

# Sağlık Bilimlerinde Kadın Sağlığı, Gebelik ve Yenidoğan Bakımı

Editör: Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER



# Sağlık Bilimlerinde Kadın Sağlığı, Gebelik ve Yenidoğan Bakımı

**Editör:**

Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER



Published by

**Özgür Yayın-Dağıtım Co. Ltd.**

Certificate Number: 45503

📍 15 Temmuz Mah. 148136. Sk. No: 9 Şehitkamil/Gaziantep

☎ +90.850 260 09 97

📞 +90.532 289 82 15

🌐 www.ozguruyinlari.com

✉ info@ozguruyinlari.com

---

## Sağlık Bilimlerinde Kadın Sağlığı, Gebelik ve Yenidoğan Bakımı

Editor: Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER

---

Language: Turkish

Publication Date: 2024

Cover design by Mehmet Çakır

Cover design and image licensed under CC BY-NC 4.0

Print and digital versions typeset by Çizgi Medya Co. Ltd.

**ISBN (PDF):** 978-975-447-998-0

**DOI:** <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub588>



This work is licensed under the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0). To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

This license allows for copying any part of the work for personal use, not commercial use, providing author attribution is clearly stated.

---

Suggested citation:

Altuner, Y. (ed) (2024). *Sağlık Bilimlerinde Kadın Sağlığı, Gebelik ve Yenidoğan Bakımı*.

Özgür Publications. DOI: <https://doi.org/10.58830/ozgur.pub588>. License: CC-BY-NC 4.0

---

*The full text of this book has been peer-reviewed to ensure high academic standards. For full review policies, see <https://www.ozguruyinlari.com/>*

---



## Ön Söz

Kadın sağlığı, gebelik ve yenidoğan bakımı, bireylerin yaşam döngüsünde kritik bir öneme sahip olan konulardır. Bu alanlar, sadece bireysel sağlığı değil, aynı zamanda toplum sağlığını da doğrudan etkileyen dinamikleri içermektedir. Bu bağlamda, kadınların gebelik öncesinden başlayarak doğum ve postpartum döneme kadar geçen süreçte karşılaştıkları fiziksel, psikolojik ve sosyal ihtiyaçların anlaşılması, etkili bir bakım sunulması için hayati bir gerekliliktir.

Sağlık Bilimlerinde Kadın Sağlığı, Gebelik ve Yenidoğan Bakımı başlıklı bu eser, sağlık bilimlerinin farklı disiplinlerinden değerli akademisyenlerin katkılarıyla hazırlanmıştır. Kitap, kadın sağlığını ve yenidoğan bakımını merkeze alarak, emzirme, postpartum depresyon, gebelikte hipertansiyon, aile planlaması, infertilite, gestasyonel diyabet gibi pek çok önemli konuya ışık tutmaktadır. Ayrıca, engelli kadınların annelik deneyimleri ve yenidoğan bakımında güncel yaklaşımlar gibi toplumsal ve etik boyutlar da ele alınmaktadır.

Bu kitabın amacı, hem akademik literatüre katkı sağlamak hem de kadın sağlığı ve yenidoğan bakımı ile ilgilenen sağlık profesyonellerine, araştırmacılara ve öğrencilere kapsamlı bir rehber sunmaktır. Disiplinler arası bir yaklaşımla ele alınan konular, hem teorik hem de pratik bilgiyle zenginleştirilmiş, kanıta dayalı uygulamalara vurgu yapılmıştır.

Kitabın hazırlanmasında emeği geçen tüm yazarlara ve sağlık bilimlerine gönül vermiş herkese teşekkür ederim. Bu eserin, kadın sağlığı ve yenidoğan bakımı alanında çalışan profesyonellere yol gösterici bir kaynak olmasını temenni ediyorum.

Sevgi ve saygılarımla,



# İçindekiler

Ön Söz iii

## Bölüm 1

---

Anne Sütü ve Emzirme 1  
*İlayda İpek*

## Bölüm 2

---

Postpartum Depresyon 9  
*Hilal Kabakçı*

## Bölüm 3

---

Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği'nin En Son Klavuzlarına Dayanarak  
Gebelikte Hipertansiyon Tanı ve Tedavisinin Kapsamlı Bir İncelemesi 19  
*Haniyeh Bonabian*  
*Yılmaz Altuner*

## Bölüm 4

---

Aile Planlaması 35  
*Canan Selvihan İlhan*

## Bölüm 5

---

Doğum Sonrası Psiko-Sosyal Destek 51  
*Yaren Buse Cantimur*

## Bölüm 6

---

İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri 65  
*Seçilmur Abduloğlu*

## Bölüm 7

---

Postpartum Dönemde İyileşme Süreci	85
<i>Ayşe Melike Düzyer</i>	

## Bölüm 8

---

Gestasyonel Diyabet ve Riskleri	97
<i>Zeynep Cengiz</i>	

## Bölüm 9

---

Kontrasepsiyon ve Erkekler: Yaklaşımlar ve Belirleyici Etmenler	109
<i>Kübra Nur Kılıç</i>	
<i>Nebahat Özerdoğan</i>	
<i>Esra Emül</i>	

## Bölüm 10

---

Yenidoğanlarda Kanguru Bakımı	123
<i>Begüm Can</i>	

## Bölüm 11

---

Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Bakımında Güncel Yaklaşımlar	131
<i>Begüm Can</i>	

## Bölüm 12

---

Engelli Kadınların Annelik Deneyimi: Görme ve İşitme Engelli Bireylerin Gebelik ve Doğum Süreçlerinde Karşılaştıkları Zorluklar ve Yaklaşımlar	153
<i>Gamze Gedikli</i>	
<i>Reyhan Aydın Doğan</i>	

## Anne Sütü ve Emzirme

İlayda İpek<sup>1</sup>

### Özet

Anne sütü, bebeklerin sağlıklı gelişimi için en önemli besin kaynağıdır. Anne sütü, doğumdan sonra ilk saatlerden itibaren bebeğin bağışıklık sistemini güçlendirir, enfeksiyonlara karşı korur ve gelişimsel ihtiyaçlarını karşılar. Ayrıca, emzirme, anne ile bebek arasında güçlü bir bağ kurulmasına yardımcı olur ve bebeğin duygusal gelişimini destekler. Anne sütünün içeriği, bebeğin yaşına ve ihtiyaçlarına göre değişir; bu, bebeğin ilk aylarda daha fazla besin maddesine ihtiyaç duymasını karşılamak için oldukça uyumludur. Anne sütünün içerdiği proteinler, yağlar, karbonhidratlar, vitaminler ve mineraller, bebeğin beyin gelişimini ve genel sağlığını destekler. Bunun yanı sıra, emzirmenin anneye de sağlık yararları sağladığı birçok çalışma ile kanıtlanmıştır; örneğin, emzirme, anneye doğum sonrası kilo kaybını kolaylaştırır, bazı kanser türlerine karşı koruyucu etkiler gösterir ve annenin ruh sağlığını iyileştirebilir. Emzirme ile ilgili olası zorluklar arasında, yetersiz süt üretimi, memede ağrı ve uyumsuz emzirme teknikleri yer alabilir. Bu nedenle, doğru emzirme tekniklerinin öğretilmesi ve annenin desteklenmesi büyük önem taşır. Emzirme, hem fiziksel hem de duygusal sağlık açısından bebeğin ve annenin en sağlıklı başlangıcını sağlar.

### 1. GİRİŞ

Anne sütüyle beslenme yeni doğanın büyümesini, sağlıklı halinin gözetilmesi ve devam ettirilmesinde fazlasıyla değer taşımaktadır.

Anne sütü; yeni doğanda en ideal ilerleme kaydetmesi adına faydalı olan bütün sıvı, enerji ve besin maddelerini barındıran biyo yararlılığı fazla sindirimi basit katkısız bir besindir (1).

Ülkemizde birinci basamak sağlık hizmetleri kapsamında Aile Sağlığı Merkezlerinde görevli hemşire ve ebeler, anne sütü ile emzirmenin

1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü  
Orcid: 0009-0003-0273-098



başlatılmasını ve devamının sağlanmasını desteklemek amacıyla emzirme danışmanlığı hizmeti sunmaktadır (2).

## 2. Anne Sütü İle Beslenmenin Yararları ve Gerekliliği

Anne sütü; bebeklerin doğal birinci besinidir ve bebeğe hayatının başlangıç aylarında gereksinim duyduğu bütün enerjiyi ve besin öğelerini karşılar.

Birinci yılın diğer yarısı süresince bebeğin beslenme gereksiniminin yarısına ya da daha çoğuna erişmeye devam eder. Bebeğin ikinci yılında beslenme gereksiniminin üçte biri kadardır (1).

Anne sütü bebeğin gereksinimi olan bütün vitaminleri ve besinleribulundurmanın yanında emziren bebeği hastalıklara karşı gözetmektir.

Anne sütünün içindekilerin annenin beslenmesinden ayrı olarak bebeğin ihtiyaçlarına yönelik hazırlanır. Her anne bebeği için en ideal sütü üretir.

Sağlıklı hayatın temellerinin atılmasında anne sütü ile beslenmenin değeri çok büyüktür (2).

Emzirmenin anne ve bebek açısından fazlaca faydası vardır ;

Emziren annelerde, beden kalsiyumu daha etkili biçimde absorbe eder ve menopoz sonrası dönemde karşılaşılabilecek vakitte osteoporoz riskini düşürür (3.)

Anne sütünün; meme kanseri riskinin yanı sıra over ve endometriyal kanser riskini de düşürdüğü belirlenmiştir (4).

Emzirme, uterusun daha hızlı kasılıp, gevşemesi ihtiyacını karşılamaktadır.

Emziren annelerde emzirmeyen annelere karşın postpartum dönemde uterusun ideal boyutuna geri gelmesi daha az zamanda oluşur (4).

Anne ve bebek bakımından fazlaca faydası bulunan anne sütü ile beslenmenin halk bakımından da değeri oldukça fazladır. Anne sütü bireysel sağlık faydalarının yanında değerli sosyal ve ekonomiktir (1).

## 3. Emzirme Eğitimi Desteğinin Önemi

Türkiye’de yapılan çeşitli araştırmalar, gebelik ve postpartum dönemde ebeveynlere verilen anne sütü ve emzirme eğitimlerinin ardından, bebeklerin daha uzun süre anne sütüyle beslendiklerini göstermektedir (5,6). Postpartum dönem, annelerin birçok konuda desteğe ihtiyaç duyduğu bir süreçtir. Annelerin emzirmeye başlama ve sürdürbilme konusunda

bilgilendirilerek desteklenmesi, bebeklerin yalnızca anne sütüyle beslenme süresini uzatmaktadır (7).

Ebelerin, prekonsepsiyonel dönemde başlatacağı eğitimlerin, gebelik ve doğum sonrası bakım ile devam etmesi, karşılaşılabilecek sorunların çözülmesine önemli ölçüde katkı sağlayacaktır (5,8). Çalışmalar, doğum sonrası ilk bir saat içinde emzirmeye başlayan annelerin, bebeklerini daha uzun süre anne sütüyle beslediklerini ortaya koymuştur (9,10,11).

Bebeğin doğum sonrası hemen annesinin kucağına verilmesi, anne sütü üretiminin başlaması, emzirmenin sürdürülmesi ve postnatal bağlanma için faydalıdır (10,12). Anne göğsünde bulunan bebek, doğuştan sahip olduğu arama refleksiyle meme başına yönelip emmeye başlar (13).

Bebeğin doğum sonrası erken dönemde emzirmeye başlanamaması, ilerleyen saatlerde uykuya bağlı isteksizlik nedeniyle ilk emzirmenin ertelenmesine yol açabilir. Ayrıca, anne ve bebek için en uygun pozisyonun sağlanması, sürekli emzirme, ilk altı ay yalnızca anne sütü verilmesi ve anneye psiko-sosyal destek sağlanması, emzirmenin başlatılması ve sürekliliği açısından büyük önem taşır (5,11,12).

#### 4. Ebeğin Rolü

Anne sütü ile beslenmenin artmasını sağlamak için en etkili uygulamalardan biri, ebeler tarafından annelere verilen eğitimlerdir. Birçok araştırma, annelerin emzirme kararlarını, doğum öncesi bakım sırasında doktorlardan veya ebelerden aldıkları danışmanlıkların etkilediğini göstermektedir (5,8).

Emzirmenin başlatılması, sürdürülmesi ve desteklenmesinde ebelerin önemli bir rolü bulunmaktadır. Çeşitli çalışmalarda, emzirme hatalarının veya eksikliklerinin genellikle bilgi eksikliğinden kaynaklandığı belirtilmiştir. Başarılı bir emzirme için, anne ve babalara eğitim verilmesinin yanı sıra babaların da destek olması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca, akran danışmanlıklarının, annelerin daha rahat bir şekilde iletişim kurarak emzirme konusunda daha başarılı olmalarını sağladığı ifade edilmiştir (11).

Bir diğer araştırma ise, bebekleri olan kadınların sağlık kuruluşlarına başvurduklarında, bebek beslenmesiyle ilgili sorgulama yapılması, emzirme danışmanlığının sağlanması ve yanlış uygulamaların düzeltilerek emzirmenin devam etmesinin teşvik edilmesi gerektiğini belirtmiştir (13).

#### 5. Emzirme Tekniği

Anne sütü ile beslenme, emzirlilik döneminde çok önemli bir yer tutmaktadır. Bununla birlikte, annenin süt verimini en fazla etkileyen faktör,

bebeğin doğru şekilde emmesidir. Bebeğin ağzını geniş açarak areolayı ve alt dokuyu ağzına alması, meme ucunun tamamen çocuğun ağzına yerleşmesi, sütün dilin gerisine akmasını sağlar ve meme ucunun damak ile dil arasında yerleşerek sütün daha verimli sağılmasına olanak tanır.

Sağlıklı bir emzirme için bebeğin başının dik, vücut ve kollarının anneye dönük olması gerekmektedir. Ayrıca, bebeğin burun deliklerinin açık olması, rahat nefes alabilmesi için önemlidir. Bebeğin sadece meme ucunu tutması, areolanın bir kısmını ağzına almaması yanlış yerleştirme olduğunu gösterir ve bu durum sütün verimini düşürebilir. Ayrıca, yanlış yerleştirme meme başında çatlaklara da yol açabilir (14,15,16).

Meme başında çatlak oluştuğunda, emzirme tekniği düzeltilmeli ve emzirme süresi kısa ancak sık olmalıdır. Az ağrıyan memeden başlanarak emzirmeye devam edilmeli, eğer emzirme mümkün değilse süt üretiminin sürmesi için memeler sağılmalıdır.

Ayrıca, meme başı kuru tutulmalı ve her emzirmeden sonra az miktarda süt meme başına sıkılarak sürülmelidir (15).

Anne, emzirme sırasında bu yöntemleri öğrenmelidir ve sağlık personeli de anneye doğru teknikleri öğretme konusunda sorumludur. Emzirme sırasında yaşanan zorluklar, bebeğin süt alamaması nedeniyle huzursuzlaşmasına ve emmeyi reddetmesine yol açabilir. Sonuç olarak, biberon kullanımı tercih edilebilir. Bu noktada, anneye destek olunması, onu rahatlatmak ve özgüven kazandırmak çok önemlidir. Emzirme sürecinde anne, dış etkilere karşı hassaslaşabilir ve kolayca özgüven kaybı yaşayabilir. Bu durumda anne, gereksiz yere yapay besin kullanabilir ve çevresinden gelen yanlış baskılara boyun eğebilir. Annenin bu duygusal zorluklarını anlamak ve onu desteklemek, doğru emzirme bilgilerini pekiştirmek ve yanlış bilgileri düzeltmek gerekir (16).

## 6. Emzirme Sorunları

Anne sütüyle beslenmenin devam etmesi için, emzirme sorunu yaşayan her anneye hızlı bir şekilde yardım sağlanmalıdır. Bu tür sorunlarla karşılaşan annelerin en çok ihtiyaç duyduğu şey özgüvendir. Bu nedenle, annelere yardımcı olunmalı ve emzirme konusundaki çabaları övülerek desteklenmelidir. Emzirme sürecinde anneler çeşitli sorunlarla karşılaşabilirler.

1. Aşırı ağlama
2. Meme başı çatlağı:
3. Göğüslerde süt birikmesi

4. Kanalda tıkanıklık:
5. Mastit:
6. Meme apsesi:
7. Annenin ilaç kullanması (15)

### 7. Memenin Reddedilmesi

Bazı toplumlarda memenin reddi, emzirme dönemini son bulmasına neden olabilen genellikle karşımıza çıkan bir olaydır.

Memenin reddi anneyi duygusal açıdan stresli olmasına neden olabilir. Anne içsel olarak kendisinin kabul edilmediğini düşünebilir.

### 8. Anne Sütünün Saklanması

Çalışan anneler, bebeklerine süt verebilmek için sağılmış süt kullanabilirler. Sağılan sütlerin mikroplardan arındırılması için, sütlerin saklanacağı cam kavanozların şişe ve kapakları 5 dakika kaynatılarak temizlenmelidir. Sağılmış anne sütü, oda sıcaklığında 6-8 saat, buzdolabı rafında 24-48 saat ve derin dondurucuda ise 6 ay boyunca besin değerini kaybetmeden muhafaza edilebilir. Süt kullanılmadan önce, kavanozda sıcak suya (ben-mari yöntemi) yerleştirilerek ısıtılmalıdır (15).

Günümüzde, anne sütünü saklamak için özel olarak üretilmiş silikondan yapılmış saklama poşetleri de bulunmaktadır. Derin dondurucuda saklanan sütlerin üzerine mutlaka tarih atılmalı ve en eski tarihli sütler önce kullanılmalıdır. Dondurucudan çıkarılan ve ısıtılan sütler bir daha dondurulmamalı ve bebeğin içmediği süt atılmalıdır.

### 9. Eş Desteğinin Anne Sütüne Etkisi

Eş desteği, evlilikte eşlerin birbirlerine istenilen zamanda ve karşılıklı şekilde sundukları yardımlar olarak tanımlanmaktadır. Sosyal desteğin, “özel insanlar veya aile” olarak tanımlanan bir alt boyutu olan eş desteği, eşlerin maddi ve manevi yardımla birbirlerini desteklemeleri, sosyal, fiziksel ve duygusal açıdan yardımlaşmaları anlamına gelir (17,18).

İnsanlar, kendilerini yalnız hissetmemek için hayat arkadaşlarına ihtiyaç duyarlar ve eş desteği bu noktada önemli bir rol oynar (19). Aileler, sosyal destek kaynakları olarak çoğunlukla eşlerinden faydalanmayı tercih ederler. Eşler, en fazla duygu ve düşüncelerini birbirleriyle paylaşır, bu nedenle eşten alınan destek büyük bir değere sahiptir. Evlenme, dünyadaki en değerli sosyal yardım kaynağı olarak kabul edilir, özellikle kriz anlarında daha fazla ihtiyaç duyulan bir kurumdur (19).

Anne ve baba olmak, eşler için önemli bir kriz dönemidir. Bu dönemde ebeveynlerin, aile üyeleri ve yakın çevrelerinden aldıkları destek artar. Sosyal destek, kişilerin yeni rollerine uyum sağlamasında önemli bir yer tutar. Doğum sonrası dönemde alınan sosyal destek, anne ve bebek sağlığını olumlu etkiler. Araştırmalar, sosyal desteğin postpartum dönemde ebeveynlerin anne ve babalık rollerine uyumlarını kolaylaştırdığını ve anne-bebek bağının güçlenmesine yardımcı olduğunu göstermektedir (20).

Literatürde, doğum sonrası dönemde eş desteği ile ilgili yapılan çalışmaların sayısının sınırlı olduğu görülmektedir. Sosyal destek, özellikle postpartum dönemde büyük önem taşır. Annenin duygularını paylaşabileceği birinin olması, doğum sonrası depresyon ve diğer psikolojik sorunlara eğilimli olduğu bu dönemde duygusal dengesini korumasına yardımcı olur ve süreci daha kolay atlattırmasını sağlar (20).

## 10. Sonuç

Anne sütü, bebeklerin sağlıklı gelişimi ve bağışıklık sisteminin güçlenmesi için vazgeçilmez bir kaynaktır. İlk 6 ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslenme, bebeklerin ihtiyaç duyduğu tüm besin öğelerini ve antikorları sağlayarak, enfeksiyonlara karşı güçlü bir koruma sunar. Anne sütünün dinamik yapısı, bebeğin yaşına göre değişen içeriklerle, hem kısa hem de uzun vadede bebeğin sağlık ve gelişiminde kritik bir rol oynar. Aynı zamanda, emzirme, anne ile bebek arasında duygusal bağın kurulmasına, anneye ruhsal rahatlık sağlamasına ve doğum sonrası iyileşme sürecini hızlandırmasına yardımcı olur.

Bununla birlikte, emzirme süreci bazen çeşitli zorluklarla karşılaşabilir. Yetersiz süt üretimi, ağrı, meme ucu yaraları ve yanlış emzirme teknikleri gibi sorunlar, anne ve bebek için sıkça karşılaşılan durumlardır. Bu tür zorluklar, doğru bilgi, destek ve yönlendirme ile aşılabılır. Emzirme konusunda ailelerin ve sağlık profesyonellerinin bilinçli olması, bu sürecin sağlıklı bir şekilde ilerlemesini sağlayacaktır.

Anne sütü ve emzirme, yalnızca bebek sağlığını desteklemekle kalmaz, aynı zamanda annenin fiziksel ve psikolojik iyilik haline de önemli katkılarda bulunur. Emzirme, bazı kanser türlerine karşı koruyucu bir etki gösterirken, anneye doğum sonrası kilo kaybı, hormon düzenlemesi ve ruhsal rahatlık sağlar.

Sonuç olarak, emzirme, bebeklerin ve annelerin sağlıklı bir başlangıç yapabilmesi için temel bir gerekliliktir. Emzirme desteği ve eğitimi, tüm annelere sunulmalı ve bu süreçte karşılaşılan engeller ortadan kaldırılmalıdır. Hem bebeklerin sağlığı hem de annelerin refahı için emzirmenin teşvik edilmesi, sağlık politikalarının öncelikleri arasında yer almalıdır.

## Kaynakça

1. Avcı, E. (2013) Annelerin Anne Sütü İle İlgili Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini Değerlendirme Aracı Geliştirme, Sağlık Okuryazarlık Düzeylerini ve Etkileyen Faktörleri Saptama, Gazi Üniversitesi Halk Sağlığı ABD, Doktora Tezi.
2. Duran, S. (2008) Ebe ve Hemşirelerin Anne Sütü ve Emzirme Konusundaki Bilgi ve Tutumlarının, Danışmanlık Verdikleri Annelerin Bebekleri Anne Sütü İle Besleme Davranışlarına Etkisi, Trakya Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği, ABD, Uzmanlık Tezi
3. Zimmerman, D. R. And Guttman N. (2001), Breast is best: knowledge among low-income mothers is not enough. J. Hum. Lact 17: 14-19.
4. Nadem, A., Nadem., J. (2017) Making the Decision to Breastfeeding the Baby and Its Advantages for the Woman's Health, American Journal Of Food science and Health, 3(5): 88-94
5. Yılmaz C, Taşpınar, A. Doğum sonrası erken dönemde ebeveynlere verilen emzirme eğitiminin bebeklerin ilk altı ay anne sütü alma durumuna etkisi. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2017;6(3):25-34.
6. Yılmaz M., Ongan D, Yıldız Kaya N, Çiçek B, Şahin H, İnanç N, ve ark. Gebelik döneminde verilen emzirme eğitiminin anne sütüyle beslenme ve emzirmeye ilişkin davranışlara etkisi. Beslenme ve Diyet Dergisi. 2012;40(1):2-11.
7. Renfrew MJ, McCormick FM, Wade A, Quinn B, Dowswell T. Support for healthy breastfeeding mothers with healthy term babies. Cochrane Database Syst Rev. 2012;5:CD001141
8. Ekşioğlu A. Emzirmeye ilişkin bilinen doğrular ve yanlışlar. Editör: Çeber Turfan E, Akçiçek E, Ekşioğlu A. Anne Sütü ve Emzirme, 3. baskı, Vize Basın Yayın, Ankara 2020 s: 225-38
9. UNICEF. The state of the world's children. children, food and nutrition: Growing well in a changing world 2019. Erişim Linki: <https://www.unicef.org/reports/state-of-worlds-children-2019> Erişim Tarihi: 20.06.2022.
10. TNSA. Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, T.C. Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı ve TÜBİTAK 2019. Ankara, Türkiye. Erişim Linki: [http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018\\_turkiye\\_nufus\\_ve\\_saglik\\_arastirmasi-55](http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tr/2018_turkiye_nufus_ve_saglik_arastirmasi-55) Erişim Tarihi: 12.02.2022.
11. Çaylan N, Yalçın SS. Türkiye'de ve Dünya'da emzirmenin durumu: Emzirmenin desteklenmesi için öneriler. Editör: Başkan S. Çocuk Beslenmesi, 1. Baskı, Türkiye Klinikleri, Ankara 2020 s:4-11.
12. Genç R. Anne sütünün çocuk sağlığı açısından önemi. Editör: Çeber Turfan E, Akçiçek E, Ekşioğlu A. Anne Sütü ve Emzirme, 3. Baskı, Vize Basın Yayın, Ankara 2020 s:81-96

13. Güleşen A, Yıldız D. Erken postpartum dönemde anne bebek bağlanması-  
nın kanıta dayalı uygulamalar ile incelenmesi. TAF Preventive Medicine  
Bulletin. 2013;12(2):177- 82.
14. Gür E. Anne sütü ile beslenme. Türk Pediatri Arşivi 2007; 42 Özel Sayı:  
11- 5
15. Neyzi O. Pediatri (3. Baskı). Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2002
16. Köksal G., Gökmen H.. Anne Sütü ve Emzirme. Çocuk Hastalıklarında Bes-  
lenme Tedavisi. Hatipoğlu Yayınları, Ankara 2000
17. Mermer G, Bilge A, Yücel U, Çeber E. Gebelik ve doğum sonrası dönemde  
sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. Psikiyatri Hemşireliği Der-  
gisi. 2010; 1(2), 71-76.
18. Cohen K, Capponi S, Nyamukapa M, Baxter JC, Worly B. Partner Involve-  
ment During Pregnancy and Maternal Health Behaviors. Matern Child He-  
alth. 2016; 20:2291-2298.
19. Çağ P, Yıldırım İ. Evlilik doyumunu yordayan ilişkisel ve kişisel değişken-  
ler. Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal. 2016; 4(39),  
13- 23.
20. Şahin NH, Dişsiz M, Dinç H, Soypak F. Erken Lohusalık Sürecinde Ka-  
dınların Algıladıkları Eş Desteği: Ölçek Geliştirme Çalışması. [Perceive-  
d spousal support among women in early postpartum period: 47 Scale deve-  
lopment study]. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014;  
17(2), 73-77

## Postpartum Depresyon

Hilal Kabakçı<sup>1</sup>

### Özet

Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası birçok kadını etkileyen önemli bir zihinsel sağlık sorunudur. Sürekli üzülmeye, kaygı, duygu dalgalanmaları ve yenidoğan ile bağ kurmada güçlük gibi belirtilerle karakterize edilen bu durum, hem anne hem de çocuk üzerinde derin etkiler yaratabilir. Postpartum depresyonun sebepleri çok faktörlüdür ve hormonal değişiklikler, psikolojik stres, uyku eksikliği ve toplumsal faktörler (örneğin destek eksikliği) gibi unsurları içerir. Yüksek prevalansına rağmen, postpartum depresyon genellikle teşhis edilmez ve yeterince rapor edilmez; bunun başlıca nedeni, ruhsal sağlıkla ilgili damgalama ve yeni annelerin yalnızca “adaptasyon süreci” geçirmeleri gerektiği yönündeki yanlış anlayıştır.

Bu bölümde, postpartum depresyonun etyolojisi, risk faktörleri ve klinik belirtileri ele alınarak erken tanı ve müdahalenin önemi vurgulanmaktadır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin doğum sonrası ziyaretlerde PPD taraması yapmalarının ve terapi ile ilaç tedavisi gibi uygun tedavi seçeneklerini sunmalarının rolü üzerinde durulmaktadır. Bölüm, postpartum depresyonun anne-bebek ilişkisi üzerindeki etkilerini ve tedavi edilmediğinde çocuğun gelişimi üzerindeki uzun vadeli sonuçları tartışmaktadır.

Sonuç olarak, bölüm, psikolojik destek, toplumsal farkındalık ve sağlık politikalarının iyileştirilmesi gibi unsurları içeren kapsamlı postpartum bakımının önemini vurgulamaktadır. Postpartum depresyonun arkasındaki temel faktörler ele alınarak ve ruhsal sağlık hakkında açık konuşmalar teşvik edilerek, annelere daha destekleyici bir ortam sağlanabilir ve bu sayede hem anne hem de çocuk için daha iyi sonuçlar elde edilebilir.

1 Karabük Üniversitesi, Ebelik Bölümü, Yüksek Lisans Öğrencisi, Orcid; 0009-0002-0441-0894



## 1. GİRİŞ

Gebelik kadın hayatındaki değerli durumlardandır. Gebelik zamanında oluşan varyasyonlar kadının psikolojik yaşantısına yansır.

Gebelik fizyolojik bir durum olmasının yanında kadında psikolojik sorunlar meydana gelmesine sebep olabilir. Postpartum dönemde meydana gelen değişik klinik görünümdeki psikolojik sorunları açıklamak sebebi ile doğum sonu ruhsal bozukluk görüşü kullanılmaktadır(1).

Postpartum depresyon (PPD) genellikle doğumdan sonraki 2-8 haftalar içinde ortaya çıkmakta, en az iki hafta sürmekte ve birkaç ayda sona ermektedir(2). Postpartum dönemde görülen depresyon, sadece anne için değil, bebek ve tüm aile için olumsuz sonuçlar doğurabileceğinden özel bir yaklaşım gerektirmektedir.(3).

## 2. Postpartum Depresyonu Etkileyen Faktörler

Doğumdan sonraki 6 ay depresyon için yüksek risk dönemidir. Gebelik ve postpartum döneme özgü hormonal değişiklikler dışındaki risk etmenleri majör depresyon ile benzerdir. Depresyon zaten yeti kaybına neden olan bir hastalık iken, kadının yeni doğmuş bebeğinin sorumluluğunu alması ayrıca başka çocuklarının olması yada çalışıyor olması gibi sorumluluklarının da olabileceğini düşündüğümüzde, bu durum yeni anne için önemli bir hal alır.

Bu nedenle, gebelik ve gebelik sonrası dönemde depresyon gelişimine neden olabilecek etmenlerin bilinmesi, riskli gruba giren annelerin yakından izlenmesi önemlidir. Erken tanı ve tedavinin, hem anne ve bebeğin fiziksel ve psikolojik sağlığı hem de anne-bebek ilişkisi üzerindeki olumlu etkileri unutulmamalıdır(4).

Fiziksel sağlıkta bozukluk, olumsuz beden algısı, beden kütle indeksinin  $20\text{kg/m}^2$ 'nin altında olması, hastalık öyküsü ve premenstrüel semptom öyküsü olması PPD için risk olarak belirtilmiştir(5).

Antenatal depresyon ve anksiyete, psikiyatrik hastalık geçmişi, zayıf aile ilişkisi, hayatında stresli olaylar, çocuk bakım stresi, gebeliğe karşı olumsuz tutum, kötü yaşam kalitesi, işe erken geri dönüş olması PPD için risk olarak belirtilmiştir(5).

Obstetrik komplikasyonların hafif düzeyde PPD riskini arttırdığı belirtilmektedir(5).

Bebeğin cinsiyeti farklı kültürlerde farklı yönde etkilemiş olabilir. Planlanmamış gebelik, doğum şekli ve şiddetli doğum ağrısı ile PPD ilişkisi de net olmadığı ancak planlanmamış gebeliğin hafif düzeyde etkili olabileceği

belirtilmiştir. Erken doğum ve bebekte bir hastalık olması PPD için risk olarak görülmektedir. Bebek bakımı konusunda yeterli bilgisi olmayanlarda PPD'nin daha fazla görüldüğü belirtilmiştir(5).

Düşük sosyoekonomik durum yada işsizlik, göç durumu, aile içi şiddet, eşin işsiz ve eğitimsiz olması ile postpartum depresyon ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir(5).

### 3. Postpartum Depresyon Klinik Özellikleri

Postpartum depresyon tanısı alan annelerin %60'ında bu durumun ilk depresyon atağı olduğu bulundu (7).

Postpartum depresyon (PPD) hastaların %80' inde doğumdan sonraki ilk altı hafta içinde olmak üzere, doğumdan sonraki 2 ila 3 hafta içinde sinsice başlar, ancak başlangıç zamanı 1 ila 2 yıla kadar uzayabilir. Haftalar ya da aylar boyunca yavaş bir gelişme gösterir, daha sonra bir plato düzeyine ulaşır ya da geriler. Doğumdan sonraki dördüncü ve beşinci aylara kadar anlaşılmayarak gözden kaçabilir. PPD belirtileri 6 ila 9 ay sürebilir(7).

### 4. Postpartum Depresyon Belirtileri

Postpartum depresyon belirtileri, majör depresyon belirtilerine benzemektedir. Bunlar;

- Kendini değersiz hissetme, suçluluk hissi, ağlama nöbetleri
- Hareket ve konuşmada yavaşlık
- Ajitasyon veya hiperaktivite
- İştah bozuklukları, uyku bozuklukları
- Duygusal dengesizlik, öfke hissi, umutsuzluk ve yetersizlik hissi, kendine güvensizlik, kendini çaresiz hissetme, içe kapanma
- Bellek zayıflığı, konsantrasyon güçlüğü ve karar verme yeteneğinde azalma
- Enerji ve motivasyon kaybı
- Cinsel isteksizlik
- Bebeğe karşı aşırı ilgisizlik veya bebeği için aşırı endişelenme
- Yaşamı anlamsız bulma, ölüm ve intiharla ilgili düşünceler
- Bebeğe zarar verme düşüncesi gibi belirtilerdir(6).

## 5. Postpartum Depresyonda Sosyal Destek

Postpartum dönem içerisinde olumsuz psikotik durumların ortaya çıkmasında en etkili faktörlerden birisi sosyal destek eksikliğidir (8).

Sosyal destekler arasında ise en önemlisi, kadının evebeyn rolünü paylaştığı eşi tarafından gördüğü destek yani eş desteğidir.

Anne için eş, aynı sosyal ortamı paylaşan, aynı sorunlarla karşılaşan, aynı alanda en çok bulunduğu ve partnerlik rollerini paylaştığı kişidir. Bu sebeple annenin, eşinden, bebek bakımı, ev işleri, iletişim desteği gibi hem sosyal hem fiziksel hem de psikolojik destek alması annenin doğum sonu süreci sağlıklı yürütmesine olanak sağlayacaktır. Bu dönemde verilen eş desteğinin postpartum depresyon üzerine etkileri olduğu bilinmektedir. Bu dönemde postpartum depresyonun yanı sıra annenin yaşam kalitesi de olumsuz etkilenebilmektedir.(9).

Sosyal destek eksikliği postpartum depresyon riskini arttıran önemli etkenlerden biri olarak bilinmektedir (10).

Sosyal destek, genellikle stres verici bir durumda kişiye yakından bağlı insanlar tarafından sağlanan maddi ve manevi destek olarak söylenebilir (12).

Bireyin ruh sağlığı ile yakından ilişkili olduğu vurgulanan sosyal destek, stres verici durumları ortadan kaldırmaya bile kişilerin endişe ve çaresizlik duygusunu azaltmakta, stresle baş etmek için yeni yollar deneme konusunda daha istekli olmalarını sağlamakta, kişilerin kendine güvenini arttırmakta ve stresin daha kolay tolere edilmesini sağlamaktadır (11).

Sosyal çevreden gelen desteğin içeriği ne olursa olsun, kişinin çaresizlik duygusunu azaltmaya yardımcı olur ve stresle uğraşma konusunda kendine olan güvenini artırır. Ayrıca bireylerin sevgi, bağlılık, benlik saygısı ve bir gruba ait olma gibi temel sosyal gereksinimlerini karşılar, fiziksel ve psikolojik durumu olumlu yönde etkiler (13).

Destekleyici eğitimsel girişimlerin postpartum depresyonun önlenmesinde, tanı ve tedavisinde önemli olduğu belirlenmiştir (14).

Yapılan çalışmalarda psikiyatri hemşireleri tarafından doğum sonrası depresyonu olan kadınlara ev ziyaretleri ile verilen eğitim sonucunda, depresif belirtilerde önemli azalma, anne-çocuk etkileşiminde ilerleme ve annelerin yaşam kalitesinde artma olduğu saptanmıştır(15).

Ciddi sonuçlar doğurabilen doğum sonrası depresyonu önleme, erken tanı, sevk etme, tedavi ve bakım vermede hemşirelerin/ebelerin önemli sorumlulukları bulunmaktadır. Bu bilgiler çevresinde bu çalışma, postpartum

depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişkiyi ve etkileyen faktörleri incelemek gayesiyle yapılmıştır(15).

## 6. Postpartum Depresyona Yönelik Tarama Yöntemleri

Yeni doğum yapan annelerde güvenilir yöntemler kullanılarak doğum sonrası depresyon tespit edilmeli. Doğum sonrası depresyonu belirlemek için, ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği (DDTÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ) ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri kullanılabilir (STAI). Bu ölçekler, doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemeye yönelik tarama amaçlı olarak hazırlanmış olup, depresyon tanısı koymaya yönelik değildir. Bu ölçeklerden alınan puanlar ile beraber hastanın genel durumu ve anamnez ile ayırıcı tanıya gidilir(16)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ); EDDÖ 10 maddeden oluşan, dörtlü Likert biçiminde kendini bildirim ölçeğidir. Dört seçenekten oluşan yanıtlar 0–3 arasında puanlanmakta, ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30 olmaktadır. Değerlendirmede 1,2. ve 4. maddeler 0,1,2,3 şeklinde puanlanırken, 3.,5.,6.,7.,8.,9., ve 10. maddeler 3,2,1,0 şeklinde ters olarak puanlanmaktadır. EDDÖ'nün Türkçe uyarlaması Engindeniz tarafından gerçekleştirilmiştir. Engindeniz'in yaptığı geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasında, bu ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0,79, iki yarım güvenilirliği 0,80, kesme noktası 12/13 alındığında duyarlılığı 0,84, özgüllüğü 0,88, pozitif tahmin ettirici değeri 0,69 ve negatif tahmin ettirici değeri 0,94 olarak bulunmuştur. EDDÖ ile Genel Sağlık Anketi arasındaki korelasyon  $r: 0,7$  ( $p < 0,001$ ) bulunarak geçerlilik kabul edilmiştir. EDDÖ'nün kesme noktası 13 olarak hesaplanmış olup, ölçek puanı 13 ve daha fazla olan kadınlar risk grubu olarak kabul edilmiştir(17).

PPD tanısı, sıklıkla atlanabilir. Bu hastalar, psikiyatri polikliniğine başvurmak istemezler. Aile hekimi, doğumdan sonraki dönemde annenin sık başvurduğu hekimdir. Anne kendisi için gitmese bile çocuğuna aşı yaptırmak için yılda beş-altı kez aile hekimine başvurmaktadır.

Bu başvurular esnasında aile hekiminin anneyi gözlemlemesi, sorgulaması ve gerekli ipuçları yakalandığında uygun tarama ölçeğiyle tanı koyması çok yerinde bir karar olacaktır. Aile hekimlerinin ve diğer sağlık personellerinin bu konudaki bilgi, beceri, tutum ve davranışlarının geliştirilmesi ve farkındalık yaratılması önemlidir(18).

## 7. Postpartum Depresyon Ve Emzirme Arasındaki İlişki

Postpartum dönemde emzirme, bebeklerin sağlıklı büyümesi ve gelişmesi için en uygun beslenme yöntemidir. Annenin bebeğine sağlıklı bir şekilde bakabilmesi ve uzun dönem emzirebilmesi için öncelikle kendi beden ve ruh sağlığının yerinde olması gerekir.

Depresif anneler emzirme konusunda daha fazla kaygılanmakta, sütlerinin besleyiciliğinin ve miktarın yetersiz olduğunu düşünmektedirler.

Yapılan çalışmalarda depresif belirtilerin yüksek olması, annenin emzirmeye yönelik düşüncelerini ve emzirme durumunu kötü yönde etkilediği saptanmıştır.

Özellikle postpartum 4. ve 8. haftalarda depresif belirtileri ortaya çıkan annelerin emzirmeyi bıraktıkları, emzirmeye yönelik öz yeterliliklerinin daha az olduğu saptanmıştır. Başlangıçta emzirme ve PPD arasındaki ilişki tek yönlü olmak üzere kavramsallaştırılmıştır, PPD'nin emzirme sürelerinde kısaltmaya ve emzirmeyi erken bırakmaya neden olduğu saptanmıştır.

Daha yakın zamandaki raporlar, ilişkinin çift yönlüolabileceğini göstermektedir, bu da doğum sonrası depresyonun emzirme oranlarını azaltabileceğini ve emzirme güçlüklerinin de doğum sonrası depresyon riskini artırabileceğini göstermektedir. Emzirme öz yeterlilik algısı ise annenin emzirmeye ilişkin hissettiği yeterliliktir(19).

Emzirme ve doğum sonrası depresyon arasındaki bağın yönelimi nasıl olursa olsun bu iki kavram birbirini etkiler. Özellikle postpartum sürecindeki kadın ile en sık karşılaşan sağlıkçılar olan aile hekimleri ve hemşire/ ebelerin emzirme danışmanlığı vermesi ve annenin ruhsal durumunun değerlendirilmesini yapması gibi sorumlulukları vardır.

Sağlık çalışanı tarafından kadına emzirmenin önemi ve uygulama yönü bakımından verilen eğitimler anne ve bebek arasındaki ilişkinin başlamasını ve postpartum depresyon riskini düşürmesi yönünden önemlidir. Doğum sonrası anneye genel muayene ve depresyon açısından risk değerlendirmesi yapılması çok önem taşır. Erken tanı ve tedavi depresyon gelişmesini ve anne bebek arasındaki ilişkinin kötüleşmesini önler.

## 8.Sonuç

Postpartum depresyon (PPD), doğum sonrası dönemde birçok kadının karşılaştığı önemli bir zihinsel sağlık sorunu olup, hem anne hem de çocuk üzerinde uzun vadeli etkiler yaratabilir. Bu bölümde, PPD'nin etyolojisi, risk faktörleri, klinik belirtileri ve tedavi yaklaşımları ele alınmış; ayrıca erken

tanı ve müdahalenin önemine vurgu yapılmıştır. Doğum sonrası kadınların yaşadığı fiziksel ve duygusal değişikliklerin yanı sıra, toplumsal baskılar, psikolojik stres ve uyku eksikliği gibi faktörlerin de PPD gelişiminde rol oynadığı anlaşılmaktadır.

PPD'nin çoğu zaman gözden kaçtığı ve doğru şekilde teşhis edilmediği gerçeği, bu sorunun önemini bir kez daha ortaya koymaktadır. Yeni annelerin, duygusal ve zihinsel sağlıkları konusunda yeterince desteklenmediği ve tedavi seçenekleri hakkında yeterli bilgilendirilmedikleri durumlar sıklıkla karşılaşılan bir sorundur. Bu nedenle, sağlık profesyonellerinin doğum sonrası dönemde kadınları daha yakından izlemeleri, PPD'nin erken belirtilerini tanımaları ve uygun tedavi seçeneklerini sunmaları hayati öneme sahiptir.

Bununla birlikte, postpartum depresyonun tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Psikoterapi, ilaç tedavisi ve toplumsal destek ağlarının güçlendirilmesi gibi farklı yöntemlerin birleşimi, daha etkili sonuçlar elde edilmesini sağlar. Ayrıca, annelere yönelik toplumsal farkındalık yaratmak ve ruhsal sağlık konusunda açık bir iletişim ortamı oluşturmak, postpartum depresyonun damgalanmasını önleyebilir ve tedaviye yönelik engelleri aşabilir.

Sonuç olarak, postpartum depresyonun önlenmesi ve tedavi edilmesi yalnızca bireysel bir sorumluluk değil, toplumsal bir gerekliliktir. Sağlık sistemlerinin, ailelerin ve toplumların iş birliği içinde hareket etmesi, annelerin bu dönemde psikolojik destek alabilmesi için kritik bir rol oynar. Postpartum depresyonun etkilerini en aza indirmek ve annelerin sağlıklı bir şekilde iyileşmesini sağlamak, hem anne sağlığını hem de çocukların sağlıklı gelişimini güvence altına alır.

## Kaynaklar

- 1-Yıldırım SG. Gebelik postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 2004;12(4):3-6
- 2-Kara B, Çakmaklı P, Nacak E (2001). Doğum sonrası <http://www.ttb.org.tr/STED/> 2004).
- 3-. Yıldırım GS, Kısa C, Aydemir Ç. Postpartum Depresyon. 3P Dergisi .2004;(ek 4):12-20.
- 4- O'Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol.* 2013 ;9(1):379–407.
- 5- Norhayati MN, Nik Hazlina NH, Asrenee AR, Wan Emilin WMA. Magnitude and risk factors for postpartum symptoms: A literature review. *J Affect Disord.* 2015 Apr;175:34–52.
- 6- Erdem O, Celepkolu T. Risk Factors and Causes of Postpartum Depression. *Türk J Fam Med Prim Care.* 2014;8(3):101.
- 7-Llewellyn AM, Stowe ZN, Nemeroff CB. Depression during pregnancy and the puerperium. *J Clin Psychiatry* 1997; 58:26-32.
- 8- Meltzer-Brody S., Howard L.M., Bergink, V., Vigod, S., Jones I., Munk-Olsen T. (2022) Postpartum psychiatric disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 10(4), 1–18.
- 9-Çevik, A. (2020). Kadınların Gebelik ve Postpartum Oksitosin Düzeyleri ile Depresyon Semptomları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Adana
- 10.Deveci, A., 2003. Postpartum psikiyatrik bozukluklar. *Birinci Basamak İçin Psikiyatri* (2) 3, 42-46.
- 11.Özgür, G., 1993. Sosyal destek ve sağlök. *Türk Hemşireler Dergisi* 4(2), 25-26. Patterson, B.J. 1995. The process of social support: adjusting to life in a nursing home
- 12.Sorias, O. 1992. Hasta ve sağlök öğrencilerde yaşam stresi, sosyal destek ve ruhsal hastalök ilişkisinin incelenmesi. *Seminer Psikoloji Dergisi Ege Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Yayınō* 9, 33-49.
- 13.Patterson, B.J. 1995. The process of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advanced Nursing*, 21, 682-689.
- 14.Teissedre, E., Chabrol, H., 2004. A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mother: detection of mothers at risk for postpartum depression. *Encephale* 30(4), 376-381
- 15.Tamaki, A., 2008. Effectiveness of home visits by mental health nurses for Japanese women with post-partum depression. *Internatioanl Journal of Mental Health Nursing* 17, 419- 427.
- 16- Karaçam Z, Kitiş Y. Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği: Türkçede Geçerlik ve Güvenirliğı, *Türk Psikiyatri Dergisi* 2007;(18):3-9.

- 17- Engindeniz AN, Küey L, Kültür S. Edinburg Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Türkçe Formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması, Bahar Sempozyumları 1997;1(1):51-2.
- 18- Öner N, Lecompte A. Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri El Kitabı. 2. baskı İstanbul: Boğaziçi Üniversitesi Matbaası, 1998;2-10.
- 19-Zubaran C, Foresti K. The Correlation Between Breastfeeding Self-Efficacy and Maternal Postpartum Depression in Southern Brazil. Sex Reprod Health 2013;4(1):9-15.





## Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Derneği'nin En Son Klavuzlarına Dayanarak Gebelikte Hipertansiyon Tanı ve Tedavisinin Kapsamlı Bir İncelemesi

Haniyeh Bonabian<sup>1</sup>

Yılmaz Altuner<sup>2</sup>

### Özet

Gebelik sırasında annenin tıbbi ve cerrahi durumu prenatal morbidite ve mortalite üzerinde etkili olabilir. Hekim, gebeliğin hastalığın seyri üzerindeki etkilerinin yanı sıra hastalığın gebeliğin sonucu üzerindeki etkileri ve gebelik sırasında hastalığın tedavisi hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

Hipertansiyon, gebelikte sık görülen ve hastaneye yatışa neden olan zorluklardan ve komplikasyonlardan biridir. Kan basıncı bozuklukları Amerika Birleşik Devletleri'ndeki gebeliklerin yaklaşık %10'unda görülür ve anne ölümlerinin %12,3'ünden sorumludur. Gebelikte hipertansiyon hem anne hem de fetus için riskler taşıyan önemli bir alarıdır. Bazı durumlarda, bu komplikasyonlar her ikisi için de yaşamı tehdit eden riskler olabilir. Örneğin, preeklampsi anne ölümlerinin önde gelen dört nedeni arasında yer alır, doğru teşhis ve tedavi edildiğinde olumsuz sonuçları önlemek mümkündür. Gebelikte yüksek tansiyonun gebelikle ilgili olan veya olmayan farklı tipleri vardır ve her birinin tanı ve yönetimi birbirinden farklıdır. Bu çalışmanın amacı, en son Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Kılavuzlarına ve Beckman ve Ling'in Obstetrik ve Jinekoloji kitabının en son baskısına dayanarak gebelikte çeşitli hipertansiyon türlerinin tanımları, tanı yöntemleri, risk faktörleri, semptomları, yan etkileri, ilaç ve ilaç dışı tedavileri ve önlenmesi hakkında kısa bir genel bakış sağlamaktır.

1 Karabük Üniversitesi Ebelik Bölümü Yüksek Lisans Öğrencisi  
Orcid No 0009-0007-1957-0686

2 Üniversitesi Sağlık Bilimler Fakültesi Ebelik Bölümü Öğretim Üyesi  
Orcid No 0000-0002-8162-2842

## GİRİŞ

Gebelikte yaygın bir bozukluk olan hipertansiyon, Amerika Birleşik Devletleri'nde gebeliklerin %10'unda rapor edilmiştir(2, 1). Gebelikte en yaygın yüksek tansiyon türü gebelik hipertansiyonudur. Bu hastalık, ilk doğum yapanların %6-17'sinde ve çok doğum yapanların %2-4'ünde görülmektedir(3). Gebe bir annede yüksek tansiyon, anne ve fetus için tehlikeli komplikasyonlar doğurabilir. 2017-2019 yılları arasında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan araştırmalarda, gebe kadınların ölüm nedenlerinin yaklaşık dörtte birinin gebelik ile ilişkili yüksek tansiyon (gebelik hipertansiyonu, preeklampsi, eklampsi, kronik hipertansiyon üzerine eklenmiş preeklampsi) ile bağlantılı olduğu bulunmuştur (5, 4).

Dünya genelinde yapılan sistematik bir incelemede, gebeliklerin %4,6'sının preeklampsi ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (6). Amerika Birleşik Devletleri'nde preeklampsi insidansı yaklaşık %5'tir ve preeklampsi hastaları, yaşamı tehdit eden obstetrik veya tıbbi komplikasyonlar için daha yüksek risk altındadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde preeklampsi ve eklampsi, kanama, kardiyovasküler hastalıklar ve tromboemboli ile birlikte anne ölümünün dört ana nedeninden biridir (8, 7). Ayrıca preeklampsi, DVT ve pulmoner emboli riskiyi artırmaktadır (9). Düşük ve orta gelirli ülkelerde preeklampside kaynaklanan anne ölüm oranı daha yüksektir (yaklaşık 100.000 canlı doğumda 40 vaka).(10)

### Gebelikte hipe Gebelikte hipertansiyon türleri

1) Gebelik hipertansiyonu: Normal kan basıncı olan bir kadında, 20. Haftadan sonra 4 saat arayla yapılan 2 ölçümde 90/140 mmhg veya daha yüksek kan basıncı tespit edilmesi durumudur. Hasta proteinüri göstermiyorsa ve preeklampsi kriterlerinden hiçbiri mevcut değilse (11).

Fizyolojik olarak gebeliğin 12 ile 19. Haftaları arasında sistolik ve diastolik kan basıncının 5 ile 10 mmhg arasında düştüğü göz önüne alındığında, yüksek tansiyon tanısı konulamayabilir (11). Bu nedenle hastalığın tanınmaması veya uygun tedavi edilmemesi, hem anne hem de fetus için birçok komplikasyona yol açabilir. Örneğin, anneye ait komplikasyonlar arasında düşük yapma riskinin 3.2 kat artması ve doğum sonrası kanama sayılabilir.

Gebelikteki yüksek tansiyon türleri arasında, Gestasyonel hipertansiyon en yaygın olanıdır. Bu tür yüksek tansiyonun sıklığı, ilk kez doğum yapan kadınlarda %6 ile %13, çok doğum yapmış kadınlarda ise %2 ile %4 arasındadır (1). Ayrıca, obez kadınlar, çoklu gebelik yaşayanlar ve daha önce

preeklampsi öyküsü olan kadınlarda gebelikte yüksek tansiyon sıklığının daha fazla olduğu da belirtilmelidir (13, 12).

2) Preeklampsi: 20 haftadan sonra kan basıncı ve proteinüri oluşumuna denir. Ödem genellikle preeklampsi ile birlikte görülür; ancak tanısız bir özellik olarak kabul edilmez çünkü gebelikte ödemin bazı dereceleri normal kabul edilir. 20 haftadan sonra normal kan basıncı olan bir kadında, 4 saat arayla yapılan 2 ölçümde 90/140 mmhg veya daha yüksek bir kan basıncı başlangıcı, ya da normal kan basıncı olan bir kadında 15 dakika arayla yapılan 2 ölçümde 110/160 mmhg veya daha yüksek bir kan basıncı başlangıcı.

Ayrıca, 24 saatlik idrarda 300 miligramdan fazla proteinüri veya protein-kreatinin oranı 0.3 veya daha fazla veya Dipstick ile 2+ veya daha fazla veya aşağıdaki durumlardan herhangi birinin varlığı:

A) Trombositopeni (trombosit sayısı 100.000'den az)

B) Böbrek yetmezliği (>1.1 mg/dl kreatinin veya diğer böbrek hastalıkları yokluğunda serum kreatininin iki katına çıkması)

C) Karaciğer transaminazlarının en az iki kat artışı

D) Akciğer ödemi

E) Sürekli beyin semptomları, örneğin baş ağrısı

Sürekli görme semptomları, örneğin skotom (görme alanında kararma)  
(11)

3) Kronik hipertansiyon: Kan basıncı, 4 saat arayla 2 kez ölçüldüğünde 90/140 mmhg veya daha yüksek olduğunda (şiddetli hipertansiyon durumlarında tedaviye başlamak için kan basıncının daha kısa aralıklarla ölçülmesi mümkündür) ve bu durum gebelik öncesinde veya gebeliğin 20. Haftasından önce teşhis edilmişse ya da gebelik sırasında ilk kez teşhis edilmiş ve gebelikten sonraki 12 hafta boyunca devam ediyorsa (11).

4) Kronik hipertansiyon üzerine eklenmiş preeklampsi: Eğer yüksek tansiyonu olan bir hastada aşağıdaki bulgulardan herhangi birini görürsek:

1) Kontrol altında olan bir hastada ani tansiyon artışı veya yüksek tansiyonu kontrol etmek için antihipertansif ilaç dozunun artırılması gerekliliği.

2) Gebelik öncesinde proteinüri olan bir hastada yeni bir proteinüri başlangıcı veya proteinüri miktarında artış.

5) Doğum sonrası hipertansiyon (Postpartum hipertansiyon): gebelikten kaynaklanan yüksek tansiyonun bir diğer türüdür. Gebelik döneminde yüksek tansiyonu olmayan kadınların yaklaşık %8'inin doğumdan 48 saat

ile 6 hafta sonra bu duruma maruz kalabileceği göz önüne alındığında, doğumdan sonra 6 hafta boyunca gebe kadınların tansiyonlarının kontrol edilmesi gerekmektedir (14, 11).

Ayrıca, gebelik döneminde hipertansiyon yaşayan kadınların %50'si, doğumdan sonraki 12 hafta boyunca yüksek tansiyon yaşayabilir. Bu nedenle, bu grup hastaların doğumdan sonraki 12 hafta boyunca izlenmesi zorunludur. Bazı hastalarda yüksek tansiyonun doğumdan 6 ay sonra da devam edebileceği dikkate alınmalıdır. Ancak, eğer yüksek tansiyon 6 aydan fazla sürerse, bu durumda gebe olmayan bireyler gibi davranılmalıdır.(11, 14 , 15)

Doğum sonrası kan basıncı, yeni bir durum olarak ya da gebelikteki yüksek kan basıncının devamı olarak ortaya çıkabilir. Bazı faktörler, doğum sonrası annede kan basıncının yükselmesine neden olabilir. Bu faktörler arasında, sezaryen veya spinal anestezi uygulanan hastalarda büyük miktarda sıvı alımı, doğum sonrası gebelikten kaynaklanan damar genişlemesinin (vazodilatasyon) kaybı, sıvı hacminin damar dışı alanda kayması, kanamayı önlemek için ergot bileşenlerinin verilmesi ve yüksek dozda nonsteroid antiinflamatuvar ilaçların (NSAID'ler) kullanımı sayılabilir.(11)

### **Patofizyoloji**

Mevcut verilere göre, gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi iki bağımsız olgudur (16). Bu iki olgu arasında karşılaştırma yaparken, gebelikte fizyolojik olarak kan hacminin, plazmanın, kalp debisinin, böbrek kan akımının (RBF) ve glomerüler filtrasyonun (GFR) yaklaşık %50 oranında arttığını, vasküler direncin ve kan basıncının azaldığını bilmek gerekir. Gebelikte yüksek tansiyon durumunda kan hacmi ve plazma daha yüksektir, oysa preeklampside plazma hacmi azalmakta ve GFR yaklaşık %30 oranında düşmektedir ki bu da böbrek kan akımının azalmasına neden olmaktadır. Ve plazma rezonans aktivitesinin baskılanması, kan basıncının artmasına ve sık sık ödem oluşmasına neden olur.(11 , 17)

**Preeklampsi risk faktörleri hakkında:** Preeklampsi ve gebelik hipertansiyonu risk faktörleri arasında ilk gebelik, çoklu gebelik ve diyabet sayılabilir. İlk gebelik, preeklampsi için daha güçlü bir risk faktörüdür, oysa çoklu gebelik ve diyabet gebelik hipertansiyonu için güçlü risk faktörleridir (16). Sonraki gebeliklerde gebelik hipertansiyonu riski %20 iken, preeklampsi riski %5'tir (18, 16). Preeklampsi, gebelikte yüksek tansiyonun devamında ortaya çıkabilir. Gebe annede bazı faktörlerin varlığı, preeklampsiye ilerleme olasılığını artırmaktadır. Bu faktörler arasında gebelik yaşı, 24 saatlik ortalama sistolik kan basıncı, serum ürik asit seviyesi, uterin damarların Doppler

incelemesi, serum anti-anjiyojenik faktör seviyeleri ve toplam vasküler direnç sayılabilir (23-20).

**Tedavi:** Öncelikle, hastaların kan basıncını tedavi etmeye başlamadan önce hastalığın tanı ve tedavisi için dört aşama izlenmelidir. İlk aşamada kan basıncının doğrulanması gerekmektedir.

İkinci adımda gebelik hipertansiyonu ve preeklampsinin birbirinden ayrılması gerekmektedir. Üçüncü adımda ise hipertansiyonun şiddeti değerlendirilir ve önceki üç adımın uygulanması durumunda hipertansiyon tedavisine geçilir. Yüksek tansiyon tedavisi, yaşam tarzı değişiklikleri (kilo verme, sağlıklı beslenme ve fiziksel aktivite gibi) içeren ilaç dışı müdahaleler ve ilaç tedavisi ile yapılmaktadır. Tavsiyelere uyulmaması durumunda yüksek tansiyonun nüksetmesi, hastaneye yatış ve komplikasyonlara yol açabilir(26). Çoğu hasta, ideal yüksek tansiyon kontrolü için yaşam tarzı değişikliklerinin yanı sıra ilaç tedavisi de almalıdır.

**1)Kronik hafif hipertansiyonu olan hastalar( Patients with non-severe chronic hypertension):** Kronik hafif hipertansiyonu olan hastaların tedavi faydaları ve yan etkileri tam olarak belirgin olmasa da, “Kronik Hipertansiyon ve Gebelik” (CHAP deneyi) başlıklı bir çalışmaya göre, kronik hafif hipertansiyon tedavisinin gebelik sonuçlarını iyileştirdiği gösterilmiştir (tedavi, 140/105 mm cıva yerine 140/90 mm cıva veya daha yüksek tansiyon eşiğine dayanmaktadır). Bu çalışmaya göre, kronik hafif hipertansiyonu olan hastalara antihipertansif ilaç verilmesi önerilmiş ve karar verme süreci, organ hasarı kanıtlarına dayanmaktadır.(27)

**2)Gebelik ile ilişkili hafif hipertansiyonu olan hastalar( Patients with pregnancy-related non-severe hypertension):** Bu hastalarda, eğer sistolik kan basıncı 159-150 mmHg veya diastolik kan basıncı 109-100 mmHg arasında ise ve bu kan basıncı klinik ve evde yapılan ölçümlerde stabil kalıyorsa, doğum yakın bir zamanda gerçekleşmeyecekse antihipertansif tedaviye başlanması önerilmektedir.(27)

**3)Gebelik sonrası hipertansiyonu olan hastalar:** Bu hasta grubunda, özellikle baş ağrısı, nefes darlığı ve göğüs ağrısı gibi belirtilerle birlikte şiddetli durumlarda hastanın 30-60 dakika içinde acil tedaviye ihtiyacı vardır. Eğer taburcu olduktan sonra kan basıncı 90/140 mmHg'den fazla devam ederse, gebelik dönemindeki tedaviye benzer bir ilaç tedavisi önerilmelidir (28, 11). Doğum sonrası depresyon riski nedeniyle metil dopayı kullanmaktan kaçınılması önerilmektedir. Özellikle şiddetli ödem veya NSAID'lerden kaynaklanan durumlarda, furosemid (günde bir veya iki kez 20 mg, 5 gün boyunca) kullanımı, doğum sonrası hipertansiyon gelişim

süresini azaltabilir. Ayrıca, doğum sonrası ağrı kesici olarak asetaminofen kullanılması önerilmektedir.

**4)Şiddetli hipertansiyonu olan hastalar(Severe hypertension):** Tüm şiddetli hipertansiyon hastaları (kan basıncı 110/160 mmHg veya daha yüksek olan ve 15 dakika içinde ölçümle doğrulanmış) inme, kalp yetmezliği ve maternal komplikasyon riskini azaltmak için mümkün olan en kısa sürede tedavi edilmelidir (1). Amerikan Kadın Doğum ve Jinekologlar Koleji kılavuzuna göre, şiddetli hipertansiyon tanısı 30 ila 60 dakika içinde doğrulanmalı ve tedaviye başlanmalıdır (29). Ancak bu önlemin eklampsiyi önlemeyeceği dikkate alınmalıdır (1). Akut şiddetli hipertansiyon hastalarında hedef kan basıncı 80/130–100/150 mmHg olarak belirlenir. Kan basıncının 80/120 mmHg'nin altına düşmesi, plasentanın uterin kan akışını azaltabilir (11). Eğer doğum yakın bir zamanda gerçekleşmeyecekse, hasta ağızdan alınan antihipertansif ilaçlarla koruyucu tedavi altına alınmalıdır.

**5) Tedavi edilmeyen ve organ yetmezliği olmayan hipertansiyon hastalarında ( Nonsevere hypertension Patients not on antihypertensive therapy and with no end-organ disease):**

Kan basıncı 90/140 mmHg'nin üzerinde olduğunda, antihipertansif tedaviye en az sayıda ilaç ve en düşük etkili doz ile başlanması önerilmektedir. Hedef kan basıncı 89-80/139-120 mmHg olarak kabul edilmektedir (27). Kronik kontrol altındaki hipertansiyon hastalarının çoğu için, ilaç tedavisinin şiddetli hipertansiyon gelişme olasılığını azaltma amacıyla devam etmesi önerilmektedir. Ancak, gebeliğin ilk üç ayında kan basıncında düşüş olasılığı nedeniyle, bireyin dozunu azaltması veya ilacı kesmesi gerekebilir; bu durum, bireyin evde düzenli kan basıncını kontrol etmesini zorunlu kılar.

**6) Organ yetmezliği olan hastalarda(Patients with end-organ disease):** tedaviye başlanmalı ve tedavi başladıktan sonra kan basıncının 89-80/139-120 mmHg aralığında tutulması hedeflenmelidir (27).

**İlaçlar:** Gebe kadınlar için seçilen hipertansiyon ilaçları arasında labetalol, hidralazin, nifedipin ve metildopa bulunmaktadır )11 ,30).

**Beta blokerler:** Gebelikte tercih edilen beta bloker labetaloldür. Karvedilol de labetalol ile benzer etkilere sahiptir; ancak bu konuda yeterli araştırma olmaması nedeniyle gebelikte labetalol kullanımı daha yaygındır ve karvedilol yerine labetalol kullanılması önerilmektedir. Beta blokerler arasında atenolol ve metoprolol de kullanılabilir; ancak alternatif bir ilaç mevcutsa bu iki ilacın kullanımından kaçınılması daha iyidir.

Önemle belirtmek gerekir ki, metoprolol, atenololun aksine fetal ağırlığı azaltmamaktadır ve bu nedenle bu iki ilaç arasında tercih edilen ilaçtır (31,

11). Propanolol ve diğer spesifik olmayan beta blokerlerin gebelik döneminde kullanımı, uterin kasılmaları tetikleyebileceğinden kaçınılmalıdır (11).

**Kalsiyum blokerleri:** Bu ilaç grubunda seçici kalsiyum blokeri nifedipin'dir (31). Nikardipin veya amlodipin kullanımı da gebelik döneminde güvenlidir (31, 11).

**Metil dopa:** Metil dopa ilacı hakkında da şunu söylemek gerekir ki, bu ilacın gebelikte güvenli olmasına rağmen, Amerikan Kadın Hastalıkları ve Doğum Derneği, bu ilacın kullanımının doğum sonrası depresyon riskini artırdığı nedeniyle, gebelik döneminde metil dopanın reçete edilmesinden kaçınılmasını önermektedir.(11 ,32 ,33)

**Hidralazin:** Bu ilacın gebelik döneminde kullanımı güvenlidir.(11)

**Diüretikler:** Aslında bu ilaçların teratojen olduğuna dair bir kanıt yoktur; ancak diüretiklerin döllemeden önce veya gebeliğin erken dönemlerinde kesilmesi önerilmektedir. Tiazid diüretiklerine ihtiyaç duyan hastalarda, diüretikler düşük dozda reçete edilmeli ve hasta yakın aralıklarla izlenmelidir. Ancak tuz hassasiyeti olan kronik hipertansiyon veya böbrek yetmezliği olan hastalarda diüretik reçete etmek daha kolaydır. Plasma hacminde azalma olan preeklampsi hastalarında diüretik kullanımı durumu daha da kötüleştirecektir (11).

**Şiddetli hipertansiyon tedavisi:** Gebelikte şiddetli hipertansiyonun ana tedavisi ilaç tedavisidir ve acil durumlarda genellikle labetalol, hidralazin ve nitrogliserin gibi ilaçlar kullanılır.

**Labetalol:** İlk basamak tedavi labetaloldür çünkü hızlı etkisi ve gebelikte yan etkisiz olması nedeniyle tercih edilmektedir (11). Bu ilacın etkisi 5 dakika veya daha kısa sürede başlar ve etkisi 3-6 saat sürer. Gebe bir annede yüksek tansiyon tedavisinde önce 20 miligram dozu 2 dakika içinde intravenöz olarak infüze ediyoruz, ardından 10 dakika sonra tansiyonu tekrar ölçüyoruz ve eğer tansiyon hala hedef seviyenin üzerindeyse, 40 miligramı 2 dakika içinde infüze ediyoruz. Daha sonra her 10 dakikada bir hastanın tansiyonunu izliyoruz ve eğer tansiyon hedef seviyenin üzerindeyse, her seferinde 80 miligram bu ilacı 2 dakika içinde infüze ediyoruz. Maksimum reçete edilebilecek dozun 300 miligram olduğunu unutmayın. Labetalol, sürekli infüzyon şeklinde 1-2 mg/dakika dozunda uygulanabilir. Bu ilacın astım ve kalp atış hızı dakikada 50'nin altında olduğunda kullanımı kontrendikedir.

**Hidralazin:** Bu ilacın etkisi 10-30 dakika içinde başlar ve etkisi 2-4 saat sürer. Bu ilacın uygulanma şekli hakkında, başlangıçta 5 mg'ı 1-2 dakika içinde intravenöz infüzyon şeklinde uyguladığımızı söyleyebiliriz. Daha sonra her 20 dakikada bir hastanın kan basıncını izleriz ve eğer kan basıncı



hedef seviyenin üzerindeyse, 10-5 mg'ı 2 dakika içinde intravenöz olarak infüzyon ederiz.

Dikkat edilmelidir ki, bu ilacın maksimum reçete edilebilecek dozu her tedavi döngüsünde 30 miligramdır. (11) 5 mikrogram/dakika ve her 3 ila 5 dakikada bir kademeli artış ile maksimum doz 100 mikrogram/dakikaya kadar çıkılabilir (11).

**Nitrogliserin:** Nitrogliserin de (özellikle diüretiklere dirençli akciğer ödemi durumlarında) kullanılmaktadır; uygulanma şekli 5 mikrogram/dakika infüzyon ve her 3 ila 5 dakikada bir kademeli artış ile maksimum doz 100 mikrogram/dakikadır (11).

**ACE inhibitörleri ve anjiyotensin reseptör blokörleri (ARB):** Bu ilaçların gebelik döneminde kullanımı yasaktır (34). Kısaca, gebelikte kullanılmaması gereken ilaçlar şunlardır:

Renin-anjiyotensin sistemi inhibitörleri (ACEi-ARB-doğrudan renin inhibitörleri ve aldosteron inhibitörleri), atenolol, propranolol ve nitroprussid (fetüsün siyanid ile zehirlenme olasılığı nedeniyle) (11).

**Emzirme döneminde uygun ilaçlar:** Beta blokerler, kalsiyum kanal blokörleri ve ACE inhibitörleri kullanılabilir. Beta blokerler arasında propranolol, metoprolol ve labetalol tercih edilebilir. Ancak atenolol, sütle yüksek miktarda salgılanır ve kullanılması önerilmez. ACE inhibitörlerinin sütle salgılanma miktarı çok düşüktür ve kaptopril ile enalapril kullanılabilir. Diüretiklerin süt miktarını azaltması ve metildopa'nın doğum sonrası depresyon riskini artırması nedeniyle kullanılmaması daha iyidir (11).

**Doğum zamanı:** Gebe kadınlarda, preeklampsinin ana tedavisi doğumun sonlandırılmasıdır. 37 haftadan daha fazla gebelik süresi olan preeklampsi hastaları için doğumun sonlandırılması endikasyon teşkil etmektedir ve şiddetli preeklampsi hastaları için de gebelik süresine bakılmaksızın doğum sonlandırılmaktadır (11). 90/140 mmHg'dan yüksek ve 110/160 mmHg'dan düşük kan basıncı olan, herhangi bir komplikasyonu bulunmayan hastalar için doğumun sonlandırılması zamanı 38 ile 39 hafta arasındadır. Ancak bu hastalar yüksek tansiyon komplikasyonları yaşıyorsa veya bu komplikasyonlara yakalanma riski taşıyorsa, gebeliğin sona erme zamanı 37 Haftadır (37-35, 11).

**Hafif preeklampsi hastalarının takibi:** Hafif preeklampsi hastası annelerin, şu anda gebeliğin sonlandırılması için bir endikasyon bulunmayan durumlarda, aşağıdaki hususlar belirli aralıklarla takip edilmelidir (11).

- Kan testleri (trombosit sayımı, karaciğer ve böbrek testleri) haftada en az iki kez yapılmalıdır.

- Kan basıncı günde en az iki kez ölçülmelidir.

- Hastaya risk belirtilerinin eğitimi verilmelidir.

- Fetüsün büyümesi değerlendirilmelidir ve gebelik yaşı için uygun ağırlık varsa her 3-4 haftada bir ultrason tekrarlanmalıdır.

Günlük fetal hareketlerin sayılması ve haftada iki kez NST yapılması ile amniyotik sıvı hacminin değerlendirilmesi veya haftada iki kez biyofizik profil yapılması.

**Gebelik hipertansiyonunu önleme:** Gebelik öncesi ve sırasında yaşam tarzı değişiklikleri, anne ve fetal riskleri ve komplikasyonları azaltabilir. Fiziksel aktivite, gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi riskini %30 ila %40 oranında azaltır. 2019 yılında yayımlanan ilk Kanada kılavuzu, spor yapma konusunda herhangi bir kontraendikasyonu olmayan tüm gebe kadınlar için fiziksel aktiviteyi (haftada en az 140 dakika orta şiddette) önermektedir.

12 ile 16 haftalar arasında başlayan düşük doz aspirin, preeklampsi ve buna bağlı sonuçların riskini %10 ila %20 oranında azaltır. Diyetle tuz kısıtlaması, omega-3 yağ asitleri veya tiazid diüretikleri ile preeklampsiyi önleme konusunda yeterli kanıt bulunmamaktadır. Aspirin, ideal olarak gebeliğin 12 ile 16 haftaları arasında başlanmalıdır (37-35, 28). 16 haftadan sonra aspirin başlamak da etkili olabilir, ancak mutlaka 28 haftadan önce reçete edilmelidir (37-35, 28).

Aspirin'in kesilme zamanı hakkında bilinmesi gereken, aspirin'in doğum anına kadar verildiğidir; ancak bazıları, doğumdan 5 ila 10 gün önce veya 36 haftada kesilmesini, doğum sonrası kanamayı azaltmak amacıyla önermektedir.

#### **Son kılavuzun özeti:**

1. Gebelikte hipertansiyonu olan kadınlar için kan basıncının kişisel yönetimi için gebelik danışmanlığı önerilmektedir.

2. Gebelik durumunda ACE inhibitörleri ve ARB'lerin diğer antihipertansif ilaçlarla değiştirilmesi önerilmektedir. Gebeliğin erken dönemlerinde kadınlar, preeklampsi risk belirtileri açısından en azından taranmalıdır.

3. Gebeliğin başlarında kadınlar, preeklampsi risk belirtilerinin varlığı açısından en azından taranmalıdır.

4. Mümkünse, kadınlar 11-14. haftalarda klinik belirtiler, uterin arter nabız indeksi ve plasenta büyüme faktörü (PIGF) kombinasyonu kullanılarak preeklampsi riskinin belirlenmesi için taranmalıdır.

5. Preeklampsi riski altında olan kadınlara, gece yatmadan önce 81 mg veya 162 mg aspirin önerilmektedir. Aspirin, tercihen 12-16 haftalar arasında başlanmalı ve 36 haftaya kadar devam edilmelidir.

6. Diğer gebe kadınlar için aspirin kullanımı önerilmez.

7. Kalsiyum alımı düşük olan kadınlar için (günde 900 mg'dan az) günde en az 500 mg kalsiyum takviyesi, preeklampsiyi önlemek için önerilmektedir.

8. Tüm kadınlar için, preeklampsiyi önlemek amacıyla günde önerilen miktardan (600 IU) fazla D vitamini takviyesi önerilmez.

9. Tüm kadınlar için, preeklampsiyi önlemek amacıyla, kendileri için rahat ve uygulanabilir olan her türlü spor önerilmektedir.

10. Preeklampsi riski altında olan ve fazla kilolu veya obez olan kadınlar için beslenme önerileri arasında kalori alımının azaltılması, düşük glisemik indeksli gıdaların tüketimi ve egzersiz önerilmektedir.

11. Şiddetli hipertansiyonu ve preeklampsi olan kadınların hastaneye yatırılması gerekmektedir.

12. Preeklampsi olan kadınlara yatak istirahati önerilmemektedir.

13. Sistolik kan basıncı 140 mmHg veya daha yüksek veya diastolik kan basıncı 90 mmHg veya daha yüksek olan gebe kadınlarda antihipertansif tedavi önerilmektedir.

14. Gebe kadınlar için, kronik hipertansiyon, gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi hastalarında antihipertansif tedavi görenlerin hedef diyastolik kan basıncı 85 mmHg'dır.

15. Gebelikte veya doğum sonrası şiddetli hipertansiyonu olan kadınlara derhal antihipertansif tedavi başlanmalıdır.

16. Magnezyum sülfat, preeklampsi ve şiddetli hipertansiyonu olan hastalarda eklampsi tedavisinin birinci basamak tedavisi ve preeklampsinin önlenmesi için önerilmektedir.

17. Emziren kadınlar için labetalol, nifedipin, metildopa, enalapril ve kaptopril antihipertansif ilaçları önerilmektedir.

18. Eğer doğumdan önce kadınların trombosit sayısı mikrolitre başına 20.000'nin altında veya sezaryen öncesinde 50.000'in altında ise ve kanama

veya bilinen trombosit fonksiyon bozukluğu varsa, trombosit transfüzyonu düşünülmalıdır.

19. Kronik hipertansiyonu olan kadınlar için, 37 haftadan önce şiddetli semptomlar olmadan tedavi önerilmektedir; aksi takdirde doğumu sonlandırmak için bir endikasyon yoksa. Doğumun 38 ile 39 haftalarda yapılması önerilmektedir.

20. Eğer gebelik hipertansiyonu 37 haftadan sonra şiddetli semptomlar olmadan gelişirse, doğumun indüklenmesi için acilen karar verilmelidir.

21. 34 haftadan önce preeklampsi hastası kadınlar için, tehlikeli ve ciddi durumlar yoksa, koruyucu tedavi düşünülebilir. 34 ile 35 hafta arasında doğumun başlatılması hakkında tartışma ve karar verilmesi gerekmektedir; çünkü bu, anneye ait riskleri azaltırken, fetüse ait riskleri artırır, özellikle kortikosteroid reçete edilmemişse. 36 haftadan sonra doğumun başlatılması önerilmektedir.

22. Hipertansiyonu olan kadınlarda doğumun ilk iki haftasında kan basıncı düzenli olarak ölçülmelidir.

23. Kadınlar doğumdan sonra ilk kez preeklampsiye ilerleyebileceğinden, doğumdan sonra yüksek tansiyon yaşayan veya daha önceki tansiyonu kontrol dışına çıkan bireyler ile preeklampsi belirtileri gösteren bireylerin değerlendirilmesi gerekmektedir.

24. Gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi geçiren kadınlar, doğumdan sonra kan basıncının normale dönmesi, klinik ve laboratuvar bulgularının ortadan kalkması açısından izlenmelidir.

25. Gebelik hipertansiyonu ve preeklampsi geçiren kadınlar, gelecekte gebelik hipertansiyonu riskini azaltmak ve kardiyovasküler taramalardan faydalanmak için müdahalelerden yararlanabilirler.

**Sonuç:** Gebelikte hipertansiyon, gebe kadınlar ve fetüs için yaygın ölüm ve hastalık nedenlerinden biri olup, hastaneye yatış vakalarının artmasına yol açmaktadır.

Hastalığın önemi göz önüne alındığında, bu alanda çeşitli kılavuzlar yazılmıştır ve bu kılavuzlar ile kadın hastalıkları ve doğum referans kitapları düzenli olarak birkaç yılda bir güncellenmektedir; bu nedenle tüm doktorların bu hastalığın tanı ve tedavisi konusundaki bilgilerini güncel tutmaları gerekmektedir. Gebelikte yüksek tansiyonun çeşitli türleri vardır ve en tehlikeli türü preeklampsi olarak bilinir. Preeklampsinin tedavisi nihayetinde gebeliğin sonlanmasıdır, ancak doğum zamanı preeklampsinin şiddetine ve gebelik yaşına bağlı olarak değişiklik göstermektedir.

**Kaynaklar:**

- 1- Croke L. Gestational hypertension and preeclampsia: a practice bulletin from ACOG. *American family physician*. 2019; 100(10):649-50. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2019/1115/p649.html>
- 2- Yoder SR, Thornburg LL, Bisognano JD. Hypertension in pregnancy and women of childbearing age. *Am J Med*. 2009; 122(10): 890-5. DOI: 10.1016/j.amjmed.2009.03.036
- 3- Hauth JC, Ewell MG, Levine RJ, Esterlitz JR, Sibai B, Curet LB, et al. Pregnancy outcomes in healthy nulliparas who developed hypertension. *Obstet Gynecol*. 2000; 95(1): 24-8. DOI: 10.1016/s0029-7844(99)00462-7
- 4- Ford ND, Cox S, Ko JY, Ouyang L, Romero L, Colarusso T, et al. Hypertensive disorders in pregnancy and mortality at delivery hospitalization—United States, 2017–2019. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022; 71(17): 585-19 DOI: 10.15585/mmwr.mm7117a1
- 5- MacKay AP, Berg CJ, Atrash HK. Pregnancy-related mortality from preeclampsia and eclampsia. *Obstet Gynecol*. 2001; 97(4): 533-8 DOI: 10.1016/s0029-7844(00)01223-0
- 6- Abalos E, Cuesta C, Grosso AL, Chou D, Say L. Global and regional estimates of preeclampsia and eclampsia: a systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013; 170(1): 1-7. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2013.05.005
- 7- Azdaki N, Maleki MH, Kazemi T, Moezi SA, Moghaddam HRM. V/Q scans and computerized tomography pulmonary angiography in pulmonary emboli in pregnancy: Superiority for fetal or mother. *Journal of Research in Medical Sciences: J Res Med Sci*. 2014; 19(7): 683-4. PMID: PMC4214031 [Persian]
- 8- MacKay AP, Berg CJ, Liu X, Duran C, Hoyert DL. Changes in pregnancy mortality ascertainment: United States, 1999–2005. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(1): 104-10. DOI: 10.1097/AOG.0b013e31821fd49d
- 9- Azdaki N, Moezi Bady SA, Soltani M, Rahimi SM, Kazemi T, Khazaei Z. The Necessity of Preventing Venous Thromboembolism in Pregnancy: Designing an Application Software. *J Birjand Univ Med Sci*. 2019; 26(4): 372-5. [Persian] DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2019.26.4.109 [Persian]
- 10- Aukes AM, Arion K, Bone JN, Li J, Vidler M, Bellad MB, et al. Causes and circumstances of maternal death: a secondary analysis of the Community-Level Interventions for Pre-eclampsia (CLIP) trials cohort. *Lancet Glob Health*. 2021; 9(9): e1242-e51. DOI: 10.1016/S2214-109X(21)00263-1

- 11- Beckmann CR, Herbert W, Laube D, Ling F, Smith R. *Obstetrics and gynecology*: 7th ed. Lippincott Williams & Wilkins; 2013
- 12- Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2003; 102(1): 181-92. DOI: 10.1016/s0029-7844(03)00475-7
- 13- Gaillard R, Steegers EA, Hofman A, Jaddoe VW. Associations of maternal obesity with blood pressure and the risks of gestational hypertensive disorders. The Generation R Study. *J Hypertens.* 2011; 29(5): 937-44. DOI: 10.1097/HJH.0b013e328345500c
- 14- Ferrazzani S, De Carolis S, Pomini F, Testa AC, Mastromarino C, Caruso A. The duration of hypertension in the puerperium of preeclamptic women: relationship with renal impairment and week of delivery. *Am J Obstet Gynecol.* 1994; 171(2): 506-12. DOI: 10.1016/0002-9378(94)90290-9
- 15- Ying W, Catov JM, Ouyang P. Hypertensive disorders of pregnancy and future maternal cardiovascular risk. *J Am Heart Assoc.* 2018; 7(17): e009382. DOI: 10.1161/JAHA.118.009382
- 16- Villar J, Carroli G, Wojdyla D, Abalos E, Giordano D, Ba'aqeel H, et al. Preeclampsia, gestational hypertension and intrauterine growth restriction, related or independent conditions? *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194(4): 921-31. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.10.813
- 17- Silver HM, Seebeck M, Carlson R. Comparison of total blood volume in normal, preeclamptic, and nonproteinuric gestational hypertensive pregnancy by simultaneous measurement of red blood cell and plasma volumes. *Am J Obstet Gynecol.* 1998; 179(1): 87-93. DOI: 10.1016/s0002-9378(98)70255-8
- 18- Hjartardottir S, Leifsson BG, Geirsson RT, Steinhorsdottir V. Recurrence of hypertensive disorder in second pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 2006; 194(4): 916-20. DOI: 10.1016/j.ajog.2005.10.819
- 19- Ros HS, Cnattingius S, Lipworth L. Comparison of risk factors for preeclampsia and gestational hypertension in a population-based cohort study. *Am J Epidemiol.* 1998; 147(11): 1062-70.  
DOI: 10.1093/oxfordjournals.aje.a009400
- 20- Valensise H, Vasapollo B, Novelli G, Pasqualetti P, Galante A, Arduini D. Maternal total vascular resistance and concentric geometry: a key to identify uncomplicated gestational hypertension. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology.* 2006; 113(9): 1044-52. DOI: 10.1111/j.1471-0528.2006.01013.x
- 21- Noori M, Donald AE, Angelakopoulou A, Hingorani AD, Williams DJ. Prospective study of placental angiogenic factors and maternal vascular function before and after preeclampsia and gestational hypertension. *Circulation.*

- 2010; 122(5): 478-87. DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.895458[-Persian]
- 22- Bellomo G, Venanzi S, Saronio P, Verdura C, Narducci PL. Prognostic significance of serum uric acid in women with gestational hypertension. *Hypertension*. 2011; 58(4): 704-8. DOI: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.111.177212
- 23- Wu Y, Xiong X, Fraser WD, Luo Z-C. Association of uric acid with progression to preeclampsia and development of adverse conditions in gestational hypertensive pregnancies. *Am J Hypertens*. 2012; 25(6): 711-7. DOI: 10.1038/ajh.2012.18
- 24- Vischer AS, Burkard T. Principles of Blood Pressure Measurement—Current Techniques, Office vs Ambulatory Blood Pressure Measurement. *Adv Exp Med Biol*. 2017: 85-96. DOI: 10.1007/5584\_2016\_49
- 25- Moezi Bady SA, Kazemi T, Mashreghi-Moghadam H, Azdaki N, Partovi N, Hanafi Bojd N, et al. A comprehensive overview of the diagnosis and treatment of hypertension based on the latest hypertension guidelines. *J Birjand Univ Med Sci*. 2021; 28(3): 194-221. [Persian] DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2021.28.3.100
- 26- khaledi S, Bagheri Saveh MI, Dehvan F, karimi p, Mahmoodi P. The Effect of Self-Management Program on Adherence to Treatment Regimen in Patients with Hypertension. *Sci. J. Kurd. Univ. Med. Sci*. 2023; 28(2): 110-21. [Persian] URL: <http://sjku.muk.ac.ir/article-1-7411-en.html>[Persian]
- 27- Tita AT, Szychowski JM, Boggess K, Dugoff L, Sibai B, Lawrence K, et al. Treatment for mild chronic hypertension during pregnancy. *N Engl J Med*. 2022; 386(19): 1781-92. DOI: 10.1056/NEJMoa2201295
- 28- Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. *Obstet Gynecol*. 2020; 135(6): 1492-5. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003892
- 29- Obstetricians ACo, Gynecologists. ACOG Practice Bulletin No. 203: chronic hypertension in pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. 2019; 133(1): e26-e50. DOI: 10.1097/AOG.0000000000003020
- 30- Bady SAM, Kazemi T, Mashreghi-Moghadam H, Azdaki N, Partovi N, Bojd NH, et al. A comprehensive overview of the diagnosis and treatment of hypertension based on the latest hypertension guidelines. *J Birjand Univ Med Sci*. 2021; 28(3): 194-221. [Persian] DOI: 10.32592/JBirjandUnivMedSci.2021.28.3.100
- 31- Bellos I, Pergialiotis V, Papapanagiotou A, Loutradis D, Daskalakis G. Comparative efficacy and safety of oral antihypertensive agents in pregnant women with chronic hypertension: a network metaanalysis. *Am J Obstet Gynecol*. 2020; 223(4): 525-37. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.03.016



- 32- Gillon TE, Pels A, von Dadelszen P, MacDonell K, Magee LA. Hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review of international clinical practice guidelines. *PloS one*. 2014; 9(12): e113715. DOI: 10.1371/journal.pone.0113715
- 33- Cruz MO, Gao W, Hibbard JU. What is the optimal time for delivery in women with gestational hypertension? *Am J Obstet Gynecol*. 2012; 207(3): 214. e1-6. DOI: 10.1016/j.ajog.2012.06.009
- 34- Spong CY, Mercer BM, D'Alton M, Kilpatrick S, Blackwell S, Saade G. Timing of indicated late-preterm and early-term birth. *Obstet Gynecol*. 2011; 118(2 Pt 1): 323-33. DOI: 10.1097/AOG.0b013e3182255999
- 35- Benigni A, Gregorini G, Frusca T, Chiabrando C, Ballerini S, Valcamonica A, et al. Effect of low-dose aspirin on fetal and maternal generation of thromboxane by platelets in women at risk for pregnancy-induced hypertension. *N Engl J Med*. 1989; 321(6): 357-62. DOI: 10.1056/NEJM198908103210604
- 36- Schiff E, Peleg E, Goldenberg M, Rosenthal T, Ruppin E, Tamarkin M, et al. The Use of Aspirin to Prevent Pregnancy-Induced Hypertension and Lower the Ratio of Thromboxane A2 to Prostacyclin in Relatively High Risk Pregnancies. *N Engl J Med*. 1989; 321(6): 351-6. DOI: 10.1056/NEJM198908103210603
- 37- Wallenburg H, Makovitz J, Dekker G, Rotmans P. Low-dose aspirin prevents pregnancy-induced hypertension and pre-eclampsia in angiotensin-sensitive primigravidae. *Lancet*. 1986; 327(8471): 1-3. DOI: 10.1016/s01406736(86)91891-x





## Aile Planlaması

Canan Selvihan İlhan<sup>1</sup>

### Özet

Aile planlaması, bireylerin ve çiftlerin üreme hayatlarına ilişkin bilinçli kararlar alabilmesini sağlayan, üreme sağlığının önemli bir bileşenidir. Bu bölüm, aile planlamasının halk sağlığını iyileştirme, anne ve çocuk sağlığını destekleme ve sosyal ve ekonomik kalkınmayı teşvik etme açısından önemini incelemektedir. Farklı doğum kontrol yöntemleri, etkinlikleri, erişilebilirlikleri ve bu yöntemlerin benimsenmesini etkileyen faktörler tartışılmaktadır. Ayrıca, sağlık profesyonellerinin bireylere ve topluluklara eğitim, danışmanlık ve destek sağlama rolü vurgulanmaktadır. Bölüm, aile planlaması uygulamalarını etkileyebilecek kültürel, sosyal ve politika tabanlı zorlukları ele almakta ve bu zorluklarla başa çıkmak için kapsamlı bir yaklaşımın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, bu bölüm, üreme haklarının güvence altına alınmasında ve sürdürülebilir kalkınma hedeflerinin gerçekleştirilmesinde aile planlamasının önemini vurgulamaktadır.

### 1. Giriş

Bu zamana kadar birçok tanımı bulunan Aile Planlaması (AP), bireylerde gebelik oluşmasını engellemek için yöntemlerin kullanılması ve bununla beraber planlı bir şekilde doğurganlığın devam edilebilmesi için kullanılan bir kavramdır (1)Resmin tamamına bakıldığında ise üreme sağlığının güçlendirilmesinde etkin rol oynayan temel sağlık hizmetlerinden olan AP, kişilerin arzu ettikleri sayıda ve zamanda, kendi iradeleri ile verdikleri karar doğrultusunda çocuk sahibi olabilmeleridir (2)AP, çiftlerin infertilite tedavisinde ve cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara (CYBE) karşı mücadelesinde koruma, bilgilendirme, danışmanlık gibi rolleriyle de öne çıkmaktadır (3)

Kadınların yaşam döngülerinde benzersiz ihtiyaçlarını ve hedeflerini karşılamasında önemli bir yere sahip olan AP hizmetlerinin sunduğu bir dizi seçenek ve uygulanma bulunması kadın ve çocuk sağlığı başta olmak

1 Yüksek Lisans Öğrencisi ,Karabük Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Fakültesi , Ebelik Bölümü  
Orcid:009-0007-2312-8858

üzere toplumun sağlık ve refah düzeyini yükseltecektir (4). Başka bir boyuttan bakıldığında çiftlerin cinsel olarak rahat olabilmeleri, güvenli bir cinsel birliktelik yaşamaları ve etkin AP yöntem seçimi ile seçtikleri yöntemi doğru olarak uygulayabilmeleri nitelikli AP danışmanlığı hizmetlerinden geçmektedir (5). Dünya Sağlık Örgütü'nün (2018), yaptığı açıklamada küresel çapta yaklaşık 73 milyon kadının isteyerek düşük gerçekleştirdiği, istenmeyen gebeliklerin %61'i ve tüm gebeliklerin %29'unda isteyerek düşükle sonuçlandığını bildirmiştir (16).

## 2. Aile Planlamasının Yararları

AP hizmetleri sunumunun sürdürülebilirliği, erişilebilirliği ve kabul edilebilirliği baz alındığında mevcutta bulunan kontraseptiflerin kullanımı kadın sağlığını iyileştirebilir ve anne ölümlerini engelleyebilir (6). Etkin AP hizmetleri bağlamında kadınların güçlendirilmesiyle kaydedilen ilerleme sağlıklı çocuklar, sağlıklı aileler ve böylelikle sağlıklı bir toplumun temelini oluşturmaktadır. Bu sebeple doğurganlığın düzenlenmesinde AP yöntem kullanımı önemli bir yere sahiptir. AP kullanımının başta kadın ve çocuk sağlığı olmak üzere bir çok yararı bulunmaktadır. (7) Bunlar kadın sağlığı ve bebek sağlığı açısından incelenebilir

Kadın sağlığı açısından yararları;

- Kadınların güçlendirilmesini sağlar.
- Erken yaşta yapılan evlilikler adolesan gebeliklere sebep olurken ileri yaşta olan evlilikler de bir çok risk barındıran sonuçlar doğurur. Bu bağlamda AP ile yüksek riskli gebelik oluşması engellenir ve anne ölümleri azaltılır.

- İstenmeyen gebelikler önlenir
- Gebelikler arasında yeterli zaman aralığı bırakıldığı için anne sağlığı korunur.

- Aşırı doğurganlığa bağlı olumsuz sonuçları engeller.
- CYBE'lar korunarak daha sağlıklı bir cinsel yaşam şansı tanır.
- Çocuk sahibi olamayan çiftlere tedavi imkanı sağlar.
- Fiziksel, mental ve psikolojik açıdan iyilik hali sunar (8)

Çocuk sağlığı açısından yararları;

- Bebek ve çocuk ölümleri azalır.
- Erken ve ileri yaş gebelikler engelleneceği için çocuklarda görülebilecek olan konjenital malformasyon riskleri azalır.

- Prematüre , gelişme geriliği ve düşük doğum ağırlıklı bebeklerin dünyaya gelme sıklığı azalır.

- Çiftler çocuklarına daha çok zaman ayırdıkları için daha sağlıklı çocuklar yetişir (9)

Hızlı nüfus artışı geliştirmekte olan ülkelerde kaynak temininin zorlaşmasına sebep olurken buna bağlı kalkınma hızının yavaşlamasına, sosyal ve ekonomik açıdan toplum yaşam kalitesini düşürmektedir. Bireylerin ne zaman çocuk sahibi olup olmayacağını planlamak için AP yöntemlerini kullanma becerileri sayesinde dengeli bir nüfus artışı sağlanarak istenmeyen gebeliklerin oluşturduğu masraflar engellenmektedir. Buna bağlı olarak toplumda beslenme, barınma, konut, eğitim ve sağlık gibi harcamaların önüne 7 geçilmiş olmaktadır. Böylece küresel ve ulusal bazda çevreye ve doğal kaynaklara olan olumsuz baskı da azalmaktadır (10)

### 3. Aile Planlaması Danışmanlığı Tanımı, Önemi Ve Amacı

Danışmanlık aile planlaması hususunda gerekli beceri ve uzmanlığa dayanan bireye gerekli bilgi ve danışmanlık vererek özerk karar verme konusunda bireye yol gösterici rol oynamak mahremiyeti sağlayarak danışmanlık vermek amacı etrafında şekillenir.

- ✓ iyi bir AP danışmanının bulundurmaması gereken özellikler;
    - Bireylerin haklarına saygılı ve tarafsız,
    - Mahremiyete önem göstererek,
    - Etkili iletişim becerilerine sahip,
    - Cinsellik kavramı hakkında ön yargısız ve rahat olabilen,
    - Başvuranın endişe ve kaygılarını dikkate alarak,
    - AP konusunda yeterli eğitim, bilgi ve beceriyle donanımlı olmalıdır
- (11)

- ✓ Nasıl bir Danışmanlık ortamı olmalı ?
  - Mümkünse klinikte ayrı bir oda tahsis edilmesi,
  - Mahremiyet, güvenlik, gizlilik sunan bir ortamın sağlanması,
  - Danışmanlığı kesintiye uğratacak şeylerin ortadan kaldırılması (sürekli kapı çalması, telefonun çalması),
  - Fiziksel ortamın gerekliliklerinin uygulanması (ısıtma, soğutma gibi..)

- Odanın duvarlarında AP ile ilgili resim veya poster bulundurulması olumlu bir ortam sağlanmasına yardımcı olacaktır (11)

#### ✓ **İzlenecek Danışmanlık adımları nelerdir ?**

Türkiye’de etkin AP hizmeti sunan sağlık profesyonelleri için danışmanlık sürecinin kolaylaştırıcı olması için ‘KAYNAK’ kelimesinin baş harfleri kullanılmaktadır (Yaşar, 2021).

**K- arzulayarak selamlama:** Danışman danışanı nazikçe karşılar ve kendini tanıtır. Sonra danışanın ismini öğrenerek oturabileceği bir yer gösterip nasıl yardımcı olabileceğini sormalıdır. 13

**A- alaka göstererek sorular sorma:** Demografik, jinekolojik, obstetrik öyküsü ile AP hakkındaki gereksinimleri ve beklentileri öğrenilir.

**Y- yöntemler hakkında bilgi verilmesi:** Tüm yöntemler hakkında gerekli bilgilerin verilmesi, koruyuculuk yüzdeleri, nasıl ve ne şekilde gebelikten koruduğu açıklanmalıdır. N- e tür yöntemler seçeceğine yardımcı olunması: Gereksinim ve tercihlerine uyan yöntemi seçerken karar vermesine yardımcı olunmalıdır.

**A- açıklayıcı bilgiler verilmesi:** Karar verilen yöntem ile ilgili bilgiler açık ve net bir şekilde verilmeli ve mümkünse tekrar edilmelidir.

**K- ontrole çağırılması:** Yöntemin kullanımı hakkında sorular sorulmalı, herhangi bir yan etki veya olumsuz bir durum yaşayıp yaşamadığı öğrenilmelidir. Hafif yan etkiler için çözüm önerileri, ciddi yan etkiler için tedavi önerilerek sevk edilmelidir (12)

#### **4. Aile Planlaması Danışmanlığı Çeşitleri**

AP danışmanlık hizmetleri 3 önemli aşamada ele alınmaktadır(14). Bunlar

- Genel Danışmanlık
- Yönteme Özel Danışmanlık
- İzlem Danışmanlığı’dır.

**Genel Danışmanlık:** İlk başvuru esnasında bireylere belli bir yöntem seçmeden önce verilmekte olan ve içeriğinde üreme süreçlerini, işlevlerini ve sistemini içeren tüm konularda genel bilgiler verilen danışmanlık hizmetidir. AP genel danışmanlığında kullanılan yöntemlerin her biri ayrıntılı olarak anlatılmaktadır. Olası yan etkiler, yararları, nerelerden erişebileceği ve maliyeti hakkında gerekli bilgiler verilerek kişinin doğum kontrolü olarak kendine en uygun yöntemi tercih etmesi sağlanmaktadır (13).

**Yönteme Özel Danışmanlık:** Önemli olan nokta başvuran kişinin doğurganlık hedefleri doğrultusunda ilerlemektir. Seçtiği yöntemle dair ulaşılabilirlik, maliyet, yan etkiler, olumlu ve olumsuz yönleri, geri dönüşümlü olup olmaması, CYBE karşı koruyuculuğa sahip olup olmaması ve kontrol ziyaretlerinin ne zaman gerekli olduğu bir diğer önemli 14 noktalardan biridir (18). Ayrıca seçilen yöntem hakkında doğru bilinen yanlışların düzeltilmesinde bu danışmanlıkta gerçekleştirilmelidir (13).

**İzlem Danışmanlığı:** Bu danışmanlığın amacı seçilen yöntemden memnuniyetin belirlenmesidir. Yöntemin yanlış kullanımının engellenmesi adına soruların sorulduğu ve kullanım devamlılığının sağlanması için destek ve takip gibi eylemlerin gerçekleştirildiği bir danışmanlık çeşididir (14).

## 5. Dünyada Ve Türkiye’de Aile Planlaması Yöntem Kullanımı

AP yöntem kullanımı ülkelerin gelişmişlik durumuna göre her ülkede farklılık göstermektedir. Gelişmemiş veya gelişmekte olan ülkelere, gelişmiş ülkelere göre AP yöntem kullanımı daha düşük düzeydedir (15). Dünya genelinde herhangi bir AP yöntemi kullanan üreme çağındaki 966 milyon kadının %46’sı kısa etkili yöntemler (kondom, oral kontraseptifler, enjeksiyon ve diğer modern yöntemler) kullanmaktadır. Kalıcı ve uzun etkili, geri döndürülebilir yöntemleri (kadın ve erkek kısırlaştırma, RİA, implant) ise kadınların %44’ü kullanmaktadır. Dünya geneline bakıldığında geleneksel yöntemlerin (geri çekilme, takvim ve diğer geleneksel yöntemler) kullanımı ise %10’dan azdır (15).

Modern AP yöntemleriyle AP gereksinimlerini karşılayan 15-49 yaş grubundaki kadınların oranı son yıllarda kademeli olarak artarak 1990’da %67 iken 2020’de %77,5’e yükselmiştir, geçen 30 yılda modern yöntem kullanımında sadece yaklaşık %10 artış olmuştur, bunun nedenleri arasında şunlar yer almaktadır: sınırlı yöntem seçimi, yöntemlere sınırlı erişim, yan etkilerden dolayı duyulan endişe veya geçmişte yan etkilerden dolayı yaşanan olumsuz deneyimler, kullanıcıların ve hizmet sunanların bazı yöntemlere karşı önyargısı, mevcut AP hizmetlerinin düşük kalitesi, kültürel faktörler, dini düşünceler ve hizmetlere ulaşmada cinsiyete dayalı engellerdir. (16). Üreme çağındaki 15-49 yaş grubundaki kadınların sayısı 1990 yılına göre 2021’de %46 artarak 1,9 milyara yükselmiştir (15). AP’na gereksinim duyan üreme çağındaki kadınların sayısı ise 1990’da 0,7 milyarken 2021’de %62 artarak 1,1 milyara yükseldiği görülmektedir (15). Dünya genelindeki 15-49 yaş grubundaki 1,9 milyar kadının, 1,1 milyarının AP gereksinimi bulunmaktadır ancak bu kadınların 874 milyonu AP yöntemi kullanmaktadır, 164 milyonunun ise karşılanmayan AP ihtiyacı vardır (16).

Dünya genelinde 2021 yılına göre, gebelikten korunmak isteyen kadınların %77'si modern yöntem kullanmaktadır. Modern yöntem kullanımının en yüksek olduğu bölgeler Doğu ve Güneydoğu Asya (%87), Avustralya ve Yeni Zelanda (%85), Latin Amerika ve Karayipler (%83)'dir. Bu bölgelerde gebelikten korunmak istediği halde hiçbir yöntem kullanmayan kadınların sıklığı %9 ila %12 arasında değişmektedir. Geleneksel yöntem kullanan kadınların sıklığı ise %3 ila %10 arasındadır (15).

2021 yılı verilerine göre gebelikten korunmak istediği halde modern yöntem kullanma sıklığının en düşük olduğu bölgeler Sahraaltı Afrika (%56), Avustralya ve Yeni Zelanda hariç Okyanusya (%52)'dir. Diğer bölgelere karşılaştırıldığında, gebelik istemediği halde hiçbir yöntem kullanmayan kadınların büyük çoğunluğu bu bölgede bulunmaktadır (%37-%38). Gebelikten korunmak isteyen kadınların, Kuzey Afrika ve Batı Asya'da, Orta ve Güney Asya'da diğer bölgelere göre geleneksel yöntem kullanımı daha yüksektir (%15-%12) (15).

Dünya genelinde tubal ligasyon (%22,9) ve kondom (%21,8) modern AP yöntemlerinde ayrıca tüm AP yöntemleri içerisinde en yaygın kullanılan yöntemlerdir (15). Geleneksel yöntemler arasında ise en çok takvim yöntemi (%3,5) ve geri çekme (%5,5) kullanılmaktadır (15)

Türkiye'de TNSA 2018 verilerine göre, kadınların %70'i gebeliği önleyici herhangi bir AP yöntemi kullanmaktadır, herhangi bir AP yöntemi kullanan kadınların %49'u modern, %21'i geleneksel yöntem kullanmaktadır. Kadınların en sık kullandığı geleneksel yöntem geri çekme yöntemidir (%20). En sık kullanılan modern AP yöntemleri ise kondom (%19), RİA (%14) ve tubal ligasyon (%10)'dur (17).

Türkiye'de kadınların AP yöntemleri kullanımı bölgelere, yerleşim yerine, öğrenim düzeyine ve gelir durumuna göre değişmektedir. (17). 2018 TNSA verilerine göre, modern AP yöntemlerinin kullanımı zaman içerisinde değişim göstermektedir. TNSA 2018'de, en sık kullanılan modern AP yöntemleri sırasıyla kondom (%19,1), RİA (%13,7) ve tubal ligasyon (%10,4)'dur. TNSA 2003 ve TNSA 2018 sonuçları karşılaştırıldığında, modern AP yöntemleri arasında yer alan 9 RİA'nın yıllara göre kullanımının azaldığı, kondom ve tubal ligasyonun kullanımının arttığı görülmektedir. Geleneksel AP yöntemi olan geri çekmenin yıllar içindeki kullanımı azalmıştır ama sık kullanılan geleneksel AP yöntemidir (17).

Günümüzde AP yöntemleri "etkili" ve "etkisi sınırlı" yöntemler olarak 2'ye ayrılmaktadır. Etkili yöntemlerin gebelikten koruyuculuğu ve etkinliği

etkisi sınırlı yöntemlere göre oldukça yüksektir (18). Doğum sonu dönemde kullanılabilen bir çok yöntem bulunmaktadır. Bunlar;

Etkili Aile Planlaması Yöntemleri;

- Bariyer Yöntemler
- Hormonal Yöntemler,
- Rahim İçi Araçlar,
- Geri Dönüşü Olmayan Yöntemler olmak üzere 4'e ayrılmaktadır. Etkisi Sınırlı Aile Planlaması Yöntemleri;

- Geri Çekme
- Takvim Yöntemi
- Emzirme ile Korunma
- Servikal Mukus Yöntemi,
- Vajinal Duş,
- Vücut Isısı Yöntemi

**Bariyer yöntemler** Cinsel ilişki esnasında spermin uterus boşluğuna geçmesini engellemek için uygulanan yöntemlere bariyer yöntemler denilmektedir (18). bariyer yöntemler CYBE'lara karşıda koruma sağlar. Bariyer yöntemler; kondom, kadın kondomu, spermisitler, diyafram ve servikal başlık olarak incelenmektedir (19).

**Kondom:** Tarihçesi MÖ 3000'li yıllara dayanmaktadır (15). Cinsel ilişki esnasında sertleşmiş olan penisin üzerine takılan lateks, poliüretan(plastik) ve doğal(hayvansal) zardan meydana gelen çeşitleri mevcuttur (19). Kondomların bir çok farklı türü, boyutu, rengi, dokusu ve kokusu olmakla birlikte bazıları özel rezervuar uç, özel yağ ve spermisit içermektedir). Halk arasında kaput, kılıf yada prezervatif adıyla da bilinmektedir (22). Doğum kontrolünün yanı sıra CYBE karşı da etkin korumayı sağlamaktadır Kondomun kabul edilebilirliği kalitesine, erişilebilir olmasına ve maliyeti etkin olması ile ilişkilidir . TNSA 2013-2018 verileri incelendiğinde kondom kullanımının %16'dan %19'a artışı söz konusu olmaktadır (17). Hem bariyer yöntemler arasında en güvenli olması ve hemde CYBE karşı yüksek koruyuculuğu olması bu artışın nedeni olarak gösterilmektedir (20). Ayrıca bir başka tercih nedeni ise diğer etkili AP yöntemleri arasında yan etkisinin daha az görülmesidir Kondom (18) her cinsel ilişki için yeni açılmalı ve kadının haznesine hiçbir teması olmadan sertleşmiş olan erkeklik organına takılmalıdır (18). Bu bariyer yöntem doğru kullanıldığında koruyuculuğu



%97 oranındadır. Yırtılma, delinme ya da kayma gibi durumlar gebelik riski oluşturabilmektedir (20).

**Kadın Kondomu:** Poliüretan ya da lateksten üretilen, iç ve dış olarak iki farklı boyda halkadan oluşan bir bariyer yöntemidir. Halkalardan küçük olanı kondomun kapalı kısmı olmakla birlikte serviksi örtecek şekilde yerleştirilmektedir. Bu durumun en önemli özelliği Human Papilloma Virüse (HPV) karşı koruyuculuk sağlamasıdır (18). Bilinen bir yan etkisi bulunmamaktadır. Ülkemizde kadın kondomu 2001 yılından beri mevcut olmasına rağmen ulusal AP programına dahil edilmemiştir (18) Kadın Kondomu (21) Kadınların gebeliği önleyici yöntem bilgilerine bakıldığında kadın kondomu Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018 verilerine göre %20 oranıyla en düşük bilgi sahibi oldukları yöntemler arasında yer almaktadır (17).

Küresel bazda bu bariyer yöntemin kullanılmasında yüksek maliyetli olması, partnerin desteğinin (19) olmaması, sınırlı pazarlama gibi nedenler önündeki engeller olarak görülmektedir. Spermisitler: Spermisitler kimyasal özellikleri sayesinde hücre zarını bozarak spermeleri öldürücü etkiye sahiptirler. Böylelikle servikal kanaldan spermelerin geçişini önlenmesiyle bariyer görevi görmektedirler (13). Yöntemin kullanımı kadının kontrolündedir spermisitlerin krem, vajinal jel, köpük, eriyen supazituar ve köpüklü tableten oluşan çeşitleri mevcuttur (22).

Spermisitlerin etkili olabilmesi için cinsel ilişkiden 10-15 dk önce vajene derin bir şekilde yerleştirilmeli ve ilişkiden sonra en az 6 saat kadar yıkanılmamalı veya çıkarılmaya çalışılmamalıdır (19). Kondom ile eş zamanlı kullanıldığında hem etkin olarak gebelikten korur hem de cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklardan korunma sağlamada son derece etkilidir (4). Spermisit Çeşitleri Diğer etkili yöntemlere göre etkinliği azdır ve vajende ıslaklığa sebep olduğu için kadınlar tarafından hoş karşılanmayabilmektedir. Bunun yanı sıra spermisiti elle vajinaya yerleştirmekte memnun olmayabilmektedirler (18). Yan etkisine bakıldığında vajende veya penis çevresinde tahriş veya lezyonlara sebep olabilmektedirler (20). Emziren kadınlarda rahatlıkla kullanabilmektedirler (21).

**Diyafram ve Servikal Başlık:** Serviksi mekanik anlamda kapatan diyafram, spermin rahme girişini engelleyerek kadını gebelikten korumaktadır (22). Bariyer yöntem spermisitler ile doğru ve düzenli bir şekilde kullanıldığında ilk yılda %84, daha sonraki yıllarda %94 oranında gebelikten korumaktadır (18). Servikal başlık, rahim ağzının kapatılmasıyla gebelik oluşumunu engelleyen silikon veya kauçuktan oluşan bir bariyer yöntemidir. Yöntem geri

dönüşümlü olmakla birlikte spermisitler için rezervuar görevinde görmektedir. en az 8 saat yerinde durması tavsiye edilmektedir (23).

### **Hormonal aile planlaması yöntemleri Kombine Oral Kontraseptifler (KOK):**

KOK' lar her gün aynı saatte alınması gereken östrojen ve progesteronu içeren haplardır. bir yöntemdir. 21, 22 ve 28 günlük paketleri bulunmaktadır. 21 günlük olan pakette 7 gün, 22 günlük pakette 6 gün ara verilmesi gerekmektedir. 28 günlük olan pakette son 7 tablet hormon içermemekle birlikte ara verilmeden diğer pakete başlanmalıdır (1). Yöntem düzenli ve doğru kullanıldığında koruyuculuğu %99.9 oranındadır (24).

Bu yöntemin olumlu yönleri adetleri düzenler ve ağrılı adet dönemlerini, ağır geçen menstrüel kanamaları azaltabilmektedir. Cinsel aktiviteye üzerinde hiçbir olumsuz etkisi yoktur. Rahim ve yumurtalık kanserine karşı koruma sağlar. Kemik erimesini önler ve kemik yoğunluğunu artırır. Olumsuz yönleri ise, geçici olarak ilk üç ay kilo artışı, bulantı, kusma, baş ağrısı yapabilmektedir. Menstrüasyon kanamasında azalma, ara kanama ve lekelenme yapabilir. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlara karşı koruyucu değildir. Bu sebeple bu yöntem ek olarak kondom da gerekli olabilmektedir. En önemli bir olumsuz yön ise anne sütünün miktarını azaltarak kalitesini bozabilmektedirler. Bu sebeple yeni doğum yapmış emziren annelerin bu yöntemi kullanmaları önerilmemektedir (24). Minihaplar: Düşük doz progesteron hormonu içeren haplardır. Hiç ara verilmeden sürekli alınan progestin içerikli minihaplar servikal mukusu kalınlaştırarak tubal hareketliliğin azalmasını sağlar ve böylelikle spermin girmesini engeller (16). Bu hormonal yöntem östrojenin kontrendike olduğu durumlarda kullanılmaktadır. Minihaplar süt üretimini etkilemez. Emziren anneler güvenli bir şekilde doğum sonu hemen kullanabilmektedirler (23).

**Deri Altı İmplantı:** Yeni hormonal kontraseptifler arasında sayılan deri altı implantı küçük ve silindirik yapıda plastik bir çubuktan oluşur. Deri altına uygulanır. Boyutları 4 cm uzunluğunda ve 2 mm çapında uzun etkili ve geri dönüşümlü olan implant, kadınlık hormonlarından birini (progesteron, 68 mg etonogestrel) içermektedir. Ülkemizde İmplanon ve Norplant isimli 2 tür deri altı implantı mevcuttur. İmplanon tek çubuklu, 68 mg etonogestrel içeren ve kesintisiz olarak düşük miktarda hormon salgılamaktadır. 3 yıl süreyle gebelikten korumaktadır (25). Küçük bir cerrahi girişim ile üst iç kolun deri altına uygulanır ve çıkartılır (13). Bu sebeple enfeksiyon, kanama ve hematoma gibi riskler taşır (24). Koruyuculuğu %100 olduğu belirlenmiştir. Norplant ise 6 çubukla 5 yıla kadar koruma sağlamaktadır. 216 mg levonorgestrel içermektedir. Yöntemin koruyuculuğu %99.3 dolaylarında

olduğu bildirilmiştir (25). Norplant (11) Enjekte edilen doğum kontrol yöntemleri Küresel anlamda enjeksiyon ile elde edilen doğum kontrolü AP programlarının temel taşı olmaktadır.

**Aylık Enjektatlar:** Bu yöntem kombine içeriğe ve etkiye sahip (Mesigyna) aylık enjeksiyon şeklinde uygulanmaktadır (25). Menstrüel siklusun ilk 7 günü içerisinde yonteme başlanır. Ovulasyonu baskılayarak gebelikten korumaktadırlar. Kullanım kurallarına uyulduğunda %99.7 oranında koruyuculukları bulunmaktadır (26). Üç Aylık Enjektatlar: İçeriğinde medroksiprogesteron asetat bulunan (Depo-Provera) 3 ayda bir uygulanan enjeksiyondur. Servikal mukusu kalınlaştırarak ovulasyonu engellemektedir. Kadınlar doğumdan sonra bebeklerini emziriyorlarsa postpartum 6. haftadan sonra, emzirmiyorlarsa doğumdan hemen sonra kullanıma başlanabilir (11)

Rahim içi araçlar Hipokrat zamanından beri bilinen rahim içi araçlar (RİA), en etkili doğum kontrolü yöntemleri arasında sayılmaktadır (22). Küçük ve esnek bir araçtır. Uterin kaviteye yerleştirilerek spermin yumurtalıklara ulaşmasını engeller. Böylelikle yabancı cisim etkisi yaratarak fertilizasyonu inhibe eder (25). RİA'ların takılması ve 23 çıkarılması işleminde hafif ağrı olabilmektedir. CYBE'lara karşı koruyuculuğu bulunmamaktadır (1)

Rahim İçi Araç (21) Dünya genelindeki kadınların yaklaşık 159 milyonu doğum kontrolü olarak uzun etkili ve geri dönüşümü bir yöntem olan RİA'yı tercih etmiştir (15). Ülkemizde TNSA 2018 verilerine göre; kadınların %84'ü RİA'yı bilirken %14'ü bu yöntemi kullanmaktadır (17). Günümüzde sıklıkla kullanılan bakır ve hormonlu olmak üzere 2 tip RİA bulunmaktadır. Bunlar (18);

**Bakırlı Rahim İçi Araç:** Bakırlı RİA (TCu380A), gövdesi ve kol kısımları bakır tel ile çevrilmiş T şeklinde poliüretandan meydana gelen bir araçtır. 10 yıl ve üzerinde etkin koruma sağlamaktadır. Uzun süreli koruma isteyen kadınlar için en ideal yöntemlerden biridir. Yoğun menstrüel kanama ve ağrı en sık bilinen yan etkileridir (16).

**Hormonlu Rahim İçi Araç:** Türkiye'de kullanılmakta olan hormonlu RİA Levonorgestrel salınımlı Rahim İçi Sistem (LNGRİS) olarak isimlendirilmektedir. Yüksek oranda etkili, geri dönüşümlü ve güvenli bir doğum kontrol yöntemidir (27).

**Geri dönüşü olmayan yöntemler Tüpligasyon:** Tüpligasyon, artık kesinlikle çocuk sahibi olmak istemeyenler, çocuk sahibi olması sakıncalı olanlar ve bilinçli ve gönüllü olarak işleme karar verenler için uygun geri dönüşümü olmayan cerrahi bir sterilizasyondur (21).

Fallop tüplerinin cerrahi olarak bağlanması, kesilmesi, klipslenmesi veya koterizasyonu gibi yöntemler ile yapılan işlem tüpligasyon olarak adlandırılmaktadır (20). Tüpligasyon cerrahi bir işlem olduğu için komplikasyon riski taşımakta olup ayrıca ektopik gebelik riski de bulunmaktadır (26). Dünyada üreme çağındaki kadınlar arasında en çok tercih edilen etkin bir yöntemdir (15). Etkinliği yüksek bir doğum kontrolü sağlamasının yanında cinsel ilişkiyi ve adet döngüsünü etkilememektedir (25). Tüpligasyon (28) Vazektomi: Vazektomi, erkeklere sunulan geri dönüşümü mümkün olmayan etkili bir doğum kontrolü yöntemidir . Uzman sağlık profesyoneli tarafından küçük bir ameliyat ile gerçekleştirilir. Duktus deferenslerin kapatılması ile spermlerin ejakülat içine geçişi engellenir (26). Gönüllülük esastır.

Tüm erkeklere uygun olan bu yöntemin tam etki göstermesi 3 ayı bulabilmektedir ve bu sürede ek bir doğum kontrol yöntemi kullanmak gerekebilir Vazektomi (25) Etkisi sınırlı aile planlaması yöntemleri Koitus Interruptus: Koitus Interruptus yöntemi koitus esnasında erkeğin penisinin boşalmadan hemen önce vajenden çıkarılarak dışarıya boşalmasına dayanan ve ülkemizde yaygın kullanılan etkisi sınırlı AP yöntemlerinden biridir. Böylelikle spermin servikse ulaşması engellenir ve gebelik oluşmaz (28). Ülkemizde evli kadınlar arasında kullanılan yöntemlerin başında koitus interruptus %20 ile başı çekmektedir (17).

**Takvim Yöntemi:** Doğum kontrolünün en eski şekli takvim yöntemidir. Geçmiş menstrual siklus uzunluklarını temel alır ve buradan da doğurganlık günleri hesaplanmaktadır. kadın yaşamında önemli biyolojik değişiklikler döngüyü etkiler ve güvenirligi sarsılır.

**Laktasyonel Amenore:** Doğum sonrası kadınlarda doğurganlığın ne zaman geri döneceği kestirilmez. Doğum sonrası yalnızca ilk 6 ayı ilgilendiren Laktasyonel Amenore annenin emzirmeyi doğum kontrolü için nasıl kullanacağı konusunda bilgilendirildiği ve desteklendiği bir doğum kontrol yöntemidir.

Kadınlarda doğum sonrası prolaktin hormonunun oldukça yüksek seyretmesi ve östrojen seviyesinde azalma ovulasyonu ve menstrüel siklusu baskılar(11). Bu yöntemde önemli husus doğumdan sonra ilk altı ay boyunca tam ve tama yakın olarak bebeğin emzirilmesidir. LAM yöntemini kullanmak isteyen kadınlarda doğumdan sonraki ilk 6 ayda gebelik riski %2'dir (25).

Aşağıdaki kriterler karşılandığında LAM'ın başarısı artmaktadır;

- Bebek 6 aydan küçüktür,
- Anne halen amenoreiktir,

- Gece ve gündüz aktif emzirme sağlanmalıdır .

**Servikal Mukus Yöntemi:** Vajinal akıntıdaki değişimler baz alınarak yapılan bir yöntemdir. Akıntının ıslak, kaygan, şeffaf veya esnek olması ile ilişkilidir. Güvenilirliği çok değildir. Her gün vajinasını eli ya da tuvalet kâğıdı ile sildiğinde vajinal akıntıyı kontrol edebilecek kadınlar kullanabilmektedir. Vajinal enfeksiyonu ya da servikal mukusu değiştiren başka bir durumu olanlar ile her gün vajinal akıntıyı kontrol etmekten hoşlanmayanlar yöntemi kullananmakta zorlanabilir. Etkinliği az ve başarısızlık oranı yüksek olduğu için tek başına yöntem olarak kullanımı önerilmemektedir (4).

**Vajinal Duş:** Vajinanın cinsel ilişkiden sonra meniye yok etmek için su ile yıkanmasıdır. Son derece sağlıklı bir durumdur vajinal enfeksiyonları tetikleyebilir. Ayrıca spermelerin rahme girişleri bir dakika bile sürmeyebilir. Etkinliği düşük olup kullanılması önerilmemektedir (28).

**Bazal Vücut Isısı Yöntemi:** Kadınların menstrual siklus süresince her gün olmak kaydıyla vücut ısısını ölçerek kaydetmesi ile beraber fertil ve infertil günlerin belirlenmesi esasına dayanmaktadır (11). Kadınlarda progesteron hormonunun etkisiyle bir önceki güne göre vücut ısısı yaklaşık olarak 0.5 ° C ile 1.0 ° C artış gösterdiğinde, ovulasyonun gerçekleştiği kabul edilip bu artışın saptandığı günden itibaren 3 güne kadar cinsel ilişkiden uzak durulmalıdır (23).

## 6. Sonuç

Aile planlaması, bireylerin ve toplumların sağlıklı bir gelecek inşa edebilmesi için temel bir unsurdur. Bu bölümde ele alınan farklı aile planlaması yöntemleri ve uygulamaları, sağlıklı bir yaşam sürdürmenin yanı sıra, ekonomik, sosyal ve psikolojik açıdan da önemli faydalar sağlamaktadır. Aile planlaması, bireylerin kendi sağlıklarını kontrol altına almalarını, ailelerini istedikleri şekilde yönlendirmelerini ve toplumsal kaynakların daha verimli kullanılmasını mümkün kılmaktadır.

Ancak aile planlamasının etkin bir şekilde uygulanabilmesi için toplumsal bilinçlenme ve eğitim büyük önem taşımaktadır. Bu konuda yapılacak farkındalık çalışmaları, insanların çeşitli aile planlaması yöntemlerine dair bilgi edinmelerini sağlayarak daha bilinçli seçimler yapmalarına yardımcı olacaktır. Ayrıca, aile planlaması hizmetlerinin herkes için ulaşılabilir ve erişilebilir olması, özellikle düşük gelirli ve kırsal alanlardaki bireyler için hayati önem taşımaktadır.

Aile planlamasının yalnızca kadın sağlığıyla ilgili bir konu olarak görülmemesi gerektiği de vurgulanmalıdır. Erkeklerin de aile planlamasına

dair sorumluluk taşınması, eşitlikçi bir yaklaşımın benimsenmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin güçlendirilmesi adına önemli bir adımdır. Aile planlaması, yalnızca bireyler için değil, aynı zamanda toplumun genel refahı için de bir gerekliliktir. İyi planlanmış aileler, daha sağlıklı, eğitilmiş ve güçlü toplumlar yaratılmasına katkı sağlar.

Sonuç olarak, aile planlaması, bireylerin kendi yaşamlarını kontrol edebilmesi ve toplumun sürdürülebilir gelişimi için vazgeçilmez bir araçtır. Ancak bu amacın gerçekleştirilmesi için daha geniş çaplı eğitim ve sağlık politikalarının uygulanması, aile planlamasına dair bilgi ve kaynakların erişilebilirliğinin artırılması gerekmektedir. Bu doğrultuda atılacak her adım, toplumun genel sağlık düzeyinin yükselmesine ve daha dengeli, adil bir sosyal yapının oluşmasına katkı sağlayacaktır.

## Kaynakça

- 1] Ülker, E. (2021). 18-49 Yaş Arası Suriyeli Göçmen Kadınların Aile Planlamasına Yönelik Tutumların İncelenmesi. İstanbul: Yüksek Lisans Tezi
- 2] Çoban, İ. (2016). Aile Planlaması ve Evrimi. İstanbul: Yüksek Lisans Tezi.
- 3] Gümüş, A. B. ve Keskin, G. (2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 5(1), 9-16.
- 4] Salman, Z. (2014). Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Başvuran Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi Düzeyleri ve Tutumları. Isparta: Yüksek Lisans Tezi.
- 5] Özdemir, H. (2014). Erkeğin Kullandığı Aile Planlaması Yöntemlerinin Kadın Cinsel Yaşamına Etkisi. Aydın: Yüksek Lisans Tezi.
- 6] Harrington, E. K., McCoy, E. E., Drake, A. L., Matemo, D., Stewart, G. J., Kinuthia, J., & Unger, J. A. (2019). Engaging Men in an Mhealth Approach to Support Postpartum Family Planning Among Couples in Kenya: a Qualitative Study. *Reproductive Health*, 16(17), 1-11.
- 7] Yardımcı, Y. (2020). Aile Planlaması Yöntemlerinin Cinsel Yaşam Üzerine Etkisi. Ankara: Tıpta Uzmanlık Tezi.
- 8] İlçioğlu ve ark., 2017; Ersöz, 2017; Tunç, 2019
- 9] Sağlık Bakanlığı. (2009). Güvenli Annelik Katılımcı Kitabı.
- 10] Grant, C. (2016). Benefits of Investing in Family Planning. Institute of development Studies: [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b97f5f940f0b6789a513262/021\\_Benefits\\_of\\_investing\\_in\\_family\\_planning\\_K4D\\_template\\_.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/5b97f5f940f0b6789a513262/021_Benefits_of_investing_in_family_planning_K4D_template_.pdf) adresinden alındı
- 11] Gürkan, Ö. C. (2019). Aile Planlaması Yöntemleri. H. A. Özkan içinde, *Kadın Sağlığı ve Hastalıkları* (s. 81). Ankara: Akademisyen Kitapevi
- 12] Yaşar, Ö. (2021). Aile Planlaması Danışmanlığı. M. O. Sönmez, & Z. Turan (Dü) içinde, *Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması* (s. 261-272). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık
- 13] Türk, A. (2022). Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Pelitköy Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'ne Başvuran Evli Kadınların Aile Planlaması Hakkındaki Bilgi, Tutum ve Davranışları. Samsun: Tıpta Uzmanlık Tezi.]
- 14] Bahadır, A. (2015). Aile Planlaması Danışmanlığı Veren Sağlık Profesyonellerinin Nüfus Planlamasına Bakış Açıları ve Aile Planlaması Uygulamalarına İlişkin Görüşleri. Ankara: Uzmanlık Tezi.
- 15] United Nations (UN), Department of Economic and Social Affairs Population Division, *World Family Planning 2022: Meeting the changing needs for family planning: Contraceptive use by age and method*, (2022)
- 16] İnternet: World Healty Organization (WHO), Family planning, Contraception methods, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/family-planning-contraception>, (2023)

- 17] Sağlık Bakanlığı, Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA) 2018, Ankara, (2019).
- 18] Aksu, H. (2022). Aile Planlaması Danışmanlığı. Nobel Tıp Kitapevi.
- 19] ACOG. (2023). Barrier Methods of Birth Control: Spermicide, Condom, Sponge, Diaphragm, and Cervical Cap. 8 20, 2023 tarihinde The American College of Obstetricians and Gynecologists: <https://www.acog.org/womens-health/faqs/barrier-methods-of-birth-control-spermicide-condom-sponge-diaphragm-and-cervical-cap> adresinden alındı
- 20] Kaşlı, F. (2014). Aile Planlaması. İstanbul: Yüksek Lisans
- 21] AÇSAP. (2010). Aile Planlaması Danışmanlığı İçin Resimli Rehber. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü:ile: [///C:/Users/PC/Downloads/\\_Ekutuphane\\_kitaplar\\_resimli%20rehber 2010.pdf](http://C:/Users/PC/Downloads/_Ekutuphane_kitaplar_resimli%20rehber%202010.pdf) adresinden alındı
- 22] Taşkın, L. (2014). Aile Planlaması
- 23] Kılıç, K. (2022). Aile Hekimliği Asistanlarının Aile planlaması Yöntemleri Hakkındaki Bilgi Düzeyi. İstanbul: Uzmanlık Tezi.
- 24] Balcıoğlu, H. (2010). Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Planlaması Merkezine 2009 Yılında Başvuran Hastaların Yaş,Eğitim Düzeyi ve Sahip Oldukları Çocuk Sayısına Göre Tercih Ettikleri Doğum Kontrol Yöntemi Dağılımı. İstanbul: Uzmanlık Tezi
- 25] Çoşkun, A. M. (2012). Aile Planlaması ve İnfertilite. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s. 364-365). içinde İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- 26] Yıldırım, A. (2022). Aile Planlaması. N. Pekcan, & K. D. Beydağ (Dü) içinde, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları (s. 483-484). Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevleri.
- 27] Açıl, D. (2021). Aile Planlaması Danışmanlığı. A. Çal ve Z. Ölçer (Dü) içinde, Doğurganlığın Düzenlenmesi (s. 25). Ankara: Vize Basım Yayın.





## Doğum Sonrası Psiko-Sosyal Destek

Yaren Buse Cantimur<sup>1</sup>

### Özet

Doğum sonrası psiko-sosyal destek, annelerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamada hayati bir öneme sahiptir. Bu süreçte anneler, hormonal dalgalanmalar, fiziksel rahatsızlıklar, uyku eksikliği ve yeni annelik rolüne uyum sağlama gibi zorluklarla karşı karşıya kalır. Sosyal destek, yalnızca depresyon riskini azaltmakla kalmaz, aynı zamanda annelerin annelik rolüne daha iyi uyum sağlamalarına ve aile içindeki ilişkilerini güçlendirmelerine yardımcı olur. Aile bireyleri, arkadaşlar ve profesyonel destek mekanizmaları, bu dönemde annelerin yükünü hafifletmek için önemli bir rol oynar. Bireysel ve grup terapileri gibi yöntemler de annelerin duygusal sağlığını desteklemek için etkili araçlardır. Ayrıca, ebe ve hemşirelerin sunduğu psiko-sosyal destek, annelerin yaşam kalitesini artırarak hem fiziksel hem de duygusal açıdan güçlenmelerine katkı sağlar. Bu destekler, annelerin bebekleriyle sağlıklı bir bağ kurmalarını teşvik ederken, doğum sonrası dönemi daha sağlıklı ve daha olumlu bir şekilde geçirmelerine yardımcı olur. Psiko-sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesi, yalnızca bireysel değil, toplumsal iyilik hali açısından da büyük bir önem taşır.

### 1. Giriş

Doğum sonrası dönem plesantanın doğumu ile başlayıp, doğum sonrası 6-12 haftayı içeren dönemdir. Lohusalık dönemi, puerperium veya postpartum dönem olarak da adlandırılmaktadır (1).

Doğum sonrası dönemde üç farklı ve birbirini izleyen dönem vardır (2,3);

- Başlangıç dönemi: doğumdan sonraki altı ila on iki saati kapsar. Bu dönemde doğum sonu kanama, amnion sıvı embolisi, uterusun inversiyon ve eklampsi gibi acil durumlar ortaya çıkabilir.

1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Orcid: 0009-0009-6224-352x

- İkinci dönem (subakut postpartum doğum): iki ila sekiz hafta sürer. Bu dönemde hemodinamik, genitoüriner sistem, metabolizma ve duygusal durum değişmektedir. Akut faza göre bu değişiklikler daha yavaş gerçekleşir.
- Üçüncü dönem: altı ay sürer.

Doğum sonrası dönemde kadınların yaşamları fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan etkilenmektedir aileye yeni bir üyenin katılması doğum sonrası dönemde yeni bir düzen yaratır. Kadın bu dönemde bebeğe, yeni aile yapısına, beden imajındaki değişikliklere, doğum sonrası hissettiği rahatsızlığa uyum sağlamaya çalışırken bazı zorluklarla karşılaşabilir (4). Araştırmalar, doğum yapan kadınların yüzde 10 ile 20'SİNİN anksiyete ve doğum sonrası depresyon (ppd) gibi zihinsel sağlık sorunları yaşadığını gösteriyor (5).

Psiko-sosyal destek, bireylerin psikolojik ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sunulan hizmetleri ifade eder. Bu destek, özellikle stres, travma veya zorlayıcı yaşam olayları gibi durumlarla başa çıkmalarında bireylere yardımcı olmayı hedefler (6). Kapsamı, bireylerin duygusal durumlarını iyileştirmeye yönelik psikolojik danışmanlık, grup terapileri, sosyal hizmetler ve toplumsal destek mekanizmalarını içerir (6). Psiko-sosyal destek, bireylerin hem psikolojik hem de sosyal yönlerini güçlendiren çok boyutlu bir yaklaşımdır ve bireylerin genel iyilik halleri üzerinde olumlu bir etki yaratır (7).

Doğum sonrası dönemde sosyal destek, anne, bebek ve ailenin sağlıklı kalması için çok önemlidir (8). Doğum sonu dönemdeki sosyal destek, anneye bebek bakımında destek, ev işlerine yardım ve duygusal destek gibi öğeleri kapsar (9). Anneler için sosyal destek, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltır ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkiler. (10).

## 2. Doğum Sonrası Dönemde Yaşanan Zorluklar

### 2.1 Fiziksel Değişiklikler

Doğum sonrası dönem, plasentanın çıkarılmasının ardından doğumun üçüncü evresinin bitmesiyle başlar ve organ sistemlerinin fiziksel olarak gebelik öncesi döneme dönene kadar sürer (11).

Doğum sonu dönemde annelerin yaşadıkları fiziksel sorunlar yaygındır ve annelerin günlük yaşamlarını etkileyerek yaşam kalitesini düşürebilmektedir (12). Uzun bir doğum eyleminde annelerin çektiği ağrı ve güç gerektiren yorucu bir doğum sonrası anneler yorgun düşerler (13).

Doğum sonu annelerin yaşayabilecekleri sağlık problemleri aşağıda görülmektedir (14, 15,16, 17).

- epizyo bölgesinde ağrı enfeksiyon belirti ve bulguları
- süt kanallarında tıkanıklık, mastitis, apse
- annelik rolünü yerine getirememe endişesi
- yorgunluk, uykusuzluk
- idrar yolu enfeksiyonu belirti ve bulguları
- olumsuz beden imajı etkilenmesi
- konstipasyon, hemoroid
- idrar inkontinansı
- annelik hüznü (maternity blues)
- küçük ve içe çökük meme ucu
- vajinal enfeksiyon belirti ve bulguları
- postpartum depresyon
- sütün yetersiz gelmesi ve erken kesilmesi
- kendi ve yenidoğanın bakımında yetersizlik hissetme
- disparoni, libidoda azalma

Kadınların doğum sonu dönemde fiziksel semptomlarını inceleyen araştırmalar, insizyon veya epizyotomi bölgesinde ağrı, anormal vajinal kanama, perineal sorunlar, sırt ağrısı, yorgunluk, baş ağrısı, ateş, ödem, hemoroid, konstipasyon ve üriner inkontinans gibi sorunların sıklıkla ortaya çıktığını göstermiştir. Ek olarak, doğumdan sonra bu semptomların bir yıla kadar devam edebileceği belirtilmektedir (18,19).

## **2.2psikolojik Etkiler: Doğum Sonrası Depresyon, Anksiyete**

Kadınlar depresyonu erkeklerden yaklaşık 2 kat daha fazla görmektedir ve doğum sonrası dönem kadınlar için psikolojik sorunların başlaması ve ilerlemesi açısından riskli bir dönemdir (20,21).

Kadınların psikiyatrik hastalıklara, özellikle postpartum depresyona yakalanma riski doğum sonu döneminde en yüksektir (22,23). Anneler, yeni bir bireyin sorumluluğunu taşıırken, aynı zamanda uyku eksikliği ve hormonal dalgalanmalar gibi fiziksel etkilerle de mücadele etmek zorundadır (24).

Kadınların doğum sonu dönemde ruhsal sorunlara yatkın olmasının sebepleri arasında (25);

- doğum sonu dönemde görülen hormona değişimler,
- geçirilmiş ruhsal sorunlar,
- istenmeyen gebelikler,
- zor doğum eylemi,
- riskli gebelikler,
- eşler arasında yaşanan problemler,
- doğumda sağlık ekibinden destek alamama,
- stresli yaşam olayları sıralanabilir

Doğum sonu dönemde ortaya çıkan duygusal sorunlar, annelik hüznü (maternity blues), postpartum depresyon, postpartum psikoz olmak üzere üç grupta toplanmaktadır.

Annelik hüznü, doğumdan sonra meydana gelen normal değişiklikler olarak kabul edilir. Annelerin yaklaşık %50-80'inde görülür .genel olarak doğumdan iki ila dört gün sonra ortaya çıkan, uyku sorunları, ağlama, yorgunluk, sıkıntı ve endişe gibi belirtilerle karakterize edilir (26). Genel olarak beş günden fazla sürmez, sekel bırakmaz ve tedaviye ihtiyaç duyulmaz (27). Fakat, annelik hüznü belirtileri iki haftadan daha fazla sürüyorsa annenin bir hekime başvurması gerekmektedir (28).

Postpartum depresyon, doğum olayının en yaygın komplikasyonlarından biridir. Bununla birlikte, araştırmalar, yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10-15'inde geliştiğini göstermektedir. Başlangıç aşamasında postpartum depresyon genel olarak belirti vermez ve annelerin %80'inde ilk altı hafta içerisinde ortaya çıkar (29,30). Postpartum depresyon yaşayan anne, kişisel görünümüne dikkat etmeme, dikkat eksikliği, uykusuzluk, kendini değersiz hissetme, sık ağlama gibi davranışlar gösterebilir ve kendini umutsuz, yalnız hissedebilmektedir. Postpartum depresyonu olan annelerde kendilerine ve bebeklerine zarar verme düşünceleri vardır ve intihar riski yüksektir (31,32). Ailede depresyon öyküsü, daha önce depresyon yaşama, evlilikte yaşanan sorunlar, istenmeyen bebek, ölü doğum, çoğul gebelik ve doğum gibi pek çok risk faktörü vardır (33).

Postpartum psikoz bin doğumda bir veya iki oranında nadir görülen fakat sonuçları açısından hızlı değerlendirilmesi ve önlem alınması gereken psikolojik acil durumlardan biridir (34,35). Doğum sonrası psikoz, genellikle hezeyanlar, depresyon ve annede kendisine ya da bebeğine zarar verme

düşünceleri ile karakterize edilir. Bu dönemde, bazı anneler bu düşüncelerini eyleme dönüştürme potansiyeline sahip oldukları için dikkatli olunmalıdır (36).

### 3. Sosyal Destek Sistemlerinin Önemi

Doğumdan sonraki dönemde fiziksel değişikliklerle beraber emosyonel ve sosyal değişiklikler de meydana gelir. Perinatal morbidite ve ölüm oranlarının azaltılmasında ve Anne, Bebek Ve aile sağlığının korunması, geliştirilmesi ve sürdürülmesinde bu dönemin sağlıklı geçirilmesi çok önemlidir (37).

Özellikle anneler, doğum sonrası dönemde çok sayıda stresle karşılaşır. En önemli stres faktörlerinden biri, fiziksel, sosyal ve emosyonel değişimlere uyum sağlama çabasıdır. Aile üyelerinin, yeni doğanın ve kendisinin gereksinimlerini karşılamanın zorluğudur. Kadınların yeterli destek kaynaklarının olması, stres faktörlerinin azaltılmasında ve fonksiyonel durumlarının iyileştirilmesinde oldukça etkilidir, bu da annenin ve ailesinin tam iyilik halinin korunmasında önemli bir rol oynar (7,38).

Sosyal destek, kadınların ihtiyaç duydukları yerlerde aldıkları yardımdan duydukları memnuniyet ve yardım sağlayan kişilerden oluşur (39). Doğum sonrası dönemde kadınların gereksinim duydukları alanlarda destek ve bakım almaları, onların fonksiyonel durumlarını iyileştirmek için faydalı olacaktır. Bu nedenle hem gebelik hem de doğum sonrası dönemde kadınlara sunulan sosyal destek sistemlerinin sorgulanması çok önemlidir (40).

### 4. Psiko-Sosyal Destek Türleri

Stres altında ya da güç durumda olan bireye yakınındaki insanlar (eş, aile, arkadaş gibi) tarafından sağlanan maddi veya manevi yardım, sosyal destek olarak bilinir. Sosyal kaynakların bireylere birçok farklı şekilde yardım sağladığı kanıtlanmıştır. Maddi, duygusal ve zihinsel destek bunlardan bazılarıdır. Psiko-sosyal destek, bireylerin ruhsal ve sosyal iyilik hallerini artırmak için kullanılan çeşitli destek türlerini içerir. Aile desteği, kadınların bu dönemde yaşadıkları zorlukları aşmalarında kritik bir rol oynamaktadır(41).

Aile üyeleri, duygusal destek sunmanın yanı sıra, pratik yardımlar da sağlayarak annenin yükünü hafifletebilirler. Profesyonel destek ise ebeler, hemşireler ve psikologlar tarafından sunulur; bu destek, bireylerin yaşadığı zorlukları daha iyi anlamalarına ve yönetmelerine yardımcı olabilir (42). Ayrıca, destek grupları, benzer deneyimleri paylaşan kadınların bir araya gelerek duygusal destek almasını sağlar; bu tür gruplar, kadınların yalnızlık hissini azaltabilir ve sosyal bağlarını güçlendirebilir (43).

Genel olarak, psikososyal ve psikolojik terapiler sayesinde doğum sonrası depresyon yaşayan annelerin sayısı büyük ölçüde azaltılmaktadır. Kişilerarası psikoterapi, telefona dayalı akran desteği ve yoğun, profesyonel temelli doğum sonrası ev ziyaretleri umut verici terapilere örnektir (44).

### 5. Ebe ve Hemşirelerin Rolü

Doğum sonu dönem, ailenin tüm bireyleri açısından oldukça hassas dönemlerden biridir. Sağlık personellerinden olan ebe ve hemşirelerin lohusanın fiziksel bakımıyla birlikte psikososyal bakımını da yapması ve özellikle yeteri kadar destek alamayan lohusalara destek vermeleri doğum sonu dönemde aile sağlığını korumak açısından önemlidir (1).

Doğum sonu dönemde kadınlar önemli fiziksel, sosyal ve duygusal değişiklikler yaşamaktadır. Anne ve bebeğin doğum sonu dönemi sağlıklı bir şekilde geçirebilmesinde ebeler ve hemşirelik girişimlerinin önemi büyüktür. (45).

Ülkemizde yapılan bir araştırmaya göre, lohusaların depresyon oranı %10 ila 20 arasında değişmektedir. Doğum sonu yatınlığı olan annelerin yakından takip edilmesi ve değerlendirilmesi gerekir. İşsizlik, düşük eğitim düzeyi, yoksulluk, erken yaş evlilikleri, istenmeyen gebelik, doğum öncesi bakım yetersizliği, düşük yapma korkusu ve bebeğini kaybetme, doğum sonu depresyon gelişiminin yüksek risk faktörleridir. Bu tür durumların tespitinde sağlık personelinin önemli bir rolü vardır (46).

Doğum sonrası dönemde hemşireler ve ebeler tarafından sağlanan destek, ebeveynlerin ebeveynlik görevlerine daha fazla odaklanmalarını sağlar ve ebeveyn-bebek ilişkisini güçlendirir (47,48).

Doğum sonu dönemde oluşabilecek risklerin belirlenmesinde ebeler ve hemşirelerin rolü büyüktür. Ebeveynlerle kurulan ilişki, onların kaygılarını yönetebilmelerine ve bebeklerinin büyümesine hazırlanmalarına yardımcı olmalıdır. Annelere emzirme konusunda destek verilmeli ve ebeveynlerin bebeklerinin bakımına dahil olmaya istekleri ve yeterlilikleri tüm açıdan değerlendirilmelidir (49, 50, 51).

Koruyucu sağlık hizmetlerinde grev yapan ebe ve hemşireler lohusa izlemlerinde önemli rol oynayarak risk altındaki anneleri ve aileleri tespit eder ve değerlendirirler. Postpartum depresyon gebe ve lohusa izlemlerinde dikkate alınması gereken çok önemli bir konudur. Bu sebeple aile fertlerinde ulaşma fırsatı sunan doğuma hazırlık sınıfları, gebe eğitim sınıfları gibi tüm eğitim ve danışmanlık alanlarına postpartum depresyon konusu dahil edilmelidir (52).

Ebeler, doğum sonrası dönemde kadınların psiko-sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için kritik bir rol oynar. Empati kurma yetenekleri, iletişim becerileri ve bilgi paylaşımı, bu süreçte çok önemlidir. Ebelerin, annelere doğum sonrası psikolojik destek sunma yetenekleri, kadınların yaşadığı zorlukların yönetilmesine yardımcı olabilir (53).

Doğum sonrası eğitimlerin verilmesi, kadınların bilinçlenmesine ve destek arayışına yönlendirilmesine yardımcı olur. Bu tür eğitimler, annelerin doğum sonrası süreçle ilgili bilgi edinmelerini sağlarken, ayrıca toplumsal destek sistemlerini güçlendirir (54).

## 6. Müdahale Yöntemleri

Psikososyal destek hizmetinin nasıl sağlanacağı, etkisini büyük ölçüde etkiler. Psikososyal destek hizmetlerinin etkili olması, bireylerin ihtiyaçlarını anlamak, saygılı ve duyarlı davranmak, bilgi ve eğitim sağlamak, kişi ve aile merkezli bakım sağlamak ve kesintisiz bilgilendirme ve duygusal destek sağlamak için gereklidir. Psiko-sosyal destek programları, bireysel ve grup terapileri ile uygulanabilir. Bireysel terapiler, kişisel sorunları hedef alırken grup terapileri, sosyal destek ağlarını güçlendirme fırsatı sunar (55,56,57).

Eğitim programları, kadınların doğum sonrası süreç hakkında bilgi edinmelerini sağlar ve bu durum ruh sağlıklarını iyileştirebilir.

Psiko-eğitim yöntemleri, kadınların kendilerini Daha güçlü hissetmelerine ve ihtiyaç duydukları desteği aramalarına teşvik eder. Ayrıca, internet tabanlı destek programları, geniş kitlelere ulaşarak, annelerin ihtiyaç duydukları bilgiye daha kolay erişmelerini sağlar (58).

## 7. Araştırmalar ve Bulgular

Literatürde, doğum sonrası psiko-sosyal destek programlarının etkili olduğuna dair birçok çalışma bulunmaktadır. Örneğin, grup terapilerine katılan annelerin depresyon seviyelerinin önemli ölçüde azaldığı gösterilmiştir. Destek mekanizmalarının etkinliğini artırmak için bu tür programların genişletilmesi önerilmektedir (59).

Doğum sonrası eş desteği alan annelerin anne bebek bağlanmasının kendi anne-babalarından aldığı destekten daha yüksek olduğu bulunmuştur. Doğum sonrası eşi ile pozitif ilişkileri olan annelerin doğum sonu anne bebek bağlanmalarını da olumlu etkilediği görülmüştür (60).

Postpartum dönemde yapılan birçok çalışmada hemşirelerin/ ebelerin postpartum dönemde mevcut problemlere yönelik verdikleri bakımın depresyon oranlarını azalttığı saptanmıştır (61).



Psiko-sosyal destek sunumunun, doğum sonrası dönemde ruh sağlığını olumlu yönde etkilediği ve kadınların toplumsal uyumunu artırdığı yönündeki bulgular, bu alandaki önemi vurgulamaktadır (61).

## 8. Sonuç

Doğum sonu dönemde psiko-sosyal destek, annelerin fiziksel, duygusal ve sosyal ihtiyaçlarını karşılamak için kritik bir rol oynar. Bu süreçte anneler, hormonal değişiklikler, uyku eksikliği ve yeni ebeveynlik sorumlulukları gibi çeşitli zorluklarla karşılaşabilirler. Psiko-sosyal destek, bu zorlukların üstesinden gelmelerine yardımcı olarak, duygusal sağlığı destekler ve postpartum depresyon riskini azaltabilir.

Ayrıca, doğum sonrası dönemde sosyal destek, annenin yalnızlık hissini azaltır ve sosyal bağlantılarını güçlendirir. Destekleyici bir aile ve arkadaş ağı, annelerin duygusal dayanıklılığını artırırken, toplum içinde daha iyi bir uyum sağlamalarına da yardımcı olur. Bu destek, annelerin kendilerini değerli hissetmelerini ve ebeveynlik becerilerini geliştirmelerini teşvik eder. Psiko-sosyal destek, aynı zamanda aile dinamiklerini de güçlendirir.

Ebeveynlik rollerinin paylaşımı, annelerin stresini azaltırken, babaların da bu süreçte aktif bir şekilde yer almalarını sağlar. Bu durum, ailenin genel sağlığı ve mutluluğu üzerinde olumlu bir etki yaratır.

Sonuç olarak, doğum sonu dönemde psiko-sosyal destek, annelerin fiziksel ve duygusal iyilik halleri için hayati öneme sahiptir ve ailelerin sağlıklı bir şekilde işlevselliğini sürdürebilmelerine katkıda bulunur.

Doğum sonrası psiko-sosyal destek, kadınların sağlığı ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Bu alanda daha fazla araştırma yapılması ve eğitim programlarının güçlendirilmesi, kadınların bu dönemi daha sağlıklı bir şekilde atlattıklarına yardımcı olacaktır.

Ayrıca, toplumda doğum sonrası psiko-sosyal destek konusundaki farkındalığın artırılması, annelerin bu süreçte daha fazla destek bulmalarını sağlayabilir. Bu bağlamda, aile ve toplum düzeyinde bir destek ağının oluşturulması kritik öneme sahiptir.

## Kaynaklar

- 1) T.C. Sağlık Bakanlığı (2022). Araştırma, Geliştirme Ve Sağlık Teknolojisi Değerlendirme Dairesi Başkanlığı Sezaryen Klinik Protokolü Ankara.
- 2) Çiçek, N., Mungan, T. (2007). Klinikte Obstetrik Ve Jinekoloji; Lohusalık Fizyolojisi Ve Bakımı, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara; 185- 195.
- 3) Leifer, G. (2005). Maternity Nursing; Postpartum Assessment And Nursing Care, 9 Th Ed, Elsevier Saunders, America; 191-211.
- 4) Eker, D. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Olceginin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktor Yapisi, Gecerlik Ve Guvenirligi. Türk Psikiyatri Dergisi, 12, 17-25.
- 5) O'hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates And Risk Of Postpartum Depression A Meta-Analysis. International Review Of Psychiatry, 8(1), 37-54.
- 6) Çetin, C., & Anuk, Ö. (2020). Covid-19 Pandemi Sürecinde Yalnızlık Ve Psikolojik Dayanıklılık: Bir Kamu Üniversitesi Öğrencileri Örneklemini. Avrasya Sosyal Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi, 7(5), 170-189.
- 7) Aydın A, Tedik Se, Üst-Taşgın Z, Buko G. Doğum Sonu Dönemde Annelerin Algıladıkları Sosyal Destek İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişki. Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilim Derg. 2019;22(2):87-94.
- 8) Aksakal T., Bilgili N. Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği. Erciyes Tıp Dergisi 2008;30 (4): 242-9.
- 9) Herbert P (1994). Support Of First-Time Mothers İn The Three Months After Birth. Nursing Times 15(24): 36-37.
- 10) Gülseren L (1999). Doğum Sonu Depresyon Bir Gözden Geçirme. Türk Psikiyatri Dergisi 10(1):58-67.
- 11) Panda, S., Das, A., Mallik, A., & Baruah, S. R. (2021). Normal Puerperium. İçinde Midwifery. Intechopen
- 12) Mortazavi, F., Mousavi, S. A., Chaman, R., & Khosravi, A. (2014). Maternal Quality Of Life During The Transition To Motherhood. Iranian Red Crescent Medical Journal, 16(5), E8443.
- 13) Buldukoğlu, K., & Terakye, G. (1990). Fiziksel Yönden Riskli Gebelerin Ruhsal Yönden Risk Durumlarının Belirlenmesi. Iı. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildiri Kitabı. İzmir, 109.
- 14) Bobak I M, Jensen M D (1993) Maternity And Gynecologic Care, Fifth Edition, St. Louis, The Mosby-Year Book, S.672-767
- 15) Brodsky P L A (1998) Postpartum Home Follow-Up Project By Student Nurses Using Marker Model Standards, J Nursing Education, 37 (8): 373-375.

- 16) Fishbein E G, Burggraf E (1998) Early Postpartum Discharge: How Are Mothers Managing?, *Jognn*, 27 (2): 142-148.
- 17) Gorrie T M, Mckinney E S, Murray S S (1998) Foundations Of Maternal-Newborn Nursing, Second Edition, W. B. Saunders Company, Philadelphia, S.12-13, 458-459.
- 18) Egelioglu Çetişli, N., Işık, S., Kahveci, M., & Hacılar, A. (2020). Primipar Annelerde Doğum Şekline Göre Postpartum Fiziksel Semptom Şiddeti Ve Emzirme Davranışları. *Head*, 17(2), 98–103.
- 19) Song, J. E., Chae, H. J., & Kim, C. H. (2014). Changes İn Perceived Health Status, Physical Symptoms, And Sleep Satisfaction Of Postpartum Women Over Time. *Nursing And Health Sciences*, 16(3), 335–342.
- 20) Gutiérrez-Lobos, K., Scherer, M., Anderer, P. Et Al. The İnfluence Of Age On The Female/Male Ratio Of Treated İncidence Rates İn Depression. *Bmc Psychiatry* 2, 3 (2002).
- 21) Atasoy, N., Bayar, Ü., Sade, H., Konuk N, Atik L, Barut A, Tanrıverdi, A., Kaya, E., 2004. Doğum Sonrası Dönemde Depresif Belirti Düzeyini Etkileyen Klinik Ve Sosyodemografik Risk Etkenleri. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst*, 14, 252-257
- 22) Devci, A., 2003. Postpartum Psikiyatrik Bozukluklar. Birinci Basamak İçin Psikiyatri (2)3, 42-46.
- 23) Dilbaz, N., Enez, A., 2007. Kadın Ve Depresyon: Doğum Sonrası Görülen Duygudurum Bozuklukları. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, 3(47), 32-40
- 24) Henshaw, C., Foreman, D., & Cox, J. (2004). Postnatal Blues: A Risk Factor For Postnatal Depression. *Journal Of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 25(3-4), 267-272.
- 25) Vural G, Akkuzu G. Normal Vajinal Yolla Doğum Yapan Primipar Annelerin Doğum Sonu 10.Günde Depresyon Yaygınlıklarının İncelenmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* 1999;3:33-38.
- 26) Ersoy M. Loğusalık Döneminde Annenin Yaşadığı Duygusal Dalgalanmalar Ve Bunu Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, *İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul. 2000;11-20.
- 27) O'hara M, Segre Ls. Psychologic Disorders Of Pregnancy And The Postpartum Period. *Danforth Obstetric And Gynecology Tenth Edition*, 28. Section, 2009:504-505
- 28) American Psychiatric Association. Dsm. History Of The Manual. [İnternet]. [Erişim Tarihi:2013].Erişim Adresi: <https://Www.Psychiatry.Org/Psychiatrists/Practice/Dsm/Aboutdsm>.
- 29) Bloch M, Rotenberg N, Koren D, Klein E. Risk Factors For Early Postpartum Depressive Symptoms. *Gen Ho* 40) Robertson E, Gra-

- ce S, Wallington T, Stewart De. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(2):289-95  
*Psychiatry* 2006;28(1):3-8.
- 30) Robertson E, Grace S, Wallington T, Stewart De. Antenatal Risk Factors For Postpartum Depression: A Synthesis Of Recent Literature. *Gen Hosp Psychiatry* 2004;26(2):289-95
- 31) Gerekliloğlu, Ç., Poçan, A.G., Başhan, İ., 2007. Annelerin Doğum Sonrası Psikiyatrik Sorunları. *Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 17, 126-133
- 32) Beck, C.T., 2001. Predictors Of Postpartum Depression. *Nursing Research*, 50, 275-285.
- 33) Gotlib Ih, Whiffen Ve, Mount Jh, Milne K, Cordy N1. Prevalence Rates And Demographic Characteristics Associated With Depression İn Pregnancy And The Postpartum. *J Consult Clin Psychol* 1989;57(2):269-74.
- 34) Sit D, Rothschild Aj, Wisner Kl. A Review Of Postpartum Psychosis. *J Womens Health (Larchmt)*.2006;15:352-68.
- 35) Kendell Re, Chalmers Jc, Platz C. Epidemiology Of Puerperal Psychoses. *Br J Psychiatry*. 1987;150:662-73.
- 36) Sadock Bj, Sadock Va. Synopsis Of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry, 7.Baskı, Baltimore:Lippincott Williams And Wilkins, 2003; 494-6.
- 37) Finlayson K, Crossland N, Bonet M, Downe S. What Matters To Women İn The Postnatal Period:A Meta-Synthesis Of Qualitative Studies. *Plos One*. 2020;15(4):E0231415.Doi:10.1371/Journal.Pone.0231415
- 38) Liu X, Plana-Ripoll O, Ingstrup Kg, Agerbo E, Skjærven R, Munk-Olsen T. Postpartum Psychiatric Disorders And Subsequent Live Birth: A Population-Based Cohort Study İn Denmark. *Hum Reprod*. 2020;35(4):958-967. Doi:10.1093/Humrep/Deaa016
- 39) Çoşkuner-Potur D. Annelik Rolü Yeteneği- Anne Olmak. İçinde: Ocakçı A,Alpar Şe, Ed. Hemşirelikte Kavram, Kuram Ve Model Örnekleri. İstanbul Tıp Kitapevi; 2013:67-83
- 40) Şanlı Y, Öncel S. Kadınların Doğum Sonrası Fonksiyonel Durumları Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Türk Jinekoloji Ve Obstet Derg*. 2014;2:105-114. Doi:10.4274/Tjod.82574
- 41) Bakıcı A (1999). “Gebelikte Yaşanan Fiziksel Sorunların Saptanması Ve Bunları Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir
- 42) Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., & Brown, S. J. (2014). Physical Health After Childbirth And Maternal Depression İn The First 12 Months Post Partum: Results Of An Australian Nulliparous Pregnancy Cohort Study. *Midwifery*, 30(3), 378-384.

- 43) Yawn, B. P., Dietrich, A. J., Wollan, P., Bertram, S., Graham, D., Huff, J., ... & Trippd Practices. (2012). Trippd: A Practice-Based Network Effectiveness Study Of Postpartum Depression Screening And Management. *The Annals Of Family Medicine*, 10(4), 320-329.
- 44) Dennis Cl, Dowswell T. Doğum Sonrası Depresyonu Önlemek İçin Psiko-sosyal Ve Psikolojik Müdahaleler. *Cochrane Veritabanı Syst Rev*. 2013 Şub 28; (2) (2) Cd001134. Doi: 10.1002/14651858.Cd00114.Pub3. Pmid: 23450532.
- 45) Bilgin, N. Ç., & Dc, P. (2010). Doğum Sonu Dönem Kanıt Temelli Yaklaşımlar Ve Hemşirelik. *Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim Ve Sanatı Dergisi*, 3(3), 80-87.
- 46)Seven B. Doğum Sonrası Hüzün Ve Doğum Sonrası Depresyon [Http://Www.Samiulus.Gov.Tr/Kadin\\_Sagligi\\_Pdf/Dogumsonrasi\\_Hüzün.Pdf](http://www.samiulus.gov.tr/kadin_sagligi_pdf/dogumsonrasi_huzun.pdf). Erişim Tarihi: 25.12.2015
- 47) Taşkın, L. Doğum Ve Kadın Sağlığı Hemşireliği 11. Baskı, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık; 2017.P.36-40.
- 48) Yıldırım A, Hacıhasanoğlu R, Karakurt P.The Relationship Between Postpartum Depression And Social Support And Affecting Factors. *J Hum* 2011;8:31-46.
- 49) Ladores S, Aroian, K. The Early Postpartum Experience Of Previously Infertile Mothers. *Jour Of Obst Gynec Neonat Nurs* 2015; 44:370-379
- 50) French Lr, Sharp Dj, Turner Km. Antenatal Needs Of Couples Following Fertility Treatment: A Qualitative Study İn Primary Care.*Br J Gen Pract* 2015;65:570-577.
- 51) Chen Cj, Chen Yc, Sung Hc, Kuo Pc, Wang Ch. Perinatal Attachment İn Naturally Pregnant And Infertility-Treated Pregnant Women İn Taiwan. *J Adv Nurs*2011;67:2200-2208.
- 52) Seven M, Akyüz A. Postpartum Depresyongelişiminde Etkisi Az Bilinen Bir Faktör: İnfertilite. *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi* 2013;10 (3): 7- 11.
- 53) Mcleish, J., & Redshaw, M. (2015). Peer Support During Pregnancy And Early Parenthood: A Qualitative Study Of Models And Perceptions. *Bmc Pregnancy And Childbirth*, 15, 1-14.
- 54) Brockington, I. (2004). Postpartum Psychiatric Disorders. *The Lancet*, 363(9405), 303-310.
- 55) Aldaz, B. E., Treharne, G. J., Knight, R. G., Conner, T. S., & Perez, D. (2017). Oncology Healthcare Professionals' Perspectives On The Psychosocial Support Needs Of Cancer Patients During Oncology Treatment. *Journal Of Health Psychology*, 22(10), 1332-1344.
- 56) Whitlatch, C. J., & Orsulic-Jeras, S. (2018). Meeting The Informational, Educational, And Psychosocial Support Needs Of Persons Living With

- Dementia And Their Family Caregivers. *The Gerontologist*, 58(Suppl\_1), S58-S73.
- 57) Corines, M. J., Hamilton, J. G., Glogowski, E., Anrig, C. A., Goldberg, R., Niehaus, K., ... & Ahsraf, A. (2017). Educational And Psychosocial Support Needs İn Lynch Syndrome: Implementation And Assessment Of An Educational Workshop And Support Group. *Journal Of Genetic Counseling*, 26(2),232-243.
- 58) Kumar, N., Unnikrishnan, B., Rekha, T., Mithra, P., Kulkarni, V., Papan, M.K., Holla, R., Jain, A. (2012). Infant Feeding And Rearing Practices Adapted By Mothers İn Coastal South India. *International Journal Of Collaborative Research On Internal Medicine & Public Health*, 4(12),1988-1999.
- 59) Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection Of Postnatal Depression: Development Of The 10-İtem Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal Of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- 60) Şen S. Anneanne-Anne-Bebek Bağlılığının İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doğum Ve Kadın Hatalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. İzmir. 2009;55-126
- 61) Mac Arthur C, Winter Hk, Bick De, Knowles H. Effect Of Redesigned Community Postnatal Care On Womens' Health 4 Months After Birth: A Cluster Randomised Controlled Trial. *The Lancet* 2002; 359 (9304):378- 385.
- 62) Kahraman, A., Öztürk Altınayak, S., Eroğlu, V., & Alatlı, B. (2023). Reviewing The Development And Adaptation Steps Of The Scales Specifically Used For Pregnancy, Childbirth, And Postpartum İn Türkiye Between 2010 And 2020. *Journal Of Education And Research İn Nursing (Online)*, 20(2).
- 63) Çelik Sa, Türkoğlu N, Pasinlioğlu T. Annelerin Doğum Sonu Yaşam Kalitesinin Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik Ve Sağlık Bilimleri Dergisi*. 2014;17(3):151-157.



## İnfertilite ve Yardımcı Üreme Teknikleri

Seçilnur Abduloğlu<sup>1</sup>

### Özet

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin bir yıl boyunca düzenli cinsel ilişkiye rağmen gebelik elde edememesi veya mevcut gebeliğin sürdürülememesi durumudur. Primer infertilite, hiç gebelik gerçekleşmemesi, sekonder infertilite ise daha önce gebelik yaşanmış olmasına rağmen tekrar gebelik olmamaktır. İnfertilite, %9 ila %30 arasında çiftleri etkileyen küresel bir sağlık sorunudur. Üreme, çiftlerin yaşları, cinsel birliktelik sıklığı ve zamanı gibi faktörlere bağlıdır. Kadınların üreme kapasitesi 30 yaşından, erkeklerin ise 40 yaşından sonra düşmeye başlar. Gebelik için, her iki cinsiyette de çeşitli fizyolojik unsurlar gereklidir; kadında uygun servikal müküs, açık fallop tüpleri ve normal ovülasyon, erkekte ise sağlıklı sperm üretimi ve genital sistemin tıkanıklığının olmaması önemlidir. İnfertiliteye neden olan faktörler arasında yaş, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, alkol ve sigara kullanımı, çevresel faktörler ve psikolojik durumlar yer alır. İnfertilite tanısı için çeşitli testler yapılır, bunlar arasında semen analizi, hormonal testler ve görüntüleme yöntemleri bulunmaktadır. Tedavi, altta yatan nedene yönelik olarak cerrahi veya tıbbi yöntemlerle yapılabilir ve çoğu çift tedavi ile çocuk sahibi olabilir.

### 1. Giriş

İnfertilite, üreme çağındaki çiftlerin 1yıl (12ay) boyunca haftada 3-4 kez cinsel birliktelikte bulunmalarına rağmen gebeliğin oluşmaması ya da oluşmuş olan gebeliğin sürdürülememesi olarak tanımlanmaktadır (1).

İnfertilite, primer ve sekonder infertilite olarak iki şekilde karşımıza çıkmaktadır. Primer infertilite çiftlerin en az bir yıl korunmasız cinsel

1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü  
ORCID NO:0009-0005-5086-1356



ilişkide bulunmasına rağmen gebeliğin oluşmaması, sekonder infertilite ise daha önce gebeliğin olmasına rağmen çiftlerin son bir yıl içerisinde korunmasız cinsel ilişkide bulunmasına rağmen gebeliğin oluşmaması olarak tanımlanmaktadır(2). İnfertilite, küresel olarak toplumsal bir sağlık sorunu olarak kabul görmeye birlikte üreme döneminde olan çiftleri %9 ila %30 arasında etkilemektedir(2).

## 2. Üremenin Bileşenleri

Normal üremeyi sağlayan temel bileşenler infertiliteye sebep olan çoğu etkeni tanımlamakta yardımcı olur. Üremeyi etkileyen temel etkenler çiftlerin yaşı, cinsel birliktelik sıklığı ve zamanlamadır. Üreme için her iki cinsiyette de en yüksek olduğu dönem 24-25 yaşlarıdır.

Üreme hızı kadın için 30 yaşından itibaren, erkek için ise 40 yaşından sonra düşmeye başlar. İnfertilitenin sık rastlanan sebebi yeterli cinsel ilişki de bulunmamaktır. Çocuk sahibi olmak isteyen çiftlerin haftada en az 3-4 kez cinsel ilişki de bulunmaları gerekmektedir. Ovulasyon zamanında cinsel ilişki de bulunmak gebe kalma olasılığını yükseltir. Bir kadının gebe kalma şansını siklusun ortasına denk gelen üç gündür(2).

Bu temel faktörlerden hariç normal bir üreme için gerekli olan diğer unsurlar da şunlardır:

Kadın için gerekli olan unsurlar;

- Servikal müküs, spermelerin hayatta kalmasına ve üst genital organlara geçişine izin verecek şekilde olmalıdır.
- Serviks ile fallop tüp arasındaki geçişin açık olması gerekir.
- Fallop tüpleri açık olmalıdır, sperm ve ovumun birbirlerini etkilemesine ve uterusu uygun taşınmasına yardımcı olan peristaltik hareketlere ve fimbrialara sahip olmalıdır.
- Overler siklusu uygun zamanda normal ovum üretmeli ve salıvermelidir.
- Endometriumun, blastosistin uygun yerleşmesine izin veren ve normal büyüme gelişmesine olanak sağlayan fizyolojik yapıda olması gerekmektedir(2).

Erkek için gerekli olan unsurlar;

- Testisler yapısal olarak uygun, sayısal olarak yeterli miktarda ve hareketli olan spermeler üretebilmelidir.
- Erkeğin genital sisteminde bir tıkanıklık söz konusu olmamalıdır.

- Genital sistem sekresyonları uygun ve normal olmalıdır.
- Ejekülasyonla atılan spermelerin kadın servikal kanalına ulaşacak şekilde kadın üreme sisteminde depolanmış olması gerekmektedir(2).

### 3. İnfertilite Nedenleri

İnfertilite vakalarının çoğunluğu sonradan gelişen ikincil infertilite oluşturmaktadır. Buna neden olan en yaygın unsur; cinsel yolla bulaşan hastalıkların, güvenli olmayan düşüklerin ve puerperal enfeksiyonların neden olduğu pelvik enfeksiyonlardır. (4)

Gebelik, sağlıklı sperm ve oosit üretimi ve üretilen sperm ve oositin kadının tuba uterinalarında bir araya gelmesi, oluşan embriyonun uterusu ulaşip endometriyuma yerleşmesi ile gerçekleşir. Bu doğal süreci etkileyen fiziksel, psikosozyal, sosyoekonomik ve çevresel tüm faktörler, gebeliğin oluşumunu dolayısıyla da üremeyi etkiler.

Fertiliteyi etkileyen faktörler arasında; kadının ve erkeğin yaşı, cinsel ilişkinin sıklığı ve zamanı, kadında veya erkekte geçirilmiş pelvik ameliyatlara, alkol ve sigara kullanımı, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, ilaçlar, toksinler, kimyasallar, radyasyona maruz kalma ve stres en önemli olanlardır. (4)

İnfertilitenin emosyonel nedenleri, kadında tubal kasılmalar, ovulasyon olmaması, seminal mayinin hızla dışarı atılması ve vajinismustur. Bunların yanısıra, ovulasyon zamanında bilinçsiz olarak cinsel ilişkiden kaçınma da kadına ait diğer bir infertilite nedenidir. İnfertil olan kadınların çoğunun psikolojik açıdan ortak özellikleri vardır. Çoğu gebeliği çok ister gibi görünmesine rağmen aslında içten içe gebeliğe, doğuma ya da anneliğe karşı korku duyarlar. Bu korkular infertilitenin altında yatan psikolojik nedenler arasında gösterilebilir. Kadınlar bu korkularını ifade edip, dışarı vurduklarında eşler arasında daha samimi ve sıcak bir ilişkinin oluştuğu, gebeliğin meydana geldiği bir çok olguda görülmüştür. (4)

Erkeklerde infertiliteye neden olan psikolojik faktör ereksiyonda ve ejakulasyonda empotans görülmesidir. Erkeklerde kadınlarda olduğu gibi bilinçsiz olarak cinsel ilişkiden kaçınabilirler. Erkekte ve kadında üremeyi etkileyen bir çok neden vardır. (4)

TABLO.1. İnfertilite Nedenleri

KADINA AİT NEDENLER	ERKEĞE AİT NEDENLER
<b>Vulva Ve Vajenden Kaynaklı Nedenler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Anatomik bozukluklar</li> <li>İmperfore hymen</li> <li>Vajinada septum varlığı</li> <li>Vajinismus</li> <li>Disparüni</li> <li>Parsiyel ya da total vajen yokluğu</li> <li>Vajen pH'sının alkaliye dönmemesi</li> </ul>	<b>Erkek Genital Organ Anomalisi</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Kriptorşidizm</li> <li>Hipospadias</li> <li>Varikosel</li> <li>Vasdeferans, epididimisin yokluğu ya da tıkanıklığı</li> <li>Hipoplazik testis</li> <li>Testiküler atrofi</li> </ul>
<b>Over Kaynaklı Nedenler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Ovulasyon düzensizlikleri</li> <li>Hipofiz-over arasındaki hormonal dengesizlik</li> <li>Over tümörleri</li> <li>Oral kontraseptifleri bıraktıktan sonra gelişen amenore</li> <li>Erken menopoz</li> <li>Radyasyon</li> </ul>	<b>Sperm Anomalileri Ve Fonksiyon Bozukluğuna Neden Olan Faktörler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sigara, alkol ve madde kullanımı</li> <li>Yetersiz hormonal uyarı</li> <li>Toksinlere maruz kalma (kimyasallar,vs)</li> <li>Akut /kronik hastalıklar</li> </ul>
<b>Tubal Faktörler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Tubal tıkanıklık</li> <li>Tubal hasar,tubaların kıvrımlı olması</li> <li>Tubanin fibril kısmının yokluğu</li> <li>Bir tubanın yokluğu</li> <li>Tubal enfeksiyon</li> <li>Tubalyapışıklık</li> <li>Anormal tubal silial hareket</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Genital organ enfeksiyonları</li> <li>Anatomik anormallikler</li> <li>Kemoterapi</li> <li>Radyasyon</li> <li>Ereksiyon bozuklukları</li> <li>Seminal sıvı yapısına ilişkin bozukluklar</li> <li>Retrograd ejakülasyon</li> <li>Nörolojik bozukluklar</li> <li>Spinal kort yaralanmaları</li> <li>Stres/anksiyeteye bağlı prematür ejakülasyon</li> <li>Psikoterapik ve antihipertansif ilaçlar</li> <li>Travma</li> </ul>
<b>Uterin Faktörler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gelişimsel anomaliler</li> <li>Endometrial ve miyometrial tümörler</li> <li>İntrauterin polipler</li> <li>Travma</li> <li>Enfeksiyon (PID vb)</li> <li>Skar dokusu</li> <li>Endometriozis</li> </ul>	<b>Diğer Faktörler</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Endokrin bozukluklar</li> <li>Genetik bozukluklar</li> <li>Psikolojik bozukluklar</li> <li>Cinsel yolla bulaşan hastalıklar</li> <li>Toksik maddelere (kurşun, civa) maruz kalma</li> <li>Skrotumun yüksek ısıya maruz kalması (sıcak küvet banyoları ya da saunalar)</li> <li>Kabakulağın neden olduğu orşit</li> <li>Yetersiz beslenme</li> </ul>

<p><b>Diğer Faktörler</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kronik hastalıklar (Diyabet, tiroid vb.)</li> <li>• Cinsel yolla bulaşan hastalıklar</li> <li>• Fazla yada düşük kilo</li> <li>• Sigara, alkol ve madde kullanımı</li> <li>• Çok fazla düşük yapmış olma</li> <li>• Stres</li> </ul>	
---	--

## 5. İnfertilite Tanısı Olan Çiftlerin Değerlendirilmesi

İnfertil çiftleri değerlendirirken ilk olarak infertilite nedeninin bulunmasıdır. En az invaziv ve en kolay olan testlerden başlanmalıdır. İnfertilite değerlendirmesi çiftlerin anamnezi alınarak ve fizik muayenesi yapılarak başlar.

Anamnez de şu konulara yer verilir;

- Çiftlerin yaşı,
- Evlilik ve infertilite süreleri,
- Eğitim düzeyleri,
- Sosyodemografik özellikleri
- Kadının menstrual döngüsü,
- Çiftlerin sosyal güvencesi,
- Psikoseksüel faktörler,
- Üremeyi azaltan etkenler (yaşam tarzı, beslenme şekli, çalışma koşulları, sık seyahatler, sigara, alkol, madde kullanımı, kafein tüketimi, stres düzeyi vb.)
- Endokrin, kronik, kalıtsal, metabolik hastalık öyküsü varlığı,
- Toksin maruziyeti,
- İlaç kullanımı varlığı(6).

## 5. İnfertilite Tanı Testleri

### 5.1. Erkeğe Yönelik Tanı Testleri

**5.1.1. Semen Analizi:** Erkeğin infertil olması durumunda, ilk olarak dört hafta ara ile uygun olarak yapılmış olan iki semen analizi erkeğin üreme

kapasitesini gösterir. Semen analizi ile semenin volümü, konsantrasyonu, sperm morfolojisi ve sperm motilitesi değerlendirilir(6). Semen analizi fiziksel bir girişimi gerektirmez, uygulaması kolay bir yöntemdir. Örnek alınmadan önce bireyin 48-72 saat kadar ejakülasyondan kaçınması gerekmektedir. Örnek, masturbasyon, geri çekme ya da seminal kese olarak isimlendirilen kondom yardımıyla alınabilir.

**5.1.2.Hormonal Testler:** Her infertil erkeğe rutin olarak hormonal test yapılmasına gerek yoktur.

Aşağıdaki durumların varlığında hormonal test yapılmaktadır;

- Sperm yoğunluğu 5-10milyon/ml altında olan,
- Cinsel fonksiyonu bozulmuş olan,
- Özel hormonal bozukluğu akla getiren belirtileri olan (kılınma azlığı, jinekomasti, galaktore, koku alma bozukluğu vb.) erkeklerle hormonal test uygulanmaktadır(6).

**5.1.3.Görüntüleme Yöntemleri:** İnfertilite değerlendirilirken hem manyetik (MR) görüntüleme hem de bilgisayarlı tomografiden (BT) fayda sağlanabilir(7). Ultrasonografi (USG) yardımıyla da erkek prostat bezleri ve yardımcı üreme bezleri görüntülenmektedir(6). Prolaktin düzeyleri yüksek olgularda, hipofiz ve hipotalamus tümörlerinin saptanmasında MR ve BT fayda sağlamaktadır. Bu tür tümörler her iki cinsiyette de görülebilmektedir(7).

**5.1.4.Sperm Penetrasyon Testi (SPA):** Normal bir fertilizasyonda spermlerin ovumun zona pellüsida denilen tabakasını delerek yumurtayı döllemesi gerekmektedir. SPA yardımıyla da spermlerin bu dölleme kapasitesine bakılmaktadır. Laboratuvar ortamında spermin ovumu dölleme yeteneği gözlemlenir. Aynı zamanda bu yöntem ile sperm sayısı, hareketi ve yapısı arasında da ilişki kurulmaktadır(7).

**5.1.5.Postkoital Test:** Kadının genital sistemi ile spermin birleşmesi bu test ile değerlendirilir. Çiftlerden 24 saat cinsel ilişki de bulunmamaları istenir. Bu aradan sonra çiftler cinsel ilişkide bulunarak 2-4 saat içinde muayeneye gelmeleri söylenir. Muayeneye gelen çiftlerden müküs örneği alınır. Müküs örneği, endoservikal kanalın üst bölümünden alınır. Mikroskop altında incelenir. Bu test ile servikal müküsün karakteri ile servikal ortamda spermin hayatta kalma kapasitesi ve hareketliliği değerlendirilir.

**5.1.6.Antisperm Antikor Testleri:** Spermlerin motilitesini ve canlılığını baskılamak için spermlere karşı oluşan antikorlar her iki cinsiyette de ortaya çıkabilmektedir. Mikroskopik ve makroskobik kümeleşme ve

sperm immobilizasyonu, sperm karşıtı antikorların ortaya çıkarılması için yapılmaktadır (7).

## 5.2.Kadına Yönelik Tanı Testleri

**5.2.1.Bazal Vücut Isısı (BBT) Analizi:** Bu test kadının ovulasyon durumunu değerlendirmek amacıyla yapılmaktadır. Kadına her gün sabah saatlerinde uyandığında, her sabah aynı saatte, yataktan kalkmadan ve hareket etmeden önce vücut sıcaklığını ölçmesi ve bu değeri kaydetmesi konusunda eğitim verilir. Kadının uyandığında herhangi bir harekette bulunması yataktan kalkması bile vücut ısısını yanlış değerlendirmemize ve sonucun saptasına neden olabilir. Kadın peş peşe 3 menstruasyon siklusu boyunca, BBT kartlarıyla vücut sıcaklığının grafiğini oluşturmalıdır. Kartta bulunması gereken diğer bilgiler ise; adet tarihleri, hastalığı varsa hastalıkları, cinsel birliktelik zamanları ve diğer faktörlerdir (6,7).

**5.2.2.Endokrin (Hormonal) Değerlendirme:** Kadının anamnezinde düzensiz adet kanamaları, BBT analizi, ovulatuvar bozukluk durumu saptanmışsa altta yatan sebebin ortaya çıkarılması için hormonların değerlendirilmesi gerekir. Hipotalamus, hipofiz ve yumurtalık fonksiyonlarının durumunu değerlendirmek amacıyla yapılır. Hormal testlerde;

- TSH,
- Serbest testesteron,
- FSH,
- LH,
- Prolaktin,
- E2,
- İnhibin B,
- 17 hidroksi progesteron,
- Androstenedion,
- DHEA-S düzeylerine bakılır (6,7).

**5.2.3.Ultrasonografi (USG):** Üreme organlarının yapısını,ovulasyonun kalitesini değerlendirmek için kullanılır. Uterusun boyutu, pozisyonu, myometriumda herhangi bir lezyon varlığı ve homojenitesi,endometriumun kalınlığı, siklus ile birlikte koordinasyonu, patoloji veya konjenital bir anomali varlığı saptanabilir. Overler ve ovulasyon durumu hakkında bilgi verir. Ovulasyon kalitesi değerlendirilir(6,7).

**5.2.4.Luteal Fazın Değerlendirilmesi:** Ovulasyon olduğunda progesteron düzeyinin vücutta, uterusun endometrium tabakasının fertilize olmuş olan ovumun yerleşmesine olanak sağlaması için yeteri seviyede olması gerekir(6).

**5.2.5.Endometrial Biyopsi:** endometrial biyopsi kadında ovulasyon oluyorsa, kadının siklusunun luteal fazında yani adet kanamasının başlangıcından 5-7 gün öncesinde yapılması gerekir. BBT kartları ve plazma progesteron düzeyleri ile birlikte kullanılması genellikle daha uygundur. Biyopsi ile elde ettiğimiz sonuç bize luteal fazda oluşan defektler hakkında bilgi verir. Biyopsi ile birlikte progesteron tahlillerinin de yapılmış olması gerekir(7).

**5.2.6.Postkoital Test:** Servikal mukusun özellikleri, servikal mukusun içindeki sperm fonksiyonunun durumu hakkında bilgi verir. Kadında servikal kaynaklı nedenleri, erkekte ise sperm kalitesini bize gösterir. Testi uygulamak için 36-48 saat kadar çiftlerin cinsel perhiz uygulaması gerekir. Perhiz sonrası menstrual siklusun 12-14. günlerinde uygulanır(6).

**5.2.7.Histerosalpingografi (HSG):** Bu yöntem genellikle pelvik kaviteyi değerlendiren diğer yöntemler kullanıldıktan sonra uygulanır. HSG ovulasyon veya erken olası bir gebelik durumundan kaçınmak amacıyla menstrual döngünün erken proliferatif fazında uygulanır. Bu süre menstrual siklusun bitişinin ardından 3-4. Günleri ifade etmektedir. HSG her ne kadar tanı amaçlı kullanılsa da aynı zamanda teröpatik bir yönü de vardır. HSG uygulanırken boyanın girişi ile tıkalı halde olan tüpler de açılabilir. Bu yöntem sayesinde uterusda bulunan konjenital anomaliler ve patolojiler görüntülenebilir. Uterusa ait infertilite sebepleri de açıklanabilir. Laparoskopî uygulanacaksa histerosalpingografi üzerinden 6 ay geçtikten sonra uygulanması gerekmektedir. HSG’de anesteziye gerek yoktur(6-7).

**5.2.8.Laparoskopî:** Laparoskopî menstrual döngünün erken fazında yapılması uygun olan bir yöntemdir. Pelvik kavitedeki organları doğrudan değerlendirmek amacıyla uygulanır. Endometriozis, pelvik inflamatuvar hastalıklar, kistlerin varlığı gibi pelvik kavitedeki organların patolojileri değerlendirilir. Bu uygulamadan sonra kadın eski normal yaşantısına 1-2 gün sonra dönebilir. İnfertilite tanısında temel uygulanan tetkiklerden değildir. Hem tanı hem tedavi amaçlı uygulanabilir(6-7).

## 6. İnfertilite Tedavisi

İnfertilite nedenleri karmaşıktır. Bundan dolayı infertilite tedavisi de karmaşık yapıdadır. Tedaviye başlamadan ya da karar vermeden önce altta yatan nedeni bulmak biraz zaman alabilmektedir. Bazen infertilite tedavisi

tek bir nedene bağlı olmayabilir, altta yatan birkaç neden olabilir. Bu durumda tedavi güçleşebilmektedir. Tedavinin başında sorunun giderilip kadının doğal yolla gebe kalması amaçlanır. Doğal yolla gebelik oluşmayan olgularda infertilite tedavisi uygulanır(4).

İnfertilite tedavisi ilk olarak altta yatan nedene göre planlanır. İnfertiliteye sebebiyet veren belli bir fizyolojik ya da anatomik bir sebep varsa ilk olarak bu sorunlar ortadan kaldırılır. İnfertilite ovulasyonda saptanan bir sorun üzerine oluşmuşsa tedavide ovulasyonun sağlanması yönünde ilerlenir. Ovulasyonu iyileştirmek için ilaç (hormon) tedavisi uygulanır(4).

Uterusta ve tüplerde olan bir anomali durumunda özel cerrahi teknikler ile tedavisi yapılır. Pelviste inflamatuvar hastalıklardan dolayı ortaya çıkan pelvisteki yapışıklıklar mikrocerrahi yöntemi kullanılarak iyileştirilebilir. Tubal sorunlarda başarı daha düşük olabilmektedir. Bunun nedeni ise, tüplerde bulunan mukoza ve silialar oldukça incedir ve bozulduktan sonra tekrar yenilenmesi mümkün değildir(4).

İnfertilite görülen çiftlerin yaklaşık olarak %85-90 'ında tıbbi ve cerrahi tedavi yöntemleriyle infertiliteye sebebiyet veren sorun düzeltilebilmektedir. Böylece infertil çiftler çocuk sahibi olabilmektedir. Geriye kalan %10-15 kısımlık dilimde yardımcı üreme teknikleri kullanılarak çocuk sahibi olabilmektedir(4).

## 7. Yardımcı Üreme Teknikleri (Yüt)

Yardımcı üreme teknikler, infertil çiftlere uygulanan sperm ve oosit veya embriyoların işlenmesini kapsayan bir tedavi şeklidir. Bu tedavi şeklinde temel amaç, olabildiğince düşük düzeyde yan etkiye sahip bir gebelik ve sağlıklı bir bebeğin dünyaya geldiği bir doğumu gerçekleştirmektir. YÜT uygulanmasında başarı düzeyini etkileyebilecek etmenler, daha önceki tedavi sayıları, yaş, uterin reseptivite, ovarian yanıt, semen kalitesi ve transfer edilen oosit sayısıdır(22).

Yardımcı Üreme Tekniklerinde genellikle tercih edilen yöntemler, gamet intrafallopian transfer, intrauterin inseminasyon, invitro fertilizasyon, zigot intrafallopian transfer, intrasitoplazmik sperm enjeksiyonu ve embriyo transferdir(22).

### 7.1.İntrauterin İnseminasyon (IUI)

İntrauterin inseminasyon işlemi, ovulasyon zamanına yakın bir zamanda yıkanmış spermin uterusu enjekte edilmesidir. Erkek bireyden alınan sperm hücreleri, doğrudan uterus içerisine enjekte edilirken dölleme noktasına en



yakın olan bölgede bırakılır(23). Hafif düzeyde erkek birey faktörünün olduğu ya da açıklanamayan infertilite gibi normal sperm argümanlarının olduğu hastalarda ilk olarak tercih edilen tedavi şeklidir. İntrauterin inseminasyon da amaç, fallopian tüplerine gelebilen sperm miktarını ve dölllenme kabiliyetini arttırmaktır. Bu üreme yönteminde başarı yüzdesi 15-20'dir. Ayrıca kadının yaşı ilerledikçe başarı oranı düşmektedir(24).

İntrauterin inseminasyon tekniği, doğal bir menstrual siklus ya da kontrollü overian hiperstümulasyon amacıyla üreme ilaçlarının kullanılması, foliküler gelişme istendiğinde ulaşması istenen boyuta ulaştığında HCG hormonunun bireye verilmesi, erkek bireyden sperm alınması ve bu spermın hazırlanması, hazırlanan bu spermın ince bir katater yoluyla uterin boşluğa verilmesi işlemidir. İnseminasyon için en uygun zaman, HCG hormonunun verilmesinin ardından 34-38 saat sonrasıdır(24).

İnseminasyon işlemi için ilerleyen hareketli bir sperm elde etmek için; alınan sperm örneğinin içerisinde bulunan seminal plazma, ölü olan spermatozoa, anormal spermatozoa, lökosit, debri ve diğer farklı hücre türlerinden ayrıştırılmak amacıyla özel yıkama kademelerinden geçirilmektedir. İntrauterin inseminasyon tekniğinde sperm hazırlamanın amacı, normal olan sperm hücrelerini ejakulatın debrisisinden ayırmaktır. Günümüzde temel olarak 3 sperm hazırlama yöntemi bulunmaktadır. Birincisi, spermın yüzmeye yeteneğine bağlı olarak seçilen "swim up" tekniğidir. İkinci olarak, spermaların yoğunluklarına göre ayrıştırıldıkları "gradient" yöntemidir. Üçüncü ve son olarak "konvensiyonel yıkama ve santrifüj metodu" olarak söylenebilir, bu yöntem tanimsal prosedürler için tercih edilir(25). İnseminasyon işleminden iki saat kadar önce alınan yeni sperm numunesi swim up tekniğiyle hazırlanır. Bu teknikte, seminal mayi içerisinde spermalar özel teknik ile ayrıştırılır. Sperm toplama işlemi için 2-3 günlük cinsel perhiz sonrası sabahı en uygun zamandır. Bu teknik, inseminasyon için en güçlü ve en iyi kalitede spermaların ayrılmasını sağlamaktadır(24).

## **7.2. Gamet İntrafallopian Transferi (GIFT)**

GIFT tekniği, ovulasyon indüksiyonunun peşinden laparoskopi yoluyla alınan oositlerin spermalar ile birlikte katater yardımıyla direkt fallopian tüplerine aktarılması işlemidir. Kadının bu teknikte en az bir adet fallopian tüpüne ve işlevsel overe sahip olması gerekmektedir. Bu teknikte başarı yüzdesi 30-40'dir. Açıklanamayan infertilite, servikal mukusun spermaların yaşaması için uygun olmadığı durumlar, endometriyozis ve sperm motilitesinin düşük olması gibi durumlarda kullanılır(24). Gamet intrafallopian transferi, tubal hastalık, pelvik inflamatuvar hastalık ya da

ektopik gebelik geçiren kadınlarda kontraendikedir yani uygulanmaması gerekir. Gamet intrafallopian transferinin in vitro fertilizasyon yöntemine göre avantajı, yöntemin laparoskopi yoluyla uygulanması nedeniyle iki gün süren laboratuvar inkübasyon süresi ve embriyonun uterin kaviteye yerleştirilmesi basamaklarının atlanmış olmasıdır(24). Laboratuvar teknikleri ilerledikçe gamet intrafallopian transferi yerini in vitro fertilizasyon tekniği almıştır. Bunun nedeni GIFT'in daha az tanısal bilgi sağlaması, daha invaziv bir yöntem olması ve maximum düzeyde gebelik ihtimali için ikiden fazla yumurta transferi gerektirir bu durumda yüksek sayılı çoğul gebelik riskini arttırmaktadır. Bu durumlardan dolayı günümüzde GIFT'in başlıca endikasyonu, döllenmenin vücut dışında gerçekleşmesinden dolayı bazı çiftlerde meydana gelen etnik ve dini kaygıları önlemektedir(26).

### 7.3.Zigot İntrafallopian Transferi

Zigot evresine ulaşmış olan embriyoların laparoskopik yolla fallopian tüplerinin ampulla adı verilen kısmına implante edilmesidir, kadında bulunan oositler toplandıktan sonra erkekten alınan sperm ile inkübe edilmektedir. Gamet intrafallopian transferinde olduğu gibi ovum fallopian tüplerine bırakılır, implantasyon için döllenmiş ovum doğal yolla uterusu geçiş yapmaktadır. Bu yöntem kadının en az bir fallopian tüpünün açık olmasını gerektirmektedir(24). İmplantasyon sürecinin uterus içerisinde doğal, kendiliğinden olması için beklenmektedir(22).

Yardımcı üreme tedavisi gören devamlı tekrarlayan implantasyon sürecinde başarısızlıklar yaşayan çiftler için ZIFT etkili bir seçenektir. ZIFT'in endikasyonları, endometriozis, immünolojik faktörler, sperm motilitesinin düşük olması, açıklanamayan infertilitedir(27,28).

### 7.4.İn Vitro Fertilizasyon (IVF) ve Embriyo Transferi

Günümüzde IVF yöntemi yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemde, çiftten alınan sperm ve oosit örnekleri laboratuvar ortamında bir tüp içerisinde karşılaştırılarak bir araya gelmeleri ve kendiliğinden fertilizasyonun olması beklenmektedir(22). İn vitro fertilizasyon tekniği sadece infertilite tedavisi olarak kullanılmamaktadır, aynı zamanda günümüz çağında genetik bozukluk durumlarının embriyo döneminde tanımlanabilmesi amacıyla "preimplantasyon genetik tanı" testinin yapılması için olanak sağlamaktadır. Bu yöntemin yapılma durumları ise, anovulasyon, açıklanamayan infertilite, tubal hasar, orta derecede erkek faktör ve endometriozistir(24).

İn vitro fertilizasyon tekniği sürecinde hemşirenin hekime destek, hastanın yöntem için hazırlığı, hastaya psikolojik ve fiziksel destek yönünde uygulayıcı ve klinisyen tarafları ön plana çıkmaktadır(29).

IVF ve ET yönteminde uygulanan aşamalar aşağıda sırası ile açıklanmaktadır.

**6.5.Embriyo transferi:** fertilizasyon gerçekleşikten sonra embriyoların uterusu yerleştirilmesi işlemidir(22). Bu transfer işlemi, oositler toplandıktan sonra 48 saat içerisinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Bu aşamada embriyoların durumu 4-8 blastomeri bulunan morula seviyesindedirler.

Embriyo transferi bir implantasyon işlemi değildir, implantasyon transferden 4-6 gün sonra doğal olarak olmaktadır. Genellikle en iyi gebelik durumu oranı ile çoğul gebelik durumu oranı arasında bağlantı vardır. Bu işlemde 2 ile 4 embriyonun transferi ile en iyi gebelik sağlanabilir fakat ikiden fazla embriyonun transferi durumunda çoğul gebelik oranları önemli ölçüde yükselmektedir. Komplikasyon riski birden fazla embriyonun transferi ile artmaktadır. IVF tedavisiyle annelerden dünyaya gelen bebekler arasında ikizlerde erken doğum olasılığı tekil bebeğe göre 12 kat, solunum komplikasyonları veya sarılık olma olasılıkları yaklaşık 5 kat, düşük doğum ağırlığına sahip olmaları 16 kat daha fazla olarak saptanmıştır(30). Bu durumdan dolayı birçok ülke embriyo transferi tekniğinde, transfer edilecek embriyo sayısına sınırlama getirmiştir(31).

Türkiye Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkındaki Yönetmelikte (2010) 35 yaşından küçük hastalarda birinci ve ikinci denemelerinde birden daha fazla embriyonun transferinin yapılmamasını, üç ve üzeri denemelerinde sadece iki embriyo transferinin yapılmasını ve 35 yaş üzeri olan hastalarda tüm uygulamalarda yalnızca iki embriyonun transferinin yapılmasını belirtmiştir(32).

**7.6.Hipofiz down regülasyonu:** Gonadotropin salgılatıcı hormon agonistleri (GnRH-a), yardımcı üreme tekniklerinde yaygın olarak kontrollü over hiperstimülasyonu için kullanılan ilaçlardır. Kullanılan bu ilaçlar, erken luteinize edici hormon (LH) dalgalanmasının önlenmesi, daha fazla miktarda oositin geri kazanılması gibi birçok fayda sağlamaktadır(33,34).

**7.7.Kontrollü ovarian hiperstimülasyon:** Gonadotropinler aracılığıyla kontrollü over hiperstimülasyonu, in vitro fertilizasyonu tekniğinin önemli bir bölümüdür. Bunun uygulanmasında ki amaç, başarıyı güvenli bir şekilde en üst düzeye çıkarmak için maximum sayıda oosit üretmektir. Bir gonadotropin salgılatıcı hormon agonistiyle birlikte hipofiz down regülasyonu ve rekombinant folikül uyarıcı hormon ile stimülasyon yaygın olarak kullanılmaktadır(35).

Oosit toplama aşaması, human chorionic gonadotropin (hCG) uygulamasının ardından 34-36 içerisinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir.

Kadın östrojen düzeyleri yoluyla USG ve fiziksel muayene yöntemleri kullanılarak dikkatlice izlenmesi gerekmektedir. Foliküler gelişim aşaması tamamlandığında ve buna karar verildiğinde, istenmeyen etkiler görülmezsizin ovarian hiperstümlasyonu veya yetersiz yanıt durumu gibi oosit üretimi istenilen seviyeye ulaştığında, hCG hormonu ovulasyonu tetiklemek amacıyla verilmektedir(24).

**7.8.Oosit toplanması:** Oositlerin negatif basınç yardımıyla aspire edilmesiyle uygulanan bir yöntemdir. Oosit pick up (OPU)'nun kesin belirlenen bir zamanlamayla yapılması önem taşımaktadır(36). Genellikle hCG uygulamasıyla oosit toplanması arasında 36 saatlik bir zaman dilimi olması önerilmektedir, fakat 34 ile 38 saat arası zaman aralıkları uygulanmaktadır(37). OPU süreci, oosit ve embriyo kalitesini, döllemeyi ve implantasyonu etkilediğinden önemli bir aşamadır. Bu işlem, kümülüs-oosit kompleksleri ve foliküler sıvı bulunduran foliküllerin aspire edilmesini içerir. OPU süreci asgari düzeyde invaziv olmasına rağmen, acı verici bir işlemdir. Bundan dolayı anestezi ile uygulanır. Aspire edilen folikül sıvısının içinde bulunan oositler mikroskop aracılığıyla korunarak olabildiğince etrafındaki folikül sıvılarından ve hücrelerinden arındırılmaktadırlar. Bu işlemin peşinden, kadın bireyden hazırlanan serum ile tedarik edilen kültür sıvısının içerisine yerleştirilerek enkübatöre kaldırılmaktadırlar. Enkübatör ısının 37 derece ve %5 CO2 konsantrasyonunda sabit bir şekilde kalmasını sağlar. Daha sonra erkek bireyden alınarak hazırlanmış olan sperm, 4-6 saat geçtikten sonra oositlerin üzerine bırakılmaktadır(24). Bu işlemin komplikasyonları arasında, enfeksiyon, idrar yolu hasarı, kanama ve psödoanevrizma bulunmaktadır(36).

**7.9.Sperm örneği verilmesi:** Bu yöntemin 2-5 günlük bir cinsel perhiz sonrası uygulanması önem taşımaktadır. Cinsel perhiz sonrası masturbasyon yoluyla sperm örneği alınmaktadır. Masturbasyonla alınmadığı durumlarda özel bir kondom yardımıyla ya da cinsel ilişki sırasında numune alınabilir(38). Eğer numune evde alınmışsa oda sıcaklığında muhafaza edilmeli ve bir saat içerisinde de laboratuvara ulaştırılmalıdır(39). Sperm örneği masturbasyonla toplandığından dolayı, sperm örneği mikroorganizmalarla karşılaşabilir. Bunun nedeni, her insanda penisin iç kısmı ve kanalları mikroorganizmalarla çevrilidir. Bu durumu önlemek için sperm örneği vermeden önce idrarın boşaltılması gerekmektedir. Dikkat edilmesi gereken bir diğer nokta, alınan bütün sperm örneğinin steril kap içerisine boşaltılmasıdır. Özellikle ilk damla çok önemlidir çünkü spermatozoidlerin yoğun olarak bulunmaktadır. Fertilizasyon amacı ile her oosit için 50.000 ile 100.000 arası spermle inseminasyon işlemi yapılmaktadır. Sperm miktarlarında sapma olduğu durumlarda sayının artırılması faydalı olmaktadır. İnseminasyon işleminin

ardından 18-20 saat geçtikten sonra iki pronükleusun yani döllemenin varlığına bakılmaktadır(24).

### **7.10.Preimplantasyon Genetik Test ve Tarama**

Preimplantasyon genetik tanı işlemi, YÜT uygulamaları sırasında oositten kutup cisimlerinin, bölünme sırasındaki embriyodan blastomer veya blastosist seviyesine gelmiş olan embriyodan trofektoderm hücrelerinin biyopsi yoluyla alınması ve alınan bu numunelerin genetik analiz teknikleriyle değerlendirilmesinden sonra kadına aktarılacak embriyonun tercih edilmesine olanak sağlamaktadır(40). Bu işlem, implantasyon oranı daha fazla olan ve canlı doğum ile sonuçlanma oranı daha yüksek olan euploid embriyoların aktarımını sağlayarak IVF tekniğinin başarı yüzdesini artırmaktadır(41). Bu tarama yöntemi, embriyoların kromozomal durumu hakkında bilgi verir, biyopsi ile alınan her embriyoda herhangi bir hastalığın alelinin varlığını saptar(42). Hedef ve endikasyon arasında bu dönemde bir ayırım yapılması gerekmektedir.

Genel inanın tersine, “gebelik oranı” tek amaç haline gelmemelidir. Amaçlar, küretaj oranını azaltmak, çoklu doğum oranını azaltmak, gebelik oranını arttırmak, malformasyon oranını azaltmak ve bunlardan da önemlisi, YÜT’te uygulanan IVF ya da ICSI tedavileri, tekrarlayan düşük, ciddi erkek faktörü infertilitesi, tekrarlanan implantasyon başarısızlığı, ileri anne yaşı gibi farklı endikasyonlarda bulunmaktadır(43).

### **7.11.Tubal Embriyo Transferi (TET)**

TET yöntemi, donmuş şekilde olan veya 24 saatten daha uzun olacak şekilde kültür ortamında beklemiş olan embriyoların laparoskopi yardımıyla tüplerin içerisine aktarılması işlemidir. Bu işlemde, tubaların açık bir halde olması gerekmektedir ve ayrıca işlemlerden sonra luteal fazın desteklenmesi önemlidir(28).

### **7.12.Donmuş Çözdürülmüş Embriyo Transferi**

Yeni embriyo transferi yerine sonraki bir adım olarak uygulanan donmuş çözdürülmüş embriyo transferi rahimin içinde çözülme ve yer değiştirme için bütün embriyoların dondurulmasını içeren bir işlemidir ve gelişmiş gebelik yüzdelerine vedaha az komplikasyona neden olabileceği düşünülmektedir(44). İn vitro fertilizasyon veya IVF-ICSI yönteminde üretilen fazla embriyolar daha sonraki bir zamana dondurularak saklanabilir(45). Taze embriyo transferi ile başarılı olamayan kadınlarda ya da çiftin başka bir bebek istemesi gibi durumlarda donmuş embriyolar genellikle çözülür ve yerine doğal olarak

veya hormonal olarak müdahale edilen bir döngü uygulanmaktadır. Bunun yanısıra, son yıllarda vitrifikasyon protokollerinin uygulanmasından dolayı insan embriyolarını dondurma yöntemi önemli derecede iyileşmiştir(46).

### 7.13.İntrasitoplazmik Sperm Enjeksiyonu (ICSI)

Bu yöntem, düşük sperm motilitesi, ejaküle spermi olmayan hastalarda, yüksek sperm morfolojisi anormalliği veya düşük sperm konsantrasyonu olan erkeklerde tercih edilen bir tedavi yaklaşımıdır. Bu tedavi kullanımı, erkek infertilitesinde önemli bir yere sahiptir(47). ICSI'de oositin sitoplazma kısmına sadece tek spermatozoon enjekte edilerek embriyo gelişme ve döllenme başarı oranı arttırılır(48).

Kullanılacak sperm örneği ejakulat yoluyla ya da testisten aspirasyon tekniğiyle ya da ekstraksiyon yöntemiyle alınır. ICSI tekniğinde gebelik yüzdesi 30'dur(28).

İntrasitoplazmik sperm enjeksiyonu, testiküler sperm ekstraksiyonu, testiküler sperm aspirasyonu, mikrocerrahi epididimal sperm aspirasyonunu veya perkütan epididimal sperm aspirasyonu içeren girişimsel prosedürlerle semen elde edilmesini içeren yöntemleri içermektedir.

### 7.14.Sperm Elde Etme Teknikleri

Sperm elde etme teknikleri, seminifer tübülleri veya doğrudan epididimden sperm örneği alınımının azospermi nedeniyle gelişen infertilitenin ICSI yöntemiyle tedavi edilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Ejekülasyon bozukluğu olan erkek hastalarda, elekterojakülasyon (EEJ) ya da sperm alımı penil vibratör stimülasyonu (PVS) kullanılarak yapılmakta bu teknikler başarısız olduğu zaman, mikro cerrahi ile epididimal sperm aspirasyonu (MESA) ve perkütan epididimal sperm aspirasyonunu (PESA) tercih edilerek cerrahi yolla sperm alımı, gebeliği oluşturmak için ICSI ile birlikte testiküler sperm ekstraksiyonu (TESE) veya testis sperm aspirasyonu (TESA) yapılabilmektedir(47). Ejekülatta canlı bir sperm olmadığı durumlarda, mikromanipülasyon yöntemleri ile sperm alınabilmektedir. Azospermiye sahip olan erkeklerde spermatozoa, testisten ya da epididimden MESA, PESA VE TESE gibi farklı cerrahi teknikler tercih edilerek alınabilir(49).

#### 7.14.1.Penil vibratör stimülasyonu ve elektrajekülasyon

ejekülasyonun olmadığı anejekülasyon durumunun tıbbi yönetiminde şanssız olan erkek bireyler için, sperm alımı Elektrajekülasyon (EEJ) ve Penil Vibratör Stimülasyonu (PVS) tercih edilerek yapılabilir. PVS, omurilik yaralanması bulunan ejakülatör erkek bireylerde semen alımı amacıyla ilk

tedavi yolu olarak akla gelir ve psikojenik anejakülasyon için EEJ'ye göre daha az girişimsel olan birinci basamak tedavi şeklidir. Bunun yanısıra, PVS'nin sperm alım yüzdeleri, EEJ'ye göre daha düşük seviyededir. PVS yöntemi glans frenüler kısımda mekanik titreşim oluşturarak orgazmı gerçekleştirmek amacıyla kullanılmaktadır(50).

#### **7.14.2.Perkütan epididimal sperm aspirasyonu**

Perkütan epididimal sperm aspirasyonu, spermatozoayı elde etmek amacıyla epididimise iğne ile girildiği bir yöntemdir. Bu işlemin amacı, içerisinde sperm bulunması gereken epididimal sıvıyı elde etmektir(51).

#### **7.14.3.Testiküler sperm aspirasyonu**

Klinik bir ortamda lokal anestezi uygulandıktan sonra testis dokusunu aspire etmek amacıyla biyopsi iğnesi yoluyla minimalgirişimsel bir yöntemdir. TESA işleminde, seminifer tübüller ve içerikleri alınır. Testislerin içerisine doğru girilerek sperm alınır. Enfeksiyon, kanama, hipogonadizm ve ağrı gibi riskleri vardır. İyileşme süresi 24 saat kadardır(52).

#### **7.14.4.Testiküler sperm ekstraksiyonu**

TESE, ICSI işleminde kullanım amacıyla sperm toplama işleminde testis dokusunun operatif olarak alınması işlemidir ve spermi optik büyütme yolu olmadan almak amacıyla klasik bir açık cerrahi biyopsi tekniği kullanılır.

#### **7.14.5.Mikrocerrahi testis sperm ekstraksiyonu**

Mikro-TESE, nonobstrüktif azospermiye sahip olan erkekler için tedavi yollarından biri olan ICSI ile birlikte kullanılan mikrodiseksiyon testis sperm ekstraksiyonudur.

#### **7.14.6.Mikro cerrahi ile epididimal sperm aspirasyonu**

MESA, düzeltilemeyen tıkanıklıklar veya konjenital bilateral vas deferans yokluğunda mikro cerrahi yöntemiyle sperm elde etme yöntemidir. Burada amaç, bir veya daha fazla ICSI denemesi ya da taze sperm enjeksiyonu için dondurulan sperm bakımından zengin, kırmızı kan hücresi bulunmayan bir sıvıyı aspire etmek amacıyla tek bir epididimal tübülü tanımlamak ve açmaktır. Mikropunktur kullanılarak tamamlanır.



## Kaynakça

1. Aşçı, Ö., & Beji, N. K. (2012). İNFERTİLİTE DANIŞMANLIĞI. *Florence Nightingale Journal of Nursing*, 20(2), 154-159.
2. Taşkın, L. (2000). *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. Sistem Ofset. Sayfa: 559-578
3. Kırca, N., & Pasinlioğlu, T. (2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2), 162-178.
4. Salur, S. (2022). İnfertil çiftlerde evlilik uyumunun ve yaşam kalitesinin değerlendirilmesi.
5. Teskereci, G. (2010). İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi.
6. Thurston, L., Abbara, A., & Dhillo, W. S. (2019). Investigation and management of subfertility. *Journal of clinical pathology*, 72(9), 579-587.
7. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirikhah F, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord*. 2008 May;108(1-2):159-64. doi: 10.1016/j.jad.2007.09.002. Epub 2007 Oct 23. PMID: 17936366.
8. Yıldırım M. Klinik İnfertilite, 2. Baskı. Ankara, Eryılmaz Ofset, 2000.
9. T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü. Ulusal Aile Planlaması Hizmet Rehberi. Ankara, T.C.S.B. Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, 2000.
10. Johansson M, Adolffson A, Berg M, Francis J, Hogström L, Janson PO, Sogn J, Hellström AL. Gender perspective on quality of life, comparisons between groups 4-5.5 years after unsuccessful or successful IVF treatment. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2010 May;89(5):683-91. doi: 10.3109/00016341003657892. PMID: 20302532.
11. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 8. Basım. Ankara, Sistem Ofset Matbaacılık, 2007.
12. Orshan SA. Maternity, Newborn and Women's Health Nursing. Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, 2008
13. Günalp S, Tuncer S. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara Pelikan Yayınları, 2004.
14. Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P. Infertility, mental disorders and well-being –a nationwide survey. *Acta Obstet Gynecol* 2010; 89:677-682.(4)
15. . Duvan C, Şatıroğlu H, Berker B, Çetinkaya E, Kahraman K. Yardımla üreme tekniklerinde implantasyon ve gebelik oranlarını etkileyen faktörler. *Türkiye Klinikleri Jinekoloj Obst* 2003; 13:466-475



16. Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2008; 11:112-121
17. Akın, Ö., & Şahin, E. (2020). YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(1), 55-75.
18. Çetin C, Çetin MT. Düünden bugüne yardımcı üreme teknikleri. Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 2014; 23(1): 148-155.
19. Kızılkaya Beji N. İnfertilite. Hotun Şahin N, Bilgiç D. (Ed.), Kadın Sağlığı ve Hastalıkları. Genişletilmiş İkinci Baskı, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri; 2016. s. 141-145
20. . Arıcı A. Yardımcı üreme teknikleri. Türkiye Aile Planlaması Vakfı Görünüm Dergisi. 2012; 2-15.
21. Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 16. Baskı, Ankara, Özyurt Matbaacılık; 2019. s. 569-575.
22. Boomsma CM, Heineman MJ, Cohlen BJ, Farquhar C. Semen preparation techniques for intrauterine insemination. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; (4):CD004507.
23. Akın, Ö., & Şahin, E. (2020). YARDIMCI ÜREME TEKNİKLERİ VE HEMŞİRELİK YAKLAŞIMI. *Sakarya Üniversitesi Holistik Sağlık Dergisi*, 3(1), 55-75.
24. . Dikencik BK. Yardımcı üreme teknikleri. İn: Beji NK, ed. İnfertilite Sorunu, Yardımcı Üreme Teknikleri ve Hemşirelik Yaklaşımı. İstanbul, Emek Matbaacılık, 2001. s. 25-55.
25. Speroff L, Fritz MA. Klinik jinekolojik endokrinoloji ve infertilite. İn: Erk A, Günalp S, editors. 7. Baskı, İstanbul, Güneş Tıp Kitap Evleri; 2007.
26. Dancet EAF, VanEmpel IWH, Rober P, Nelen WLDM, Kremer JAM, D'Hooghe T.MPatent-centred infertility care: a qualitative study to listen to the patient's voice. *Human Reproduction*. 2011; 26: 827–833.
27. Sazonova A., Källén K., ThurinKjellberg A., Wennerholm U.B., Bergh C. Neonatal and maternal outcomes comparing women undergoing two in vitro fertilization (IVF) singleton pregnancies and women undergoing one IVF twin pregnancy. *Fertil. Steril*. 2013; 99(3): 731–737.
28. Practice Committee of American Society for Reproductive Medicine; Practice Committee of Society for Assisted Reproductive Technology. Criteria for number of embryos to SAUHSD 2020;3(1):55-75 71 transfer: a committee opinion. *Fertility and Sterility*. 2013; 99: 44–6.
29. SB. Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkındaki Yönetmelik. Sağlık Bakanlığı (SB) Resmi Gazete; 2010.

30. Haydardedeoğlu B, Kılıçdağ EB. A novel approach using a minimal number of injections during the IVF/ICSI cycle: Luteal half-dose depot GnRH agonist following corifollitropin alfa versus the corifollitropin alfa with a GnRH-antagonist cycle. *Journal of the Turkish German Gynecological Association*. 2016;17(3):155–158.
31. Siristatidis C, Sergentanis TN, Kanavidis P, Trivella M, Sotiraki M, Mavromatis I, ... Petridou ET. Controlled ovarian hyperstimulation for IVF: impact on ovarian, endometrial and cervical cancer—a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*. 2013; 19(2): 105-123.
32. Howie R, Kay V. Controlled ovarian stimulation for in-vitro fertilization. *British Journal of Hospital Medicine*. 2018; 79(4): 194–199
33. D'Angelo A, Panayotidis C, Amso N, Marci R, Matorras R, Onofriescu M, Turp A.B, Vandekerckhove F, Veleva Z, Vermeulen N, Vlasisavljevic V, Recommendations for good practice in ultrasound: oocyte pick up†. *Human Reproduction Open*. 2019; (4): hoz025.
34. Weiss A, Neril R, Geslevich J, Lavee M, Beck-Fruchter R, Golan J, Shalev E. Lag time from ovulation trigger to oocyte aspiration and oocyte maturity in assisted reproductive technology cycles: a retrospective study. *Fertility and Sterility*. 2014; 102: 419–423
35. Ubaldi F, Vaiarelli A, D'Anna R, Rienzi L. Management of poor responders in IVF: is there anything new? *Biomed Research International*. 2014; 2014:352098.
36. Doan HT, Quan LH, Nguyen TT. The effectiveness of transdermal testosterone gel 1% (androgel) for poor responders undergoing in vitro fertilization. *Gynecol Endocrinol*. 2017; 33(12): 977-9.
37. Bahçe M. Preimplantasyon Genetik Tanı Uygulamalarında Güncel SA-UHSD 2020;3(1):55-75 72 Yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri Tıbbi Genetik*. 2018; 3(1): 91-6.
38. Chen HE, Chen SU, Ma GC, Hsieh ST, Tsai HD, Yang YS. Chen M. Preimplantation genetic diagnosis and screening: Current status and future challenges. *Journal of the Formosan Medical Association*. 2018; 117 (2), 94-100.
39. Simpson JL, Kuliev A, Rechitsky S. Improving assisted reproductive technology pregnancy rates: excluding aneuploid and interrogating euploid embryos. *Fertility and Sterility*. 2015; 104(3): 557-558. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.06.017.
40. Schmutzler AG, Strowitzki T. “Global state of preimplantation genetic diagnosis. Frequency of application and indications.” *Gynakologische Endokrinologie*. 2014; 3(1): 571-576.
41. Maheshwari A, Bhattacharya S, Bowler U, Brison D, Child T, Cole C., Troup S. Study protocol: E-freezefreezing of embryos in assisted concep-

- tion: a randomised controlled trial evaluating the clinical and cost effectiveness of a policy of freezing embryos followed by thawed frozen embryo transfer compared with a policy of fresh embryo transfer, in women undergoing in vitro fertilisation. *Reproductive Health*. 2019; 16(1): 2-11.
42. Berntsen S, Pinborg A. Large for gestational age and macrosomia in singletons born after frozen/thawed embryo transfer (FET) in assisted reproductive technology (ART). *Birth Defects Research*. 2018; 110(8): 630– 643.
  43. Coates A, Kung A., Mounts E, Hesla J, Bankowski B, Barbieri E, Munné S. Optimal euploid embryo transfer strategy, fresh versus frozen, after pre-implantation genetic screening with next generation sequencing: a randomized controlled trial. *Fertility and sterility*. 2017; 107(3): 723-730.
  44. Westlander G. Utility of micro-TESE in the most severe cases of nonobstructive azoospermia. *Upsala SAUHSD 2020;3(1):55-75 73 Journal of Medical Sciences*. 2020; 1– 5.
  45. Rosenwaks Z, Pereira N. The pioneering of intracytoplasmic sperm injection: historical perspectives. *Reproduction*. 2017; 154(6): F71–F77.
  46. Palermo GD, O'Neill CL, Chow S, Cheung S, Parrella A, Pereira N, Rosenwaks Z. Intracytoplasmic sperm injection: state of the art in humans. *Reproduction*. 2017; 154(6): F93– F110.
  47. Aykan S, Gönültaş S, Yılmaz M, Dinçer MM. Gecikmiş orgazm ve anorgazmi. *Androloji Bülteni*. 2017; 19(4): 131-137.
  48. Lotti F, Maggi M. Ultrasound of the male genital tract in relation to male reproductive health. *Human Reproduction Update*. 2014; 21(1): 56– 83.
  49. Turek PJ. Non-Microsurgical Testis Sperm Extraction. *Encyclopedia of Reproduction*, 2018; 385–391.
  50. Hibi H, Sumitomo M, Fukunaga N, Sonohara M, Asada Y. Superior clinical pregnancy rates after microsurgical epididymal sperm aspiration. *Reproductive Medicine and Biology*, 2018; 17: 59–63.
  51. Esteves S, Miyaoka R, Orosz J, Agarwal A. An update on sperm retrieval techniques for azoospermic males. *Clinics*. 2013; 68(S1): 99–110.
  52. Pelit ES, Çiftçi H. Non-obstrüktif azospermik hastalarda mikrocerrahi testiküler sperm ekstraksiyonu ilk sonuçlarımız: *Journal of Harran University Medical Faculty*. 2019; 16(1): 134-138.

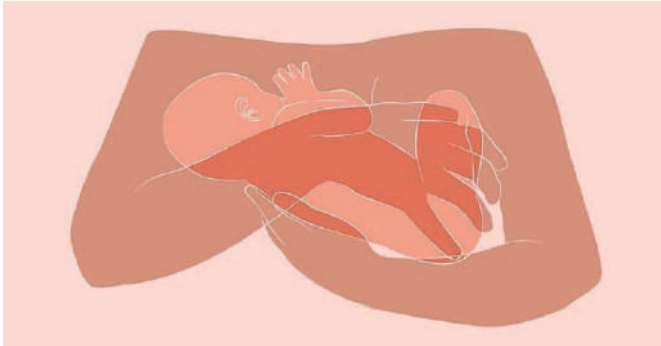
## Postpartum Dönemde İyileşme Süreci

Ayşe Melike Düzyer<sup>1</sup>

### Özet

Postpartum dönemi, doğum sonrası 6-12 haftalık bir iyileşme sürecini kapsar ve bu süreç, annenin fiziksel ve psikolojik sağlığını etkileyen önemli değişiklikler içerir. Bu dönemde, annelik hüznü gibi duygusal durumlar sıkça görülür; bu nedenle sağlık profesyonellerinin, lohusalara bu durumun normal olduğunu açıklaması ve psikolojik uyum sağlamalarına destek olması kritik öneme sahiptir. Ayrıca, emzirme, bebeğin bağışıklık sisteminin gelişimi için hayati bir rol oynar ve anne sütü, antimikrobiyal ve immün düzenleyici bileşenler içerir.

Aile planlaması, çiftlerin istedikleri sayıda ve sağlıklı aralıklarla çocuk sahibi olmalarını sağlamak amacıyla önemlidir. Bu süreç, doğumlar arasındaki süreyi bilinçli bir şekilde planlayarak anne ve çocuk sağlığını korumaya yardımcı olur. Postpartum bakım, uluslararası ve ulusal sağlık kuruluşları tarafından önerilen izlem programları ile desteklenmektedir. Bu izlem, doğum sonrası ilk 24 saatten başlayarak, 6. haftaya kadar devam eder ve annenin ve bebeğin sağlıklı gelişimini destekler. Sonuç olarak, postpartum dönemde sağlıklı bir iyileşme süreci için hem fiziksel hem de psikolojik destek sağlanması gerekmektedir.



1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, ORCID: 0009-0009-3481-6327

## 1. Postpartum Dönemde İyileşme Süreci

Lohusalık dönemi, gebelik sürecinde ortaya çıkan değişikliklerin ortadan kalktığı ve vücudun gebelikten önceki haline döndüğü süreci kapsamaktadır. Gebelik ve doğum, kadının doğal yaşamının devamı niteliğinde bir süreçtir. Ancak, gebeliğin yalnızca mutlu bir dönem ve duygusal iyilik hali olduğu anlayışı artık terk edilmiştir. Kadın, bu dönem boyunca yoğun fizyolojik, duygusal ve sosyal değişimlerle karşılaşmaktadır[1].

Lohusalık dönemi (puerperium) plasentanın doğumu ile başlayan ve doğum sonrası 6- 12 haftayı içeren dönemdir, postpartum dönem olarak bilinir. Doğum ile tam fizyolojik involüsyon ve psikolojik düzeliş arasındaki dönemi kapsar [2].

Doğum sonrası dönem, üç aşamadan oluşur ve bunları birbirini takip eder. İlk Aşama (Başlangıç Dönemi): Bu dönem, ilk 6-12 doğum sonu tarihi içerir. Bu sürede doğum sonu kanama, amnios sıvı embolisi, uterus inversiyonu ve eklampsi gibi acil durumlar gelişebilir. İkinci Aşama (Subakut doğum sonrası dönem): 2-6 hafta süren bu dönemde, hemodinamik değişiklikler, genitoüriner sistemdeki değişiklikler, metabolizma ve duygusal durumla ilgili değişiklikler meydana gelir. Bu değişiklikler, akut döneme göre daha yavaş ilerlemektedir. Üçüncü Aşama: Bu dönem, 6 ay kadar devam eder. Alternatif bir tabloya göre, doğum sonrası ilk 24 saat “acil lohusalık”, ilk 7-10 gün “erken lohusalık”, sonraki 6 hafta ise “geç lohusalık” olarak adlandırılır [3].

Postpartum dönem ailede fiziksel, sosyal ve duygusal değişimlerin meydana geldiği önemli bir gelişimsel geçiş sürecidir. Bu süreçte aileye yeni bir üyenin katılımı nedeniyle anne ve babanın yeni rol ve sorumluluklara hazırlanması ve uyumu gerekir[4]. Bu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin belirlenmesi ve bu gereksinimler doğrultusunda bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi önemlidir.

### 1.1 Postpartum Bakım İkeleri

Postpartum bakım, her anne ve bebeğin alması gereken elzem bir ihtiyaçtır. Antenatal dönemden itibaren başlaması ve kişiye özel bir bakım sunulması önemlidir.[5]

Doğum sonrası bakımda asıl amaç öncelikle anne ve bebek sağlığını korumak, komplikasyonları önlemek ve sağlığı geliştirmektir. Bu dönemde yaşanan sorunlara bakıldığında; anne ve bebeğin fiziksel bakımlarının sağlanması, komplikasyonların önlenmesi, aile üyelerinin bu yeni duruma uyumunun sağlanması, sağlığın iyileştirilmesi ve önerilerde bulunulabilmesi

için sağlık profesyonellerine ve özellikle ebelere önemli görevler düşmektedir. [6]

Sağlık Bakanlığı Doğum Sonu Rehberine (2018) göre ülkemizde annelere ilk 3 izlemin hastanede, son 3 izlemin ise evde ya da bir sağlık bakımı kuruluşunda yapılması önerilmektedir. Annelere 4.izlemin 2-5. günlerde, beşinci izlemin 13-17. günlerde ve altıncı izlemin ise 30-42. günlerde yapılması önerilmiştir. [7]

*Tablo 1. Uluslararası ve Ulusal Örgütlerin Postpartum Bakım İzlem Sıklığı Önerileri*

	I. İzlem	II. İzlem	III. İzlem	IV. İzlem	V. İzlem	VI. İzlem
WHO (2016)	Doğum sonu ilk 24 saat	Doğum sonu 48-72 saat	Doğum sonu 7-14. gün	Doğum sonu 6.hafta	-	-
ACOG (2018a)	Doğum sonu	Doğum sonu ilk 3 hafta içinde	Doğum sonu 3-12. Hafta (İhtiyaç halinde devam)	-	-	-
NICE (2020e)	Doğum sonu ilk 24 saat	Doğum sonu 2-7. gün	Doğum sonu 2-8. hafta	-	-	-
T.C. SB (2018)	Doğum sonu ilk 1 saat	Doğum sonu 1-6. saat	Doğum sonu 6-24. saat	Doğum sonu 2-5. gün	Doğum sonu 13-17. gün	Doğum sonu 30-42. gün

Note. ACOG = The American College of Obstetricians and Gynecologists; NICE = The National Institute for Health and Care Excellence; SB = T.C. Sağlık Bakanlığı; WHO = World Health Organization

İzlemlerin sıklığı, kadının ihtiyaçlarına, örgütlerin önerilerine ve geleneksel bakım uygulamalarına göre belirlenmektedir. Uluslararası ve ulusal örgütlerin postpartum bakım süresi için önerileri şu şekildedir.

\*ACOG, postpartum 12. haftaya kadar,

\*NICE, postpartum 8. haftaya kadar,

\*RCM ve NCC-PC postpartum 6-8. haftaya kadar,

\*NHS ve WHO postpartum 6. haftaya kadar,

\*Sağlık Bakanlığı ve Türk Neonatoloji Derneği, postpartum 4-6. haftaya kadar annenin ve 12. haftaya kadar bebeğin bakım almasını önermektedir.

[8]

## 1.2 Doğum Sonrası Dönemde Lohusanın Acil Sağlık Kuruluşuna Başvurması Gereken Tehlike İşaretleri

Doğum sonrası her iletişim, kadınlar ve bebekler için en etkili ve verimli hizmeti sunmayı hedefleyen, kişiselleştirilmiş bakım ilkelerine uygun şekilde planlanmalıdır. Bu planlama, uzman sağlık profesyonelleri tarafından yapılmalı ve antenatal, intrapartum ve postnatal dönemleri kapsayan bütüncül bir yaklaşım içermelidir.

Kadınlara, doğum deneyimlerini paylaşma ve doğum sırasında aldıkları bakıma dair sorular sorma imkânı tanınmalıdır.

“Gebelik sırasında vajinal kanama, şiddetli karın ağrısı gibi tehlike işaretleri konusunda bilgilendirme yapılmalı, annenin düzenli gebelik kontrollerine katılımı teşvik edilmeli ve olası risk durumları erken dönemde tespit edilmelidir.[9]

- Vajinal kanama:

Doğum sonrası 20-30 dakika içinde 2-3'ten fazla pedi dolduracak şekilde kanama, pıhtılı kanama, sürekli kan akışı, kanamanın parlak kırmızı renkte olması ya da azalma gösterdikten sonra tekrar kanamalı akıntının başlaması durumları dikkatle takip edilmelidir. Kanamanın azalmayarak artmasına dikkat edilmelidir.

- Konvülsiyon geçirme

Solunum güçlüğü, göğüs ağrısı, hızlı nefes alıp verme, öksürük, taşikardi ve bazen eşlik eden bacak ağrısı gibi belirtiler, sağlıklı bir annede aksi kanıtlanana kadar tromboemboli olarak değerlendirilmelidir. Gerekli durumlarda lohusalara profilaksi uygulanmalıdır.

- Ateş (38°C'nin üzerinde)
- Kötü kokulu akıntı
- İdrar yaparken ağrı veya idrar kaçırma

Şiddetli baş ağrısı, bulanık görme, şuur kaybı [7]

## 1.3 Doğum Sonrası Dönemde Annedeki Psikolojik Değişimler

Gebelik ve lohusalık doğal bir yaşam olayı gibi gözükse de kadın için büyük bir stres nedeni olabilmektedir. Bu dönemde her kadın, az veya çok kaygı yaşar. Annelerin çoğunda doğum sonrasında bebeğinin ve kendisinin sağlık durumu ile ilgili endişeleri ortadan kalktığından bir rahatlama olur. Bebeğin kucağa alınması, emzirilmesi anne-bebek bağını güçlendirir. Annelik hüznü (gebelikte ve lohusalıkta yaşanan korku ve endişeler) özellikle

ilk doğumunu yapmış olan kadınların %50-80'inde huzursuzluk, sinirlilik, duygusal dengesizlik ve ağlamaklı olma durumu şeklinde görülebilir. En sık görülen belirtiler arasında uyku bozukluğu yer almaktadır. Bu yakınmalar, doğumdan sonraki ilk 3-10 gün içinde ortaya çıkar ve genellikle 20. haftanın sonunda kaybolur.

- **Doğum Sonu Hüzün ( Annelik Hüzünü)**

Gebelik sürecinde kadın, fizyolojik değişimlerin yanı sıra annelik hüznü ve postpartum depresyon gibi psikolojik ve sosyal değişimler de yaşayabilir. Bu süreç, yalnızca kadınla sınırlı kalmayıp, tüm aile üyelerini kapsar; aile bireyleri, anneye birlikte aileye katılacak yeni bireye uyum sağlamak ve rol ile sorumluluklarını öğrenmek için bir adaptasyon sürecine girer. Bu nedenle, gebelik sürecine uyum sağlanamaması durumunda, süreç yalnızca kadın için değil, tüm aile için bir kriz dönemi haline gelebilir. Annelik hüznü net bir tanıma sahip olmamakla birlikte, doğumun ardından ilk günlerde annenin kendini ağlamaklı, depresif, üzgün, sinirli, iştahsız, uykusuz, kararsız ve bebeğin bakımı konusunda endişeli hissetmesi, annelik hüznü olarak ifade edilmektedir. Postpartum dönemde sık görülen bu ruhsal sorunun belirtileri arasında sebepsiz ve ani ağlama nöbetleri, uyku sorunları, ani ruh hali değişiklikleri, disforik durum, hüznü, sinirlilik, çaresizlik hissi, baş ağrısı, konsantrasyon güçlüğü, unutkanlık, iştahsızlık, yalnız kalma isteği, yalnızlık hissi, kafa karışıklığı, bebeğe karşı ilgi ve duygusal bağ eksikliği, dış uyaranlara aşırı duyarlılık, anksiyete, depresif ruh hali, hayal kırıklıkları, üzüntü, kayıp ve keder duygusu gibi durumlar yer alır. Lohusaya ve ailesine bu belirtilerin yaygın ve normal olduğu, genellikle iki hafta içinde kendiliğinden geçeceği açıklanmalıdır[10].

Annelik hüznü genellikle kendiliğinden düzelse de, ebelerin lohusaları bu durumun belirtileri hakkında bilgilendirmesi, yaşanan duyguların normal olduğunu açıklaması ve postpartum dönemde lohusayı değerlendirerek yeni yaşamına psikolojik uyum sağlamasına destek olması önemlidir. Ayrıca, annelik hüznü belirtilerinin azalıp azalmadığını izlemek, anne, yenidoğan ve ailenin sağlıklı gelişimini desteklemek ve yaşam kalitesini artırmak açısından kritik bir rol oynar[11].

- **Postpartum Depresyon**

Postpartum depresyon, annelik hüznü belirtilerinin daha şiddetli ve yoğun bir şekilde yaşanmasıdır ve genellikle doğumdan sonraki 10-15 gün içinde ortaya çıkar. Bu ciddi ruhsal sorunun belirtileri arasında dış etkenlere karşı ilgi kaybı, duygusal dalgalanmalar, sürekli ağlama veya ağlamaklı hissetme, iştah, kilo, aktivite ve uyku düzeninde artış ya da azalma, umutsuzluk,



yorgunluk, değersizlik ve suçluluk duyguları, öfke, bunalmış hissetme, yaralanma korkusu, bebeğe yönelik yoğun kaygılar, yaşamı anlamsız bulma, enerji ve motivasyon kaybı, odaklanma güçlüğü ile tekrarlayan ölüm ve intihar düşünceleri yer alır[10].

Postpartum depresyonun önlenmesi, tanısı ve tedavisinde destekleyici ve eğitici girişimlerin önemli bir rol oynadığı belirlenmiştir. Postpartum dönemde ebeveynler, bebek bakımı sağlama, güvenli bir çevre oluşturma, bebekle iletişim kurma, yeni rollerini öğrenme, aile duyarlılığını geliştirme ve bebekle ilgili sorunlarla baş etme gibi birçok sorumluluk üstlenir. Bu süreç, aile için bir kriz durumuna dönüşebilir. Bu nedenle, annenin güçlü bir sosyal destek ağına sahip olması büyük önem taşır. Annelerin erken dönemde değerlendirilmesi, postpartum depresyon açısından risk taşıyan gebelerin yakından izlenmesi ve bu durumun gelişmesini önlemek için gerekli önlemlerin alınması gereklidir[12]

- **Postpartum Psikoz**

Postpartum depresyondan farklı olarak, bu klinik tabloya hezeyanlar ve halüsinasyonlar eşlik eder. Hastada başlangıçtan itibaren belirgin değişiklikler, yorgunluk, uykusuzluk, dinlenememe, huzursuzluk, aşırı aktivite, değişken duygudurum, ağlama krizleri, kafa karışıklığı, şüphecilik, kişilik algısında bozulma, düzensiz davranışlar, dezoryantasyon, şiddetli disfori, dağınıklık, mantıksız ifadeler, bebeğin sağlığına dair obsesif düşünceler ile intihar veya cinayet eğilimleri gözlemlenebilir. Halüsinasyonlar genellikle bebeğin anomalili veya ölü olduğu ya da doğumu annenin yapmadığı gibi içeriklere sahiptir. Annenin kendisine ya da bebeğine zarar vermesini emreden işitsel varsanlar da görülebilir. Bu belirtiler, öz kıyım ve bebeğe zarar verme riskini ciddi şekilde artırır. Tedaviye yönelik müdahalenin hızlı bir şekilde yapılması ve hastanın hastaneye yatırılması en uygun yaklaşımı oluşturur[10].

#### **1.4 Doğum Sonu Döneme İlişkin Bazı Uygulamalar**

- **Yararlı Uygulamalar**

Doğum sonrası kadının beslenmesine özen gösterilmesi ve annenin ile bebeğin 40 gün boyunca yalnız bırakılmaması, sosyal destek açısından büyük önem taşır. Ülkemizin birçok bölgesinde, lohusa doğum sonrası kadın, kendi annesi, eşinin annesi ya da diğer aile üyeleri tarafından desteklenir ve yalnız bırakılmaz. Bu kişiler, bebek bakımı ve ev işleri gibi günlük aktivitelerde, anne-babalık rollerine uyum sağlamaya çalışan çiftlere yardımcı olurlar. Ayrıca, doğum sonrası cinsellikte isteksizlik yaşayan kadınlar için, erkeğin kadına 40 gün boyunca yaklaşmaması da kadının dinlenme ve iyileşme sürecine katkı sağlar. Postnatal izolasyon olarak adlandırılan bu dönemde,

cinsel ilişkiden kaçınmanın yanı sıra, bazı besinler ve nesnelere de uzak durulması gerektiği belirtilir. Çoğu kültürde 7-40 gün arasında süren postnatal izolasyon, aynı zamanda loşia dönemi (0-21. günler) ile de örtüşür. Bu nedenle, bu uygulamanın enfeksiyonlardan korunmak ve vajinal-perineal dikişlerin açılmasını engellemek için geleneksel olarak faydalı olduğu düşünülebilir[13].

- **Zararlı Uygulamalar**

Üç ezan vakti boyunca bebeğin emzirilmemesi, lohusaya şekerli bir bulamaç yedirilip su verilmemesi gibi uygulamalarla karşılaşılabilir. Lohusanın ebe ve hemşireler tarafından evde ziyaret edilmesi, bu tür uygulamaların fark edilip müdahale edilebilmesi açısından önemlidir. Bu uygulamaların bazı sağlık riskleri barındırdığı düşünülmektedir[13].

### 1.5 Doğum Sonrası Dönemde Danışmanlık

Bebeğin doğumu ile birlikte ebeveynlerin önceki rollerinde (örneğin eş rolü) değişiklikler yaşanabilir ve ebeveynlik becerilerine dair alışık olmadıkları yeni kaygılarla karşılaşabilirler. Bu dönemde, anne ve bebeğe yeterli sağlık hizmeti sunulmaması, fiziksel, psikososyal ve duygusal sorunlara yol açabilir. Özellikle ilk kez anne olan kadınlarda, bebek bakımı, büyüme ve gelişim süreçleri, bebeğin normal davranışları (örneğin gece boyu ağlama) ve hastalıkları hakkında bilgi eksikliği, kaygıya neden olabilir. Bu durum, annenin annelik rolünden duyduğu memnuniyeti azaltabilir ve ebeveyn-bebek bağlanmasını ile yaşam değişikliklerini olumsuz yönde etkileyebilir[14]

---

#### DOĞUM SONU DÖNEMDEKİ DANIŞMANLIĞIN AMAÇLARI

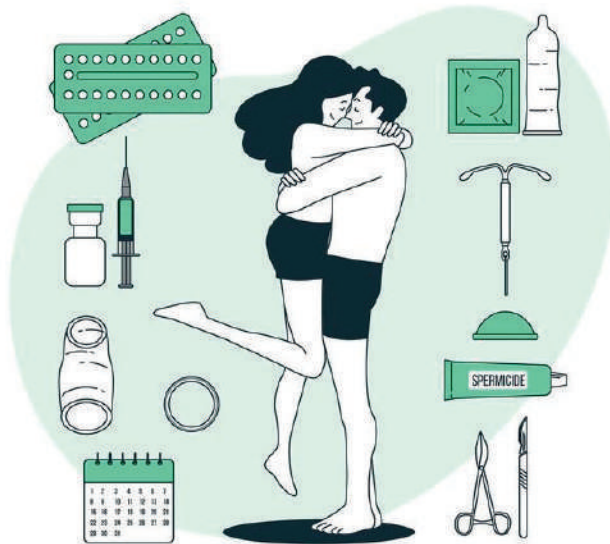
- Anne ve yenidoğanın psikoloji ve fizyolojik olarak sağlıklı olmasını desteklemek.
  - Anne sütü ve emzirme süreci hakkında bilgi vermek ve destek olmak
  - Anne bebek bağının en iyi ve doğru şekilde kurulmasını sağlamak.
  - Annenin kendine güvenmesini, annelik konumunu benimsemesini sağlamak.
  - Doğum sonu dönemde karşılaşılabilecek sorunlar hakkında bilgi vermek.
  - Aile planlaması konusunda bilgi vermek
- 

### 1.5. Doğum Sonu Dönemde Emzirme süreci

Doğa, kadının vücudunu doğum sonrası bebeğini besleyebilmesi için iki memeyle donatmıştır. Anne memesi, bebek için en rahatlatıcı ve güven veren

kaynaktır; doğumun hemen ardından memeler sütle dolar ve bebeğin her ağlamasında emzirmek, annenin en önemli sorumluluklarından biridir. Anne sütü, yenidoğanın ilk altı ayında sağlıklı büyüme ve gelişme için gereken tüm sıvı, protein, yağ ve vitamin gibi besin öğelerini sağlayan, yüksek biyoyararlanıma sahip, sindirimi kolay ve doğal bir kaynaktır. Anne sütü ve emzirme, bebek ve anne için sadece beslenme açısından değil, aynı zamanda sağlık, bağışıklık, gelişim, psikolojik, sosyal ve ekonomik birçok alanda da sayısız fayda sunmaktadır. Anne sütü, içerdiği koruyucu bileşenlerle bebeği enfeksiyonlara karşı korur, sindirimi kolaydır, ekonomik bir besin kaynağı sağlar, kaynatılmaya gerek duymaz, her zaman taze ve temizdir ve bebeği sunulmak için her zaman hazır bulunur[15].

Emzirme ve anne sütü, bebeklerin beslenmesi için temel normlardır. Emzirmenin hem kısa hem de uzun vadeli tıbbi ve nörogelişimsel faydaları, emzirmeyi veya anne sütü sağlamayı halk sağlığı açısından bir gereklilik haline getirir. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP), doğumdan sonraki ilk 6 ay boyunca yalnızca anne sütüyle beslenmeyi önermektedir. Ayrıca, AAP, anne ve çocuk tarafından karşılıklı olarak istenildiği sürece, bu süre sonunda uygun tamamlayıcı gıdalarla birlikte emzirmeye devam edilmesini desteklemektedir[16]. Bu öneriler, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) önerileriyle tutarlıdır. İnsan sütü, antimikrobiyal, anti inflamatuvar, immün düzenleyici ajanlar ve canlı lökositler içeren özel bir bileşime sahiptir. Bu bileşenler, çocuğun bağışıklık sisteminin gelişimine önemli ölçüde katkı sağlar[17].



## 1.7 Doğum Sonu Dönemde Aile Planlaması

Aile planlaması (AP), çiftlerin ve bireylerin, istedikleri sayıda, istedikleri zamanda ve sağlıklı aralıklarla çocuk sahibi olma hakkına sahip olmalarını, bu kararı verebilmelerini ve bu süreç için gerekli bilgi, eğitim ve araçlara ulaşmalarını ifade eder. Doğum sonrası aile planlaması, istenmeyen gebeliklerin azalmasını sağlayarak, maternal, fetal ve neonatal morbidite ile mortalite oranlarının düşmesine yardımcı olur.[3] Bu dönemde tercih edilecek aile planlaması yöntemi, kadının önceki kontrasepsiyon deneyimi, emzirme durumu, sağlık durumu ve sosyal ile kültürel faktörler gibi birçok etkenden etkilenir[18].

Tercih edilecek yöntemin güvenilir olmasının yanı sıra, emziren annelerde anne sütünün içeriğini ve miktarını etkilememesi, ayrıca bebeğin büyüme ve gelişimini olumsuz yönde etkilememesi önemlidir[19].

Doğum sonrası dönem, annelerin kontraseptif yöntemlere en fazla ilgi gösterdiği ve danışmanlık alındığında bu yöntemleri yüksek oranda kabul ettiği bir süreçtir. Bu dönemde sunulan aile planlaması hizmetleri, doğumlar arasındaki süreyi ve doğum sayısını bilinçli bir şekilde planlamayı sağlayarak, anne ve çocukların sağlığını koruma ve iyileştirmeye yardımcı olmaktadır[20].

## Kaynakça

1. Cantwell, R. and J. Cox, *Psychiatric disorders in pregnancy and the puerperium*. Current Obstetrics & Gynaecology, 2006. **16**(1): p. 14-20.
2. Çiçek, N., M. Mungan, and S. Özden, *Lobusalık fizyolojisi ve bakımı. Klinikte obstetrik ve jinekoloji*. 2007, Ankara: Nobel Kitabevi.
3. Rehberi, D.Ö.B.Y., *TC Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü*. Ankara-2009. ss, 2000. **9**: p. 41.
4. TAŞKIN, L., *Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği*. 2019: Akademisyen Kitabevi.
5. Organization, W.H., *Global technical strategy for malaria 2016-2030*. 2015: World Health Organization.
6. Can, H.Ö., *Doğum sonrası bakım rehberlerinin kanıt temelli çalışmalarla gözden geçirilmesi*. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi, 2015. **5**(2): p. 40-47.
7. Sağlığı, H. and G. Müdürlüğü, *DOĞUM SONU BAKIM YÖNETİM REHBERİ*. 2010.
8. Çevik, A. and B. Avcişay, *Ebe Liderliğinde Postpartum Bakım*. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018. **5**(1): p. 37-45.
9. Sevil, Ü. and G. Ertem, *Gebeliği Etkileyen Sağlık Durumları*. Perinatoloji ve Bakım, 2016: p. 265-266.
10. Yavuz, M.Y. and Ç. Bilge, *Annelik hüznünden postpartum depresyon ve psikoz*. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 2022. **5**(1): p. 1-10.
11. Yüksekol, Ö.D., S.Ç. Arguvanlı, and M. Başer, *Annelik hüznü ve hemşirelik*. ERÜ Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi, 2014. **2**(1): p. 56-61.
12. Anokye, R., et al., *Prevalence of postpartum depression and interventions utilized for its management*. Annals of general psychiatry, 2018. **17**: p. 1-8.
13. Duran, E. and Ü. Sevil, *Prenatal ve postnatal dönemde kültürel yaklaşım*. İn: Kültürlerarası Hemşirelik, Seviğ Ü, Tanrıverdi G, 2012. **1**: p. 325-358.
14. Yıldız, D., *Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar*. Gülhane Tıp Dergisi, 2008. **50**(4): p. 294-298.
15. Onbaşı, Ş., *Doğum öncesinde anne adaylarına verilen anne sütü ve emzirme eğitiminin emzirme oranına ve süresine etkisi*. 2009.
16. Şenyazar, G., *Annelerin ek gıdalar hakkında yaklaşımları ve tutumları*.
17. Meek, J.Y., L. Noble, and S.o. Breastfeeding, *Policy statement: breastfeeding and the use of human milk*. Pediatrics, 2022. **150**(1): p. e2022057988.
18. YUVACI, H.U. and A.S. CEVRİOĞLU, *Emzirme ve aile planlaması*. Türkiye Klinikleri Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği-Özel Konular, 2017. **3**(2): p. 104-111.

19. CETİŞLİ, N.E., et al., *Kadınların postpartum kontraseptif tercihleri ve tutumları*. JAREN, 2020. 6: p. 67-72.
20. Eryılmaz, N., *Doğum sonu dönemdeki kadınların aile planlaması konusundaki tutumları ve ilişkili faktörler*. 2014.



## Gestasyonel Diyabet ve Riskleri 8

Zeynep Cengiz<sup>1</sup>

### Özet

Gestasyonel Diyabet (GDM), gebelik sırasında gelişen, insülin direnci ve hiperglisemi ile karakterize bir metabolik bozukluktur. GDM, gebelikte artan plasental hormonlar ve inflamasyonla ilişkilidir. Risk faktörleri arasında obezite, ileri yaş, prediyabet öyküsü ve genetik yatkınlık yer alır. GDM, anne ve fetus üzerinde birçok komplikasyona yol açabilir; en yaygın olanları makrozomi, doğum yaralanmaları, sezaryen doğum ve preeklampsi gibi sorunlardır. Ayrıca, doğum sonrası annede tip 2 diyabet gelişme riski artar.

GDM tanısı için Amerikan Diyabet Birliği (ADA) ve Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) tarafından belirlenen kriterlere göre, ilk prenatal muayenede açlık plazma glukozu (APG) ve oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulanır. Tedavi, glisemik kontrol sağlanarak morbiditeyi azaltmayı amaçlar. Yaşam tarzı değişiklikleri ve medikal beslenme tedavisi ilk adım olarak uygulanır. Eğer bu yöntemler yetersiz kalırsa, insülin tedavisi gibi farmakolojik müdahaleler gerekebilir. Glikoz seviyelerinin düzenlenmesi, maternal ve fetal sağlığı iyileştirir, komplikasyon risklerini azaltır.

### 1. Giriş

Diabetes Mellitus (DM), insülin salınımı veya insülin etkisindeki bozukluklar nedeniyle oluşan, karbonhidrat, protein ve yağ metabolizmasında bozulmalara yol açan ve kronik hiperglisemi ile karakterize edilen bir metabolik hastalıktır[1].

Klinik bulgular ve belirtiler arasında polifaji, polidipsi, poliüri, ağız kuruluğu, kilo kaybı, bulanık görme, ayaklarda uyuşma, karıncalanma ve yanma hissi, yorgunluk, idrar yolu enfeksiyonları, vulvovajinit, mantar enfeksiyonları, kaşıntı ve ciltte kuruma bulunmaktadır[2].Diyabet türleri,

1 Yüksek Lisans Öğrencisi ,Karabük Üniversitesi ,Sağlık Bilimleri Fakültesi,Ebelik Bölümü  
Orcid: 0009-0009-1617-9344



American Diabetes Association (ADA) tarafından önerilen etiyolojik sınıflama çerçevesinde dört ana başlık altında toplanmaktadır:

- Tip 1 Diyabet,
- Tip 2 Diyabet,
- Gestasyonel Diyabet (GDM) ve
- diğer spesifik tipler.[3].

## 2. Gestasyonel Diyabet Patofizyolojisi

Gestasyonel Diyabetin patogeneğinde plasenta kaynaklı hormonlar, inflamatuvar sitokinler ve maternal yağ dokusu tarafından üretilen adipokinler rol oynamaktadır. Bazı araştırmalar, GDM'li kadınlarda TNF- $\alpha$ , leptin ve proinflamatuvar sitokinlerin düzeylerinin arttığını, buna karşın adiponektin ve diğer antiinflamatuvar sitokinlerin azaldığını göstermektedir (Dabelea, 2007). Obezite, GDM için bir risk faktörü olarak, düşük dereceli inflamasyonla birlikte yağ dokusu fizyolojisi üzerinde önemli bir etki yaratmaktadır[4, 5].

## 3. Gestasyonel Diyabette Tarama Ve Tanı Kriterleri

Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) tarafından gerçekleştirilen 25.000'in üzerinde gebede yapılan "Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcome" (HAPO) çalışması, glukoz düzeylerindeki artışın maternal, fetal ve neonatal riskleri artırdığını göstermiştir [6]. Amerikan Diyabet Birliği (ADA) ve Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği (TEMD) Diyabet kılavuzlarına göre, ilk prenatal muayeneden itibaren risk değerlendirmesi yapılmalı ve açlık plazma glukozu (APG) ölçülmelidir.

APG değeri yüksek ( $\geq 126$  mg/dl) olan gebelerde A1C testi yapılmalıdır [7]. Eğer A1C de yüksek çıkarsa, bu durum pregestasyonel diyabet olarak değerlendirilip tedavi edilmelidir. Yüksek risk grubuna dahil olan gebelerde, gebeliğin başlangıcında APG düzeyi ölçülmeli; eğer prediyabetik sınırlar (100-125 mg/dl) içinde bulunuyorsa, oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulanmalı ve sonuçlar gebe olmayanlarla aynı şekilde yorumlanmalıdır.

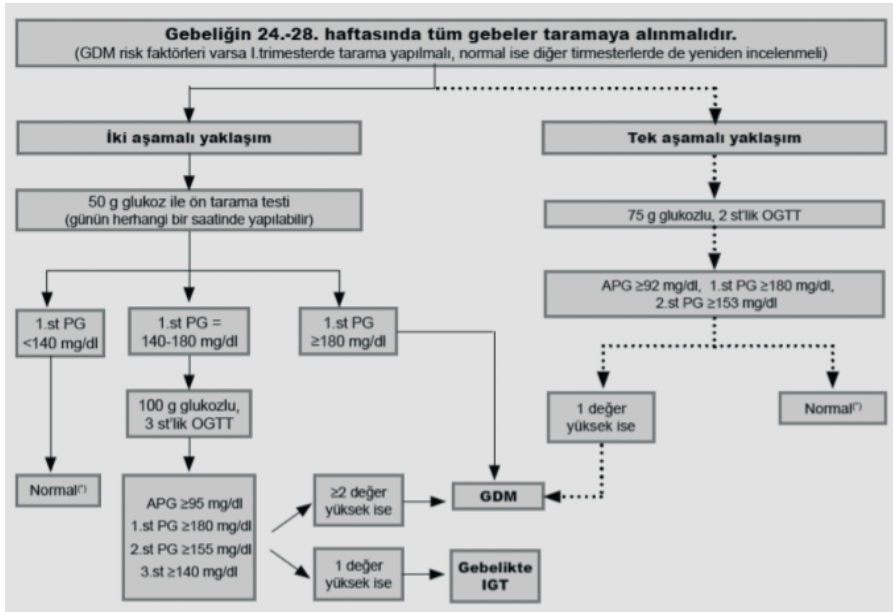
Obezite, daha önce gestasyonel diyabet veya prediyabet öyküsü, 40 yaşından büyük anne yaşı, glukozüri, birinci derece akrabalarda diyabet öyküsü, makrozomik bebek doğumu, polikistik over sendromu ve steroid ile antipsikotik ilaç kullanımı, gestasyonel diyabet için risk faktörlerindedir[8].

ADA 2016 ve TEMD kılavuzlarına göre gestasyonel diyabet (GD) taraması, hem tek aşamalı hem de iki aşamalı yaklaşımlar kullanılarak gerçekleştirilebilir. 2011 yılında ADA, Uluslararası Diyabet ve Gebelik

Çalışma Grubu (IADPSG) tarafından önerilen 75 gram glukoz ile yapılan oral glukoz tolerans testinin (OGTT) hem tarama hem de tanı amaçlı kullanılabileceğini ve daha pratik olabileceğini duyurmuştur [9].

2013 yılında NIH'nin konsensusu, tek aşamalı taramanın uzun dönem maternal ve neonatal etkileri konusunda yeterli verinin bulunmadığı gerekçesiyle iki aşamalı testin benimsenmesini önermiştir. Ayrıca, 50 gram glukoz ile yapılan OGTT'nin açlık gerektirmemesi, uygulama açısından daha pratik olarak değerlendirilmiştir (8). Amerikan Obstetrik ve Jinekoloji Uzmanları Birliği (ACOG) de 2013 yılında yayımladığı kılavuzda iki aşamalı yaklaşımı benimsemiştir[10].

GDM tanısının kesinleşmesi için 100 gram glukoz ile yapılan 3 saatlik OGTT'ye tabi tutulmalıdır. Bu testte, dört ölçüm noktasından en az ikisinin aşılması GDM tanısını koydurur. Sadece bir ölçüm değeri kesim noktasını geçen vakalar ise gestasyonel glukoz intoleransı olarak kabul edilir ve bu durum, GDM gibi yakından izlenmelidir[11].NDDG, Ulusal Diyabet Veri Grubu, ACOG ise 135 mg/dL (7.5 mmol/L) veya 140 mg/dL (7.8 mmol/L) değerlerini önermektedir[12].



Şekil 1. TEMD iki aşamalı ve tek aşamalı gestasyonel diyabet taraması ve tanısı

#### 4. Gestasyonel Diyabetin Tip 1 Ve Tip 2 Diyabet İle İlişkisi

GDM ve T2DM, birçok ortak risk faktörü ve benzer patofizyolojik mekanizmaları paylaşmaktadır. Her iki durum da yüksek vücut kütle indeksi (BMI) ve anormal glukoz toleransı geçmişi ile ilişkilidir. Bu iki durumun en belirgin özelliği, periferik insülin direncinin pankreatik beta hücrelerinin insülin üretimindeki görece yetersizlikle bir araya gelmesidir[13].

GDM ve T2DM arasındaki belirgin benzerlikler, genetik faktörler arasında önemli bir örtüşme olduğunu düşündürmektedir; her ikisi de genetik ve çevresel faktörlerden önemli ölçüde etkilenmektedir. T1DM ise, beta hücrelerinin otoimmün yıkımı ile tanımlanmakta olup genellikle üreme öncesinde daha iyi teşhis edilmektedir [14].

#### 5. Gestasyonel Diyabet Komplikasyonları

GDM'nin anne ve fetus üzerinde birçok olumsuz etkisi bulunmaktadır. En yaygın görülen komplikasyonlar arasında makrozomi, doğum yaralanmaları, sezaryen ihtiyacı, hidramniyos, preeklampsi, yenidoğanda metabolik bozukluklar ve doğum sonrası annede tip 2 diyabet gelişimi yer almaktadır[15].

Hiperglisemi, fetal beta hücrelerini uyararak insülin sekresyonunu artırır ve kanda yüksek insülin seviyelerinin oluşmasına yol açar. Yüksek insülin seviyeleri, hematopoetik hücreleri uyarır, bu da polisiteminin artmasına ve hiperplazi ile hipertrofinin gerçekleşmesine neden olur[16].

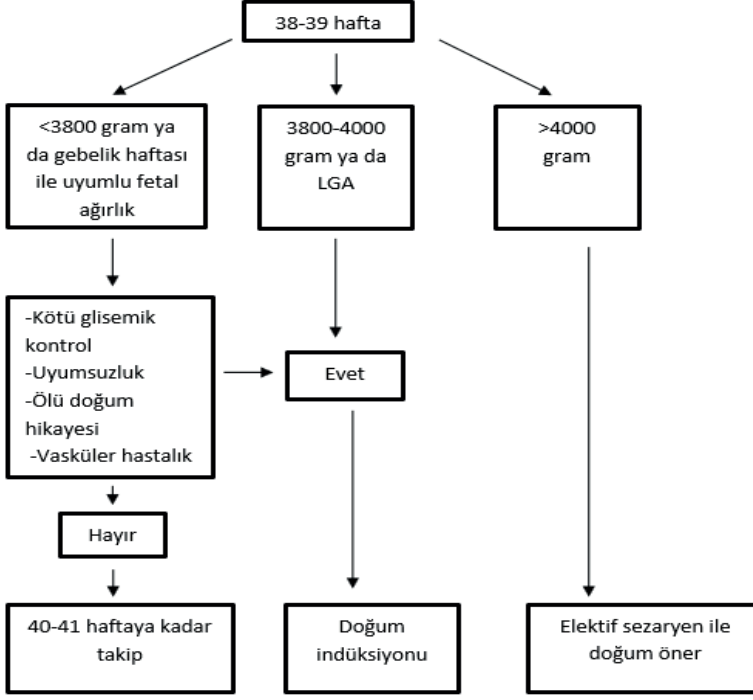
Yüksek insülin seviyeleri, beyin hücrelerinde geri dönüşümsüz hasara neden olabilir. Anormal glukoz metabolizması sonucunda kan ve idrardaki glukoz konsantrasyonları artar, bu da idrar yolu enfeksiyonlarına yatkınlığı artırır[17].

GDM tanısı almış kadınların doğumdan sonraki beş yıl içinde tip 2 diyabet riski %18-50 oranında yükselmektedir [18].Hipergliseminin gebelik sonuçları üzerindeki etkilerini inceleyen Hiperglisemi ve Zararlı Gebelik Sonuçları (HAPO) çalışması, gebelik süresince glukoz seviyelerinin makrozomi, sezaryen doğum ve yenidoğan hipoglisemisi ile artan riskle ilişkili olduğunu doğrulamıştır[19]. Ayrıca, GDM tedavisinin maternal ve neonatal sonuçları iyileştirdiği gösterilmiştir[20].

#### 6. Gestasyonel Diyabette Doğum Şekli Ve Zamanlaması

Diyabetik gebeliklerde doğum şeklinin planlanmasında, artmış omuz distosisi riski nedeniyle tahmini doğum ağırlığı FIGO'ya göre 4000 gram ve ACOG'a göre 4500 gramın üzerindeki gebelikler için elektif sezaryen

önerilmektedir[21]. NICE ise makrozomik fetus tespit edilen gebeliklerde, hasta ile vajinal ve sezaryen doğumun avantaj ve risklerini paylaşarak doğum şeklinin belirlenmesi gerektiğini vurgulamaktadır[22].



Şekil 2: Pregestasyonel ve gestasyonel diyabetik gebelerde doğum zamanlaması.

## 7. Gestasyonel Diyabet Tedavisi ve Yönetimi

Tedavinin amacı, morbidite ve mortaliteyi en aza indirmek için normale yakın bir metabolik kontrol sağlamaktır. Gebelikte hafif düzeydeki glukoz intoleransının tedavisinin, özellikle makrozomi ve preeklampsi gibi perinatal sonuçlarda anlamlı iyileşmelere yol açtığı, yapılan randomize çalışmalarla gösterilmiştir[25]. Ancak, neonatal hipoglisemi ve ileride gelişebilecek kötü metabolik sonuçlar üzerinde herhangi bir etki gözlemlenmemiştir[26].

Gebelik süresince glisemik kontrol hedefleri; açlık plazma glukozu (APG) <95 mg/dl, öğün sonrası 1. saat <140 mg/dl ve 2. saat <120 mg/dl olarak belirlenmiştir[27]. Eğer yaşam tarzı değişiklikleri ile 1-2 hafta içinde glisemik hedeflere ulaşılamazsa, farmakolojik tedaviye başlanır. Tedavinin değerlendirilmesinde kan glukozu izleme büyük önem taşır. [28]

### 7.1. Medikal Nütrisyon Tedavisi

GDM'li gebelerde medikal beslenme tedavisi, beslenme uzmanı tarafından uygulanmalıdır. Bu tedavinin amacı, anneyi ketozisten koruyarak normoglisemiyi sağlamak ve maternal vücut kütle indeksine (VKİ) göre uygun kilo alımını desteklemek, ayrıca fetüs ve annenin sağlığını sürdürmektir[29].Günlük toplam kalori, ideal vücut ağırlığına göre ayarlanır. Klinik uygulamada, kadınların enerji ihtiyacı genellikle günde 1800-2500 Kcal olarak belirlenmektedir[30].

İnsülin direnci, sabah saatlerinde fizyolojik kortizol salınımının en yüksek olduğu zaman diliminde artış gösterir ve öğün sonrası glukoz seviyeleri doğrudan tüketilen karbonhidrat miktarına bağlıdır. Bu nedenle, karbonhidrat bazlı enerjinin günün ilerleyen saatlerinde daha fazla tüketilmesi, kahvaltının ise daha küçük bir öğün olarak planlanması önerilmektedir.

Öğle ve akşam yemekleri, günlük toplam kalori alımının yaklaşık %30'unu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Kalan kalori, gün içinde ara öğünler aracılığıyla alınmalıdır[30].

Diyet içeriği ise %50-60 karbonhidrat, %10-20 protein ve %25-30 yağ oranlarıyla düzenlenmelidir[30].Gebelik süresince alınacak kilo ile ilgili öneriler, gebelik öncesi kiloya dayanır. Fazla kilolu kadınlar için (VKİ >29 kg/m<sup>2</sup>) yalnızca 7 kg artış önerilirken, düşük kilolu kadınlar (VKİ <19,8 kg/m<sup>2</sup>) için bu artış 18 kg'a kadar çıkabilir[31].

**7.2. Egzersiz:** Kas kitlesini artıran egzersizler, doku düzeyinde insülin duyarlılığını artırarak glisemik kontrolü iyileştirir. Bu sayede, hem açlık hem de öğün sonrası glukoz düzeylerini düşürür[32].

**7.3. İnsülin:** GDM'li gebelerin yaklaşık %15'inde sadece beslenme tedavisi ile glisemik hedeflere ulaşamaz ve bu durumda insülin ile farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyulabilir. Ayrıca, gestasyonun 29-30. haftalarından sonra fetal abdominal çapın 70. persentilin üzerinde olması, farmakolojik tedavi gereksinimini belirleyen bir kriter olarak kullanılabilir[34].

Gebelikte kullanıma onaylanmış insülinler arasında orta etkili human NPH, uzun etkili analog insülin detemir, kısa etkili human regüler insülin ile hızlı etkili analoglar olan insülin aspart ve lispro bulunmaktadır[35].

Uzun etkili insülin analogu glarjinin gebelikte güvenli olduğu düşünülse de, randomize kontrollü çalışmaların bulunmaması nedeniyle henüz gebelikte kullanımı onaylanmamıştır[36]. Regüler insüline kıyasla yaşam tarzında daha fazla esneklik sunması ve öğün sonrası glisemiyi daha iyi kontrol edebilmesi

neniyle hızlı etkili analog insülinler, farmakolojik tedavide önerilmektedir [37,38].

Postprandial glukoz düzeyleri yüksek olan bireylerde, tedaviye öğün öncesinde hızlı etkili analog insülin eklenebilir. Yoğun insülin tedavisi gerektiren durumlarda ise başlangıç dozu; ilk trimesterde ortalama 0,7 ü/kg, ikinci trimesterde 0,8 ü/kg ve üçüncü trimesterde ise 0,9-1 ü/kg'a kadar artış gösterebilir[39, 40].

APG 105-120 mg/dl ve 1. saat glukoz 120-160 mg/dl ise, 0,3-0,4 ü/kg dozunda orta etkili insülinin tek doz olarak gece uygulanması; APG >120 mg/dl ve 1. saat glukoz >200 mg/dl ise, 0,7 ü/kg/gün karışım insülinin iki dozda uygulanması önerilmektedir. Kontrol sağlanamayan durumlarda ise bazal-bolus tedavisi ile takip edilmesi önerilmektedir[41].

**7.4. Gliburid:** İnsan plasentası modelleriyle gerçekleştirilen araştırmalarda, gliburidi'nin plasentadan geçişinin oldukça düşük düzeylerde olduğu ortaya konmuştur[42]. Ayrıca, yapılan çalışmalarda, gliburidi ve metformin'in glukoz düzeylerini düşürmede ve gebeliğin olumsuz sonuçlarını azaltmada insülinler ile benzer etki gösterdikleri gözlemlenmiştir[43,44].

Hedef glisemik değerlere ulaşılamazsa, doz 5 mg'a yükseltilir. 3-7 gün sonra akşam dozu da 5 mg eklenir ve hedef değerler sağlanana kadar 5 mg'lık artışlarla maksimum 20 mg/gün dozuna kadar çıkılabilir. Eğer bu dozlarla glisemik hedeflere ulaşılamazsa, tedaviye bazal insülin eklenmeli veya oral ajan kesilerek insülin tedavisine geçilmelidir[45,46]. Son dönemde gerçekleştirilen bir meta-analizde, gliburidin kullanımıyla neonatal hipoglisemi ve makrozomi risklerinin insülinle kıyaslandığında daha yüksek olduğu belirlenmiştir[47].

**7.5. Metformin:** Metforminin GDM tedavisinde, insülin ile benzer gebelik sonuçları sağladığı, ancak kilo artışını azalttığı ve maternal hipoglisemi riskini düşürdüğü gösterilmiştir[48]. Ancak bazı küçük, retrospektif kohort çalışmaları, metforminin perinatal kayıp ve preeklampsi oranlarını artırabileceğine dair bulgular sunmaktadır[49].

## Kaynakça

1. American Diabetes Association (2015). Management of diabetes in pregnancy. Sec. 12. In Standards of Medical Care in Diabetes. Diabetes Care, 38 (Suppl. 1):S77-S79
2. Barbour LA. (2003). New concepts in insulin resistance of pregnancy and gestational diabetes: long-term implications for mother and offspring. J Obstet Gynaecol, 23:545.
3. Avcı Dursun, E. M., & Kızıltaş, G. (2019). Gestasyonel Diyabet ve Risk Faktörleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 132-146.
4. Bunt JC, Tataranni PA, Salbe AD. (2005). Intrauterine exposure to diabetes is a determinant of hemoglobin A(1)c and systolic blood pressure in pima Indian children. J Clin Endocrinol Metab. 90:3225-9.
5. American Diabetes Association, Standards of medical care (2016). Glycemic targets, Diabetes Care, 39 (Suppl. 1) S39 S46.
6. Metzger BE, Lowe LP, Dyer AR, Trimble ER, Chaovarindr U, Coustan DR. HAPO Study Cooperative Research Group, Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. N Engl J Med 2008; 358:1991-2002
7. ADA Clinical Practice Recommendations. Standards of medical care. Diabetes Care 2016;32(Suppl.1):13-61.
8. Vandorsten JP, Dodson WC, Espeland MA, et al. NIH consensus development conference: diagnosing gestational diabetes mellitus. NIH Consensus State Sci Statements 2013;29:1-31.
9. ADA Clinical Practice Recommendations. Standards of medical care. Diabetes Care 2011;34 :11-61.
10. Çelik, Ö. (2019). Gestasyonel diyabet tanı ve tedavisi. *Klinik Tıp Bilimleri*, 7(3), 24-27.
11. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diabetes Mellitus ve Komplikasyonlarının Tanı, Tedavi ve İzlem Kılavuzu 7. baskı, Bayt Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. 2015; p15-25.7.
12. Dursun, E. M. A., & Kızıltan, G. (2019). Gestasyonel Diyabet ve Risk Faktörleri. *Başkent Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi*, 4(2), 132-146.
13. Karakaş Çelik, S., & Yamak, A. S. (2017). Gestasyonel Diyabette Genetik ve Epigenetik Değişimler. Bülent Ecevit Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi, Moleküler Biyoloji ve Genetik Bölümü, Zonguldak.
14. Bajaj K, Gross SJ. The genetics of diabetic pregnancy. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2015;29(1):102-109.
15. Langer O. (2006) The Diabetes in Pregnancy Dilemma: Leading Change with Proven Solutions. University Press of America.

16. Hatfield L, Schwoebel A, Lynyak C. (2011) Caring for the infant of a diabetic mother. *MCN Am J Matern Child Nurs.* 36:10–6.
17. Wei J, Gao J, Cheng J. (2014) Gestational diabetes mellitus and impaired glucose tolerance pregnant women. *Pak J Med Sci*, 30:1203–8.
18. Kim C, Newton KM, Knopp RH. (2000) Gestational diabetes and the incidence of type 2 diabetes: a systematic review. *Diabetes Care*, 25:1862–8.
19. HAPO Study Cooperative Research Group (2008). Hyperglycemia and adverse pregnancy outcomes. *N Eng J Med*, 35:1991e2002.
20. Landon MB, Spong CY, Thom E, et al. (2009) A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med*, 361:1339e48.
21. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 201, Pregestational Diabetes Mellitus. *Obstet Gynecol.* 2018,, 132(6):e228-e248.
22. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2020 Dec 16. (NICE Guideline, No. 3.)
23. Yu L, Zeng XL, Cheng ML, Yang GZ, Wang B, Xiao ZW, et al. Quantitative assessment of the effect of pre-gestational diabetes and risk of adverse maternal, perinatal and neonatal outcomes. *Oncotarget.* 2017 ,8(37):61048- 61056.
24. Arica, G., Buldum, D., Şahinoğlu, Z., & Taner, M. Z. (2024). Pregestastonal Diyabet. Düzenleme tarihi: 3 Eylül 2024.
25. Crowther CA, Hiller JE, Moss JR, McPhee AJ, Jeffries WS, Robinson JS, et al. Australian Carbohydrate Intolerance Study in Pregnancy Women (ACHOIS) Trial Group. Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes. *N Engl J Med* 2005; 352:2477-86.
- Landon MB, Spong CY, Thom E, Carpenter MW, Ramin SM, Casey B, et al. A multicenter, randomized trial of treatment for mild gestational diabetes. *N Engl J Med* 2009; 361:1339-48.
26. Hartling L, Dryden DM, Guthrie A, Muise M, Vandermeer B, Donovan L, et al. Benefits and harms of treating gestational diabetes mellitus: a systematic review and meta-analysis for the U.S. Preventive Services Task Force and the National Institutes of Health Office of Medical Applications of Research. *Ann Intern Med.* 2013; 159:123-9.
27. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 2014; 37(Suppl 1):S81-90.
28. Öztürk, F. Y., & Altuntaş, Y. (2015). Gestasyonel Diabetes Mellitus.
29. American Diabetes Association, Bantle JP, Wylie-Rosett J, Albright AL, Apovian CM, Clark NG, et al. Nutrition recommendations and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Dia-*



- betesCare 2008;31(Suppl 1):S61-78.30. Franz MJ, Bantle JP, Beebe CA, Brunzell JD, Chiasson JL, Gang A, et al. Nutritionprinciplesandrecommendations in diabetes. DiabetesCare 2004; 27(Suppl 1):S36-46.
31. Ashwal E, Hod M. Gestationaldiabetesmellitus:Wherearewenow? ClinicaChimicaActa2015;http://dx.doi.org/10.1016/j. cca.2015.01.021
32. Schneider SH, Ruderman NB. Exerciseand NIDDM. DiabetesCare1993;16:54.
33. Colberg SR, Sigal RJ, Fernhall B, Regensteiner JG, Blissmer BJ, Rubin RR, et al. Exerciseandtype 2 diabetes:theAmericanCollege of Sports MedicineandtheAmericanDiabetesAssociation:jointpositionstatement. DiabetesCare 2010;33:e147-67.
34. Kjos SL, Schaefer-Graf UM. Modifiedtherapyforgestationaldiabetesusing-high-risk andlow-risk fetal abdominal circumferencegrowthtoselectstrictversusrelaxedmaternalglycemictargets. DiabetesCare 2007;30(Suppl 2):S200-5.
35. Mathiesen ER, Hod M, Ivanisevic M, Duran Garcia S, Brønsted L, Jovanovic L, et al. Maternalefficacyandsafetyoutcomes: a randomized, controlledtrialcomparing insulin detemirwith NPH insulin in 310 pregnantwomanwithtype 1 diabetes. DiabetesCare2012;35:2012-7.
36. Price N, Barlett C, Gillmer M. Use of insulin glargineduringpregnancy:acas-control pilot study.BJOG 2007;114:453-7.
37. AmericanDiabetesAssociation. Diagnosisandclassification of diabetesmellitus. DiabetesCare 2014; 37(Suppl 1):S81-90.
38. Blumer I, Hadar E, Hadden DR, Jovanović L, Mestman JH, Murad MH, et al. Diabetesandpregnancy:anEndocrineSocietyClinicalPracticeGuideline. JCEM 2013;98:4227-49.
39. Nachum Z, Ben-Shlomo I, Weiner E, Shalev E. Twicedailyversusfourtimesdaily insulin doseregimensfordiabetes in pregnancy:randomisedcontrolledtrial. BMJ 1999;319:1223-7.
40. Ashwal E, Hod M. Gestationaldiabetesmellitus:Wherearewenow? ClinicaChimicaActa2015;http://dx.doi.org/10.1016/j. cca.2015.01.021
41. Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, Diyabetes mellitusvekomplikasyonlarının Tanı, Tedavi veİzlem kılavuzu-2013:27
42. Pollex EK, Feig DS, Koren G. Oral hypoglycemictherapy:understandingthemechanisms of transplacental transfer. J Matern Fetal Neonatal Med2010;23:224-8.
43. Berggren EK, Boggess KA. Oral agentsforthemanagement of gestationaldiabetes. ClinObstetGynecol2013;56:827-36.
44. Ryu RJ, Hays KE, HebertME.Gestationaldiabetesmellitusmanagementwith oral hypoglycemicagents. Semin Perinatol2014;38:508-15.

45. Conway DL, Gonzales O, Skiver D. Use of glyburide for the treatment of gestational diabetes: the San Antonio experience. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2004;15:51-5.
46. Rosenn BM. The glyburide report card. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2010;23:219-23.
47. Zeng YC, Li MJ, Chen Y, Jiang L, Wang SM, Mo XL, et al. The use of glyburide in the management of gestational diabetes mellitus: a meta-analysis. *Adv Med Sci* 2014;59:95-101.
48. Gui J, Liu Q, Feng L. Metformin vs insulin in the management of gestational diabetes: a meta-analysis. *PLoS One* 2013;8:e64585.
49. Hellmuth E, Damm P, Molsted-Pedersen L. Oral hypoglycemic agents in 118 diabetic pregnancies. *Diabet Med* 2000;17:507-11.



## Kontrasepsiyon ve Erkekler: Yaklaşımlar ve Belirleyici Etmenler

Kübra Nur Kılıç<sup>1</sup>

Nebahat Özerdoğan<sup>2</sup>

Esra Emül<sup>3</sup>

### Özet

Bireylerin çocuksahibi olup olmamalarında, çocuksahibi olacakları zaman karar vermelerinde, istenmeyen gebeliklerin azaltılmasında, anne- bebek mortalite ve morbiditenin azaltılmasında aile planlaması hizmetleri etkili olmaktadır. Ayrıca aile planlaması gebelikten korunma konusunda eğitim, danışmanlık ve kontrasepsiyonlar hakkında da bilgi sağlamaktadır. Kontrasepsiyon ise, çeşitli kimyasal ilaçlar, cerrahi prosedürler, cinsel uygulamalar veya cihazlar kullanılarak gebeliklerin planlı bir şekilde önlenmesi olarak tanımlanmaktadır. Günümüzde kullanılan erkek kontraseptif yöntemleri; geleneksel bir yöntem olan geri çekme (coitus interruptus), modern yöntem olan prezervatif ve vazektomidir. Ayrıca hormonal ve nonhormonal olarak yeni kontraseptif çalışmaları da devam etmektedir. Erkeklerin kontraseptif kullanımına karşı çıkma nedenleri arasında mitler, yanlış anlamalar, kontraseptiflerin yan etkileri, medeni hal, kötü ekonomik durum, dini etkiler, sınırlı erkek kontraseptif seçimi, kadın partnerin aldatma şüphesi ve geniş aileleri tercih etme yer almaktadır. Erkeklerin kontrasepsiyon kullanımına razı olması, etkili aile planlaması için bir anahtardır ve erkekler doğurganlık seçimlerini etkilemede büyük rol oynamaktadır. Erkekleri bu konuda bilgilendirme ve eğitime açısından sağlık çalışanları özellikle ebeler oldukça önemlidir. Aile planlaması ve kontraseptif eğitimlerini yapan ebeler mutlaka yanlarında eşlerini çağırmalı ve eğitimini çiftler üzerinde gerçekleştirmelidir.

- 1 Arş. Gör., Karabük Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Karabük/TÜRKİYE ORCID: 0000-0003-4261-808X, Mail: kubranurkilic@karabuk.edu.tr
- 2 Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Eskişehir/TÜRKİYE, ORCID: 0000-0003-1322-046X, Mail: ozerdoğannebahat@gmail.com
- 3 Uzman Ebe, Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım, Eskişehir/TÜRKİYE, ORCID: 0000-0001-8625-819X, Mail: esraarikoglu@gmail.com

## Giriş

Bireylerin çocuk sahibi olup olmamalarında, çocuk sahibi olacakları zamana karar vermelerinde, istenmeyen gebeliklerin azaltılmasında, anne-bebek mortalite ve morbiditenin azaltılmasında aile planlaması hizmetleri etkili olmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) aile planlamasını; ‘ailelerin sağlığını ve refahını yükseltmek ve ülkelerin sosyo-ekonomik gelişimine katkı sağlamak için birey ve aile tarafından benimsenen düşünce ve yaşam şekli’ biçiminde tanımlamaktadır. Ayrıca aile planlaması gebelikten korunma konusunda eğitim, danışmanlık ve kontrasepsiyonlar hakkında da bilgi sağlamaktadır (Akın vd. 2006, Dougherty et. al. 2018, Manortey & Missah, 2020, Tanrıverdi & Demirezen, 2021).

Kontrasepsiyon tanımlanırken gebeliklerin önlenmesi amacıyla çeşitli kimyasal ilaçlar, cerrahi prosedürler, cinsel uygulamalar veya cihazların kullanılması olarak da belirtilmektedir (Başer vd. 2020). Kontraseptif yöntemlerin çeşitliliği gelişen teknoloji ile artmasına rağmen günümüzdeki dünya nüfusu oranına yöntem çeşitliliği yetersiz kalmaktadır. Kontraseptif yöntemlerin yeterli düzeyde kullanılmaması sonucu, pek çok sağlık ve sosyal problemlerin görüldüğü belirtilmekte ve tüm olanaklara karşın gebeliklerin yaklaşık yarısı planlı olmamaktadır. Doğumların istenmeyen gebelikler sonucunda gerçekleşmesi, doğan çocuk dahil tüm aile bireylerini başta psikolojik ve ekonomik olmak üzere pek çok sorunla karşı karşıya bırakabilmektedir. Daha geniş bir boyutta düşünüldüğünde, bu sorun ciddi bir sosyal ve toplumsal sorun olarak ortaya çıkmaktadır. (Akın vd. 2006, Tanrıverdi & Demirezen, 2021). Dünya Sağlık Örgütü (WHO), yıllar içinde büyük ilerleme olmasına rağmen, dünya çapında birçok kadının hamileliği önlemek istediğini ancak kendilerinin ve eşlerinin kontraseptif kullanmadığını ve bu karşılanmayan ihtiyacın bazı nedenlerinin hizmet kalitesi, ilaç çeşitliliğinin olmaması olduğunu açıklamıştır. Ayrıca kontraseptif kullanımındaki etkenlerden birinin de eş direnci olduğu belirtilmiştir (Manortey & Missah, 2020).

Erkeklerin kontrasepsiyon kullanımına razı olması, etkili aile planlaması için bir anahtardır ve erkekler doğurganlık seçimlerini etkilemede büyük rol oynamaktadır (Shaweno & Kura, 2020). Ancak doğurganlık, kontraseptif kullanımı ve aile planlaması ile ilgili olarak üreme sağlığını hedef alan çabaların çoğu, uzun yıllardır kadınlara odaklanmıştır ve doğum kontrol yönteminin kullanımında birincil sorumluluğun kadınlara ait olduğu düşünülmüştür (Asa et. al. 2018). Bu nedenle erkeklerin aile planlamasına katılımı sınırlı kalmıştır (Shaweno & Kura, 2020). Erkeklerin aile planlaması konusunda hala yetersiz bilgiye sahip oldukları (Wambui et. al. 2009) ve geleneksel

yöntemler hakkında daha fazla bilgi sahibi oldukları belirtilmiştir (Tilahun et. al. 2013). Porche (2012) ‘de erkekleri aile planlaması merkezlerinin “kayıp müşterisi” olarak tanımlamaktadır. Oysa; aile planlamasında erkeklerin önemli rolleri bulunmaktadır (Altay & Gönener, 2009). Erkek desteği, aile planlaması yöntemlerinin genel kullanımını ve doğru kullanımını etkilemekte (Asa et. al. 2018) ve yöntemlerin %25’i erkeğin katılımını gerektirmektedir. Özellikle kondom sadece istenmeyen gebeliklerden korunmada değil, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlardan korunmada da etkili olması bakımından üreme sağlığı için önemli bir yöntemdir (Tanrıverdi & Demirezen, 2021).

Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin çoğunluğu, aile planlamasında çiftlerin her ikisinin de sorumluluğu olduğunu kabul etmekle birlikte, gebelikten korunma yöntemlerini daha çok kadınların kullanması gerektiğine inanmaktadırlar (Başer vd. 2020). Ancak, erkeklerin, kontraseptiflerin kullanımına karar verme sürecinden itibaren yöntem seçimi, kullanımı ve izlemi aşamalarında eşleriyle birlikte hareket etmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Kaya & Özgülner, 2020). Aile de karar verme sürecinde her iki eşin katkısı, erkeklerin aile planlaması konusuna olumlu yaklaşımı ve kadının yanında bulunması aile planlamasında başarılı bir sonuca ulaşmak için oldukça önemlidir (Altay & Gönener, 2009, Asa et. al. 2018).

Bu çalışmada aile planlamasında ve kontraseptif kullanımında erkeklerin sorumluluk ve rol almasının öneminden yola çıkılarak, erkeklerin kontrasepsiyon kullanımına yaklaşımları ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi için mevcut literatürün incelenmesi amaçlanmıştır.

### **Erkeklerin Kullandıkları Kontraseptif Yöntemler**

1950’lerde doğum kontrol yöntemlerinin yaygın gelişimi, başlangıçta kadınların kullanımına yönelmiştir (Cocomazzi, 2021). Yöntemlerin kadına odaklanmasında kadınlarda aylık bir yumurtlama döngüsünü kontrol etmek, erkeklerde her gün milyonlarca fertil sperma tozoa üretimini düzenlemekten daha kolay olmasının (Güllü & Duran, 2020) ve kadınların “bebeğini kucığına alması” kelimesinin etkili olduğu belirtilmiştir (Eremutha & Gabriel, 2018). Buna bağlı zaman içinde kadınlara yönelik oral kontraseptifler ve rahim içi araç (RİA) gibi uzun süreli geri dönüşümlü kontraseptifler, gebeliği önlemede kadınlar için norm haline gelmiştir. Kadınlar için pek çok etkili, geri dönüşümlü yöntem mevcut olduğundan ve artık toplum tarafından doğum kontrol yöntemlerinin kullanılması “kadınsı” olarak kabul edildiğinden, erkek odaklı doğum kontrol yöntemlerinin araştırılması ve geliştirilmesi daha sınırlı kalmıştır (Cocomazzi, 2021). Oysa; erkek kontrasepsiyonu istenmeyen gebeliklerin engellenen ve nüfus

artışını kontrol etmenin önemli bir parçası olarak vurgulanmaktadır (Güllü & Duran, 2020). Günümüzde kullanılan erkek kontraseptif yöntemleri; geleneksel bir yöntem olan geri çekme (coitus interruptus), modern yöntem olan prezervatif ve vazektomidir (Tanrıverdi & Demirezen, 2021).

18. yüzyılda geliştirilen prezervatif, cinsel yolla bulaşan hastalıklara karşı korumasına rağmen doğum kontrolünde yüksek başarısızlık oranlarına sahip olduğu belirtilmiştir (~%13), Prezervatifler, cinsel hazı azalttığı algısından dolayı uzun süreli ilişkilerde bireyler tarafından çok sık tercih edilmediği bildirilmiştir (Reynolds-Wright et. al. 2021, Thirumalai & Page 2022). Dünyada prezervatif kullanım oranının % 0,77, Türkiye’de ise %16 olduğu belirtilmektedir (Kesim vd. 2017).

19. yüzyılın sonlarında geliştirilen vazektomi; invazivdir, maliyetlidir ve güvenilirliği yüksektir (Thirumalai & Page, 2022). Vazektomi kalıcı olacak şekilde tasarlanmıştır ve vazektominin tersine çevrilme başarısı düşüktür. Bu nedenle oldukça etkili bir yöntem olmasına rağmen daha genç yaştaki veya ileride çocuk sahibi olmak isteyen birçok erkek için uygun olmayan bir seçenek olduğu belirtilmiştir (Reynolds-Wright et. al. 2021). Vazektominin eğitim düzeyi düşük, sağlık veya kamu güvencesi olmayan toplumlarda daha az kullanıldığı saptanmıştır. Ayrıca vazektominin bireyler arasında tercih edilmemesinde, “kısırlaştırma” kelimesinin olumsuz algısı, kalıcılık, algılanan erkeklik kaybı ve çoğunlukla Siyah ve Latin topluluklarında yaşanan sosyal destek eksikliği belirtilmiştir (Shih et. al. 2011). Vazektomilerin erkekler için mevcut olan diğer yöntemlere göre daha az kullanıldığı görülmüştür. 29 ülkede yapılan bir çalışmada da vazektominin diğer yöntemlerin %10’unu oluşturduğu bulunmuştur. Çin’de yılda yaklaşık sekiz milyon, ABD’de ise 500 bin erkeğe vazektomi yapılırken, Türkiye’de vazektomi kullanım oranının %0,1 olduğu belirtilmiştir (Kesim vd. 2017).

TNSA (2018) verilerinde Türkiye’de kullanılan en yaygın kontraseptif yöntemlerin geri çekme (%20) ve erkek kondomu (%19) olduğu belirtilmiştir. Benzer şekilde Başer (2020) çalışmasında genç erkeklerin %52,9’u kondom; %50,8’i geri çekme yöntemini kullandıkları görülmektedir. Ayrıca genç erkeklerin vazektomi yaptırma insidansı %0,6 olarak bildirilmiştir.

Erkek kontrasepsiyonunda hormonal ve nonhormal çalışmalar da bulunmaktadır. Hormonal yöntemlerde amaç, FSH ve LH’nin baskılanarak testiküler testosteron üretiminin ve sperm olgunlaşmasının engellemesidir (Avcı vd. 2021, Thirumalai & Page, 2022). Hormonal kontraseptifler; progesterin ve androjen kombinasyonunun veya yüksek dozda testosteronun kullanılmasını içermektedir (Güllü & Duran, 2020). Hormonal yaklaşımlardan testosteron undecanoate (TU) ile yapılan

çalışmalarda, 6 ay boyunca 500-1000 mg intramüsküler enjeksiyonu uygulanan erkeklerde güvenilir ve etkili kontraseptif olduğu bildirilmiştir (Amory, 2020). Testosterone (T) ve nestorone (NES; a nonandrogenic progestin) transdermal jellerin kombinasyonu ile yapılan çalışmada da sperm sayısını azalttığı bildirilmiştir. Androjen içeren dimethandrolone undecanote (DMAU) yönteminde ise oral ve enjeksiyon formlarda çalışmaların devam ettiği belirtilmiştir (Kodaz vd. 2018).

Nonhormonal kontraseptifler ise hormon veya hormon blokerleri uygulamasını içermeyen doğum kontrol yöntemleri olarak belirtilmiştir (Nya-Ngatchou & Amory, 2013). Vas deferensleri geçici olarak tıkayıcı yöntemlerden spermin geri dönüşümlü inhibisyonu (RISUG), vazektomiye alternatif olarak görülen bir damar tıkanıklığı yöntemidir (Chaki et. al. 2003, Amory, 2020). Vas tüplerinden sperm akışına engel olan intra-vas cihaz (IVD) ve spermlerin geçişini durdurmak için vas deferenslere enjekte edilen vasaljelde vas deferens etkili diğer nonhormonal yöntemlerdir (Kodaz vd. 2018). Ayrıca azosperm etkisi olan pamuk bitkisinin tohumlarından elde edilen kompleks molekül gossypol, Çin bitkisinden elde edilen antisperm etkili triptolide, işlevsiz spermatozoa üretimine neden olan adjudin, boşalmayı indükleme etkisi gösteren silodosin, sperm hareketliliğini azaltan ve ejakülataın sıvılaşmasında rol oynayan sperm yüzey proteini epididimal peptidaz inhibitörü de diğer nonhormonal erkek kontraseptif çalışmaları arasında yer almaktadır (Amory, 2020).

Nonhormonal kontraseptiflerden gossypol ve triptolidenin geri dönüşümü olmayan infertiliteye neden olması (Amory, 2020) gibi erkek kontraseptiflerin dezavantajları, doğum kontrol sorumluluğunu kadınlara yüklerken, daha fazla erkek doğum kontrol seçeneğinin kadınlardaki bu yükü hafifleteceği ve erkeklerin de kendi doğurganlıkları konusunda daha fazla kontrol sahibi olmalarının sağlayacağı belirtilmiştir (Reynolds-Wright et. al. 2021).

### **Erkeklerin Kontrasepsiyon Kullanımına Yaklaşımları ve İlişkili faktörler**

Erkeklerin sağlıkla ilgili tutumlarının kadınların üreme sağlığını etkilediği belirtilmektedir. Kadının üreme sağlığı ile ilgili kararlarında ve kullanılacak kontrasepsiyonu belirlemede erkeklerin sıklıkla karar verici rol oynadığı bildirilmiştir. Ayrıca ideal aile büyüklüğü, cinsel eğilim, ideal doğum aralıkları ve aile planlaması yöntemlerinin kullanımına ilişkin “erkek” bilgi ve tutumlarının ailedeki çocuk sayısında belirleyici olduğu vurgulanmıştır (Günay vd. 2007, Kesgin vd. 2019).



Son yıllara kadar doğum kontrolünden kadınlar sorumlu tutulmuş ve aile planlaması çalışmaları ağırlıklı olarak kadınlara yönelik yürütülmüştür. Erkeklerin aile planlaması, cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, yüksek riskli gebelikler, istenmeyen gebeliklerin önlenmesi ve çocuk yetiştirme konularında sorumluluk almaları gerektiği ilk kez 1994 yılında Kahire’de Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı’nda bildirilmiştir (Günay vd. 2007). (Günay vd. 2007). Bu yıldan itibaren erkeklerin kontraseptif kullanımına karşı tutumlarının değiştirilmesi, kontraseptif kararları ve kontraseptif kullanımını desteklemeye katılımları aile planlaması programlarının temel motivasyonu olmuştur (Hernandez et. al. 2022).

Erkeklerin kontrasepsiyon kullanımını, toplumsal kabul edilebilirlik ve cinsiyet normlarının etkilediği belirtilmektedir. Bu nedenle kontrasepsiyon kullanımlarında ilk olarak kontraseptifi diğer erkeklerin kullanıp kullanmadığı önemli bir yordayıcı olarak ortaya çıkmaktadır. Erkeklerin kontraseptif kullanmaya istekliliğindeki diğer yordayıcılar arasında ise ilişki durumu, mevcut kontraseptif kullanımı, gelir ve eğitim seviyelerinin yer aldığı belirtilmiştir (Cocomazzi, 2021). Asa ve arkadaşlarının çalışmasında da benzer olarak; yaşın kontraseptif kullanımı üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir etkiye sahip olduğu, daha genç ve daha yaşlı olanların daha yüksek kontraseptif kullanım seviyelerine sahip olduğu belirtilmiştir. Eğitimin ve gelir düzeyinin de erkek kontrasepsiyon kullanımı üzerindeki etkisi anlamlı bir pozitif ilişkili olarak saptanmıştır.

Kontraseptif kullanımının özellikle erkek dominantlığının ve ataerkil değerlerin olduğu gelişmekte olan ülkelerde hala düşük olduğu belirtilmektedir (Sedgh & Hussain, 2014). Cinsiyetçi rollere ilişkin ataerkil görüşlerin, çeşitli kültürel ortamlarda sosyal olarak inşa edilip pekiştirildiği bildirilmiştir. Kültürün ise davranışı yönlendirdiği ve üreme davranışını etkileyen makro-yapısal bir etken olduğu belirtilmektedir. Bu ataerkil kültürel görüşler, erkeklere bir çiftin kaç çocuğu olması gerektiğine karar verme gücü sunmaktadır. Ghana’ da atalardan kalma miras olarak; erkekler, kadınlar üzerinde doğurganlık hakkını belirlemekte ve aile planlaması yöntemlerine karşı çıkmaktadır. Erkeklerin kontraseptif seçiminde karar verici rolde olması Sahra altı Afrika’ da da önemli bir problem olmuştur ve Sahra altı bölgesinde yapılan son araştırmalarda, erkek partnerin kontraseptif alımını ve kullanımını olumsuz yönde etkileyen çeşitli faktörler tanımlanmıştır (Mosha et. al. 2013, Kriel et. al. 2019). Bu faktörlerden mitler, yanlış anlamalar, cinsel zevkin azalması gibi algılanan yan etkiler, medeni hal, kötü ekonomik durum, dini etkiler, sınırlı erkek kontraseptif seçimi, kadın partnerin aldatma şüphesi ve geniş aileleri tercih etme erkeklerin kontraseptif kullanımına karşı çıkma nedenleri arasında yer almıştır (Kriel et. al. 2019). Bireylerin kontraseptif

kullanmama sebepleri araştıran bir çalışmada, erkeklerin aile planlaması yöntemi seçiminde daha etkin olduğu görülmüştür. Aynı çalışmada, kontraseptif kullanmama nedenleri; sırasıyla kontraseptiflerin yan etkileri, erkeklerin kontraseptif kullanımına müdahale etmesi, cinsiyet ilişkileri ve iletişim olarak belirlenmiştir (Mosha et. al. 2013).

Uganda da yapılan bir çalışmada erkekler, kadınların RİA kullandıklarında cinsel etkinliklerini kaybetme konusundaki endişelerini ve prezervatiflerin bir kadının vücuduna sıkışıp muhtemelen ölümüne neden olabileceği inancını dile getirmiştir. Kontraseptif kullanan kadınların kırsal, aşırı adet kanaması, kilo değişiklikleri gibi yan etkilerden muzdarip olacakları ve çocuklarında anormallikler, şekil bozuklukları olacağından korktuklarını bildirmiştir. Ayrıca, erkeklerin aile planlaması hakkında en fazla bilgiyi eşlerinden, akranlarından veya kulaktan dolma bilgilerden aldıkları, çok az erkeğin ise kitle iletişim kampanyalarından veya sağlık hizmet sunucularından bilgi aldıkları bildirilmiştir (Dougherty et. al. 2018, Thummalatchetty et. al. 2017). Asa ve arkadaşlarının çalışmasında da kitle iletişim araçlarını kullanmanın kontrasepsiyon kullanımında önemli bir faktör olduğu bulunmuştur. Radyo, televizyon veya gazeteleri takip eden erkeklerin kontraseptif kullanma ihtimalinin daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Aynı çalışmada kırsal kesimde yaşayan erkeklerin kentsel bölgelerde yaşayanlara göre daha düşük doğum kontrol yöntemi kullanma oranlarına sahip olduğu belirtilmiştir (Asa et. al. 2018).

Butame ve arkadaşlarının çalışmasında özellikle modern doğum kontrolünün benimsenmesi için erkek tutumlarının önemli olduğu gerçeğine işaret edilmektedir. Eşler veya cinsel partnerler arasındaki kontraseptif kullanımı konusundaki paylaşımların, kontrasepsiyon konusundaki kullanımı hakkındaki tutumlarında kesin bilgi sahibi olmalarını sağlamasa da, etkili aile planlaması için zemin hazırlamaya yardımcı olduğu belirtilmektedir (Butame et. al. 2019). İlişki doyumu, iyi eş iletişimi ve eşin tutumundaki değişikliklerin aile planlamasına erkeklerin katılımını artıran faktörler olduğu belirtilmektedir (Ugboaja et. al. 2018).

Erkeklerin kontrasepsiyon tutumuna etki eden diğer bir faktör ise dindir. Müslümanların, Hıristiyanlara kıyasla daha düşük doğum kontrol yöntemi kullandığı belirtilmiştir (Dake-Kumah, 2019). Sudan’ da yapılan bir çalışmada erkeklerin %80’ i kontraseptif kullanımının dinen uygun olmadığını belirtmiştir. Bu durumun, erkeklerin geniş aile isteginden ve aslında çocukların Tanrı’nın hediyesi olarak görülmesindeki temel inançtan kaynaklandığı düşünülmektedir. Swazi toplumunda ise, erkeğin toplumsal statüsünün eş sayısına ve çocuk sayısına bağlı olduğu belirtilmiştir. Çocuk

sayısının fazla olması bu toplumda sosyal güvence olarak görülmektedir. Aynı zamanda Swazi erkekleri, Beyaz erkeklerin Afrikalı insanların sayısını azaltmak için ürettiğini düşünmekte ve bu düşünce kontraseptif kullanmalarını engellemektedir. Kontraseptif kullanımını, Tanrı'nın isteklerine ve Swazi kültürüne karşı gelme olarak algıladıkları belirtilmektedir (Aydın vd. 2016).

Ek olarak, tıbbi müdahaleler kadınlara odaklanmaktadır ve bu durum erkekleri aile planlamasına dahil olmaktan alıkoymaktadır (Peterson et al., 2019). Tüm araştırma sonuçları doğrultusunda, kadınların eşlerinin ya da cinsel partnerinin tutum ve inançlarının, kültürel yapısının aile planlaması yöntem seçimi üzerine önemli etkisi olduğu görülmüştür (Aydın vd. 2016).

### **Erkek Kontraseptif Kullanımında Danışmanlık**

Tarihsel olarak, çoğu aile planlaması programı hizmetleri yalnızca kadınlara sunulmuştur. Çoğu aile, kadınları hedef grup olarak görür ve erkeklerin aile planlamasında oynayabileceği role çok az ilgi gösterir (Ugboaja et. al.2018). Oysa; erkeklerin desteğini ve çift iletişimini geliştirmek, aile planlaması programlarının temel taşıını oluşturmaktadır (Hernandez et. al. 2022). Erkeklerin aile planlaması faaliyetlerine katılımını geliştirmek için başarıyla kullanılan stratejiler arasında partnerleri aracılığıyla davetiye gönderme, aylık toplantılara erkekleri dahil etme gibi hizmetlerin yer aldığı belirtilmiştir (Ugboaja et. al.2018).

Erkeklerin, ciddi semptomlar veya durumlar olmadıkça, çok sık sağlık hizmeti aramadığına dair güçlü bir algı yer almaktadır. Ebelerin erkeklerin üremeye ilgili sorunlarında başvurabilecekleri hiçbir kurum olmadığı konusundaki endişelerini dile getirirken, kadınların doğum kontrol danışmanlığı yoluyla sağlık sistemine açık bir şekilde girdiklerini belirtmişlerdir. Ebeler, kadın ve erkeğin cinsel sağlık ve üreme sağlığının iç içe olduğunun önemini vurgulamıştır. Ayrıca erkeklerle çok fazla ayrıntıya girmenin gerekmedigine ve sadece birkaç soru sormanın dahi bazı erkeklerin zihnine “bir tohum ekebileceğini” belirtmişlerdir. Ebelik kliniklerine ek olarak erkekler için cinsel ve üreme danışmanlığı bakımından başka hizmet alanlarına da ihtiyaç olduğu vurgulanmıştır. Üroloji kliniklerinin veya androloji eğitimi almış erkek danışmanların çalıştığı erkeklere özel kliniklerin, erkeklerin üreme sağlığı ve kontrasepsiyon danışmanlığı için önemli alanlar olduğu belirtilmiştir (Grandahl et. al. 2019).

Genel olarak bakıldığında erkekleri aile planlaması ve kontraseptif kullanımına olumlu şekilde dahil etmek için doğru, bağlamsal ve kültürel olarak kabul edilebilir bilgiler sağlaması gerekmektedir (Kriel et. al. 2019). Erkekler kontraseptif ürünleri hakkında iyi düzeyde bilgiye sahipken,

bu ürünlerin nasıl çalıştığı ve yan etkileri hakkında net bir anlayışa sahip olmadığı belirtilmektedir. Erkeklerin endişelerine, yanlış anlamalarına ve aile karar verme sürecindeki rollerine özel dikkat gösterilmelidir. Erkekleri kontraseptif kullanımı konusunda eğitirken, olası yan etkileri açıklanarak, güvenli, açık iletişim ile çiftleri teşvik eden danışmanlık ve aile planlaması programlarının yapılması gerektiği belirtilmektedir (Koffi et. al. 2018, Kriel et. al. 2019).

## **Sonuç**

Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar, yüksek riskli gebelikler ve istenmeyen gebeliklerin önlenmesi açısından kadınların olduğu kadar erkeklerin de aile planlaması hakkında farkındalıkları ve kontraseptif kullanımları oldukça önemlidir. İstenmeyen gebelikler sonucu doğacak bebek daha anne karnında iken olumsuz olarak etkilenmekte ve bu durum bebeğin büyüme ve gelişme dönemlerini dahi olumsuz etkilemektedir. Aynı zamanda ailelerde problemler meydana gelmektedir. Bu zamana kadar kadınlara bırakılan kontraseptif kullanımı günümüzde de aynı şekilde devam etmektedir. Erkekler kontraseptif kullanımını hakkında bilgi sahibi olmakta ve kullanmakta yetersizdirler. Oysa etkin aile planlaması erkeklerin katılımı ile olmaktadır ve bu konuda ebelere önemli görevler düşmektedir. Ebeler, kadın ve aile ile en fazla bir arada olan meslek mensuplarıdır. Aynı zamanda aile planlaması ve kontrasepsiyon eğitimleri genellikle 1. basamakta verilmektedir ve ebeler 1. basamakta etkili görev yapan sağlık profesyonelleridir. Ebeler kadınlara aile planlaması ve kontraseptif kullanımı hakkında eğitim verirken mutlaka eşlerini de eğitime dahil etmelidirler. Ebeler, erkekleri aile planlaması hakkında bilgilendirmeli ve kontraseptif kullanımları konusunda teşvik etmelidir. Ayrıca üroloji kliniklerinin veya androloji eğitimi almış erkek danışmanların, erkeklere kontraseptifler hakkında bilgi vermesinin önemi belirtilmelidir.

## Kaynaklar

- Akın, L., Özeydin, N., & Aslan, D. (2006). Türkiye’de Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Kullanmalarını Etkileyen Faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi*, 48(2), 63-69.
- Altay, B., & Gönener, D. (2009). Evli Erkeklerin Aile Planlaması Yöntemlerini Bilme ve Kullanma Durumları ve Etkileyen Faktörler. *Fırat Tıp Dergisi*, 14(1), 56-64.
- Amory, J. K. (2020). Development of novel male contraceptives. *Clinical and Translational Science*, 13(2), 228-237.
- Asa, S. S., Titilayo, A., & Kupoluyi, J. A. (2018). Assessment of contraceptive use by marriage type among sexually active men in Nigeria. *International quarterly of community health education*, 38(3), 181-194.
- Avcı, N., Kaydırak, M.M., Satılmış, İ.S. (2021). Özellikli Gruplarda ve Kronik Sağlık Sorunu Olan Bireylerde Kontrasepsiyon. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(3), 173-186.
- Aydın, R., Kabukçuoğlu, K., Körükçü, Ö. (2016). I. Uluslararası ve II. Ulusal Kadın Hastalıkları ve Ana Çocuk Sağlığı Kongresi: 7-8 Ekim 2016 – İzmir P(74),ss.287-289. İzmir, Türkiye.
- Başer, D. A., Aksoy, H., Fidancı, İ., Dağcıoğlu, K., Cankurtaran, M., Arslan, T. K., & Yağlı, Z. N. (2020). Genç Erişkin Erkeklerin Kontrasepsiyon Yöntemleri Kullanım Durumları ve Etki Eden Faktörlerin Değerlendirilmesi. *The Journal of Turkish Family Physician*, 11(4), 159-170.
- Butame, S. A. (2019). The prevalence of modern contraceptive use and its associated socio-economic factors in Ghana: evidence from a demographic and health survey of Ghanaian men. *Public health*, 168, 128-136.
- Chaki, S. P., Das, H. C. ve Misro, M. M., 2003, A short-term evaluation of semen and accessory sex gland function in phase III trial subjects receiving intravasal contraceptive RISUG, *Contraception*, 67 (1), 73–78.
- Cocomazzi, L. (2021). Masculine and Feminine Norms that Affect Perceptions of Male Contraceptives. In *BSU Honors Program Theses and Projects*. Item 460. Available at: [https://vc.bridgew.edu/honors\\_proj/460](https://vc.bridgew.edu/honors_proj/460).
- Dake-Kumah, I. (2019). *Contraceptive Use and Associated Factors among Men in Awutu Senya East Municipality*, Doctoral dissertation, University of Ghana.
- Dougherty, A., Kayongo, A., Deans, S., Mundaka, J., Nassali, E., Sewanyana, J., & Kalyesubula, R. (2018). Knowledge and use of family planning among men in rural Uganda. *BMC Public Health*, 18(1), 1-5.
- Eremutha, F., & Gabriel, V. C. (2018). Reversible male contraceptives preferences in Nigeria survey. *Universal Journal of Medical Science*, 6(3), 15-21.

- Grandahl, M., Bodin, M., & Stern, J. (2019). In everybody's interest but no one's assigned responsibility: midwives' thoughts and experiences of preventive work for men's sexual and reproductive health and rights within primary care. *BMC public health*, 19(1), 1-8.
- Güllü, A., & Duran, E. T. (2020). Erkeklerin Kendilerine Yönelik Yeni Geliştirilen Kontraseptif Yöntemler Hakkındaki Görüşlerinin İncelenmesi. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 6(2), 71-86.
- Günay, T., Kılıç, B., Kartal, M., & Şahin, A. (2007). Erkeklerin Aile Planlamasına Katılımını Artırmak İçin Bir Adım: Erklere Yönelik Aile Planlaması Eğitimi. *Journal of Clinical Obstetrics & Gynecology*, 17(4), 283-291.
- Hernandez, J. H., Babazadeh, S., Anglewicz, P. A., & Akilimali, P. Z. (2022). As long as (I think) my husband agrees...: role of perceived partner approval in contraceptive use among couples living in military camps in Kinshasa, DRC. *Reproductive health*, 19(1), 1-11.
- James-Hawkins, L., Dalessandro, C., & Sennott, C. (2019). Conflicting contraceptive norms for men: equal responsibility versus women's bodily autonomy. *Culture, Health & Sexuality*, 21(3), 263-277.
- Kaya M., & Özgülner, N. (2020). İstanbul'da Bir Aile Hekimine Kayıtlı Erkeklerin Gebelikten Korunma Durumu ve Gereksinimlerinin Araştırılması. *Turkish Journal of Public Health*, 18(1), 39-53.
- Kesgin, M.T., Tanyer, D.K., Demir, G. (2019). A determinant for family planning attitudes and practices of men: Marriage features. *Journal of Public Health*, 27(4), 443-451.
- Kesim, S.İ., Aker, M. N., & Uslu, E. (2017). Erkeklerle Yönelik Modern Kontraseptif Yöntemlerin Çiftlerin Cinsel Doyumu Üzerine Etkisi: Sistematik Derleme. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 6(1), 23-36.
- Kodaz, N.D., Altuntuğ, K., Emel, E. (2018). Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler. *Kadın Sağlığı Hemşireliği Dergisi*, 4(1):109-130.
- Koffi, T. B., Weidert, K., Bitasse, E. O., Mensah, M. A. E., Emina, J., Mensah, S., Bongiovanni, A. & Prata, N. (2018). Engaging men in family planning: Perspectives from married men in Lomé, Togo. *Global Health: Science and Practice*, 6(2), 317-329.
- Kriel, Y., Milford, C., Cordero, J., Suleman, F., Beksinska, M., Steyn, P., & Smit, J. A. (2019). Male partner influence on family planning and contraceptive use: perspectives from community members and healthcare providers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Reproductive health*, 16(1), 1-15.
- Manortey, S. (2020). Determinants of male involvement in family planning services: a case study in the Tema Metropolis, Ghana. *Open Access Library Journal*, 7(01), 1.

- Manortey, S., & Missah, K. (2020). Determinants of male involvement in family planning services: a case study in the Tema Metropolis, Ghana. *Open Access Library Journal*, 7(01), 1.
- Mosha, I., Ruben, R., & Kakoko, D. (2013). Family planning decisions, perceptions and gender dynamics among couples in Mwanza, Tanzania: a qualitative study. *BMC public health*, 13(1), 1-13.
- Nya-Ngatchou, J. J., & Amory, J. K. (2013). New approaches to male non-hormonal contraception. *Contraception*, 87(3), 296-299.
- Peterson, L.M., Campbell, M.A., Laky, Z.E. (2019). The next frontier for men's contraceptive choice: college men's willingness to pursue male hormonal contraception. *Psychology of Men & Masculinity*, 20(2), 226-37.
- Porche, D. J. (2012). Men: the missing client in family planning. *American journal of men's health*, 6(6), 441-441.
- Reynolds-Wright, J. J., Cameron, N. J., & Anderson, R. A. (2021). Will men use novel male contraceptive methods and will women trust them? A systematic review. *The Journal of Sex Research*, 58(7), 838-849.
- Sedgh, G., & Hussain, R. (2014). Reasons for contraceptive nonuse among women having unmet need for contraception in developing countries. *Studies in family planning*, 45(2), 151-169.
- Shakya, H. B., Dasgupta, A., Ghule, M., Battala, M., Saggurti, N., Donta, B., Nair, S., Silverman J. & Raj, A. (2018). Spousal discordance on reports of contraceptive communication, contraceptive use, and ideal family size in rural India: a cross-sectional study. *BMC women's health*, 18(1), 1-14.
- Shaweno, T., & Kura, Z. (2020). Determinants of modern contraceptive use among sexually active men in Ethiopia; using EDHS 2016 national survey. *Contraception and reproductive medicine*, 5(1), 1-10.
- Shih, G., Turok, D. K., & Parker, W. J. (2011). Vasectomy: the other (better) form of sterilization. *Contraception*, 83(4), 310-315.
- Tanrıverdi, F. Ş., & Demirezen, E. (2021). Üreme Sağlığında Erkek Kontrasepsiyonu Boyutu. *Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 4(2), 115-122.
- Thirumalai, A., & Page, S. T. (2022). Androgens in male contraception. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism*, 101627.
- Thummalachetty, N., Mathur, S., Mullinax, M., DeCosta, K., Nakyanjo, N., Lutalo, T., Brahmbhatt, H. & Santelli, J. S. (2017). Contraceptive knowledge, perceptions, and concerns among men in Uganda. *BMC Public Health*, 17(1), 1-9.
- Tilahun, T., Coene, G., Luchters, S., Kassahun, W., Leye, E., Temmerman, M., & Degomme, O. (2013). Family planning knowledge, attitude and practice among married couples in Jimma Zone, Ethiopia. *PloS one*, 8(4), e61335.

- Tokur-Kesgin, M., Kocoglu-Tanyer, D., & Demir, G. (2019). A determinant for family planning attitudes and practices of men: Marriage features. *Journal of Public Health*, 27(4), 443-451.
- Ugboaja, J. O., Blanche, C. O., Oranu, E. O., & Igwegbe, A. O. (2018). Predictors of poor perception of women's use of contraceptives among Nigerian men: A national survey. *The Nigerian Journal of General Practice*, 16(2), 53.
- Wambui, T., Ek, A. C., & Alehagen, S. (2009). Perceptions of family planning among low-income men in Western Kenya. *International nursing review*, 56(3), 340-345.





## Yenidoğanlarda Kanguru Bakımı

Begüm Can<sup>1</sup>

### Özet

Bebek doğduğunda, anne karnındaki karanlık ve güvenli ortamdaki farklı olarak, parlak, soğuk ve gürültülü bir dünyaya adım atar. Bu ani değişim, bebeğin dış dünyaya uyum sağlamakta zorluk yaşamasına neden olabilir. Bu yüzden bebeğin bir an önce annesiyle buluşturulması önemlidir. Anne ile bebek arasındaki çıplak ten teması, bebeğin güvensizlik, üşüme ve anksiyete hissini hafifletir, bu da bebeğin sağlığını olumlu etkiler. Kanguru bakımı, doğum sonrası bebek ile annesi ya da babasının cilt temasıyla yapılan bir bakım türüdür. Bu uygulama hem bebekler hem de ebeveynler için vücut ısısını düzenleme, vital bulgularda iyileşme, emzirme başarısını arttırma, anne-baba-bebek bağlanmasını kolaylaştırma gibi birçok fayda sağlamaktadır. Hem fiziksel hem de psikolojik açıdan büyük faydalar sağlayan kanguru bakımı, basit ve güvenli bir yöntem olup, doğumdan hemen sonra uygulanarak bebeğin ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir rol oynar.

### 1. Giriş

Bebek dünyaya gelmeden önce kendini güvende hissettiği, ışısız ve üşümediği bir ortamdayken doğumla birlikte hiç bilmediği bir dünyaya adım atar. Bu adım attığı dünya anne karnından farklı olarak parlak, soğuk ve yüksek seslidir. Bu değişim bebeğin dış dünyaya uyumunu zorlaştırır. Bebeğin tekrar kendini güvende hissetmesi için onun annesiyle bir an önce buluşturulması çok önemlidir. Annenin çıplak teni ile bebeğin çıplak teni temas ettiğinde bebeğin yaşadığı güvensizlik, üşüme hissi ve anksiyete düzeyi azalacaktır. Sonuç olarak uygulanacak olan kanguru bakımı bebeğin sağlığını oldukça olumlu bir düzeyde etkileyecektir (1).

Erken ten tene teması anne ve bebeğinin, bebek doğar doğmaz veya doğumundan sonraki 60 dakikalık süreçte ten tene temas etmesi ve bu temasın bir süre devamının sağlanması şeklinde tanımlanabilir. Ten tene teması bakımı

1 Araştırma Görevlisi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, begumcan@karabuk.edu.tr, Orcid: 0009-0005-6962-5011

veya bir başka ifadeyle kanguru bakımı, bebeğin kıyafetsiz ya da sadece bezi bulunurken anne veya babasının göğüs kısmına prone yani yüzüstü şekilde yatırılması olarak tanımlanır. Bu bakım sırasında bebeğin hava yolu açık kalması için kafası yana çevrilir. Özellikle annesinin göğsü ile bebeğin göbek kısmının temas etmesi sağlanır (2,3). 1978 Yılında, düşük doğum ağırlığına sahip bebeklerin bakımı için gerekli olan kuvöz bulunmadığından Kolombiya Bogota'da ilk olarak kullanılmıştır (4). Kanguru bakımı herhangi bir masraf gerektirmeyen basit ve güvenilir bir bakım türüdür ayrıca hem anneye hem de bebeğe çok büyük oranda fayda sağlamaktadır (5). 1984 senesinde Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) kanguru bakımını yenidoğana sağladığı fiziksel faydalar ve masrafsız olması nedeniyle desteklemiştir (4,6). Dünya Sağlık Örgütü bu bakımı 1993 senesinden bu yana bebeğin vücut ısısını koruyabilmek amacıyla kullanılabilir ideal bakım olarak önermektedir (7).

Bu bölümde kanguru bakımı uygulama ölçütleri, kanguru bakımının sınıflandırılması, yararları, uygulama basamakları, bebek izlemi ve bakımın sonlandırılması konularına yer verilmiştir.

## 2. Kanguru Bakımı Uygulama Ölçütleri

Bazen yenidoğanın düşük doğum ağırlıklı doğması, solunum sistemiyle ilgili yaşadığı komplikasyonlar gibi nedenlerden dolayı bebek, yoğun bakım ünitesine alınır dolayısıyla anne ve bebek arasında ten teması kurulamaz. Anne ve bebeğinin ten temasından/kanguru bakımından mahrum kalması sonucunda ikisi de bu süreçten olumsuz olarak etkilenir. (8).

Kanguru bakımının uygulama kriterleri aşağıda sıralanmıştır:

- Vital bulguları stabil olan prematüre yenidoğanlara uygulanabilir.
- Vital bulguları stabil olan miadında doğmuş yenidoğanlara uygulanabilir.
- İntravenöz sıvı alan bebekler, oksijen alan bebekler ve tüple beslenen bebeklere bu işlemler sırasında kanguru bakımı verilebilir.
- 1800 gram üstünde doğan bebekler çoğu zaman stabildirler. Bu sayede doğumdan sonra kısa süre içinde kanguru bakımı alabilirler.
- 1200-1799 gram aralığında doğan bebekler, mevcut sağlık sorunlarının giderilmesi için çoğu zaman girişimlere ihtiyaç duyarlar. Bu yüzden kanguru bakımı birkaç gün ertelenmek zorunda kalabilir.

1200 gram altında doğan bebekler önemli sağlık problemleri yaşarlar. Bu nedenle kanguru bakımı bazen haftalar sonraya ertelenebilir (9).

### 3. Kanguru Bakımının Sınıflandırılması

Başlangıç zamanına göre beş grupta incelenebilir.

- Doğumda: Bebek doğar doğmaz prone pozisyonunda annesinin çıplak gövdesine yatırılır. Bebeğin üşümemesi için gerekli önlemler alınır (Isıtılmış bir örtü örtülmesi, şapkasının takılması gibi). Bu esnada bebeğin ilk emzirmesi gerçekleştirilir.
- Çok Erken: Kanguru bakımının doğum gerçekleştikten 30-40 dakika sonra uygulanmasıdır. Bebeğin giysileri çıkarılır ve bebek, annenin çıplak gövdesine prone pozisyonda yerleştirilir. Bebeğin üşümemesi için sırtı bir örtü ile örtülür.

Erken: Postpartum 60 dakika ile 24 saat içerisinde başlanır. Bebek, çıplak şekilde ve prone pozisyonunda annenin iki memesinin arasına/göğsüne yatırılır. Anne bu bakım sırasında gövdesini açabileceği bir önlük giyebilir ve bebek de bu önlüğün içerisine yatırılabilir. Bebeğin üşümemesine dikkat edilmelidir (10).

- Orta: Kanguru bakımının henüz ventilatörde olan yenidoğanlarda, postpartum ilk 7 günde başlatılmasıdır.

Geç: Yenidoğan yoğun bakımında kalan bebeklere taburcu olduktan sonra başlanan kanguru bakımı türüdür (11).

Süresine göre 2 grupta incelenebilir

Sürekli: Bir günde kanguru bakımının devamlı bir şekilde uygulanmasıdır (12,13).

Aralıklı: Kanguru bakımının günde bir ya da birkaç saat uygulanmasıdır. Mekanik ventilasyona ihtiyaç duyan, santral venöz ve umbilikal kateteri bulunan, göğüs tüpüne sahip bebeklerde kullanımı önerilmemektedir. (14).

### 4. Kanguru Bakımının Yararları

Kanguru bakımının pek çok yönden faydası bulunmaktadır. Bu faydalar aşağıda sıralanmıştır.

- Yenidoğanın vücut ısısının kontrolü sağlar, aynı zamanda kanguru bakımı, hipotermi görülme oranını düşürür.
- Vital bulgularda iyileşme sağlar.
- Dört aya kadar anne sütü ile beslenme oranında artma sağlar.
- Bebekler girişimsel işlemlerde daha az ağrı duyar.
- Bebeklerin hastanede kalması gereken süre azalır.

- Yenidoğan sepsisi, hipoglisemi gibi komplikasyonların görülme oranı azalır.
- Anneler, kanguru bakımı sayesinde daha az stres, bebekleriyle daha güçlü bir bağ, artan özgüven ve derin bir doyum yaşar.
- Babaların da kanguru bakımı sonrası daha güvenli ve huzurlu hissetmelerini sağlar.

Herhangi bir zararlı etkisi görülmemiştir (9).

Hem vajinal hem sezaryen doğumlarda vakit kaybetmeden kanguru bakımının uygulanması ve bakımın ilk 1 saat uygulanmaya devam edilmesi; annenin hissettiği ağrının hafiflemesini, plasentanın daha kısa sürede ayrılmasını, bebeğin vücut ısısının korunmasını ve daha erken dönemde emmesini sağlamıştır. Kanguru bakımı ayrıca Erken doğan düşük doğum ağırlıklı bebeklerin sağlığını olumlu yönde etkilemiştir. Aynı zamanda maternal bağlanmanın daha erken gelişmesini sağlayarak annede kaygı, stres ve postpartum depresyon belirtilerinin görülme oranını azaltmıştır (15).

Erken dönemde verilen kanguru bakımının, sağlıklı bebeklerin ilk 6 haftada ek gıdaya gereksinim duymaksızın anne sütü ile beslenme oranlarını arttırdığı saptanmıştır. Ayrıca kanguru bakımının epizyotomi tamiri esnasında annenin yaşadığı acıyı azalttığı saptanmıştır (16).

Kanguru bakımının sezaryen doğumların ardından vakit kaybetmeden uygulanmaya başlanması mümkün olsa da sağlık çalışanları sezaryen anında uygulanan kanguru bakımı konusunda çeşitli endişelere sahiptir. Bu endişeler aşağıda sıralanmıştır.

- Ameliyathane ortam ısısının soğuk olması,
- Steril olan alanların kontamine olması,
- Ameliyathanenin fiziksel olarak yeterli olmaması,
- Mevcut ekipmanlar nedeniyle bebeğin annenin göğsüne yatırılmasında zorluk yaşanması,
- Bebeğin bakım anında düşürülmesi,
- Acil müdahale gerektiğinde yapılacak işlemlerin engellenmesi,

Anne ve bebeğin fizyolojik parametrelerinde bozulma yaşanması (17).

## 5. Kanguru Bakımı Uygulama Basamakları

Kanguru bakımının uygulama basamakları aşağıda sıralanmıştır.

Kanguru Bakımı İşlem Basamakları
Uygulama öncesi gerekli hazırlıklar tamamlandıktan sonra uygulama aşamasına geçilir.
Özellikle kanguru bakımı ilk defa uygulanıyorsa bu aile ve bebek için son derece önemlidir, kesintiye uğramadan sürdürülmesine dikkat edilmelidir.
Anne/baba kanguru bakımı sırasında talep ederse diğer aile üyelerinden destek alabilir.
Uygulama basamakları anlatıldıktan sonra anne/babanın bu basamakları tek başına uygulamasına fırsat verilir. Uygulama basamaklarını anlatırken bir yandan da bu bakımın faydaları hakkında bilgilendirme yapılır.
Bebek, anne/babanın iki göğsü arasında ve ten temasını sağlayacak şekilde dik pozisyonda yatırılır. Bu şekilde bebeğin soluk alıp vermesi kolaylaşır.
Yenidoğanın kafası yana doğru hafifçe döndürülür ve yine hafifçe arkaya doğru yatırılır.
Bu sayede anne/baba bebeğinin yüzünü rahatlıkla görebilir ve bebeğin solunum yolu açıklığı sağlanır.
Üst ve alt ekstremitelere fleksiyon pozisyonu verilir. Bebeğin kalçası da fleksiyonda olmalıdır. Bu sayede bebek ekstremitelerini aktif bir şekilde hareket ettiremez ve daha az oksijen harcar.
Uygulama sırasında bebeğin kalça, sırt ve boyun bölgesinden desteklenmesi gerekir.

*Kaynak: (18,19).*

## 6. Kanguru Bakımı Sırasında Bebek İzlemi

Kanguru bakımı için tüm şartlar yerine getirilmiş olsa da bebeğin sağlığıyla ilgili herhangi bir olumsuzluk yaşanmaması için bakım sırasında izlem yapılması çok önemlidir.

- Bebeğin soluk alıp vermesi ve oksijen gereksinimi olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- Oda olması gereken sıcaklıklardaysa bebek, bakım sırasında vücut ısısını koruyabilir. Yine de hipotermi gelişimini önlemek için bakım anında vücut ısısı takibi yapılmalıdır.
- Uygulama sırasında bebeğin başı çok önde ya da çok geride olmamalıdır ve cilt rengi pembe olmalıdır.
- Uygulama anında annenin mahremiyetine önem verilmelidir.

Kanguru bakımı sırasında bebek beslenecekse, beslenme şekli nasıl olursa olsun bebeğin annenin memesine yakın tutulmasına önem verilmelidir. Bu sayede süt yapımında artış sağlanacaktır (9).

## 7. Kanguru Bakımının Sonlandırılması

Kanguru bakımı, uygulama sırasında bebek ağlamaya başlayıp, ellerini ayaklarını dışarı çıkarmaya çalıştığında yani bebek huzursuz davranışlar sergilemeye başladığında bırakılabilir. Kanguru bakımının tamamen bırakılması için ise bebeğin miadına ya da 2500 grama ulaşması beklenir. Ayrıca bebek miadına ulaştıktan sonra da kanguru bakımına 3 ay daha devam edilebilir ve bu dönemden sonra, bebek banyosunun ardından kanguru bakımı uygulanmasında herhangi bir sakınca bulunmamaktadır (9).

## 8. Sonuç

Kanguru bakımı, sağlık kuruluşlarında bebeklerin tedavi ve bakım süreçlerinde önemli bir yer tutmaktadır ve bu süreçte ebeler, hem bebeklerin hem de ailelerin ihtiyaçlarını karşılamak için büyük bir rol oynamaktadırlar. Ebeler, anne ve bebeğin ilk ten tene temasının sağlanmasında, ailenin bebeğinin bakımına dahil edilmesinde ve kanguru bakımının uygulanmasında aktif olarak görev alırlar. Özellikle ebeveynlere kanguru bakımının nasıl uygulanacağı öğretilmeli ve bu bakımın sürekliliği için destek verilmelidir. Kanguru bakımının pek çok faydası göz önüne alındığında, bu uygulamanın rutin hale getirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bunun yanı sıra, uygun fiziksel koşulların sağlanması ve ailelerin cesaretlendirilmesi, bu bakımın etkinliğini artıracaktır. Sağlık politikalarının da kanguru bakımını teşvik edecek şekilde düzenlenmesi, uygulamanın yaygınlaşması ve daha geniş kitlelere ulaşması açısından gereklidir. Bu bağlamda, ebelerin kanguru bakımının benimsenmesinde ve uygulanmasında oynadığı rol, bu bakımın etkinliğini artıran temel bir faktördür.

## Kaynakça

1. Soğum D, Dikeç G. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Kanguru Bakımının Annelerin Stres Düzeyine Etkisi. Sağlık ve Toplum. 2020;30(2):114-22.
2. Ludington-Hoe SM. Skin-to-Skin Contact: A Comforting Place With Comfort Food. MCN Am J Matern Child Nurs. Aralık 2015;40(6):359-66; quiz E23-24.
3. Phillips R. The Sacred Hour: Uninterrupted Skin-to-Skin Contact Immediately After Birth. Newborn and Infant Nursing Reviews. 01 Haziran 2013;13:67-72.
4. Charpak N, Ruiz JG, Zupan J, Cattaneo A, Figueroa Z, Tessier R, vd. Kangaroo Mother Care: 25 years after. Acta Paediatr. Mayıs 2005;94(5):514-22.
5. Çetinkaya E, Ertem G. Ten Tene Temasın Anne-Preterm Bebek Üzerine Etkileri: Sistematik İnceleme\* The Effects of Skin-to-Skin Contact on Maternal-Preterm Infants: A Systematic Review. 2017;14(2):167-75.
6. Venancio SI, de Almeida H. [Kangaroo-Mother Care: scientific evidence and impact on breastfeeding]. J Pediatr (Rio J). Kasım 2004;80(5 Suppl):S173-180.
7. World Health Organization. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood. Thermal protection of the newborn : a practical guide [Internet]. World Health Organization; 1997 [a.yer 20 Ekim 2022]. Report No.: WHO/RHT/MSM/97.2. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63986>
8. Konukbay D, Arslan F. YENİDOĞAN YOĞUNBAKIM ÜNİTESİNDE YATAN YENİDOĞAN AİLELERİNİN YAŞADIKLARI GÜÇLÜKLERİN BELİRLENMESİ. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi. 23 Haziran 2011;14(2):16-22.
9. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Ten-Tene Temasın Önemi ve Kanguru Bakımı [İnternet]. 2024. Erişim adresi: <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/264773/0/7derstenseltetaskangurubakimipdf.pdf>
10. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database Syst Rev. 16 Mayıs 2012;(5):CD003519.
11. Moore ER, Anderson GC, Bergman N, Dowswell T. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2012 [a.yer 23 Ekim 2022];(5). Erişim adresi: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003519.pub3/full>



12. Nyqvist KH, Expert Group of the International Network on Kangaroo Mother Care, Anderson GC, Bergman N, Cattaneo A, Charpak N, vd. State of the art and recommendations. Kangaroo mother care: application in a high-tech environment. *Acta Paediatr.* Haziran 2010;99(6):812-9.
13. WHO, Research WHORH and, Organization WH. Kangaroo Mother Care: A Practical Guide. World Health Organization; 2003. 55 s.
14. Davanzo R, Brovedani P, Travan L, Kennedy J, Crocetta A, Sanesi C, vd. Intermittent kangaroo mother care: a NICU protocol. *J Hum Lact.* Ağustos 2013;29(3):332-8.
15. Yerli[kaya A, Çalın Sİ. Erken Ten Tene Temasın Anne ve Yenidoğan Sağlığına Etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences.* 14 Mart 2021;24(1):117-30.
16. Sharma A. Efficacy of early skin-to-skin contact on the rate of exclusive breastfeeding in term neonates: a randomized controlled trial. *Afr Health Sci.* Eylül 2016;16(3):790-7.
17. Crenshaw JT, Adams ED, Gilder RE, Nolte HG. Measuring health professionals' beliefs about skin-to-skin care during a cesarean. *Matern Child Nutr.* Ekim 2021;17(4):e13219.
18. Bozkurt G, Düzkaya DS, editörler. *Yenidoğan Protokolleri.* 1. bs. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri; 2015. 153 s.
19. Heidarzadeh M, Hosseini MB, Ershadmanesh M, Gholamitabar Tabari M, Khazae S. The Effect of Kangaroo Mother Care (KMC) on Breast Feeding at the Time of NICU Discharge. *Iran Red Crescent Med J.* Nisan 2013;15(4):302-6.

## Doğum Sonu Dönemde Yenidoğan Bakımında Güncel Yaklaşımlar

Begüm Can<sup>1</sup>

### Özet

Yenidoğan dönemi, doğum sonu ilk 28 günü kapsar. Bu dönemde yenidoğanların, sağlıklı bir gelişim göstermesini sağlamak, hayatta kalma oranlarını artırmak ve sağlıklarını korumak için etkin bakım, izlem ve danışmanlık kritik bir rol oynar. Yenidoğan ölümleri büyük ölçüde önlenemezken, bu ölümler hala yüksek orandadır. Yenidoğan sağlığının iyileştirilmesi, doğum öncesi, doğum sırası ve sonrası uygun müdahalelerle mümkündür. Özellikle ilk haftalarda yapılan izlem ve düzenli kontrol, bebeğin gelişiminin sağlıklı bir şekilde devam etmesine katkı sağlar. Ebeler, bebek bakımı ve ebeveyn eğitimi konusundaki uzmanlıklarıyla ebeveynlere rehberlik eder, onların bilgi ve becerilerini geliştirerek hem bebeklerin hem de ailelerin uzun vadeli sağlığını desteklerler. Yenidoğan bakımı, beslenme, hijyen, uyku düzeni, aşılama ve tehlike işaretleri gibi pek çok önemli konuya odaklanmak, bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmelerine olanak tanımaktadır.

### 1. Giriş

Yenidoğan dönemi doğumu takiben ilk 28 günlük dönemi kapsar. Yenidoğan döneminde bebekler, yaşamını tamamen başkasına bağlı bir şekilde sürdürür. Bu dönemde bebeklerin ihtiyaçlarının sağlanması, sağlığın korunması ve geliştirilmesi yaşamın ilerleyen yılları için de oldukça önemlidir. Yenidoğan döneminde bebeklerin bakım ihtiyaçlarının ve özelliklerinin özellikle ebeler olmak üzere sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi, verilen bakım ve danışmanlıklarda bunların göz önünde bulundurulması hem yenidoğan hem de aileler için büyük öneme sahiptir (1).

Yaşamın ilk ayında gerçekleşen ve büyük bir çoğunluğu önlenemez olan yenidoğan ölümleri, 2022 yılında beş yaş altı ölümlerin %47'sini

1 Araştırma Görevlisi, Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, begumcan@karabuk.edu.tr, Orcid: 0009-0005-6962-5011

oluşturmuştur. 2022 yılında yaklaşık 2,3 milyon çocuk, yaşamının ilk ayında hayatını kaybetmiştir ve bu da her gün ortalama 6300 yenidoğan ölümünü ifade etmektedir. Bu durum yenidoğan bakımına odaklanmayı oldukça kritik bir hale getirmektedir. Tüm bunlara rağmen yenidoğanların hayatta kalma oranlarında geçmişten günümüze büyük bir ilerleme kaydedilmiştir ve küresel çapta yenidoğan ölüm oranlarında düşüş yaşanmıştır. 1990 yılında binde 37 olan yenidoğan ölüm oranı 2022 yılında binde 17'ye gerilemiş ve 1990'da 5,2 milyon olan yenidoğan ölümleri 2022 yılında 2,3 milyona düşmüştür (2).

Yenidoğan ölümlerinin önlenmesi ve sağlığının geliştirilmesi doğum öncesinde, doğum sırasında, doğum sonu hastanede ve taburculuk sonrasında etkili verilen bakım, danışmanlık ve izlemlerle oldukça ilişkilidir. Özellikle doğum sonu ilk hafta ve 15. gün izlemlerinde bebeğin fiziksel muayenesinin yapılması ve emzirme, göbek bakımı, bebek bakımı, uyku, hijyen, aşılama, tehlike işaretleri ve bir sonraki izlem zamanları hakkında ayrıntılı bir danışmanlık hizmeti verilmesi yenidoğan sağlığı açısından oldukça önemlidir (3).

Ebeler, eğitim ve danışmanlık alanındaki uzmanlıkları sayesinde ebeveynlere, bebekleriyle etkili ve sağlıklı iletişim kurma yöntemleri konusunda danışmanlık sağlarlar. Ebeler aynı zamanda bu süreçte, ebeveynlerin bebek bakımı konusundaki bilgi ve becerilerini geliştirmelerine yardımcı olur, bu sayede hem bebeklerin hem de ebeveynlerin uzun vadeli fiziksel ve psikolojik sağlıklarını koruyacak bir temel oluştururlar. Ayrıca ebeveynlerin, hem kendi ihtiyaçlarını hem de bebeklerinin bakımını dengeli bir şekilde karşılamalarına rehberlik de ederler. Bu rol, hem anne ve baba için psikolojik destek sağlamak, hem de bebeklerinin gelişimsel ihtiyaçlarını göz önünde bulundurarak onların sağlıklı büyüme süreçlerini desteklemek açısından kritik bir öneme sahiptir. Ebeler, bu süreçte, ebeveynlerin kendi ruhsal ve fiziksel sağlıklarını gözeterek, sağlıklı bir aile dinamiği oluşturulmasında anahtar rol oynarlar (1).

Bu bölümde yenidoğan beslenmesi, yenidoğan göbek bakımı, göz bakımı, ağız bakımı, perine bakımı, yenidoğan banyosu ve cilt bakımı, yenidoğan giyimi, yenidoğanlarda yaşamsal bulguların değerlendirilmesi, yenidoğanın gazının çıkarılması, idrar ve gaita takibi, yenidoğanlarda uyku süreci, emzik kullanımı, aşılar ve tarama programları, yenidoğanlarda tehlike işaretleri konularına ve bu konularla ilgili danışmanlıklara yer verilmiştir.

## 2. Yenidoğan Beslenmesi

Yenidoğanların beslenme ihtiyacını karşılayacak en uygun besin anne sütüdür. Anne sütü, bebeğin ihtiyaç duyduğu su dahil tüm besin öğelerini içermektedir. Doğumdan sonra hemen anne ve bebek ten tene teması sağlanarak ilk emzirme başlatılmalıdır. Erken dönemde emzirilmeye başlanması sadece bebeğin besin ihtiyacını karşılamak için değil, aynı zamanda sütün inmesinde rol oynayan oksitosin hormonunun salgılanmasını uyarak süt gelişiminin sağlanmasında da oldukça önemlidir. Ebeler, bebeğin doğum sonrası ilk günlerde salgılanan ve besin değeri oldukça yüksek olan kolostrumu alması için anneyi teşvik etmede anahtar rol oynamaktadırlar. Doğumu takiben ilk 24 saatte bebeklerin en az 8-10 kez emzirilmesi gerekmektedir. Özellikle doğum sonu ilk haftalarda iki emzirme arası sürenin üç saati geçmemesi gerekmektedir.

Doğum sonrası dönemde yapılan izlemlerde bebeğin emzirme sürecinin takip edilmesi büyük öneme sahiptir. Formül mamalar gerekmediği sürece tercih edilmemelidir. Bebekler, ilk altı ay sadece anne sütü ile etkili bir şekilde beslenmelidir, altıncı aydan sonra ek besinlere başlanmalı ve iki yaşa kadar ek besinler ile emzirmeye de devam edilmelidir. Ek gıdalara başlandığı dönemlerde birden fazla besin grubunun aynı anda verilmesi önerilmemektedir. Bebek, verilen besinleri yemek istemediğinde, yemesi için zorlanmamalıdır. Böyle bir durumda reddedilen besin ögesi birkaç gün sonra tekrar denenebilir.

Aileler anne sütünün bebeğe yeterli olup olmadığıyla ilgili sıklıkla endişe yaşarlar, bu nedenle anne sütünün yeterli olduğunu gösteren belirtiler ile ilgili ailelere danışmanlık verilmelidir. Bebekler yaşamın ilk günlerinde kilosunun %5-10'unu kaybederler. Emzirmenin devam ettirilmesi ile kaybedilen kilolar hızlı bir şekilde geri kazandırılmaktadır. Emzirme sürecinde anne sütü bebek için yeterli olduğunda bebeklerde günde yaklaşık 20-30 gram kilo artışı görülür. Anne sütünün bebek için yeterli olduğunu gösteren diğer bir belirti ise bebeğin günde ortalama 3-4 kez dışkılamasıdır (4).

Bebek beslenmesi için oldukça önemli bir konu olan emzirmenin desteklenmesinde, ebelerin rolü oldukça büyüktür. Ebelerin emzirme sürecindeki rolleri aşağıda sıralanmıştır.

- Emzirme eğitim ve danışmanlığına doğum öncesi dönemde başlanması,
- Doğum sonu en kısa sürede emzirmeye başlanmasının teşvik edilmesi,
- Anne ve bebeğin erken ten tene temasının ve kanguru bakımının sağlanması,

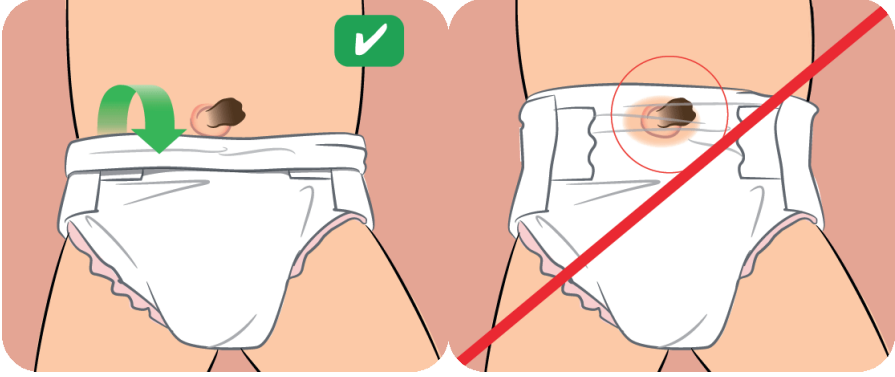
- Anne ve bebeğin özellikle doğum sonu dönemde ilk 24 saat aynı odada kalmasının sağlanması,
- Etkili emzirme adımlarının anneye anlatılması ve daha sonra uygulamalı bir şekilde eğitim verilmesi,
- Annenin bebeği emzirme adımlarının gözlenmesi ve gerekli durumlarda uygun müdahalelerin yapılması,

Emzirme sürecinin desteklenmesi ve bu konudaki öz yeterliliğin arttırılması (5).

### 3. Göbek Bakımı

Umbilikal kordun normal şartlarda kendiliğinden kuruyarak 5-10 gün içerisinde düşmesi gerekmektedir. Kord düşmesi çeşitli nedenlerden dolayı gecikebilir, doğumun hijyenik olmayan bir ortamda yapılması ve göbek bakımının uygun bir şekilde yapılmaması bu nedenler arasında sayılabilmektedir. Kord düşene kadar banyo yaptırılması önerilmemektedir ancak ailelere bu süre içerisinde bebeğe silme banyosu yaptırılabilceği anlatılmalıdır. Göbek bakımında en önemli konu göbek kordonunun kuru tutulması, bebek bezinin kordun üzerine gelmeyecek şekilde bağlanması ve herhangi bir kimyasal kullanılmamasıdır. Kordun hem hastane ortamında hem de taburcu olduktan sonraki dönemde kanama, sızıntı, enfeksiyon yönünden değerlendirilmesi gerekmektedir. Doğum sonu ilk haftada omfalit olarak isimlendirilen kord çevresinde enfeksiyon oluşumu gelişebilir. Bu nedenle annelerin mutlaka enfeksiyon bulguları hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir (6).

Yenidoğanda bağırsak florasının steril olması ve karaciğerin tam olarak gelişimini tamamlamamış olması sebebiyle K vitamini sentezi yapılamamaktadır. Pıhtılaşma faktörlerinin sentezlenmesi için gerekli olan K vitamininin eksikliği olduğu durumlarda ise kordda sızıntı şeklinde kanama ortaya çıkabilmektedir. Bu sebeple doğumu takiben ilk bir saat içinde 0,5-1 mg kas içine K vitamini uygulanması gerekmektedir. K vitamini uygulaması yapılmasına rağmen kordda kanama olması durumunda protrombin düzeyi ve zamanının değerlendirilmesi gerekir. Eksiklik varlığında ise K vitamini dozu tekrarlanmalıdır (4).



*Kaynak: <https://raisingchildren.net.au/babies/parenting-in-pictures/hygiene-daily-care> (7).*

Umbilikal kordu doğal kurutmaya bırakmak için uyulması gereken birtakım kurallar bulunmaktadır. Bu kurallar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

- Umbilikal kord daima temiz ve kuru tutulmalıdır.
- Kordun patojenler ile kontaminasyonunu engellemek için uygun aseptik kurallara uyulmalıdır.
- Kord ile temas etmeden el hijyeni sağlanmalıdır.
- Umbilikal kordun kökünün hava ile temas etmesi sağlanmalıdır.
- Umbilikal kordun idrar ve gaita ile kontaminasyonunu engellemek için bebek bezi kordun altından bağlanmalıdır.

Kordun kontamine olduğu durumlarda, steril su ile bölgenin temizliğinin sağlanması ve ardından temiz kuru gazlı bez yardımı ile kurutulması gerekmektedir (8).

#### 4. Göz Bakımı

Yenidoğanlarda göz rengi değişiklik gösterse bile çoğunlukla mavi-gri renkte olur. Skleranın temiz ve beyaz görünümüne sahip olması gerekmektedir. Bazı yenidoğanlarda doğumdaki basınç nedeniyle subkonjunktival kanama görülebilir, ailelere bu durumun 2-3 hafta içinde kendiliğinden iyileşeceği anlatılmalıdır. Ayrıca yine basınca bağlı olarak göz kapakları ilk günlerde ödemli olabilir. Yenidoğanlarda başlangıçta göz hareketleri koordine değildir ve şaşılık görülebilir.

Bebeğin doğumundan sonra en kısa sürede göz çevresi ve göz kapaklarının streil su ya da SF ile ıslatılmış pamuk kullanarak dıştan içe olacak yönde

silinmesi gerekmektedir. Ardından yenidoğanın göz kapaklarını açarak konjunktivaya göz damlası uygulanır. Doğum sonu yapılan ilk göz bakımının ardından gözlerde herhangi bir çapaklanma görülmediği durumlarda özel bir göz bakımı yapılmasına gerek yoktur. Çapaklanma görüldüğü durumlarda kaynatılmış soğutulmuş su ile ıslatılan gazlı bez ile her gözün tek seferde içten dışa doğru hafifçe silinmesi gerekmektedir. Mutlaka her göz için ayrı gazlı bez/tampon kullanılmalıdır (1,8).

## 5. Ağız Bakımı

Yenidoğanlarda ağız mukozası ve dil olması gereken görünümde ise özel bir ağız bakımı yapılmasına gerek yoktur. Annenin emzirme öncesi kaynatılmış soğutulmuş bir su ile meme hijyenini sağlaması ve günlük duş alması bebeğin ağız bakımını sağlamak için yeterli olacaktır. Ağızdan beslenemeyen bebeklerde ise kuruluk ve sekresyonların kuruması sonucu mukozaya yerleşen bakteri ve mantarlara bağlı enfeksiyon gelişebilmektedir. Bu nedenle oral beslenemeyen bebeklerde günde birkaç kez ağız bakımı yapılması oldukça önemlidir (1).

Bebeğin uzun süreli antibiyotik kullanımı, enfekte olmuş doğum kanalından geçmiş olması, hijyeni sağlanmamış el, göğüs ve biberon ile temas halinde olması gibi durumlar sonucunda dil, yanak ve farinkste moniliazis adı verilen pamukçuk gelişebilir. Bu durum bebeğin beslenmesini olumsuz yönde etkiler. Tedavide sıklıkla topikal antifungal ilaçlar tercih edilir. En çok tercih edilen mikostatin 100,000 Ü/günde 3-4 kez ağza damlatma şeklinde kullanılır. Ayrıca evde hazırlanabilen sodyum bikarbonatlı solüsyon yardımıyla da hem annenin memelerine hem de bebeğin ağızına bakım sağlanarak tedavi edilebilir. Bu yöntemde bir bardak kaynatılmış soğutulmuş su içerisine bir çay kaşığı karbonat eklenir, bu solüsyon ile annenin her emzirme sonrası memelerini yıkaması ve gazlı bez yardımıyla bebeğinin de ağızını silmesi gerekir (1,8).

## 6. Perine Bakımı

Perine bölgesinin temizliği, bebeğin cildinin idrar ve dışkı ile kontamine olarak irrite olma ve dermatit gelişme riskini azaltır. Bu sebeple bebeğin bezi her değiştirildiğinde temiz bir su ile perinenin de temizlenmesi ve kurulanması oldukça önemlidir. Perine temizliği sırasında silme işleminin önden arkaya doğru yapılmasına dikkat edilmelidir. Bebeğe pişik gelişimini engellemek için bezin sık sık değiştirilmesi, aralıklı bir şekilde cildin havalandırılması, cilde uygun bez seçimi yapılması gerekmektedir. Perine bakımı sırasında mikroorganizma gelişimi için uygun ortam oluşturma, aynı

zamanda bebek tarafından aspire edilme riski taşıma nedenlerinden dolayı pudralar kullanılmamalıdır.

Kız bebeklerde anneden geçen hormonlar nedeniyle vajinadan beyaz akıntı veya menstrüasyon kanamasına benzer kanama gelebilmektedir. Ailelerin bu durumun normal olduğu hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir (4).

### 6.1. Alt Temizliği ve Dermatit (Pişik) Bakımı

Bebeklerin alt temizliğinin doğru şekilde yapılması, perinedeki cilt bütünlüğünün korunması için oldukça önemlidir. Alt bakımının düzgün bir şekilde yapılmaması, idrar yolu enfeksiyonu ve pişik gibi sorunlara neden olabilmektedir. Bebeklerde genital bölgenin temizliğinde su ve pamuk kullanılması yeterli olacaktır. Kız bebeklerde perine temizliği, önden arkaya doğru yapılmalı ve aynı zamanda labia minorlar ile üriner ve vajinal açıklıklar da temizlenmelidir. Erkek bebeklerde ise sünnet derisi geri çekilmeden, penisin uç kısmından dip kısmına doğru temizlik sağlanır.

Bebeklerde alt temizliği ve genital bölge bakımının uygun bir şekilde yapılmaması, uygun bez tercih edilmemesi gibi nedenler bez dermatitinin gelişimine neden olabilmektedir. Dermatit gelişimini engellemek için bezin sık aralıklarla değiştirilmesi, bez değiştirme sırasında ciltte fazla sürtünme oluşturulmaması gerekmektedir. Kimyasal içerikli ürünlerin kullanılması, toksisiteye neden olacağından önerilmemektedir. Bir aydan daha büyük olan bebeklerde içeriğinde alkol bulunmayan koruyucular, idrar-dışı ve cilt arasında koruyucu yüzey oluşturacağından tercih edilebilir. Alt bakımının uygun bir şekilde yapılmasına rağmen cilt bütünlüğünde bozulma ve kızarıklık gibi bulgular eşliğinde dermatit gelişir ise altta yatan nedenlerin tespit edilerek bu nedenlere yönelik önlemler alınması oldukça önemlidir. Dermatit tedavisinde %40 çinko oksit içerikli bariyer kremler tercih edilir (1,8).

### 7. Banyo ve Cilt Bakımı

Doğumdan önce, intrauterin hayatta güvenli ve sabit bir sıcaklıkta, amniyon sıvısı içinde verniks kazeoza ile kaplı olan yenidoğan cildi, ektrauterin hayata geçiş yaptıktan sonra hızla hava, ısı değişiklikleri, bakteriler ve diğer fiziksel etkenlerle karşılaşır. Bu süreçte, yenidoğanın cildi bu değişikliklere uyum sağlamaya çalışır. Bu nedenle cilt bakımı ve banyo, yenidoğan bakımında özel bir öneme sahiptir (9). Yenidoğan bebeklerde dikkatli bir şekilde uygun cilt bakımı ve banyo yaptırılması sağlandığında cilt bütünlüğü korunarak hasar oluşma riski en aza indirilir. Yenidoğan cilt bakımının temel amaçları ciltte kuruluk oluşumunu önlemek, yaralanmaları



önlemek, deri bütünlüğünü korumak, cildin toksinler ile temasını engellemek, henüz tam gelişmemiş olan cilt bariyerini desteklemek olarak sıralanabilir (8).

### 7.1. Yenidoğan Cildinin Özellikleri

Yenidoğanın cildi bileşenler açısından yetişkin cildi ile benzerlik gösterse de bazı özellikler bakımından farklılıklara sahiptir.

- En önemli farklılık deri yüzey alanının fazla olmasıdır.
- Dermis ve epidermis arasındaki bağ zayıftır.
- Cilt dokusu incedir. Epidermis kalınlığı ve doğum ağırlığı doğru orantılıdır. Doğum ağırlığı azaldıkça epidermis kalınlığı da azalmaktadır.
- Prematür bebeklerde cilt bariyeri yeterince gelişmemiştir ve melanin üretimi zayıftır. Bu nedenle cilt bakımı daha önemlidir.
- Deri yüzeyinin pH'sı yüksek düzeydedir.
- Serbest yağ asidi içeriği yetişkin cildine göre düşüktür. Bu nedenle sıvı kaybı ve ısı dengesizlikleri daha sık görülür.

Hassastır ve kolaylıkla tahriş olup, hasar görebilir (8).

### 7.2. Yenidoğanlarda Geçici Cilt Bulguları

Verniks Kazaoza: Su ve yağ hücrelerinden meydana gelen peynirimsi beyaz sarı renklere olan tabaka, doğumda yenidoğanın tüm vücudunu kaplamış durumdadır. Bebeğin doğum kanalından geçişini kolaylaştırmak, enfeksiyonlara karşı korumak, cildi beslemek, yara iyileşmesini sağlamak, cildin nemli kalmasını sağlamak, sıvı kaybını önlemek, ısı değişimlerine karşı bebeği korumak gibi pek çok faydası vardır. Bu nedenle doğumdan sonra bebekler hemen yıkanmamalı ve bu tabaka çıkarılmaya çalışılmamalıdır.

Lanugo: Özellikle omuz, sırt, alın, kol ve bacaklarda görülen ince tüylerdir. Kendiliğinden birkaç hafta içinde dökülür.

Mongol Lekesi: Lumbosakral ve gluteal bölgede görülen koyu mavi veya grimsi renk değişikliğidir. Birkaç yıl içinde kendiliğinden kaybolur.

Eritema Toksikum Neonatorum: Farklı yerlerde konumlanmış sinek ısırtığına benzer görünümüne sahip lezyonlardır. Birkaç gün veya hafta içerisinde kaybolur.

Milia: Toplu iğnenin başı büyüklüğüne sahip inci renginde beyaz papüllerdir. Çoğunlukla yüz, burun bölgesi veya ağız, damak, kafa, gövdenin üst bölümlerinde ortaya çıkar. Birkaç ay içinde kendiliğinde kaybolur.

Miliaria (İsilik): Ter bezi kanallarındaki tıkanıklıklara bağlı olarak ortaya çıkan, küçük beyaz renkli berrak veziküllerdir. İlaç tedavisi gerektiren bir durum değildir.

Yenidoğan Aknesi: Çoğunlukla çene ve alında ortaya çıkan, beyaz-sarı papüler oluşumlardır. Tedavi gerektirmez ve kısa sürede iyileşir (9).

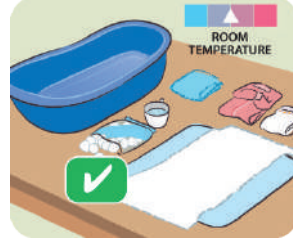
### 7.3. Yenidoğan Banyo Bakımı

Doğum sonu dönemde yenidoğanın cildinde verniks kazeoza isimli bir tabaka, kan, mekonyum ve hücre kalıntıları bulunmaktadır. Bu sebeple yenidoğanın banyo ve cilt bakımı konusunda ebeveynlere danışmanlık verilmesi büyük öneme sahiptir. Yenidoğanların ısı dengesi sağlanmadan hemen banyo yaptırılması vücut ısısını düşürerek oksijen kullanımını ve solunum sıkıntılarını arttıracığından önerilmemektedir. Doğumun ardından yenidoğanın vücudundaki kan gibi artık maddelerin temizlenmesi amacıyla havlular ile kurularak cilt temizliği sağlanır. Ancak çok fazla kan bulunduğu durumlarda ve mekonyum boyalı yenidoğanlarda havlular ile yapılan temizlik yenidoğanın cildini temizlemek için yeterli olmaz, yıkanması gerekebilir. Ayrıca annede hepatit B, hepatit C ve HIV enfeksiyonu varlığında bulaşın önlenmesi amacıyla doğum sonu dönemde stabilizasyonun sağlanmasının ardından yenidoğanın yıkanması gerekmektedir. Bebeğin preterm olduğu veya doğum ağırlığının 2500 gramın altında olduğu durumlarda annede bu enfeksiyonların varlığı bilinse bile yenidoğan banyosu yaptırılmamalı, bunun yerine küvöz içinde eldiven kullanılarak ılık su ve pamuk yardımıyla silinerek temizlik sağlanır ve bebek daha sonra kurulanır (1,9).

Yenidoğan döneminde term bebeklerin haftada iki, preterm bebeklerin ise dört gün ara ile yıkanması önerilmektedir. Banyo için en uygun zaman ise aspirasyon riskini engellemek için iki emzirme arasında bebeğin ne çok aç ne de çok tok olmadığı zamandır. Banyo süresi beş dakikayı geçmemelidir, suyun sıcaklığı ortalama 36 °C (35-37 °C) olarak ayarlanmalıdır. Aşağıda bebek banyo işlem basamakları sunulmuştur.

### Kullanılacak Malzemeler

- ❖ 2 tane havlu
- ❖ Banyo süngeri
- ❖ Saç ve vücudu temizlemek için şampuan/ sabun (Yenidoğanlarda sabun veya şampuan kullanımına gerek yoktur kullanılacak ise kokusuz, ciltte tahriş oluşturmayacak ve cilt pH'sını etkilemeyecek olanlar tercih edilmelidir)
- ❖ Banyo küveti
- ❖ Su
- ❖ Temiz kıyafetler ve bebek bezi



### İşlem Basamakları

1. Malzemeler hazırlanır.



2. Odanın sıcaklığı 25 °C olarak ayarlanır. Suyun sıcaklığı ise termometre veya bilek ile kontrol edilir ve ortalama 36 °C olarak ayarlanır.



3. Bebeğin kıyafetleri çıkartılır ve ardından başı kol ve omuzları el ile desteklenerek önce vücudun alt kısmı daha sonra üst kısmı yavaşça sokulur.



4. Banyo sırasında bebeğin yüzü yukarı bakacak şekilde tutulmalıdır. Bebeğin başı küvete yaklaştırılır ve saç çizgisinden aşağı su dökerek bebek başı yıkanır.



5. Daha sonra banyo süngeri kullanılarak bebeğin vücudu yukarıdan aşağı doğru yıkanır. Genital organlar yıkanırken, önden arkaya temizlik yapılmasına dikkat edilir.

6. Banyo sırasında bebeğin cildindeki farklılıklar, enfeksiyon varlığını gösteren bulguların olup olmadığı kontrol edilmelidir.



7. Bebeğin alt ekstremiteleri yıkandıktan sonra hızlı bir şekilde kurulanması gerekir. Kurulama sırasında özellikle koltukaltları, kasıklar, kulak arkası ve boyun gibi kıvrımlı kısımların iyice kurulanmasına önem verilmelidir.

8. Bebeğin cildinde kuruluk varsa ince yapılı, sıvı kaybını engelleyen, cildi nemli tutan nemlendirici bakım kremleri ince tabaka şeklinde masaj yaparak uygulanır. Bu amaçla vazelin içeren nemlendiriciler kullanılabilir. Merhem gibi yağlı pomatların kullanımı cilt gözeneklerinde tıkanıklığa sebep olacağından tercih edilmemelidir. Bebek pudrası kullanımı önerilmemektedir.



9. Bebek banyo öncesi, sırası ve sonrasında kesinlikle yalnız bırakılmamalıdır.

*Kaynak: (1,9).*

*Görseller için Kaynak: <https://raisingchildren.net.au/babies/parenting-in-pictures/bathing-a-newborn-pictures> (10).*

### 7.3.1. Silme Banyosu

Umblikal kord düşene kadar banyo yaptırılması önerilmemektedir ancak ailelere bu süre içerisinde bebeğe silme banyosu yaptırılabilceği anlatılmalıdır. Silme banyosu işlem basamakları aşağıda sunulmuştur.

Kullanılacak Malzemeler
<ul style="list-style-type: none"> <li>❖ Küçük boy leğen</li> <li>❖ Su</li> <li>❖ Havlu</li> <li>❖ Temiz kıyafet ve bez</li> </ul>
İşlem Basamakları
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kullanılacak malzemeler hazırlanır.</li> <li>2. Bebek çıplak bir şekilde havluya sarılır.</li> <li>3. Silme banyosunda öncelikle yüz temizliği sağlanır.</li> <li>4. Kaynatılmış soğutulmuş suya pamuk batırılarak gözler dıştan içe olacak şekilde temizlenir. Temiz bir havlu yardımı ile bebeğin burundan yanaklarına olacak yönde yüzü temizlenir. Daha sonra kulak kepçeleri, içi ve çevresinin temizliği sağlanır.</li> <li>5. Kaynatılmış soğutulmuş suya batırılarak bir tül bent yardımıyla burun temizliği sağlanır.</li> <li>6. Bebeğin saçları bebek henüz havlunun içindeyken ılık su ile temizlenir. Daha sonra hızlıca kurulanır.</li> <li>7. Bebek omuzlarından kaldırılarak boyun kıvrımının temizliği yapılır. Ardından tüm vücut silinir, genital bölge önden arkaya doğru temizlenir.</li> <li>8. Bebeğin tüm vücudu hızlı bir şekilde kurulanır.</li> </ol>

*Kaynak: (1).*


## 8. Yenidoğan Giyimi

Yenidoğanın giyimi mutlaka bulunduğu odanın ısısına göre planlanmalıdır ve odanın ısısının 22-24 °C arasında olması gerekmektedir (6). Yenidoğanın kıyafetlerinin sentetik malzemedan olmaması, pamuklu ve kolay giydirip çıkartmaya uygun olması gerekir. Kıyafetlerde boya kullanılmış ise, boyaların kesinlikle cilde zarar vermeyen türden olmasına önem verilmelidir. Yenidoğanda kullanılacak çorapların ayak ve bilekleri sıkmayacak şekilde tercih edilmesi gerekir. Bebeği giydirirken, baş kısmından giysiye dikkatlice ve hızlı bir şekilde geçirmek önemlidir. Kıyafeti çıkarırken de ayak ve kollar çıkartılır ardından boyun kısmında toplanan giysi arkadan öne olacak şekilde çıkartılır. Kıyafetlerin etiketleri, ciltte tahrişi önlemek amacıyla çıkartılmalıdır ve yeni alınan kıyafetler kullanılmadan önce yıkanmalıdır. Kıyafetlerin saklanması naftalin veya güve ilaçlarının kullanımı uygun değildir (8).

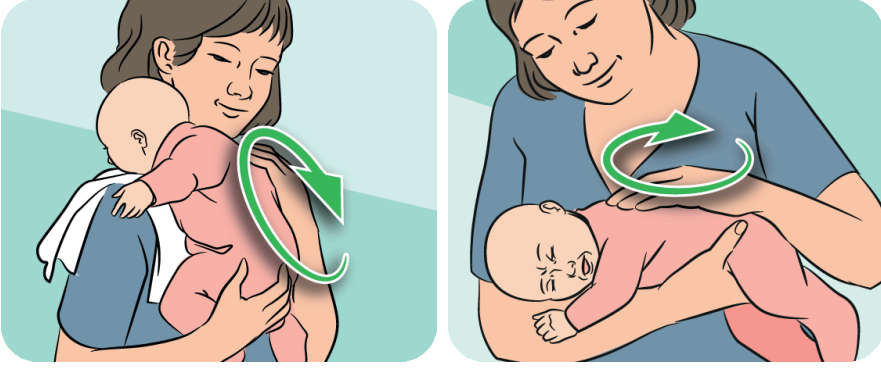
## 9. Yenidoğanda Yaşamsal Bulguların Takibi

Yenidoğan bebeklerin ortalama vücut ısısının  $37^{\circ}\text{C}$  olması normaldir. Aksiller (koltukaltı) olarak ölçülen vücut ısısının  $37,7$  üzerinde olması ise ateş olarak tanımlanmaktadır. Yüksek ateş genellikle enfeksiyon belirtisi olarak ortaya çıkar ve ailelerde endişe uyandırır. Yenidoğanlarda immün sistemin henüz tam olarak gelişmemesi nedeniyle yüksek ateş sık karşılaşılabilecek bir durumdur. Bu nedenle ailelere ateşin yükselmesi durumunda vücut ısısının normale dönene kadar takip edilmesi ve normale dönmediği durumlarda sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır (4).

Kalp atım hızı ve solunum sayısı bebeğin sakin olduğu bir zamanda yapılmalıdır. Kalp atımının daima apekten sayılması gerekmektedir. Bir dakika boyunca dinlenen kalp atımının hızı dakikada yaklaşık 120-160 arasında olması beklenir. Bir dakika boyunca diyafragmatik ve karın hareketleri ile sayılan solunum sayısının dakikada 30-60 olması beklenir (11).

Yapılan Ölçüm	Normal Değerler	
Vücut Isısı	$36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ Koltuk altı: $36,5^{\circ}\text{C} - 37,5^{\circ}\text{C}$ Cilt: $36^{\circ}\text{C} - 36,5^{\circ}\text{C}$ Rektal: $36,6^{\circ}\text{C} - 37,2^{\circ}\text{C}$	
Kalp Atımı	120–160 atım/dakika *Derin uyku sırasında 70-90 atım/dakika'ya düşebilir, *Ağlama sırasında 180 atım/dakika'ya yükselebilir.	
Solunum	30–60 solunum/dakika	

*Kaynak: <https://openstax.org/books/maternal-newborn-nursing/pages/23-1-physical-assessment-of-the-newborn>*



## 10. Yenidoğanın Gazının Çıkarılması

Bebeğin gazının çıkarılması konusunda mutlaka ebeveynlere bilgilendirme yapılmalıdır. Gazı olan bebeklerde huzursuzluk ve bu huzursuzluğa bağlı ağlama, bacaklarını karnına çekme gibi hareketler gözlemlenir. Bebeğin gazını çıkarmak için, öncelikle bebeğin başı, gazı çıkartacak kişinin omzuna yerleştirilerek dik bir pozisyonda tutulur. Ardından sırtına hafifçe dairesel hareketlerle masaj yapılır ve gaz çıkışı sağlanana kadar bu işlem sürdürülür. Bir diğer yöntemde ise ebeveyn, bebeğini kucığında gövdesi üzerine yerleştirerek başını göğüs seviyesinin biraz üstünde tutmalıdır. Bu pozisyonda anne, bebeğin sırtını nazikçe okşayarak gazını çıkarmasına yardımcı olmalıdır. Her emzirme sonrası mutlaka bebeğin gazı çıkarılmalıdır (3,4).

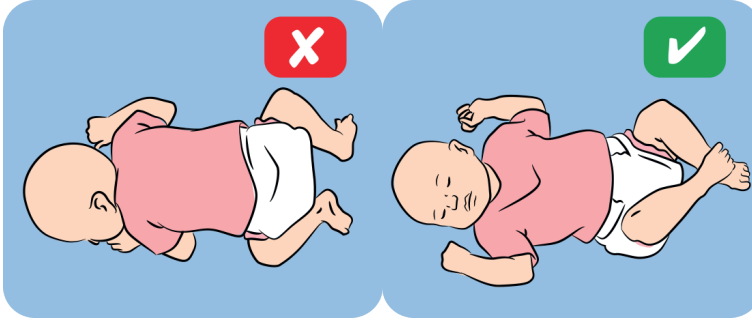
## 11. İdrar ve Gaita Takibi

İlk 24 saat içinde yenidoğanın idrar ve mekonyum çıkışının olması istenir. Genellikle çoğu yenidoğan ilk 12 saat içinde idrarını yapmış olur. Beşinci günde ise ortalama 6-8 ıslak bez çıkartması beklenir. Anne sütü alan bebekler, ilk gün ortalama 20 ml idrar yaparken bu miktar 10.günde 200 ml'ye çıkmaktadır. İlk mekonyum çıkışı ilk 24 saat içinde gerçekleşse bile bu süre bazen üç güne kadar uzayabilir. Dışkı başlangıçta yapışkan yapılıdır ve rengi koyu yeşil, siyah arasındadır. Bebek beslenmeye başladıktan 3-4 gün sonra dışkı önce yeşil, ardından sarı renge dönüşür. Anne sütüyle beslenen bebeklerde günde en az 3-4 kez, mama ile beslenen bebeklerde ise ortalama 1-2 kez dışkılama gerçekleşir (6).

## 12. Uyku

Sağlıklı yenidoğanların günde 15-18 saat uyumaya ihtiyacı vardır ve bu sürenin yaklaşık 6 saatini gündüz uykusu oluşturmaktadır. Bu süre, altıncı aya doğru 12-14 saate düşer ve gündüz uykusu ise yaklaşık 2-3 saate inmiş olur. İlk dört aydan sonra bebekler gece boyunca beslenmek için daha az

uyanabilir, ancak anne sütüyle beslenen bebekler ise diğer bebeklere göre daha sık uyanabilirler. Bebeklerin doğum sonu ilk altı ay ailesi ile aynı odada ve farklı yatakta, daha sonra ise kendi odasında uyuması önerilmektedir. Uyku için mutlaka beşik, karyola gibi koruması olan yataklar tercih edilmelidir ve odada loş bir aydınlatma tercih edilmelidir. Ebeveynlere, bebeğin uyku sırasında ağız ve burnunun tıkanarak solunum güçlüğü yaşaması veya yanlış pozisyonlarla yatırılması ve gaz çıkarma işlemi yapılmaması sonucu mide içeriğinin aspirasyonu riski nedeniyle ani bebek ölümü sendromu riskinin artabileceği açıklanmalıdır. Yenidoğanlarda kesinlikle uyku için yüzüstü pozisyon tercih edilmemelidir. Bunu yerine yan yatar ve sırtüstü pozisyonlar tercih edilmelidir. Ayrıca bir yaş altı çocukların yatak ve yorganlarında kullanılan malzemeler, çocuğun ağızını kapatmayacak yapıda olmalı ve aşırı yumuşak olmamalıdır. (3,4).



*Kaynak: <https://raisingchildren.net.au/babies/parenting-in-pictures/reducing-sudi-sids-risk> (12)*

### 13. Yenidoğanda Emzik Kullanımı

Emzik, ilk aylarda anne sütü alımını ve emzirilme süresini kısaltabilir, enfeksiyon riskini arttırabilir. Bir yıldan uzun süreli kullanımı ise orta kulak enfeksiyonlarına ve diş/çene problemlerine yol açabilir. Ancak, emzik uyku sırasında kullanıldığında ani bebek ölümü sendromu riskini azaltabilir ve prematüre bebeklerde emme gelişimini destekleyebilir. Bu nedenle emzik kullanımı, sadece belirli durumlarda önerilebilir ve bir yaşına gelen bebeklerde kullanımının sonlandırılması gereklidir (3).

### 14. Yenidoğanlarda Aşılama

Aşı hizmetlerinin temel amacı toplumda, özellikle bebekler ve çocuklar arasında aşıyla önlenabilir hastalıkların yayılmasını, bu hastalıkların yol açabileceği ölüm ve sakatlıkları önlemektir. Aşılama, her yıl milyonlarca



kişinin hayatını kurtaran en başarılı, en etkili ve en düşük maliyetli sağlık uygulamaları arasında yer almaktadır (13).

Sağlık Bakanlığının Genişletilmiş Bağışıklama Programı Kapsamında günümüzde 13 hastalığa karşı rutin aşılama programı uygulanmaktadır. Bu program ile Difteri, Boğmaca, Tetanos, Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak, Tüberküloz, Poliomyelit, Hepatit B, Hepatit A, Hemofilus influenza tip b, Suçiçeği ve Pnömoni'ye bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar ve bu hastalıklardan kaynaklanan ölüm ve sakatlıkların önlenmesi amaçlanmaktadır (8). Term yenidoğanlarda doğum sonu ilk saatlerde rutin bir şekilde hepatit B aşısı uygulanmaktadır. Daha sonraki aşılar T.C Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi'ne uygun zamanlarda ücretsiz bir şekilde uygulanmaktadır. Mutlaka tüm ailelerin aşı takvimi ve aşı uygulama sonrası uygulanan aşı kartının saklanması hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir (4).

**T.C. Sağlık Bakanlığı Çocukluk Dönemi Aşı Takvimi, 2020**

Aşılar	Doğumda	1. ayın sonu	2. ayın sonu	4. ayın sonu	6. ayın sonu	9. ayın sonu	12. ayın sonu	18. ayın sonu	24. ayın sonu	48. ayın sonu***	13 yaş
Hepatit B	I	II			III						
BCG (Verem)			I								
DaBT-İPA-Hib			I	II	III			R			
KPA*			I	II			R				
KKK						ID**	I			II	
DaBT-İPA										R	
OPA					I			II			
Td											R
Hepatit A								I	II		
Suçiçeği							I				

\*01.01.2019 tarihinden itibaren doğan bebeklere 2., 4. ve 12. aylarda uygulanacaktır.

\*\*25.09.2019 tarihi BDK kararıyla salgın riski olan bölgelerde 9. - 11. ayda ilave bir doz Kızamık içeren aşı (K veya KKK) uygulanacaktır.

\*\*\*1 Temmuz 2016 tarihinde doğanlardan başlamak üzere, 48. ayına girmiş olan tüm çocuklara uygulanacaktır. 1 Temmuz 2016 tarihinden önce doğmuş ve halen ilköğretimde başlamamış olan çocukların KKK ikinci dozu ve DaBT-İPA aşısı ise 2020-2021, 2021-2022 ve 2022-2023 eğitim ve öğretim dönemlerinde, ilköğretim 1. sınıfta, okul aşılamaları şeklinde uygulanacaktır.

DaBT-İPA-Hib: Difteri, Aseklüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus Influenza Tip B Aşısı (Beşli Karma Aşı)

KPA: Konjüge Pnömokok Aşısı

KKK: Kızamık, Kızamıkçık, Kabakulak Aşısı

DaBT-İPA: Difteri, Aseklüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio Aşısı (Dörtlü Karma Aşı)

OPA: Oral Polio Aşısı (Çocuk Felci Aşısı)

Td: Erişkin Tipi Difteri-Tetanoz Aşısı

R: Rapel (Pekleştirme) ID: İlave Doz

Aşı takvimindeki tüm aşılar ücretsizdir.

Kaynak: <https://asi.saglik.gov.tr/> (13)

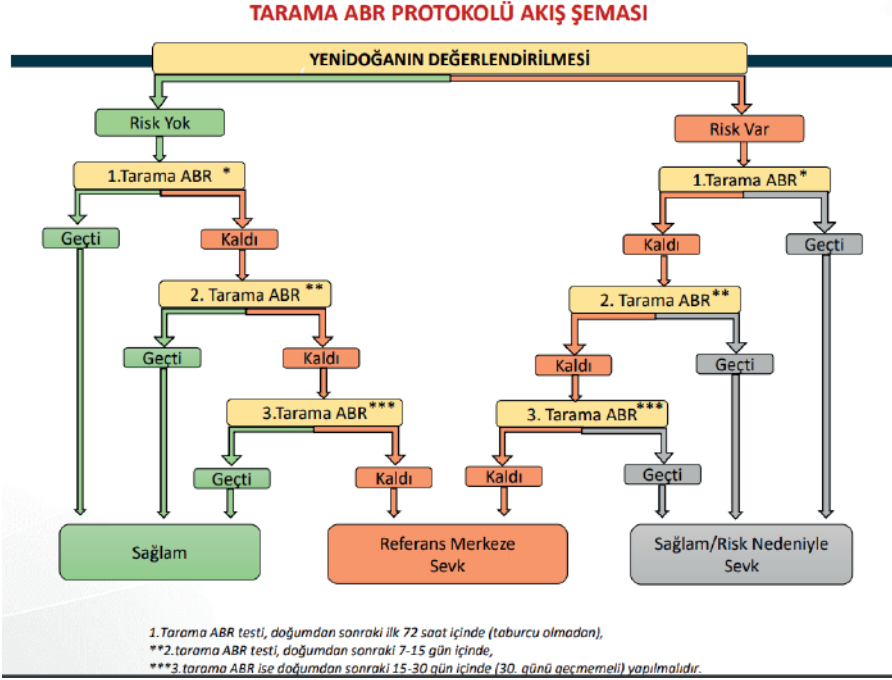
## 15. Yenidoğanlarda Tarama Programları

### 15.1. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP)

Yenidoğan Tarama Programı, bebeklerin belirli hastalıklar açısından erken dönemde taranarak, zeka geriliği, beyin hasarları ve kalıcı zararların önlenmesini amaçlar. Erken teşhis konan bebeklere uygun tedavi uygulanarak, bu hastalıkların etkileri azaltılmaya çalışılır ve çocukların gelişimlerinde en iyi seviyeye ulaşmaları sağlanır. Tarama programı kapsamında Fenilketonüri, Kistik Fibrozis, Konjenital Hipotiroidi, Biyotinidaz Eksikliği, Konjenital Adrenal Hiperplazisi hastalıklarına yönelik, özel filtre kağıdına topuktan alınan kan ile tarama yapılır. Ayrıca Tarama programına 2022 yılında Spinal Müsküler Atrofi (SMA) de eklenmiştir (14).

### 15.2. Yenidoğan İşitme Taraması Programı

Yenidoğan işitme testi taraması her yenidoğana mutlaka taburculuk gerçekleşmeden yapılmalıdır. Bazı bebekler herhangi bir işitme kaybı olmamasına rağmen test sırasında gürültü olması, yenidoğanın hareket etmesi, ağlaması, probun uygun bir şekilde yerleştirilememesi gibi nedenlerden dolayı bu testten geçemeyebilir. Bu tarz durumlarda testin tekrarlanması gerekir. İşitme kaybının erken dönemde tespit edilememesi, eğitim sürecinde başarısızlık, konuşma problemleri, sosyal uyumsuzluklar gibi problemlere yol açabilmektedir. İşitme kaybı olan çocuklardan, işitme desteği alabilecek durumda olanların erken dönemde belirlenmesi ve altı aya kadar gerekli müdahalelerin yapılması, bu çocukların üç yaşına kadar yapılan dil gelişimi testlerinde beklenen seviyede sonuçlar elde etmelerini sağlamaktadır (4,15). Yenidoğan İşitme Taraması Programı akış şeması aşağıda sunulmuştur.

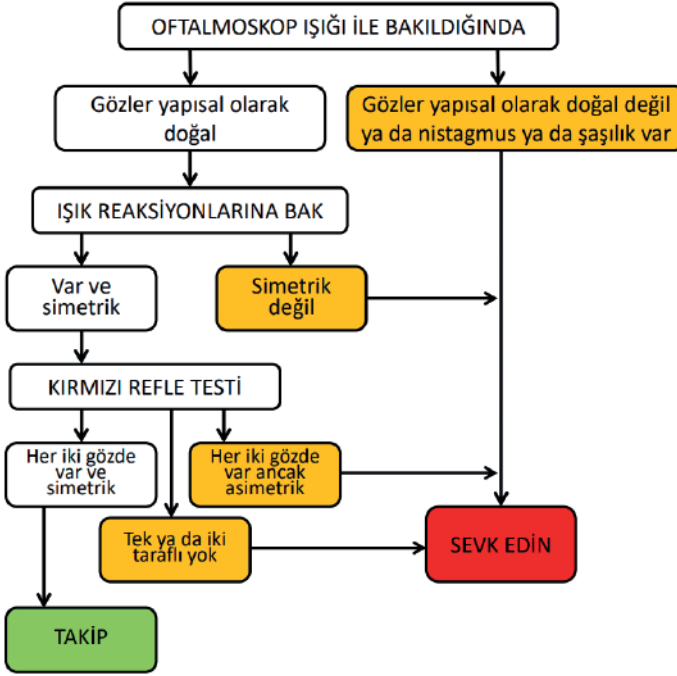


Kaynak: <https://hsqm.saglik.gov.tr/tr/programlar/tarama-programlari.html> (15)

### 15.3. Yenidoğan Görme Taraması

Görme taraması, görmenin normal gelişimini önleyebilecek olan risk faktörlerini belirlemeyi ve yetersiz görmesi olan vakaları erken dönemde tespit etmeyi amaçlamaktadır. Yenidoğanlar bu tarama ile şaşılık, ambliyopi, kırma kusuru, katarakt, glokom, retinoblastom ve prematür retinopatisi sorunları açısından değerlendirilirler. Özellikle 32 hafta ve daha küçük olan tüm prematürelere ve 1500 gram ve altında doğan aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerin dördüncü haftada Prematüre Retinopatisi açısından değerlendirilmek amacıyla göz muayenesi için sevk edilmeleri gerekmektedir (15). Yenidoğan Görme Taraması akış şeması aşağıda sunulmuştur.

### 0-3 ay bebekler için göz muayenesi akış şeması

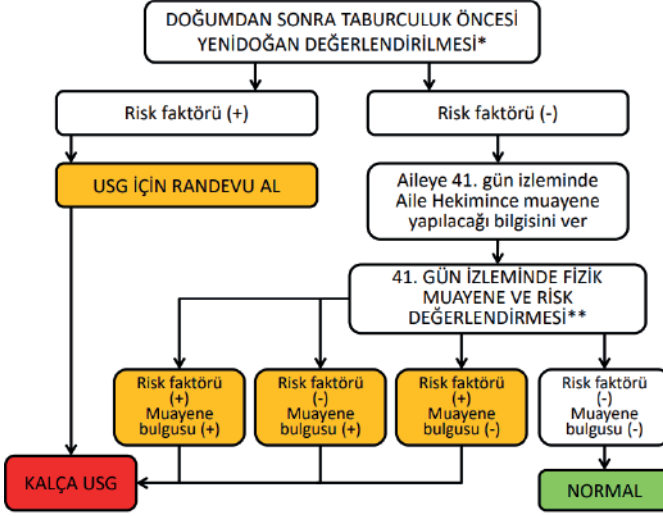


Kaynak: <https://bsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/tarama-programlari.html> (15).

### 15.4. Gelişimsel Kalça Displazisi (GKD) Tarama Programı

Gelişimsel Kalça Displazisi, kalça eklemine stabil olmaması veya tam çıkık olması gibi birçok farklı çeşitlerde görülebilen ortopedik bir sağlık sorunudur. Kesin nedeni tam olarak bilinmese de genetik faktörlerin de yatkınlığı arttırdığı düşünülmektedir. Bu vakaların çok büyük bir kısmı, erken tanı ile yaşamın ilerleyen zamanlarında bireyin hayatına olumsuz hiçbir etkisi kalmayacak şekilde, tamamen tedavi edilebilmektedir (4,15). Gelişimsel Kalça Displazisi Programı akış şeması aşağıda sunulmuştur.

## GKD akış şeması



\*Doğum sonrası taburculuk öncesi hastanede yapılacaktır

\*\*Aile hekimince yapılacaktır

Kaynak: <https://bsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/tarama-programlari.html> (15).

## 16. Yenidoğanda Tehlike İşaretleri

Ebeveynlere mutlaka yenidoğanda dikkat edilmesi gereken belirtiler ve bu belirtilerin varlığında sağlık kuruluşuna başvurulması gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır. Aşağıda yenidoğandaki tehlike işaretleri sıralanmıştır.



Kaynak: (6).

Görsel Canva ile oluşturulmuştur. <https://www.canva.com/>

## 17. Sonuç

Ebeler, yenidoğan döneminde sadece fiziksel bakım sağlamaz, aynı zamanda ailelere yönelik eğitim ve rehberlik de sunar. Ailelerin, bebeklerinin ihtiyaçlarını doğru bir şekilde karşılayabilmeleri için gerekli bilgi ve becerilerle donatılması, ebelerin en önemli görevlerinden biridir. Bu eğitimler, bebeklerin beslenmesi, hijyen bakımı, uyku düzeni ve sağlık izlemleri gibi temel konuları kapsar. Ayrıca, ebeveynlere psikolojik destek sunarak, onların bebekleriyle sağlıklı bir iletişim kurmalarına yardımcı olurlar. Ailelere verilen eğitimler hem bebeklerin sağlıklı gelişimini destekler hem de ebeveynlerin kendilerini daha güvenli ve hazır hissetmelerini sağlar. Sonuç olarak, ebeler, ailelere verdikleri eğitimle yenidoğan döneminin daha sağlıklı ve bilinçli bir şekilde geçmesini sağlar, bu da uzun vadede hem bebeklerin hem de ailelerin sağlığını olumlu yönde etkiler.

## Kaynakça

1. Çalık KY, Çetin FC, editörler. Ebeler ve Ebelik Öğrencileri için Normal Doğum ve Sonrası Dönem. 1. bs. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevleri; 2018. 515 s.
2. Unicef. UNICEF DATA. 2024 [a.yer 07 Aralık 2024]. Newborn care. Erişim adresi: <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/newborn-care/>
3. Sağlık Bakanlığı. Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri Rehberi [İnternet]. 2018. Erişim adresi: [https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Bebek\\_Cocuk\\_Ergen\\_Izlem\\_Protokolleri\\_2018.pdf](https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/Bebek_Cocuk_Ergen_Izlem_Protokolleri_2018.pdf)
4. Şahin E, Yazıcı S, editörler. Ebeveynliğe Hazırlık- Ebeler ve Hemşireler için. 1. bs. Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık; 2022. 402 s.
5. Yıldırım NÜ, Cömert TK, editörler. Sağlıkta Anne ve Çocuk. 1. bs. Ankara: Hipokrat Yayınevi; 2021. 462 s.
6. Özkan HA, Bilgin Z. Kanıta Dayalı Gebelik ve Doğum Yönetimi. 1. bs. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitabevleri; 2019. 406 s.
7. Raising Children Network [Internet]. 2023. Hygiene and daily care for babies. Erişim adresi: <https://raisingchildren.net.au/babies/parenting-in-pictures/hygiene-daily-care>
8. Conk Z, Başbakkal Z, Yılmaz HB, Bolışık B, editörler. Pediatri Hemşireliği. 2. bs. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2018. 1011 s.
9. Genç RE, Özkan H, editörler. Ebeler için Yenidoğan Sağlığı ve Hastalıkları. 1. bs. Elazığ: Anadolu Nobel Tıp Kitabevleri; 2016. 679 s.
10. Raising Children Network [Internet]. 2023. Bathing a newborn: in pictures. Erişim adresi: <https://raisingchildren.net.au/babies/parenting-in-pictures/bathing-a-newborn-pictures>
11. Giles A, Prusinski R, Wallace L. Maternal-Newborn Nursing. 1. bs. Rice University: OpenStax; 2024. 1227 s.
12. Raising Children Network [Internet]. 2024. Reducing SUDI and SIDS risk: in pictures. Erişim adresi: <https://raisingchildren.net.au/babies/parenting-in-pictures/reducing-sudi-sids-risk>
13. Sağlık Bakanlığı. Aşı Portalı. 2024 [a.yer 07 Aralık 2024]. Aşı Portalı. Erişim adresi: <https://asi.saglik.gov.tr/>
14. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP) [İnternet]. 2023 [a.yer 07 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/tarama-programlari/ntp.html>
15. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. Tarama Programları [İnternet]. 2023 [a.yer 07 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/programlar/tarama-programlari.html>

## Engelli Kadınların Annelik Deneyimi: Görme ve İşitme Engelli Bireylerin Gebelik ve Doğum Süreçlerinde Karşılaştıkları Zorluklar ve Yaklaşımlar

Gamze Gedikli<sup>1</sup>

Reyhhan Aydın Doğan<sup>2</sup>

### Özet

Engellilik, bireylerin günlük yaşamlarını etkileyen fiziksel, zihinsel veya duyuşsal kayıplar olarak tanımlanır. Dünya genelinde nüfusun %16'sı, Türkiye'de ise %12,3'ü engelli bireylerden oluşmaktadır. Engelli kadınlar da diğer kadınlar gibi annelik deneyimini yaşama arzusuna sahiptir. Ancak, bu süreçte sağlık hizmetlerine erişim ve iletişimde çeşitli zorluklar yaşamaktadırlar. İşitme engelli kadınlar, iletişim sorunları nedeniyle doğum öncesi bakımda zorluk yaşamaktadır. Bu yüzden işitme engelli kadınlar için yazılı iletişim, işaret dili tercümanları ve şeffaf maske gibi çözümler önerilmektedir. Görme engelli kadınlar ise güvenlik, korku ve endişe gibi duygularla karşılaşmaktadır. Eğitim materyallerinin Braille alfabesiyle hazırlanması gibi uygulamalar, bakımın kalitesini artırabilir. Engelli kadınlar, tıbbi müdahalelere daha sık maruz kalmakta ve sezaryen oranları daha yüksek olmaktadır. İletişim eksikliği, doğum sırasında temel bir sorundur. Tercüman desteği ve yardımcı cihazların temini bu sorunları hafifletebilir. İşitme engelli kadınlar, tercüman eksikliği nedeniyle sağlık hizmetlerinden yeterince faydalanamamaktadır. Görme engelli kadınlar, bebek bakımı sırasında dokunma ve işitsel yöntemleri tercih etmektedir. Ancak, çocuk bakımı ve emzirme konularında daha fazla stres ve güvensizlik yaşayabilirler. Özel ekipmanlar ve uygun düzenlemeler, bu zorlukları azaltabilir. Araştırmalar, engelli kadınların toplumsal ve sağlık hizmetlerinden yeterli desteği alamadığını göstermektedir. Eğitim materyallerinin erişilebilirliği artırılmalı, sağlık çalışanlarının engelli bireylere yönelik bilgi ve farkındalığı geliştirilmelidir. Engelli kadınlar, annelik sürecini daha olumlu deneyimleyebilmeleri için fiziksel, duyuşsal ve sosyal destek almalıdır.

- 1 Yüksek Lisans Öğrencisi, Karabük Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Ebelik Anabilim Dalı, Orcid:0009-0006-3854-812
- 2 Doç. Dr. Karabük Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Orcid: 0000-0003-4950-3699



## 1. Giriş

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre engellilik, "Bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerdeki kalıcı ve belirgin kayıplar sonucu, organ eksikliği ya da bozukluğu nedeniyle kişinin günlük yaşam ihtiyaçlarını karşılamakta zorlanması durumu" olarak tanımlanmıştır (1). Engellilik, duyuşsal (görme, işitme ve konuşma), fiziksel, zihinsel ve öğrenme güçlükleri şeklinde türlere ayrılabilir (2). Dünya genelindeki nüfusun yaklaşık %16'sı engelli bireylerden oluşmaktadır (3). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre toplam engelli oranı %12,3; bu oranın %13,5'i kadınlardan, %11,1'i erkeklerden oluşmaktadır (4). 15 yaş ve üzeri kadınların %6,5'i görme engelli, %3,7'si işitme engellidir (5). Engelli kadınların %10'unun doğurganlık döneminde olduğu, birçoğunun hamile kalabileceği ve sağlıklı bireyler gibi ebeveyn olma hakkına sahip olduğu ifade edilmektedir (6,7).

Toplumda kadınlardan beklenen en önemli rollerden biri annelik rolüdür (8). Engelli kadınlar da tıpkı diğer kadınlar gibi çocuk sahibi olma ve annelik deneyimini yaşama arzusuna sahiptir (9). Engelli kadınların gebelik ve ebeveynlik konusundaki yetkinliklerini artırmak için, bu bireylere yönelik doğum ve ebeveynlik programları düzenlenebilir. Bu programlar, kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasındaki süreçlerde hem kendi hem de bebeklerinin sağlığını korumalarına odaklanmalıdır. Ayrıca, engelli kadınların bebeklerine fiziksel ve duyuşsal bakım verme konusundaki kaygılarını gidermek, onlara güven kazandırmak ve potansiyellerinin farkına varmalarını sağlamak önemlidir. Bu süreçte, engelli bireylere gerekli bilgilendirmeler yapılmalı, fiziksel ve psikososyal ihtiyaçları detaylı şekilde değerlendirilip, buna göre bir bakım planı hazırlanmalıdır (10,11). Eğer gebelik ve doğum engelli kadınlar için risk teşkil ediyorsa, bu kadınlara kontrasepsiyonun önemi ve uygun yöntemler hakkında danışmanlık verilmelidir (12).

Bu bölümde görme ve işitme engelli bireylerde doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde yaşadıkları engellere, bu engellere yönelik çözüm önerilerine ve yapılan çalışmalara yer verilmiştir.

## 2. Görme ve İşitme Engelli Bireylerde Doğum Öncesi Dönem

İşitme engelli, her iki kulakta da aynı anda, konuşmaları anlamayacak derecede işitme kaybı yaşayan kişiyi ifade eder (13). O'Hearn'ın (2006) çalışmasına göre, kısmi işitme kaybı olan kadınların tamamen işitme duyusunu kaybetmiş kadınlara kıyasla daha sık sağlık hizmeti aldığı belirlenmiştir. Ayrıca, doğum öncesi bakım memnuniyetleri incelendiğinde, işitme kaybı yaşayan kadınların memnuniyet puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (14). Engelli kadınların maternal komplikasyonlarla karşılaşma

olasılığının yüksek olduğu göz önünde bulundurulduğunda, yetersiz doğum öncesi bakım hizmetleri, önlenabilir risklerin ele alınması açısından kaçırılmış bir fırsat olarak değerlendirilebilir. Bu nedenle, doğum öncesi bakımın hem nicelik hem de nitelik açısından yeterli düzeyde sunulması büyük önem taşımaktadır (15). Bakımın sürekliliğini sağlamak ve kaliteyi artırmak için, sürecin aynı bakım sağlayıcılar tarafından yürütülmesinin daha etkili olacağı değerlendirilmektedir (16). Engelli kadınlar, doğum öncesi bakımda iletişim engellerinin önemli bir sorun olduğunu vurgulamaktadır. Engel türü ne olursa olsun, kadınlar genel olarak iletişimde zorluk yaşadıklarını, sağlık profesyonellerinin onlarla doğrudan iletişim kurmaktan kaçındığını, soruların genellikle refakatçilerine yöneltildiğini ve bu durumun kendilerini değersiz hissettirdiğini belirtmektedir (17). Doğum öncesi bakımda, rutin olarak kaliteli tercüme hizmetlerinin sunulması ve işaret dilinde hazırlanan eğitim videolarının kullanılması, doğum bakımının kalitesini benzer şekilde artırabilir (18). İşitme kaybı yaşayan kadınlarla iletişimde yazılı iletişim, işitme cihazı kullanımı, dudak okuma veya işaret dili tercümanı desteği gibi çeşitli yöntemler tercih edilebilir. Sağlık personelinin dudak okumayı kolaylaştırması için şeffaf maske kullanımı bir alternatif olabilir (13).

Görme engelli bireyler, bir veya iki gözünde tamamen ya da kısmen görme kaybı yaşayan kişilerdir (19). Görme yetisini kaybetmiş bireyler, güvensizlik, korku ve endişe duyguları yaşayabilir (20). Görme engelli kadınların üreme sağlığıyla ilgili literatürdeki çalışma sayısı oldukça sınırlıdır (21). Kaliforniya'da yapılan bir araştırma, görme engelli kadınların primer sezaryen oranlarının diğer duyuşsal engel türlerindeki kadınlara kıyasla daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur. Bu durumun nedeninin, görme engelli kadınlar arasında kronik veya gestasyonel diyabet prevalansının yüksek olması olduğu belirtilmiştir. Görme engelli kadınlar için sağlık bakım uygulamaları geliştirilip hayata geçirilebilir. Örneğin, Polonya'da yaşayan Malgorzata Stefaniak'ın 2017'de ebelik ödülünü kazandığı, Braille (kabartma) alfabesiyle hazırlanmış eğitim broşürleri ve sesli iletişim materyallerini içeren proje bu tür uygulamalara bir örnek olarak gösterilebilir (20). Engelli kadınlar, anne olarak kabul edilmek istediklerini ve gebeliğin onlara bir kadın olarak daha yetkin ve tamamlanmış hissettirdiğini ifade etmektedir (17,22). Doğum öncesi bakım hizmeti alma durumu engel gruplarına göre incelendiğinde, fiziksel engelli kadınların engelli olmayan kadınlarla benzer düzeyde bakım aldığı, ancak bu durumun diğer engel gruplarında farklılık gösterdiği bildirilmiştir. Duyusal veya zihinsel/gelişimsel engelli kadınların ise hiç bakım almama ya da yetersiz bakım alma olasılığının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (15,23). Sağlık çalışanları, görme engelli kadınlara gebelik planlamasından doğum sonrası döneme kadar destek vererek,

onların duygu ve düşüncelerini ifade etmelerine yardımcı olmalıdır. Gebelik ve doğum sonrası için hazırlanan eğitim materyalleri kabartma yazırlarla zenginleştirilmeli ve bu uyarlamalar, sağlık kurumunun girişinden itibaren erişilebilir tüm alanlarda yaygınlaştırılmalıdır (20).

### 3. Görme ve İşitme Engelli Bireylerde Doğum

Anneliğe geçiş sürecinde, pozitif bir doğum deneyiminin yaşanması ve kaliteli sağlık bakımının sunulması tüm kadınlar için büyük önem taşımaktadır (24). Doğum deneyimini daha iyi hale getirmek için doğuma hazırlık eğitimlerinin verilmesi, doğum sırasında konforun sağlanması ve sosyal desteğin güçlendirilmesi gereklidir (25). Engelli kadınların, tıbbi bir gereklilik olmaksızın sezaryenle doğum yapma oranlarının diğer kadınlara göre daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, doğum sırasında induksiyon ve operatif vajinal doğum gibi tıbbi müdahalelere maruz kalma riskinin engelli kadınlarda daha fazla olduğu vurgulanmaktadır (26). Doğum eylemi sırasında iletişim eksikliği, engelli kadınların karşılaştığı temel sorunlardan biridir. Özellikle görme ve işitme engelli kadınların sağlık profesyonelleriyle sağlıklı bir iletişim kurabilmesi için tercüman desteği ve yardımcı cihazların temin edilmesi son derece önemlidir. Ancak engelli kadınlar bu süreçte tercüman desteğinin sürdürülmesinde zorlandıklarını ya da bu desteğin sürekliliğini sağlanmadığını söylüyor (25,27).

Kaliforniya'da yapılan bir araştırmada, tüm engel grupları arasında görme engelli kadınların en düşük (%70.1), işitme engelli kadınların ise en yüksek (%86.4) doğum yapma oranına sahip olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca, fiziksel, görme ve zihinsel/gelişimsel engelleri olan kadınların, engeli olmayan kadınlara kıyasla gebelik ve doğum deneyimleme oranlarının daha düşük olduğu gözlemlenmiştir (28).

### 4. Görme ve İşitme Engelli Bireylerde Doğum Sonrası Dönem

Sağlık hizmetlerinde belirtilen parametrelerin veya işaret dil tercümanlarının yetersiz olması, işitme engelliler için bu hizmetlerin azaltılmasını zorlaştıran en önemli engellerden biridir (16). İşitme engelli kadınların doğumundan sonra annelik hizmetlerinden yoğun şekilde yararlanılmakta, ancak dil engelleri nedeniyle bu hizmetlerin sunduğu hizmetlerin yetersiz olduğu belirtilmektedir. Tercüman hizmetlerine erişimi olmayan bireyler, genellikle yanlarında aile üyeleri veya arkadaşlarını bulundurmaya tercih ederler. Ancak bu durum, mahremiyetin ve gizliliğin riskini artırabilir. Ayrıca aile üyeleri ve arkadaşlarının tedavi süreçleri doğru şekilde anlayıp aktarabilme konusunda yetersiz olabilirler. Tercüme hataları, tedavi hataları meydana geldiğinde gereksiz müdahalelere yol açılabilir. Sözlü tercüme koşullarının ayarlanması

ve sağlık çalışanlarına yönelik eğitim güncellemeleri, bakım standartlarının artırılmasında etkili olabilir. (29). Doğum sonu bakımında, görme engelli kadınlar daha fazla zorluk yaşamaktadır (30). Hankó ve arkadaşları (2022) çalışmalarında, görme engelli kadınların gebeliği, yaşamda yeni bir amaç keşfetme ve ailede yeni bir rol üstlenme deneyimini, görme engelli olmayan kadınlarla benzer bir şekilde tanımladıklarını belirtmişlerdir. Görme engelli annelerin, annelik deneyimlerinde genellikle günlük yaşamda karşılaşılan zorluklara daha fazla odaklandıkları, oysa görme engeli olmayan annelerin ise daha çok çocuklarının geleceğiyle ilgili kaygılar taşıdıkları tespit edilmiştir (31). Görme engelli anneler, çocuklarıyla göz teması kuramadıkları için iletişimde daha fazla zorluk yaşamaktadırlar (32). Görme engelli anneler, alternatif olarak dokunma, palpasyon ve işitsel iletişim yöntemlerini tercih etmektedirler. Örneğin; bebeklerine yakın bir şekilde fiziksel temas kurarak, dokunsal etkileşimle anne-bebek bağını güçlendirmektedirler (33). Doğum sonrası dönemde, görme engelli anneler için bebeği emzirmek, banyo yaptırmak ve ilaç vermek gibi temel işler daha karışık hale gelebilir; bu durum, bebek bakımında stres ve güvensizlik duygularına yol açabilir (34). Duyusal engeli olan kadınların, engeli olmayan kadınlara göre emzirme ihtimali daha düşüktür (35). Doğum sonrası hastanede, görme engelli kadınların ihtiyaçlarına uygun geniş odalar sağlanmalıdır. Ayrıca, hasta odaları, hemşire masaları, tedavi ve muayene odalarına dokunsal Braille işaretleri ve büyük harflerle yazılmış tabelalar yerleştirilmelidir. Zeminlerin kaymaz olması ve duvarlardaki parçacıkların bulunmaması önemlidir. Hemşire çağırma butonlarının olduğu bölgeler Braille alfabetiyle işaretlenmelidir. Yataklar ve diğer mobilyalar, oda içinde uygun şekilde yerleştirilmelidir. Ayrıca banyo ve tuvalet olanakları içinde bulunmuyor ise, hasta odaları bu alanlara yakın konumlandırılmalıdır. Braille alfabetiyle ilgili bilgilerin çeşitli tedavi prosedürlerine sunulması gerekmektedir (36). Görme engelli ebeveynler, çocuklarına daha iyi bakım sunabilmek amacıyla çevreyi uygun biçimde düzenlerler. Örneğin, engelli ebeveynler için özel olarak tasarlanmış, erişilebilir alt değiştirme masaları, küvetler ve çeşitli izleme cihazlarıyla donatılmış beşikler gibi yardımcı ekipmanlar kullanılabilir. Görme engelli ebeveynler, çocuklarının güvenliğini sağlamak için kapılara ve dolaplara güvenlik alarmı yerleştirmeli, çağırıldıklarında işitme mesafesinde kalmalarını sağlamalıdır. Ayrıca çocuklarına işaretleri okumayı öğretmelidirler (37). Görme engelli ebeveynlerin çocukları için ulaşım başka bir güçlük teşkil etmektedir. Ulaşım araçları, sınırlı hareketlilik olanaklarına uygun şekilde tasarlanmalı ve uyarlanmalıdır. Arabada ya da yaya olarak kullanılacak bebek arabaları, bebek taşıma askıları ve diğer ekipmanlar bu süreçte yardımcı olabilir (38).

Türkiye’de görme engelli kadınlarla yapılan bir araştırmada, bu kadınlar, engelli bir anne olmanın en zor yönünün çocuk bakımında başkalarına bağımlı olmak olduğunu ifade etmişlerdir (39). Etiyopya’da görme engelli kadınların hepsi, bebek bakımında başka birinin desteği olmadan annelik sorumluluğunun oldukça zor olduğunu belirtmişlerdir. Araştırmada, kadınların yakınları, doğan çocuğu görme engelli kadının gözleri veya rehberi olarak tanımlamışlardır. Kadınlar ise, çocuklarını yalnızca yardım ve rehberlik amacıyla doğurmadıklarını, anne olmanın onlara hem psikolojik hem de sosyal açıdan daha iyi hissettirdiğini ve hayata bağlanmalarını sağladığını dile getirmişlerdir (40). ABD’de işitme engelli ve yalnızca bir gebeliği olan 645 kadının gebelik sonuçlarının incelendiği bir çalışmada, katılımcıların engeli olmayan kadınlara kıyasla daha düşük eğitim seviyelerine ve evlenme oranlarına sahip oldukları tespit edilmiştir. Bu araştırmada, işitme engelli kadınların olumsuz gebelik ve neonatal sonuçlar açısından risk artışı göstermediği bulunmuştur. Ancak, işitme engelli kadınların sezaryenle doğum yapma olasılığının, engeli olmayan kadınlara göre %15 daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Ayrıca, işitme engelli kadınların vajinal doğum sonrası hastanede 4 veya daha fazla gün kalma olasılığının arttığı gözlemlenmiştir (41). ABD’de fiziksel ve duyuşsal engelli olan 24 kadınla yapılan bir araştırmada, fiziksel engelli annelerin bebeğini doğru emzirme pozisyonunda tuttuğu, işitme engelli annelerin ise emzirme eğitimleri sırasında danışmanların işaret dili bilmemesi nedeniyle dudak okumak için sürekli danışmanı takip etmek zorunda kaldığı ve bu nedenle bebeğini memeye yerleştirmekte zorluk yaşadığı, görme engelli annelerin ise emzirme danışmanlarının talimatlarını anlamakta güçlük çektikleri ve kendilerine yön tarifleri verilerek, örneğin sağ, sol, 6 ve 12 hizası gibi ifadelerle anlatılmasının daha kolaylık sağladığı belirtilmiştir. Araştırmada, engelli anneler hem toplumdan hem de sağlık çalışanlarından emzirme konusunda büyük bir baskı hissettiklerini belirtmişlerdir (42).

## SONUÇ

Engelli kadınlar, gebelik, doğum ve doğum sonrası süreçlerde birçok fiziksel, duyuşsal ve sosyal engelle karşılaşmaktadır. Bu süreçlerde yaşadıkları zorluklar, sağlık hizmetlerine erişim, iletişim eksiklikleri ve uygun destek mekanizmalarının eksikliği ile daha da artmaktadır. Özellikle görme ve işitme engelli kadınlar, sağlık profesyonelleriyle etkili iletişim kurmada güçlük çekmekte ve bu durum, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakımın kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Engelli kadınların, annelik sürecinde desteklenmeleri için sağlık hizmetlerinin erişilebilir ve kapsayıcı bir şekilde düzenlenmesi

gerekmektedir. Tercüman hizmetlerinin sunulması, Braille alfabesi ve işaret dili gibi yardımcı araçların kullanılması, sağlık çalışanlarının engelli bireylerle iletişim konusunda eğitilmesi önemlidir. Ayrıca, engelli kadınların annelik deneyimlerini kolaylaştırmak için özel tasarlanmış ekipmanlar ve erişilebilir mekanlar sağlanmalıdır.

Engelli kadınların gebelik ve annelik süreçlerinde daha olumlu deneyimler yaşamaları için multidisipliner yaklaşımlar benimsenmeli, bireylerin fiziksel ve psikososyal ihtiyaçları göz önünde bulundurularak kişiselleştirilmiş bakım planları hazırlanmalıdır. Bu bağlamda, engelli kadınların haklarının korunması ve desteklenmesi, yalnızca bireysel sağlıklarını değil, toplumun genel huzurunu da olumlu yönde etkileyecektir.

## Kaynaklar

1. WHO. World report on disability [İnternet]. 2011 [a.yer 04 Aralık 2024]. Erişim adresi: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/report.pdf](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf)
2. D'Angelo DV, Cernich A, Harrison L, Kortsmid K, Thierry JM, Folger S, vd. Disability and Pregnancy: A Cross-Federal Agency Collaboration to Collect Population-Based Data About Experiences Around the Time of Pregnancy. *J Womens Health*. Mart 2020;29(3):291-6.
3. WHO. Disability [İnternet]. 2023 [a.yer 04 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health>
4. TÜİK. TÜİK - Veri Portalı [İnternet]. 2018 [a.yer 04 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Saglik-ve-Sosyal-Koruma-101>
5. TÜİK. TÜİK - Veri Portalı [İnternet]. 2022 [a.yer 17 Temmuz 2023]. Erişim adresi: <https://data.tuik.gov.tr/Search/Search?text=engelli>
6. Litchman ML, Tran MJ, Dearden SE, Guo JW, Simonsen SE, Clark L. What Women With Disabilities Write in Personal Blogs About Pregnancy and Early Motherhood: Qualitative Analysis of Blogs. *JMIR Pediatr Parent*. 14 Mart 2019;2(1):e12355.
7. Redshaw M, Malouf R, Gao H, Gray R. Women with disability: the experience of maternity care during pregnancy, labour and birth and the postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 13 Eylül 2013;13(1):174.
8. Poole JL, Hare KS, Turner-Montez S, Mendelson C, Skipper B. Mothers with chronic disease: a comparison of parenting in mothers with systemic sclerosis and systemic lupus erythematosus. *OTJR Occup Particip Health*. 2014;34(1):12-9.
9. Demir A, Yeşiltuna D. (PDF) AİLE İKTİDAR İLİŞKİSİ BAĞLAMINDA ENGELLİ KADIN OLMAK. *ResearchGate*. 2017;10(54):534-44.
10. Byrnes L, Hickey M. Perinatal Care for Women With Disabilities: Clinical Considerations | Request PDF. *ResearchGate*. 2016;12(8):503-9.
11. World Health Organization. World report on disability. [İnternet]. 2011 [a.yer 07 Aralık 2024]. Erişim adresi: [https://www.who.int/disabilities/world\\_report/2011/en/](https://www.who.int/disabilities/world_report/2011/en/).
12. Sevil Ü, Gürkan A. Her alanda kadın olmak. *Ankara Nobel Tıp Kitabevleri*; 2017. 153-191 s.
13. Yanikkerem E, Esmeray N. İşitme ve Konuşma Engelli Kadınların Yaşadığı Güçlükler. 2017;6(2):38-46.
14. O'Hearn A. Deaf women's experiences and satisfaction with prenatal care: a comparative study. *Fam Med*. 2006;38(10):712-6.



15. Nishat F, Lunskey Y, Tarasoff LA, Brown HK. Continuity of primary care and prenatal care adequacy among women with disabilities in Ontario: A population-based cohort study. *Disabil Health J.* 01 Temmuz 2022;15(3):101322.
16. Hall J, Hundley V, Collins B, Ireland J. Dignity and respect during pregnancy and childbirth: a survey of the experience of disabled women. *BMC Pregnancy Childbirth.* 13 Ağustos 2018;18(1):328.
17. Nguyen TV, King J, Edwards N, Pham CT, Dunne M. Maternal Health-care Experiences of and Challenges for Women with Physical Disabilities in Low and Middle-Income Countries: A Review of Qualitative Evidence. *Sex Disabil.* 01 Haziran 2019;37(2):175-201.
18. Horner-Johnson W, Biel FM, Caughey AB, Darney BG. Differences in Prenatal Care by Presence and Type of Maternal Disability. *Am J Prev Med.* 01 Mart 2019;56(3):376-82.
19. Öztürk M. Türkiye’de Engelli Gerçeği. Ajansvista Matbaacılık. İstanbul: Ankara: Nobel Tıp Kitapevi.; 2011.
20. Kaplan C. Special issues in contraception: caring for women with disabilities. *J Midwifery Womens Health.* 2006;51(6):450-6.
21. Horner-Johnson W, Biel FM, Darney BG, Caughey AB. Time trends in births and cesarean deliveries among women with disabilities. *Disabil Health J.* 01 Temmuz 2017;10(3):376-81.
22. Schildberger B, Zenzmaier C, König-Bachmann M. Experiences of Austrian mothers with mobility or sensory impairments during pregnancy, childbirth and the puerperium: a qualitative study. *BMC Pregnancy Childbirth.* 26 Haziran 2017;17(1):201.
23. Ransohoff JJ, Kumar PS, Flynn D, Rubenstein E. Reproductive and pregnancy health care for women with intellectual and developmental disabilities: A scoping review. 2022;35(3):655-74.
24. WHO. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [İnternet]. 2016 [a.yer 10 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
25. Taheri M, Takian A, Taghizadeh Z, Caferi N, Sarafraz N. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions | *Reproductive Health | Full Text* [İnternet]. 2018 [a.yer 10 Aralık 2024]. Erişim adresi: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12978-018-0511-x>
26. Gleason JL, Grewal J, Chen Z, Cernich AN, Grantz KL. Risk of Adverse Maternal Outcomes in Pregnant Women With Disabilities. *JAMA Netw Open.* 15 Aralık 2021;4(12):e2138414.



27. Diamanti A, Sarantaki A, Gourounti K, Lykeridou A. Perinatal Care in Women with Vision Disorders: a Systematic Review. *Maedica*. Haziran 2021;16(2):261-7.
28. Biel F, Darney B, Caughey A, Horner-Johnson W. Medical indications for primary cesarean delivery in women with and without disabilities. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 17 Ekim 2020;33(20):3391-8.
29. Gichane MW, Heap M, Fontes M, London L. "They must understand we are people": Pregnancy and maternity service use among signing Deaf women in Cape Town. *Disabil Health J*. 01 Temmuz 2017;10(3):434-9.
30. Frederick A. Between stigma and mother-blame: blind mothers' experiences in USA hospital postnatal care. *Sociol Health Illn*. 2015;37(8):1127-41.
31. Hankó C, Pohárnok M, Lénárd K, Bíró B. Motherhood Experiences of Visually Impaired and Normally Sighted Women. *Hum Arenas*. 2022;7(1):127-55.
32. Commodari E, La Rosa VL, Nania GS. Pregnancy, Motherhood and Partner Support in Visually Impaired Women: A Qualitative Study. *Int J Environ Res Public Health*. Ocak 2022;19(7):4308.
33. Moghadam ZB, Ghiyasvandian S, Shahbazzadegan S, Shamshiri M. Parenting Experiences of Mothers who Are Blind in Iran: A Hermeneutic Phenomenological Study. *J Vis Impair Blind*. 01 Mart 2017;111(2):113-22.
34. Dias SA, Silva TQ, Venâncio DO, Chaves AFL, Lima ACMACC, Oliveira MG do. Breastfeeding self-efficacy among blind mothers. *Rev Bras Enferm*. Aralık 2018;71:2969-73.
35. Malouf R, Redshaw M, Kurinczuk JJ, Gray R. Systematic review of health care interventions to improve outcomes for women with disability and their family during pregnancy, birth and postnatal period. *BMC Pregnancy Childbirth*. 05 Şubat 2014;14(1):58.
36. Mazurkiewicz B, Stefaniak M, Dmoch-Gajzlerska E. Perinatal care needs and expectations of women with low vision or total blindness in Warsaw, Poland. *Disabil Health J*. 01 Ekim 2018;11(4):618-23.
37. Cureton A. Some advantages to having a parent with a disability. *J Med Ethics*. 01 Ocak 2016;42(1):31-4.
38. Havermaet JV, Schauwer ED, Hove GV. (PDF) Unseen? A qualitative study on how mothers and fathers living with a visual impairment experience parenthood. ResearchGate [Internet]. 2021 [a.yer 13 Aralık 2024];7(2). Erişim adresi: [https://www.researchgate.net/publication/349731463\\_Unseen\\_A\\_qualitative\\_study\\_on\\_how\\_mothers\\_and\\_fathers\\_living\\_with\\_a\\_visual\\_impairment\\_experience\\_parenthood](https://www.researchgate.net/publication/349731463_Unseen_A_qualitative_study_on_how_mothers_and_fathers_living_with_a_visual_impairment_experience_parenthood)

39. Taner A, Bozkurt ÖD. Görme Engelli Kadınlara Verilen Planlı Üreme Sağlığı Eğitiminin Bilgi Düzeyi ve Memnuniyet Üzerine Etkisi. *Turk Klin J Nurs Sci.* 2021;13(2):239-50.
40. Tefera Nidaw B, Engen MV, Klink JJVD, Schippers A. (PDF) The grace of motherhood: disabled women contending with societal denial of intimacy, pregnancy, and motherhood in Ethiopia. *ResearchGate.* 2017;32(3):1510-33.
41. Schiff MA, Doody DR, Crane DA, Mueller BA. Pregnancy Outcomes Among Deaf Women in Washington State, 1987-2012. *Obstet Gynecol.* Kasım 2017;130(5):953-60.
42. Andrews EE, Powell RM, Ayers KB. Experiences of Breastfeeding among Disabled Women. *Womens Health Issues Off Publ Jacobs Inst Womens Health.* 2021;31(1):82-9.

# Sağlık Bilimlerinde Kadın Sağlığı, Gebelik ve Yenidoğan Bakımı

Editör:  
Dr. Öğr. Üyesi Yılmaz ALTUNER

 ÖZGÜR  
YAYINLARI

ISBN 978-975-447-998-0  
  
9 789754 479980