın düşmesi, hipotansiyon, letarji gibi semptomlar gelişmesi durumudur.
- Hastanın kan basıncı, nabızı ve solunumu kontrol edilmelidir.
- İşleme son verilmeli, hastanın solunum yolu açık tutulmalıdır. Yan tarafa çevirilerek kusma esnasında aspire etmesi önlenmelidir. Bacaklar yukarı kaldırılmalıdır. Damar yolu açılarak sıvı desteği verilmelidir.

Tıbbi Düşük Esnasında Görülen Komplikasyonlar

- Tıbbi düşük sonrası komplikasyon riski cerrahi düşüğe oranla daha az görülmektedir.
- Şiddetli vajinal kanama görülebilir. Bir saat içerisinde iki ya da daha fazla sayıda büyük ped/tampon değiştirmesi durumunda hasta değerlendirilmelidir.
- Tıbbi düşük sonrası kanama olmaması veya düşük materyalinin atıldığından emin olmayan kadınlarda devam eden bir gebelik olabileceği akla getirilerek gerekli değerlendirme yapılmalıdır.

- Tıbbi düşük esnasında tedavide kullanılan ajanlara bağlı yüksek ateş ($>38^{\circ}\text{C}$), kramp tarzında ve şiddeti artan ağrı, bulantı, kusma, diyare görülebılır.
- Tedaviden 2 hafta sonra düşüğün tam olarak gerçekleştiğini doğrulamak için muayene gebelik testi ve/veya ultrasonografi ile değerlendirme yapılmalıdır.

DÜŞÜK SONRASİ DANIŞMANLIK

Düşük sonrası danışmanlık aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- Gebelik belirtilerinin ortadan kalkması (bulantı, kusma, göğüslerde dolgunluk)
- Düşük sonrası kullanılması gereken ilaçlar (ağrı kesici, gerekiyorsa antibiyotik, İnsan anti-D immünglobulini)
- Olası yan etkiler (lekelenme, karın ağrısı vb.)
- Olası komplikasyonlara ait belirtiler (kanama, karında hassasiyet, ateş yükselmesi, bulantı, kusma)
- Acil durumlar veya herhangi bir endişe duyulduğunda başvurulması gereken bölüm ve numaralar (mesai saatlerinde ve mesai saatleri dışında)
- Düşük sonrası fiziksel aktivite
- Düşük sonrası öz bakım
- Düşük sonrası cinselliğin başlaması
- Düşük sonrası doğurganlığın dönüşü (Çoğu kadında abortusdan 9-10 gün sonrasında doğurganlık döner, kadınların %75inde 6 hafta içerisinde ovülasyon gerçekleşir.)
- Düşük sonrası kontrol için randevu tarihi
- Takipte yapılması gerekenler (smear, infeksiyon takibi, habitüel abortuslarda etiyoloji araştırılması vb.)
- Düşük sonrası kontrasepsiyon

Düşük sonrasında kadın değerlendirilmeli ve kanamaya yönelik bilgi verilmelidir.

- Her düşükten sonra, bir miktar kanama normaldir.
- Menstürasyondan daha şiddetli olan, 3- 4 haftadan uzun süren kanamaların değerlendirilmesi gerekir.
- Düşükten sonraki ilk 24-36 saat içinde kanama çok azdır, daha sonra endometrium gebeliğin neden olduğu hormon desteğini kaybedince kanama artar ve mensturasyona benzer miktarda kanama, bazen 6 haftaya kadar uzayabilir.
- Şiddetli kanamalar; gebelik dokusu artıklarının uterusda kalması, serviks, vajina veya uterusun kullanılan alet veya kimyasal maddelerle zedelenmesi ve atoni sonucunda gelişir.

Kadına psikolojik destek sağlanmalıdır.

- Kadının endişelerini ve ihtiyaçlarını konuşabilmek için uygun bir ortam oluşturulmalı, kadının dinlenmesi sağlanmalı, ağrısı varsa giderilmelidir.
- Kadın ve ailesinin herhangi bir kültürel inanış ya da değeri varsa saygı gösterilmeli ve dikkate alınmalıdır.
- Ailenin iletişim özellikleri ve destek sistemleri tanımlanmalıdır.
- Kadın ve aile üyelerinin kayba karşı hissedecekleri kurtulma, keder, sıkıntı ya da nötr duygularını tanımları için yardım edilmelidir.
- Düşük sonrası kadının suçluluk gibi olumsuz duygularla ve stresle baş etmesine destek olunmalıdır. Kadına stresle etkili baş etme yöntemleri öğrenmesine yardım edilmelidir.

Bu yöntemler;

- Paylaşma,
- Derin nefes alma egzersizleri,
- Gevşeme teknikleri,
- Fiziksel egzersiz,
- Uğraşılar, müzik dinlemek, kitap okumaktır.

Enfeksiyon belirtileri hakkında bilgi verilmelidir.

Gebelik dokusu artıkları, bakterilerin çoğalması için çok uygun bir ortam oluşturduğundan, enfeksiyon gelişebilir. İşlem esnasında sterilite kurallarına uyulursa enfeksiyon riski azalır, ancak bazen kişinin kendinden kaynaklanan faktörler neticesinde enfeksiyon oluşabilir. Enfeksiyon belirtileri, düşükten 3-6 gün sonra ortaya çıkar, fakat daha erken ve daha geç de görülebilir. **Düşükte enfeksiyon belirtileri;**

- Karın, pelvis ve belde kramp şeklinde ağrı, ateş ve titreme,
- Kötü kokulu vajinal akıntı,
- Uzamış kanama veya lekelenme,
- Halsizlik,
- Kas ağrıları,
- Pelvik muayenede uterus ve adnekslerin duyarlı olması veya serviks hareketlerinde duyarlılıktır.

Enfeksiyon riskini azaltmak için, sağlıklı beslenme, aşırı yorgunluktan kaçınma, ayakta duruş şeklinde banyo yapma, her gün iç çamaşırlarını değiştirme, bulaşıcı enfeksiyonlardan korunması gerektiği gibi önlemlerin alınması gerektiği anlatılmalıdır. Her boşaltımdan sonra perine bakımı yapmanın önemi ve pedlerini sık değiştirmesi konusunda eğitilmelidir.

Kadına bir sonraki menstruasyon zamanı hakkında bilgi verilmelidir.

Kürtaj sonrası ilk adet genelde 4 hafta (ortalama 4-6 hafta) sonra görülür. Kürtajın yapıldığı gün adet kanamasının ilk günü olarak kabul edilir ve normal süresinde ilk âdeti beklenir. Nadiren bu süre 60 güne kadar uzayabilir. Eğer beklenen günde adet görülmez ise mutlaka jinekolojik değerlendirme için bir sağlık kuruluşuna başvurması önerilir.

Kadına cinsel ilişkiye başlama zamanı hakkında bilgi verilmelidir.

Kadına kanama tamamen kesilinceye kadar yaklaşık iki hafta cinsel ilişkiden kaçınılması gerektiği konusunda uyarılmalıdır. Bu süre sonrasında kadın tekrar gebe kalacağı konusunda bilgilendirilmelidir. Düşük nedeni ile oluşabilecek komplikasyonlar en çok bu dönemde ortaya çıkmaktadır.

Tekrarlayan gebelik kayıplarında kadına genetik danışmanlık hakkında bilgi verilmelidir.

Tekrarlayan gebelik kayıplarında en önemli rolü kalıtsal faktörler oynamaktadır. Ailenin sonraki gebeliklerinde izleyeceği yolun belirlenmesi amacıyla; etyolojik faktörlerin aydınlatılması, kalıtım şeklinin belirlenmesi ve gerekli hallerde aile içi incelemelerin yapılması önemlidir. Tekrarlayan gebelik kayıpları öyküsü olan eşlerde kromozom anomalisi saptanma sıklığı %3-10 olarak bildirilmiştir. Düşük vakalarında en sık rastlanan kromozom anomalileri, dengeli translokasyonlar ve inversiyonlardır.

Genetik olduğu düşünölen durumlarda düşük materyalinden kromozom analizi yapılması gerekebileceği göz önünde bulundurularak hastaya bilgi verilmelidir. (Bakınız: Genetik Değerlendirme)

Kontraseptif yöntemler hakkında kadın/eşı bilgilendirilmeli, uygun kontraseptif yöntem seçiminde kadına yardımcı olunmalıdır (Bakınız: Düşük Sonrası Kontrasepsiyon).

Gebeliğin sonlandırılması ve kendiliğinden düşük sonrasında kadının fertilitesi iki hafta içinde geri döner.

Kaybı yasayan ailelere yardımcı olunmalı, bakım gereksinimlerini karşılanmalı ve sürecin fiziksel ve psikosomatik bir sekel bırakması önlenmeli ve bundan sonra oluşabilecek yaşama ilişkin sorunlara baş edebilme yeteneği kazandırılmalıdır.

Bu süreçte

- Ön yargısız ve hoş görölü olarak, aileyi duygularını ifade etmesi yönünde cesaretlendirmelidir.
- Yaşadıkları duygu ve davranışların kayba normal reaksiyonlar olduğu anlatılmalıdır.
- Daha önce kullandıkları başarılı baş etme yöntemleri saptanmalı ve tekrar kullanmaları sağlanmalıdır.
- Yas tepkisiyle baş edebilmek ve yas sürecini daha kısa bir zamanda tamamlayabilmek için öncelikle fiziksel ihtiyaçlarına (uyku, yemek, sağlık) özen göstermesi gerektiği anlatılmalıdır.

- Bireyin fiziksel, mental ve sosyal aktivitelerinin dengeli şekilde devamını sağlamalı ve öz bakım gücünü arttırmalıdır.

Cinsel yolla bulaşan infeksiyonlar hakkında bilgi verilmelidir

Kadına yaşam aktiviteleri hakkında bilgi verilmelidir.

- Düşük sonrası, 2-3 hafta havuza girmemesi, küvette ya da oturarak banyo yapmaması gerektiği anlatılır. Banyo ayakta duş şeklinde yapılmalıdır, tampon kullanılmamalıdır.
- Düşük sonrası ilk 3-4 günde, ağır fiziksel aktiviteden kaçınması gerektiği anlatılır.

DÜŞÜK SONRASI KONTRASEPSİYON

Bir kadının üreme çağı boyunca bir düşük yapma olasılığı %20-30, iki düşük yapma olasılığı %9, 3 düşük yapma olasılığı %3'tür. Tekrarlayan istemli düşük başvurularında düşüğün bir aile planlaması yöntemi olarak kullanılmaması gerektiği anlatılmalı ve gebelik istenmiyorsa mutlaka düşük sonrası kontraseptif yöntem danışmanlığı ve kadının isteğine göre yöntem sunumu gerçekleştirilmelidir. Kontraseptif yöntem kullanmak isteyen kadınlarda yöntem seçimi ve yöntem uygulanması ertelenmemelidir.

Tablo 9. Postabortif Kontraseptif Yöntemler

Abortus yöntemi	Hangi koşulda uygulanabilir	Kontraseptif Yöntem seçeneği	Uygulama zamanı
1. Trimester cerrahi düşük (MVA, Elektrikli vakum aspirasyon)	Enfeksiyon belirtileri yoksa, enfeksiyon varlığında RİA ve cerrahi sterilizasyon uygun değil	Rahimiçi araç (RİA), sterilizasyon dahil tüm yöntemler	Cerrahi düşük sonrası hemen
2.Trimester cerrahi düşük (MVA, Elektrikli vakum aspirasyon, D&EC)	İnfeksiyon belirtileri yoksa enfeksiyon varlığında RİA ve cerrahi sterilizasyon uygun değil	RİA, sterilizasyon dahil tüm yöntemler	Cerrahi düşük sonrası hemen
Medikal abortus (mifepristone + misoprostol)	Düşük tamamlanmadan	RİA ve hormonlu rahimiçi sistemler (LNG-IUS) hariç tüm hormonal kontraseptif yöntemler	Mifepristone veya misoprostol alımı ile birlikte
	Düşük tamamlanması ile ilgili fiziksel bulgular mevcut, düşük duyarlılıkta gebelik testi negatif ve/veya, ultrasonografide gebeliğin sonlandığının saptanması	RIA ve LNG-IUS dahil tüm yöntemler	Düşük tamamlandığında

Düşük sırasında (septik abortus) ve/veya düşük sonrasında genital infeksiyon varlığı veya infeksiyon şüphesi varsa:

Tubal sterilizasyon, RİA (bakırlı veya hormonlu RİA) uygulanması infeksiyon tedavisi sonrasına ertelenmelidir. Diğer tüm metodlar hemen uygulanılabilir: Kombine hormonal yöntemler (kombine oral kontrasetif, kombine enjeksiyon), sadece progesteron içeren hormonal yöntemler (depo-provera, implant, sadece progesteron içeren mini-hap), bariyer metodlar (kadın veya erkek kondomu), partnere vazektomi

Düşük sırasında genital organ yaralanması gelişmişse:

- Uterin perforasyon veya ciddi servikal yırtıkta RİA uygulaması ertelenir.
- Kadın sterilizasyonu ertelenebilir ama intraabdominal bir müdahale (laparoskopi veya laparotomi) uygulanılacaksa aynı seansta tüp ligasyonu uygulanılabilir.
- Yaralanmanın yerine göre bariyer yöntemler (spermisid, kadın kondomu vb.) kullanılması ertelenebilir.
- Diğer tüm metodlar: Kombine hormonal yöntemler (kombine oral kontrasetif, kombine enjeksiyon), sadece progesteron içeren hormonal yöntemler (depo-provera, implant, sadece progesteron içeren mini-hap), bariyer metodlar (erkek kondomu), partnere vazektomi uygulanılabilir.

Fazla kanama olmuş veya ciddi anemi varsa:

Kadın sterilizasyonu veya bakırlı RİA uygulanması ertelenilir. Sadece progesteron içeren hormonal yöntemler (depo-provera, implant, LNG-IUS, sadece progesteron içeren mini-hap), bariyer metodlar (kadın veya erkek kondomu), partnere vazektomi uygulanılabilir.

1.trimester uygulama normal aplikatörle, 2. Trimesterde ring forseps ile kavitenin bütünlüğü ve kıvamına dikkat ederek uygulanılır.

Postabortif RİA uygulanması:

- 1. trimester abortus sonrası uygulamalarda atılma oranı %2-5'tir.
- 2. trimester sonrası uygulamalarda atılma riski daha fazladır.

Postabortif RİA abortus sonrası hemen uygulanmamışsa, uterus involüsyonunu tamamladıktan sonra gebelik veya rest abortus olmadığından emin olduğumuz bir dönemde uygulanabilir. Post-abortif kalıcı yöntem uygulanmasında kadına ve çifte tüm yöntemler ayrıntılı bir şekilde anlatılmalı, çok kapsamlı bir danışmanlık verilmeli, hastanın sterilizasyon kararının bilinçli olarak verilmiş, pişmanlığa neden olmayacak bir karar olmasına dikkat gösterilmelidir.

YASAL DURUMLAR

27.5.1983 yılı 2827 sayılı Nüfus Planlaması Kanunu 5. madde 1. fıkrasına göre “*Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar annenin sağığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde istek üzerine rahim tahliye edilir.*”.

Gebeliğı sonlandırmaya yetkili olan kişi:

Bu durum 1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütölmesi ve Denetlenmesine ilişkin Tüzük’ün 3. Maddesinin 2. Fıkrasında “*Rahim tahliyesi kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarınca yapılır*” denmektedir.

Tüzüğün 4.maddesinin 1.fıkrasının (a) bendi uyarınca, kadın hastalıkları ve doğum uzmanları mesleklerini uyguladıkları yerlerde rahim tahliyesi işlemini gerçekleştirebilirler. Gebeliğı sonlandırma yetkisi bakımından tüzük, pratisyen hekimlere de sınırlı bir yetki vermiştir.

18.12.1983 tarihli Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin Yürütölmesi ve Denetlenmesine ilişkin Tüzük’ün 3. Maddesine göre pratisyen hekimler, resmi tedavi kurumlarında sadece belirli bir yöntem (menstrüel regölasyon yöntemi) kullanmak suretiyle gebeliğı sonlandırabilirler. Pratisyen hekimler bu görevi, 13. maddede ifade edildiğı üzere, nüfus planlaması kanunun 11. madde hükümlerine göre hazırlanmış eğitim programına tabii olduktan sonra yerine getirebilirler.

Bu kanunun 5. maddesi ve 2. fıkrasına göre gebelik süresi 10 hafta üzerinde ise rahim ancak gebelik, annenin hayatını tehdit ettiği veya edeceği veya doğacak çocuk ile onu takip edecek nesiller için ağır maluliyete neden olacağı hallerde kadın hastalıkları ve doğum uzmanı ve ilgili daldan bir uzmanın objektif bulgulara dayanan gerekçeli raporlarıyla tahliye edilebilir.

Tecavüz Sonrası Gebelik

5237 sayılı TCK 99. maddesine göre bir kadının mağdur olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde süresi **20 haftadan** fazla olmamak kaydıyla ve kadının rızası olması koşuluyla gebelik hastane ortamında ve uzman hekimlerce sonlandırılabilir.

İzin Belgesi:

Aynı kanunda belirtilen müdahale işlemleri;

- 1- Gebe kadının iznine,
- 2- Küçüklerde küçüğün rızası ile velinin iznine (Bakınız: Adolesan Düşük),
- 3- Vesayet altında bulunup da reşit veya mümeyyiz olmayan kişilerde ise reşit olmayan kişinin ve vasinin rızası ile birlikte sulh hakiminin izin vermesine bağlıdır. (Bakınız: Adolesan Düşük)
- 4- Ancak akıl maluliyeti nedeniyle şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz.

5- 4. Maddenin 2.Fıkrası (Sterilizasyon operasyonu reşit kişinin isteği üzerine yapılabilir.) ve 5. maddenin 1. Fıkralarında belirtilen ve rızaları aranılacak kişiler evliyseler eş rızası da gerekir.

6-Veli veya sulh mahkemesinden izin alma zamana ihtiyaç gösterdiği ve derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde, izin şart değildir.

7-Aynı maddenin 3. Fıkrasına göre derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlardan birisini tehdit eden acil hallerde durumu tesbit eden yetkili hekim tarafından gerekli müdahale yapılarak rahim tahliye edilir. Ancak hekim bu müdahaleyi yapmadan önce veya mümkün olmadığı hallerde müdahaleden itibaren en geç 24 saat içinde müdahale yapılan kadının kimliği, yapılan müdahale ile müdahaleyi icap ettiren gerekçeleri illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine bildirmeye zorunludur.

Rahim tahliyesi için gerekli izin belgesi gebenin kendisi, eşi veya velisi veya vasisi tarafından olduğu gibi uygulamayı yapacak doktor tarafından da imzalanmalıdır. Rahim tahliyesi için düzenlenecek izin belgesinde gebe eş, veli veya vasinin nüfus kimlik bilgileri ve adresleri, hakim izni varsa kararın onaylı örneği (mahkemenin adı, karar tarihi, esas ve karar no), müdahale öncesi görevli doktorun açıklaması (bu açıklamada rahim tahliyesi işleminin tıbbi sonuçları, muhtemel komplikasyonları, ağırlığı ve önemi,rıza ve izin olmaksızın bu işlemin yapılamayacağı,rızanın ve izin kapsam ve konusunun tıbbi zorunluluk olmaksızın aşılamayacağı) yer almalıdır.

Onam Formunda Belirtilmesi Gereken Bilgiler:

- İşlemden beklenen faydalar (Yasal olarak istenmeyen gebeliğin solandırılması)
- İşlemin uygulanmaması sonucunda karşılaşılabilecek sonuçlar (Gebeliğin devamı ve büyümesi)
- İşlemin alternatifi (Oluşmuş gebeliğin sonlandırılmasında bu yöntemin alternatifi olabilecek bir yöntemin söz konusu olmaması)
- İşlemin tahmini süresi (20-30 dakika)
- İşlemin yapılış şekli (İşlem kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından veya sertifikalandırılmış hekimler tarafından gerçekleştirilir. İşlem bölgesel anestezi veya genel anestezi altında yapılabilir.)
- İşlemin riskleri ve komplikasyonları (İşlem sırasında; rahim duvarında zedelenme ve delinme, çevre organların hasar görmesi, şiddetli ve kesilmeyen kanama gelişebilir, ayrıca gelişebilecek bir probleme bağlı olarak hastanede gözetim altında tutulma veya ameliyata alınma gerekebilir. Gebelik sonlandırma işlemlerinden sonra, gebelikten korunma yöntemi kullanılmazsa tekrar gebe kalınabilir.
- İşlem sonrası dikkat edilmesi gereken uygulamalar anlatılmalıdır.
- İşlemden sonra hastaneye başvuru gerektiren acil durumların tanımı ve irtibat numaraları (Gebelik materyalinin bir kısmının nadiren de tümünün rahim içinde kalıp alınamayabileceği, bunun sonucunda kanama ve infeksiyon gelişip, yeniden müdahale veya hastaneye yatırılma gerekebileceği bildirilmelidir.)

- Onam formunda doktorun, hastanın kendisinin, eşinin, varsa bir şahidin adı, soyadı ve imzası tarih ve saat itibariyle kaydedilmelidir.

Düşük Materyalinin İncelenmesi:

Adli vakalarda, materyalin incelenmesi veya babalık testi yapılması için işlem sonrası elde edilen materyal, transfer medyuma konularak bu işlem için hazırlanmış özel çuvallara konulur ve çuvalın ağzı mum ile mühürlendikten sonra ilgili birime gönderilmelidir.

ADÖLESAN DÖNEMDE DÜŞÜKLER

Dünyada adölesan yaşta; yani 10-19 yaş arası 1.2 milyar insan vardır, diğer bir deyişle her beş kişiden biri adölesandır. Türkiye İstatistik Kurumu 2013 verilerine göre, Türkiye’de yaklaşık 13 milyon adölesan (10-19 yaş) bulunmakta ve bu da nüfusun % 16.7’sini oluşturmaktadır. Adölesan dönem çok belirgin fizik ve fizyolojik değişikliklerin olduğu, sosyal hayat ve kişisel ilişkilerde değişimin yaşandığı bir dönemdir. Adölesanların doğurganlığının düzenlenmesi ve istenmeyen adölesan gebeliklerinin önlenmesi yüzyılımızın en önemli sorunlarından biridir.

2008 yılı TNSA verilerine göre ise 15-19 yaş arası adölesanların %9.6’sı evli olup, anne olma yüzdesi adölesan dönemde yaşla birlikte hızla artmaktadır, 15 yaşında %0,4 iken, 17 yaşında %4,4’e, 19 yaşında %12,9’a yükselmektedir. Ülkemizde toplam adölesan gebelik oranı %35’tir. Bu durum ülkemiz için de çok önemli bir sağlık sorununu oluşturmaktadır.

Adölesanlarda Gebeliğin Tanısı

Pediatristler ve jinekologlar adölesan dönemde bir hasta ile karşılaştıklarında gebelik ihtimalini hep göz önünde bulundurmalıdır. Hastaların son adet tarihleri ve cinsel aktiviteleri hakkında bilgi sahibi olunmalıdır. Vajinal ilişki olmadan da gebe kalabileceği ve cinsel yolla bulaşan hastalıklardan korunma konusunda bilgi verilmelidir.

Adölesanlara Gebeliğın Bildirilmesi

Hastaya gebe olduğu söylendikten sonra hastanın duygusal tepkileri izlenmeli ve düşünceleri sorulmalıdır. Adölesanın bu durumu ailesine ve bebeğın babasına anlatıp anlatmama isteğı sorulmalıdır. İlk takipte adölesanlar aileleri ile bu durumu paylaşmak istemeyebilirler ancak bu durumda doktor birkaç gün sonrası için hastayı kontrole çağırabilir. Bu birkaç gün içinde adölesanların çoğı aileden veya arkadaşlarından sosyal destek almakta ve genellikle durumu onlarla paylaşmaktadır. Adölesanlara yargılayıcı olmadan gebeliğın sonlandırılması gibi seçenekler de anlatılmalıdır. Adölesan gebelerin ihtiyacına göre psikolog, sosyal hizmet uzmanı gibi profesyonel kişilerden yardım almaları sağlanmalıdır.

Adölesan Gebeliklerin Sonuçları

Adolesan gebelikler riskli gebelikler olarak kabul edilir. Adölesan gebeliklerin anne ve bebek açısından bütün riskleri aşağıda belirtilmiştir.

Tablo 10. Adölesan Anneler ve Bebeklerinde Karşılaşılan Tıbbi ve Psikososyal Sorunlar

	Tıbbi	Psikososyal
Adölesan Anne	• Preeklampsi • Anemi • Postpartum kanama • Baş-pelvis uyumsuzluğu • Artmış müdahaleli doğum riski • Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar • Postpartum depresyon • Sık gebelik • Anne ölümleri • Beslenme yetersizliği • Obezite	• Eğitim ve öğretim hayatına devam edememe • Sosyal destek ihtiyacı fazla (sağlık hizmetinden yararlanmak için erişkinlere bağımlı olma) • İşsizlik • Ekonomik yetersizlik ve bağımlılık • Boşanma ve ayrılma • Aile içi şiddete maruz kalma • Artmış anksiyete ve depresyon • Sigara, alkol ve madde kullanımı
Bebekler	• Prematüre doğum • Düşük doğum ağırlığı • Ani bebek ölümü sendromu • Akut enfeksiyonlar • Kazalar • Bebek ölümleri	• İstismar • Davranış bozuklukları, madde kullanımı • Okul başarısızlığı ve okulu bırakma • İşsizlik, yoksulluk • Anne yoksunluğu

Adölesan Gebeliklerde Yasal Boyut

Resmi nikahı olmayan bir adölesan gebe hastaneye ilk başvurduğunda, öncelikle hastanın yaşı nüfus cüzdanından kontrol edilerek tam olarak hesaplanmalıdır. Eğer adölesan 15 yaşını tamamlamadı ise adli mercilere haber verilmesi zorunludur. Mevcut yasalara göre 15 yaşını tamamlamış adölesanın rızasına hukuki geçerlilik tanınmış ve suçun takibi şikayete bağlı kılınmış olduğundan kamu adına takibi gerekmez ve bildirim zorunlu değildir. Ancak 15 yaşını tamamlamış olanların gebe kalmaları ile ilintili olarak cebir, tehdit, hile ve iradeyi etkileyen herhangi bir emarenin varlığı mevcut ise adli mercilere bildirim gereklidir.

Adölesan Dönemde Gebeliğin Yasal Tahliyesi

Adölesan dönemde yapılan gebeliğin tahliyesi işlemi erişkinlerde olduğu şekilde gerçekleştirilir. Evli olmayan 18 yaş altı adolesan gebelerde velisinin izni gerekmektedir. Bazı durumlarda aile tahliyeyi kabul etmeyip gebeliğin devamını isteyebilir. Bu durumda hâkim adölesanın bu kararı almak için yeterli olgunlukta olup olmadığını değerlendirip karar vermelidir. Evli olan 18 yaş altı adolesanlarda yasal tahliye için eş rızası aranır. Tecavüz durumunda yapılacaklar adli durum bölümünde anlatılmıştır.

İzin Belgesi: (Bakınız: Yasal Durumlar)

İzin Belgesinin Alınma Yöntemi

Madde 15* - İzin belgeleri, 13 üncü maddede sözü edilenlere, rahim tahliyesi ve sterilizasyon için başvurduklarında imzalatılır. Eşin, ya da vasinin gelmemesi halinde, bunların sterilizasyon ya da rahim tahliyesine izin verdiklerine ilişkin yazılı ve imzalı belge yeterli sayılır. Belgeyi getiren, imzanın sahibine ait olduğunun hukuki sorumluluğunu kabul ettiğine ilişkin bir belgeyi de imzalamak zorundadır.

İzin Belgesi Aranmayacak Haller

Madde 14 *- Akıl maluliyeti nedeniyle şuur serbestisine sahip olmayan gebe kadın hakkında rahim tahliyesi için kendi rızası aranmaz.

Veli ya da sulh mahkemesinden izin alınmasının zamana ihtiyaç gösterdiği ve derhal müdahale edilmemesinin hayatı ve hayati organlardan birini tehdit ettiği acil hallerde izin şartı aranmaz.

Madde 8* - Rahim tahliyesini gerektiren acil haller şu şekilde belirtilmiştir.

- Servikal internal os kapalı olsa bile, kadının yaşamını tehlikeye sokacak ölçüde vajinal kanamalar,
- Servikal internal os'un açık olduğu haller,
- Uterustaki gebelik ürününün bir bölümünün düştüğü ve kanamanın devam ettiği haller ya da enfeksiyon tehlikesi olan haller.

*** Rahim Tahliyesi ve Sterilizasyon Hizmetlerinin
Yürütülmesi ve Denetlenmesine İlişkin Tüzük
Dayandığı Kanunun Tarihi : 24/5/1983, No: 2827
Yayımlandığı R. Gazetenin Tarihi : 18/12/1983, No: 18255**

Adölesan Dönemde Düşük Yönetimi

Düşük sonrası kanaması olan adölesanlarda, müdahale acil durum gerektirdiği durumlarda madde 14* ve madde 9 * dikkate alınmalıdır.

Madde 9 * – Acil hallerde rahim tahliyesi, resmi yataklı tedavi kurumlarıyla özel hastanelerde yapılır. Ancak, kadının buralara taşınması olanaksızsa ameliye; muayenehane, ev gibi hastanın bulunduğu yerlerde de yapılabilir.

Hekim, müdahaleyi yapmadan önce, olanaksızsa, müdahaleden itibaren en geç 24 saat içinde, kadının kimliğini, yapılan müdahaleyle müdahaleyi gerektiren nedenleri ve sonucunu, illerde sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerine, ilçelerde hükümet tabipliklerine yazılı olarak bildirmek zorundadır. Bu raporlar, il sağlık ve sosyal yardım müdürlüklerinde toplanır.

Madde. 14*.Veli ya da sulh mahkemesinden izin alınmasının zamana ihtiyaç gösterdiği ve derhal müdahale edilmemesinin hayatı ve hayati organlardan birini tehdit ettiği acil hallerde izin şartı aranmaz.

Düşük sonrasında adölesana kontraseptif yöntemler ve cinsel yolla bulaşıcı hastalıklar hakkında da danışmanlık verilmelidir.

GEBELİK KAYIPLARINDA HİSTOPATOLOJİK VE GENETİK DEĞERLENDİRME

Gebelik kaybı sık karşılaşılan ve nedenleri çok çeşitli olan bir klinik tablodur. Bu çeşitlilik nedeniyle etiyojinin saptanması hem zor hem masraflı ve ne yazık ki çoğu zaman da başarısızdır.

Gebelik kaybı olan her hastada histopatolojik inceleme gerekli midir?

- İlk üç ayda sadece bir düşüğü olan çiftler; uygun danışmanlık almalıdır, ancak ayrıntılı değerlendirme gerekli değildir. Toplumda genellikle gebelik kayıp oranın ilk trimestirde %10-15 olduğu, bu kayıpların büyük çoğunluğunda yaşamla bağdaşmayan kromozomal anomalilerin rol oynadığı belirtilmelidir. Anormal gebeliklerin düşükle sonlanmasının faydalı olabileceği hastaya anlatılmalıdır.
- Medikal veya cerrahi yöntemle düşük yapan bütün kadınların trofoblastik hastalıklar ve ektopik gebelik tanılarının atlanmaması için histopatolojik olarak incelenmesini savunan görüşler bulunmaktadır. Ancak ülkelerde mevcut patoloj sayısının sınırlı olması ve bütün hastaların incelenmesi mali açıdan oldukça pahalı olması da tartışılmaktadır. Aşağıdaki durumlarda histopatolojik inceleme yapılması önerilir:
 - Düşük öncesi kesin tanı konulamadığında (ektopik gebelik, trofoblastik hastalık vb.),

- Düşük sırasında beklenenden daha az miktarda doku geldiğinde,
 - Düşük materyalinin çıplak gözle incelenmesinde trofoblastik doku ayırımı yapılamadığında,
 - Cerrahi düşük işlemi esnasında tanımlanamayan bir doku ile karşılaşıldığında (uterin perforasyon durumunda omentum veya barsak dokusunun gelmesi vb.),
 - Adli vakalarda inceleme yapılmalıdır (Bakınız: Yasal Durumlar).
- Düşük sonrası düşen parçalar veya gebelik sonlandırılması ile elde edilen dokuların patolojik incelemeye gönderilmesi düşük sebebini göstermediği hastaya anlatılmalıdır.

Düşük materyalinde genetik araştırma hangi durumlarda gerekli olabilir?

- Tekrarlayan gebelik kayıplarının diğer tetkikler ile açıklanamaması
- Fetus ve embriyoda anöplöidi araştırılması
- Anomalili veya mental retarde çocuk öyküsü olması
- Ailesinde ya da kendisinde genetik hastalık veya konjenital anomali bulunması
- Önceki gebelik kayıplarında kromozomal değişiklik saptanması
- Önceki gebeliklerinde tekrarlayan mol gebeliği olması
- Tekrarlayan blighted ovum öyküsü olması

Genetik inceleme gerektiği durumlarda ilgili genetik uzmanı ile işbirliği yapılmalıdır.

Tahliye materyali hangi koşullar altında gönderilmelidir?

Mümkünse tahliye materyalinin tamamı steril koşullarda transport besiyeri içeren steril tüpe (genetik laboratuvarından temin edilen) aktarılmalıdır. Zorunlu acil durumlarda serum fizyolojik içerisinde en kısa sürede merkeze ulaştırılmalıdır.

Saklama koşulları ve süresi: Oda ısısında;

- Transport besiyeri içinde 2-3 gün,
- Serum fizyolojik içerisinde en fazla 24 saat saklanabilir.

DİKKAT: Örnekler formol veya benzeri fiksatiflerle temas etmemelidir.

KAYNAKLAR

1. Adler A.J, Filippi V, Thomas S.L, Ronsmans C. Incidence of severe acute maternal morbidity associated with abortion: a systematic review. Trop Med Int Health. 2012 17 (82), 177–190.
2. Akin A, Dabash R, Dilbaz B, Aktün H, Dursun P, Kiran S, Aksan G, Doğan B, Winikoff B. Increasing women's choices in medical abortion: a study of misoprostol 400 microg swallowed immediately or held sublingually following 200 mg mifepristone. Increasing women's choices in medical abortion: a study of misoprostol 400 microg swallowed immediately or held sublingually following 200 mg mifepristone. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2009 14(3):169-75.
3. Akin A, Blum J, Ozalp S, Onderoğlu L, Kirca U, Bilgili N, Koçoğlu G, Philip N, Winikoff B. Results and lessons learned from a small medical abortion clinical study in Turkey. Contraception.2004 70 (5):401-6
4. Bartlett LA, Berg CJ, Shulman HB, Zane SB, Green CA, Whitehead S, Atrash HK. Risk factors for legal induced abortion-related mortality in the United States. Obstet Gynecol, 2004, 103:729–737.
5. Başer İ, Güngör S. Spontan gebelik kaybı. Çiçek N, Akyürek C, Çelik C, Haberal A, (Ed.). Kadın hastalıkları ve doğum bilgisi. 2. Baskı. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi; 2006. s. 627-637
6. Cakir L, Dilbaz B, Caliskan E, Dede FS, Dilbaz S, Haberal A. Comparison of oral and vaginal misoprostol for cervical ripening before manual vacuum aspiration of first trimester pregnancy under local anesthesia: a randomized placebo-controlled study. Contraception. 2005 71(5):337-42

7. Cameron MJ, Penney GC. Are national recommendations regarding examination and disposal of products of miscarriage being followed? A need for revised guidelines? Hum Reprod. 2005 20(2):531-5.
8. Gemzell-Danielsson K, Ho PC, Gómez Ponce de León R, Weeks A, Winikoff B. Misoprostol to treat missed abortion in the first trimester. Int J Gynaecol Obstet. 2007 Dec; 99 Suppl 2:S182-5
9. Gökgöl T. İsteyerek düşük olgusuna global açıdan bakış: Yasalar ve deneyimler/ A global perspective on abortion: Laws and experiences. Turkish Journal of Public Health 2012;10, Special Issue 1: Abortion 1-9
10. Hinshaw K, Fayyad A. The Management of Early Pregnancy Loss. RCOG Green Top Guideline 2000 No. 251-8.
11. Honkanen H, von Hertzen H. Users' perspectives on medical abortion in Finland. Contraception, 2002, 65:419-423.
12. http://www.figo.org/publications/miscellaneous_publications/Misoprostol_Recommendation_2012. Erişim Tarihi: 13.04.2014
13. <http://www.uptodate.com/contents/first-trimester-medication-abortion-termination-of-pregnancy> | This topic last updated: May 6, 2014. Erişim tarihi: 10.06.2014
14. International Planned Parenthood Federation (2008). First trimester abortion guidelines and protocols, surgical and medical procedures http://www.ippf.org/system/files/abortion_guidelines_and_protocol_english.pdf
15. Kapp N, Lohr PA, Ngo TD, Hayes JL. Cervical preparation for first trimester surgical abortion. Cochrane Database Syst Rev. 2010 17;(2):CD007207.

16. Kulakaç Ö. Kan uyuşmazlığı. Taşkın L. (Ed.). Yüksek riskli gebelik ve doğum el kitabı. Ankara: Palme Yayıncılık; 2011. s 471-487.
17. Ladewig Wieland PA, London ML, Davidson MR. Contemporary maternal-newborn nursing care. London: Person Education; 2010.
18. Lichtenberg ES, Paul M; Society of Family Planning. Surgical abortion prior to 7 weeks of gestation. Contraception. 2013 88(1):7-17.
19. Lowdermilk DL, Perry SE, Cashion K. Maternity nursing. Missouri: Elsevier Mosby; 2010.
20. Low N, Mueller M, Van Vliet HA, Kapp N. Perioperative antibiotics to prevent infection after first-trimester abortion. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012.
21. Michie L, Cameron ST. Simplified follow-up after early medical abortion: 12-month experience of a telephone call and self-performed low-sensitivity urine pregnancy test. Contraception. 2014 89(5):440-5.
22. Paul M, Lackie F, Mitchell C, Rogers A, Fox M. Is pathology examination useful after early surgical abortion? Obstet Gynecol 2002 99:567-571.
23. Pinter B, Aubeny E, Bartfai G, Loeber O, Ozalp S, Webb A. Accessibility and availability of abortion in six European countries. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2005 10(1):51-8
24. Practice bulletin no. 143: medical management of first-trimester abortion. Obstet Gynecol. 2014 123(3):676-92. doi: 10.1097/01.AOG.0000444454.67279.7d.
25. Perry SE, Hockenberry MJ, Lowdermilk DL, Wilson D. Maternal child nursing care. Missouri: Wiley-Blackwell Publishing; 2010.

26. Rahim tahliyesi ve sterilizasyon hizmetlerinin yürütülmesi ve denetlenmesine ilişkin tüzük. Bakanlar Kurulu Karar Tarihi - No: 14/11/1983 - 83/7395. Dayandığı Kanun Tarihi - No: 24/05/1983 – 2827. Yayımlandığı Resmi Gazete Tarihi - No: 18/12/1983 – 18255
27. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Use of Anti-D Immunoglobulin for Rh Prophylaxis. Guideline No. 22. London: RCOG; 2002.
28. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. The Management of Early Pregnancy Loss. Guideline No. 25. London: RCOG; 2006.
29. Safe abortion: technical and policy guidance for health systems. Second Edition. World Health Organization. (2012). ISBN 978 92 4 154843 4
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf. Erişim: 23 Ocak 2013
30. Sedgh G, Singh S, Shah I, Ahman E, Henshaw SK, Bankole A. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. Lancet 2012 379(9816):625-32
31. Shannon C, Brothers LP, Philip NM, Winikoff B. Infection after medical abortion: a review of the literature. Contraception, 2004, 70:183–190.
32. Taşkın L. Aile planlaması ve gebeliğin önlenmesi. Taşkın L. (Ed.). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2011. s. 527-547.
33. Taşkın L. Riskli gebelikler. Taşkın L. (Ed.). Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2012. s. 232-235
34. TCK'da çocuk düşürme suçu mukayeseli hukuk ve AiHM'nin bakış açısıyla ceninin yaşama hakkının sınırlandırılması. .Dokuz Eylül Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 2007, 9:2, 99-141

35. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. (2009). Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı. Erişim: 23 Ocak 2013, http://www.ghs.gov.tr/birimdosya/Guvenli_Annelik_Katilimci.pdf,
36. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Eğitimi Genel Müdürlüğü. Eğitimciler İçin Eğitim Rehberi Üreme Sağlığı Modülleri. Erişim: 23 Ocak 2013, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/t7.pdf>
37. Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2008, Hacettepe Üniversitesi, Nüfus Etütleri Enstitüsü, Ankara. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Türkiye Ve Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Türkiye
38. Terzioğlu F. Gebelik komplikasyonları. Çiçek N, Taşkın L. (Ed.). Anne yenidoğan hemşireliği açıklığa kavuşturulmuş kendi kendine öğrenme rehberi. Ankara: Palme Yayıncılık; 2012. s. 157-175.
39. Tezcan S, Akadlı Ergöçmen B. Türkiye’de isteyerek düşükler / Induced abortions in Turkey, Turkish Journal of Public Health 2012;10, Special Issue 1: Abortion 36-42
40. United Nations World Abortion Policies 2013, United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. 2013. ISBN 978-92-1-151501-5. www.unpopulation.org
41. Yavaşcaoğlu B, Kaya FN, Uzunalioğlu S, Güven T, Yazıcı Ş, Ocakoğlu G. Erişkinlerde Anestezi Sonrası Görülen Komplikasyonların Retrospektif Değerlendirilmesi. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2009 35(2):73-78.

ISBN: 978-975-590-559-4
Sağlık Bakanlığı Yayın No: 997

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı
Korkut Reis Mahallesi İlkiz Sokak No:4 Kat:2 Sıhhiye/ANKARA
Telefon: 0 312 565 60 03

Bu belge 5070 sayılı elektronik imza kanuna göre güvenli elektronik imza