



T. C.

HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN
NULLİPAR GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM KAYGISI VE
EMZİRME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif TEZCAN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DR. ÖĞR. ÜYESİ Pınar DÖNER GÜNER

HATAY-2019

**T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN
NULLİPAR GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM KAYGISI VE
EMZİRME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Elif TEZCAN

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI

DR.ÖĞR. ÜYESİ Pınar DÖNER GÜNER

T.C.
HATAY MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN
NULLİPAR GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM
KAYGISI VE EMZİRME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ**

Dr. Elif TEZCAN

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Dr.Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER.....
2. Dr.Öğr.Üyesi Şule SÜRMELEBEY GÜMÜŞTAKIM.....
3. Dr.Öğr.Üyesi Pınar DÖNER GÜNER.....

İÇİNDEKİLER

TABLO LİSTESİ	III
ŞEKİL LİSTESİ.....	IV
KISALTMALAR LİSTESİ.....	V
TEŞEKKÜR.....	VI
ÖZET.....	VII
ABSTRACT.....	VIII
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	3
2.1. Gebelikte fizyolojik değişimler	4
2.1.1 Genel Değişiklikler	4
2.1.2. Üreme Sistemi.....	5
2.1.3. Memeler	5
2.1.4. Kas-İskelet Sistemi	6
2.1.5. Kardiyovasküler Değişiklikler.....	6
2.1.6. Solunum Sistemi	7
2.1.7. Boşaltım Sistemi	7
2.1.8. Gebelikte Cilt ve Pigment Değişiklikleri.....	8
2.1.9. Saç Değişiklikleri.....	8
2.1.10. Tırnak Değişiklikleri.....	9
2.1.11. Endokrin Sistem.....	9
2.2. Gebelik Psikolojisi	9
2.2.1. Anksiyete	11
2.2.2. Gebelikte Korku ve Kaygı	12
2.3. Gebelikte Beslenme.....	13
2.4. Gebelikte Alkol Kullanımı	15
2.6. Gebelikte İlaç Kullanımı	16
2.7. Gebelikte Egzersiz.....	16
2.8. Gebelikte Giyim	17
2.9. Gebelikte Hijyen.....	17
2.10. Gebelikte Seyahat.....	18
2.11. Gebelikte Cinsellik	19
2.12. Doğum Eylemi	19
2.12.1. Doğum Ağrısı ve Doğumun Evreleri.....	21
2.13. Normal Vajinal Doğum	23
2.14. Müdahaleli Vajinal Doğum	24
2.15. Emzirme	24
2.15.1. Meme Dokusunun Yapısı	25
2.15.2. Laktasyon.....	28
2.15.3. Anne Sütünün Bileşimi	29
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1 Müdahale Şekli.....	32
3.2. Veri Toplama Araçları.....	33
3.2.1. Beck Anksiyete Ölçeği.....	33
3.2.2. Antenatal Emzirme Ölçeği.....	34
3.2.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin A versiyonu	34

3.2.4.	Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	34
3.2.5.	LATCH	35
3.2.6.	Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin B versiyonu.....	35
3.3.	Verilerin Analizi.....	35
4.	BULGULAR.....	37
5.	TARTIŞMA	51
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER	56
7.	KAYNAKLAR	57
8.	EKLER.....	72
9.	ÖZGEÇMİŞ	88



TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....	39
Tablo 2. Eğitim Alma Durumuna Göre Sosyodemografik Özellikler.....	40
Tablo 3. Gebelik Süresince Eğitim Alma Durumu ve Yeterliliği.....	41
Tablo 4. Gebelerin Beck Anksiyete, Wijma A-B Ölçeklerine Göre Dağılımları...	42
Tablo 5. Eğitim Alma Durumuna Göre Ölçekler.....	42
Tablo 6. Katılımcıların Doğum ve Emzirme ile İlgili Değerlendirmeleri.....	43
Tablo 7. Gebelere Verdiğimiz Eğitime Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.	44
Tablo 8. Gebenin Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması..	44
Tablo 9. Gelir Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	45
Tablo 10. Daha Önceki Düşük Öyküsüne Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması.....	45
Tablo 11. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	46
Tablo 12. Gebeliği Süresince Sağlık Sorunu Öyküsüne Göre Ölçek Skorları.....	46
Tablo 13. Bebeğin Cinsiyetine Göre Ölçek Skorları.....	47
Tablo 14. Gebelik Süresince Emzirme-Doğum Eğitimi Alma Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	47
Tablo 15. Doğumda Herhangi Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	47
Tablo 16. Babanın Emzirmeye Karşı Tutumuna Göre Ölçek Skorları.....	48
Tablo 17. Ölçeklerin Birbiri İle Korelasyonu.....	48
Tablo 18. Gebelik Haftasına Göre Ölçek Skorları.....	51
Tablo 19. Kronik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Skorları.....	51
Tablo 20. Yaş ve Eğitim Durumu ile Ölçek Korelasyonları.....	51

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1. Memenin Anatomik Yapısı.....	27
Şekil 2. Gebelikte Memenin Gelişimi.....	28
Şekil 3. Nöroendokrin Tepki.....	29
Şekil 4. Katılımcıların Yaş Dağılımları.....	38
Şekil 5. Katılımcıların Gebeliği İsteme Durumları.....	41
Şekil 6. Antenatal Emzirme-Wijma A Korelasyon Grafiği.....	49
Şekil 7. Antenatal Emzirme-Wijma B Korelasyon Grafiği.....	49
Şekil 8. BeckAnksiyete Ölçeği-Wijma B Korelasyon Grafiği.....	50
Şekil 9. Wijma A-Wijma B Korelasyon Grafiği.....	50

KISALTMALAR LİSTESİ

DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
VKİ	: Vücut Kitle İndeksi
DDA	: Düşük Doğum Ağırlıklı
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
VSD	: Ventriküler Septal Defekt
ASD	: Atrial Septal Defekt
FDA (U.S. Food and Drug Administration)	: Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi
SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome)	: Şiddetli Akut Solunum Yolu Sendromu
MERS (Middle East respiratory syndrome)	: Orta Doğu Solunum Sendromu
PaCO ₂	: Karbondioksit Basıncı
ACTH	: Adrenokortikotropik Hormon
GnRH	: Gonadotropin-releasing hormonlar
FSH	: Folikül Stimulan Hormon
LH	: Luteinizan Hormon
HPL	: Human Plasental Laktojen
PIF	: Prolaktin İnhibe Eden Faktör
IgA	: İmmüoglobulin A
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
W-DEQ	: Wijma Doğum Beklentisi /Deneyimi Ölçeği
SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)	: Sosyal Bilimler İstatistik Programı
SSK	: Sosyal Sigortalar Kurumu
SMS (Short Message Service)	: Kısa Mesaj Servisi
TNSA	: Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimi sürecinde daima yanımızda olan, her sıkıntıda bize yol gösteren, her konuda yardımlarını esirgemeyen, desteğine ihtiyaç duyduğumda hiçbir zaman geri çevirmeyen hocam ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER' e,

Güler yüzlülüğünü hiçbir zaman kaybetmeyen hocam Sayın Doç. Dr. Erhan YENGİL'e,

Araştırmanın planlanmasında, yürütülmesinde sabır ve anlayışla beni destekleyen, yönlendiren danışman hocam Dr.Öğr. Üyesi Pınar DÖNER GÜNER'e,

Asistanlık süreci devam eden birbirinden değerli bölüm arkadaşlarım ve uzmanlık görevini yapmakta olan kıdemlilerime,

Çalışmamı yürüttüğüm Aile Sağlığı Merkez'lerinin yardımsever personellerine,

Son olarak, bugünlere gelmemde maddi, manevi en büyük destekçim olan aileme, canı mndan çok sevdiğim kardeşim Hasan Hüseyin TEZCAN'a, zorlu tez ve asistanlık sürecinde ilgisini, desteğini sürekli hissettiren nişanlım Erkan TEZCAN'a teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Elif TEZCAN

ÖZET

HATAY İLİNDE AİLE SAĞLIĞI MERKEZİNE BAŞVURAN NULLİPAR GEBELERE VERİLEN EĞİTİMİN DOĞUM KAYGISI VE EMZİRME TUTUMU ÜZERİNE ETKİSİ

Amaç: Bu çalışmanın amacı; doğum öncesi dönemde verilen eğitimin doğum kaygısı ve emzirme tutumu üzerine etkisini saptamaktır.

Yöntem: Bu çalışma Hatay ili merkez ilçesi Antakya'da Ocak 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında yapılan bir müdahale çalışmasıdır. Müdahale grubuna eğitim verilmiştir. Çalışmaya müdürlükten izin alınan 4 Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran 18 yaş ve üzeri, okuma-yazması olan gebeler dahil edildi. Anketler bireylere çalışmayla ilgili bilgi verildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra katılımcıların sorulara yanıtları doğrultusunda yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu. Bu gebelerden kendisine eğitim vermemizi kabul edenlere 1,5 saat süren gebelik ve doğum içerikli eğitim ve daha sonra sms ve/veya whatsapp ile emzirme içerikli eğitim verilmiştir. Eğitim öncesi tüm gebelere sosyodemografik özellikleri ve aldıkları sağlık hizmeti özelliklerini kapsayan, tarafımızca hazırlanan 25 soruluk bir form uygulandı. Ayrıca Beck Anksiyete Ölçeği, Emzirme Özyeterlilik Ölçeği, Wijma A ölçekleri uygulandı. Eğitim sonrasında doğum ve emzirme konusunda bilgileri içeren form, Emzirme Özyeterlilik Ölçeği doğum sonrası form, LATCH ölçeği ve Wijma B ölçekleri uygulandı. Analiz için SPSS 21 paket programı kullanıldı ve $p<0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Anketi değerlendirmeye alınan 61 gebenin 31'ine eğitim verilmiştir. Kontrol ve müdahale grubunun ölçek skorları arasında anlamlı fark saptanmadı. Beck Anksiyete Ölçeği skoru yüksek olan gebelerin eğitime katılımları kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksekti. Müdahale grubunda doğum sonrası Wijma ölçeği skorunda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. ($p<0.05$).

Sonuçlar: Gebelere doğum ve doğum sonu döneme yönelik endişeler konusunda sağlık personeli tarafından danışmanlık ve eğitim verilmesi, doğum ve doğum sonu için hazırlık sınıflarının oluşturularak tüm gebelerin eğitilmesi doğum kaygısı ve emzirme tutumu üzerine olumlu etki oluşturabilir.

ABSTRACT

THE EFFECT OF EDUCATION GIVEN ON NUTRITIONAL PREGNANCY IN HATAY PROVINCE

Objective: The aim of this study is; to determine the effect of education, which given in prenatal period, on birth anxiety and breastfeeding attitude of mother.

Method: This intervention study was conducted between January 2018 and November 2018 in Antakya, the central part of Hatay. The intervention group was trained. 18 and older Pregnant women who apply 4 family health centers with permission from the health Department included in the study. The questionnaires form were filled with face-to-face interview method. Before test application, the participants were informed about the study and approval received from the participants. We give 1.5-hour training about the pregnancy and childbirth, after training pregnant women were informed about breastfeeding by sms and / or whatsapp. A 25-item form prepared by uns was applied to all pregnant women before training. The form includes questions about sociodemographic characteristics and receiving health service by pregnant. Additionally also Beck Anxiety Inventory, Breastfeeding Self-Efficacy Scale and Wijma A scales were applied. After the training, the form including information about birth and lactation, Breastfeeding Self-Efficacy Scale postpartum form, LATCH scale and Wijma B scales were applied. SPSS 21 package program was used for analysis and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: 61 pregnant women participate to the study and 31 of them were trained. There was no significant difference between the control and intervention group scale scores. Pregnant women with a high Beck Anxiety Scale score were significantly higher than the control group about join training. In the intervention group, there was a statistically significant difference in the postpartum Wijma scale score compared to the control group ($p < 0.05$).

Conclusions: Pregnancy and education by the health personnel and training for all pregnant women can be positively affected by birth anxiety and breastfeeding.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlıklı anne özünde sağlıklı çocuklar yetiştirmek olsa da geniş anlamda toplumun sağlığı anlamına gelir. Sağlıklı bir toplum için ilk ve en önemli adım annenin ve çocuğunun sağlığının korunmasıdır (1).

Gebelik ise anne olmanın yanı sıra farklı bir yaşam sürecini de beraberinde getirmektedir. Dolayısı ile bu dönemi mümkün olduğunca rahat geçirmesi doğacak çocuk için bebek ölümleri, fetal anomalileri ve hastalıkları azaltması açısından önemli olduğu kadar annenin hayatında oluşacak değişimlere ve üstleneceği yeni rollere uyumu kolaylaştıracağı için de önemlidir (2).

Kadın için önemli bir stres kaynağı olan gebelik ve doğum fizyolojik bir olaydır. Gebelik insan hayatında ciddi biyolojik ve psiko-sosyal adaptasyon gerektiren bir dönemdir. İnsan embriyosunun karmaşık biyolojik gelişimi aşamasında hem anne için hem de fetus için hormonal ve kimyasal birçok değişiklik ortaya çıkabilmektedir. Gebelerin bu değişikliklere verdiği tepkiler değişebilmektedir (1).

Gebelik sırasında bazı fiziksel belirtiler oluşabilir. Baş ağrısı ve baş dönmesi, göğüste sıkışma hissi ve ağrı, mide bulantısı, hızlı yüzeysel nefes alma, iştah kaybı, kalp çarpıntısı, kas gerginliği, güçsüzlük, terleme, sık idrara çıkma, kan basıncında değişiklikler gibi rahatsızlıklar gelişebilmektedir (3).

Fiziksel belirtilerin yanı sıra gerginlik ve korku gibi psikolojik belirtiler de görülebilir. Panik atak, duygusal dengede birtakım bozukluklar, konsantrasyon güçlüğü, alınganlık, kendini sürekli tetikte hissetmek, depresyon, çabuk yorulmak, uyku problemi gibi belirtiler gözlenebilir (3).

Gebelik, psikolojik, hormonal, immünolojik, metabolik ve vasküler değişikliklerin olduğu ve anneye her an acil müdahale gerektirebilecek durumların ortaya çıkabileceği fizyolojik bir dönemdir (4).

Doğum çok az düzeyde tıbbi girişim gerektiren fizyolojik bir süreç olmasına rağmen yıllarca anlatılan olumsuz doğum hikâyeleri ve tecrübeler gebelerde korku oluşturabilmektedir. Bir yandan ağrılı doğum sahneleri diğer yandan da bu tür deneyimlerin kadınlar arasında paylaşılarak yayılması, olumsuz doğum imajı oluşturmaktadır. Dolayısıyla kadınlar vajinal doğumla ilgili ağrılı, kanlı ve korkutucu bu tecrübeyi kendilerinin de yaşayacağını düşünmektedir. Bu durum korkuyu artırmakta ve doğumu doğal bir olay olarak görmeyen kadınlarda müdahaleli doğum ve sezaryen oranlarını artırmaktadır (5,6).

Doğum öncesi dönemde kaygı yaşamış olan kadınlar, bebeğin doğumundan sonra olumsuz maternal-paternal bağlanma açısından büyük bir risk altındadır. Doğumda ağrı esnasında yardım alamamaktan korkma, doğum sırasında görülecek ağrı ve stresin erken habercisi olabilir. Gebeliğin özellikle üçüncü trimestrinde görülen doğum korkusu da acil sezeryan gereksinimi oluşturabilir. Doğum korkusu olan kadınlarda sezeryanla doğum yerine korkuyla baş ederek vajinal doğumu tercih etmek daha iyi bir çözümdür (7).

Doğum sonrası dönemde ise laktasyon kadınlar için önemlidir. Emzirme öz-yeterlilik algısı; kadının emzirip emzirmeyeceğini, emzirme için ne kadar çaba göstereceğini, emzirme konusunda düşünceleri ve emzirme döneminde duygusal açıdan karşılaşacağı engelleri aşabilmesini göstermektedir. Bu algı emziren kişinin emzirme hakkında hissettiği yeterliliklerdir. Emzirme özyeterliliği düşük olan kadınların bebeklerini önerilen süreden daha kısa süre emzirdiği, özyeterliliği yüksek olan kadınların ise emzirmeyi başlatma ve devam ettirme konusunda çok daha az problem yaşadıkları belirlenmiştir (8).

Bu çalışmanın amacı; doğum öncesi dönemde verilen eğitimin doğum kaygısı ve emzirme tutumu üzerine etkisini saptamaktır.

2. GENEL BİLGİLER

Kadınlar prenatal-natal-postnatal dönemlerde bazı fizyolojik ve psikolojik değişikliklerden geçerek çocuk sahibi olmaktadır.

Prenatal Dönem

Anne ve bebek sağlığı açısından sonuçların iyileştirilebilmesinde prenatal dönem önemlidir. Prenatal bakım gebelikten önce kadın ve partnerinin sağlıklarının izlenip geliştirilmesidir (9).

Natal Dönem

Gebelikte uterus hacminde artış, genital organların kanlanması artması, memelerde büyüme, kilo artışı, kan hacmi ve eritrosit sayısındaki artış, sık idrara çıkma, bulantı-kusma, yorgunluk, uykuya dalma problemleri gibi yakınmalar görülebilir (10,11).

Postnatal Dönem

Anne, bebek ve aile sağlığının korunması ve geliştirilmesinde önemli bir dönemdir. Bu dönem çok hızlı ve karmaşık bir yenilenme sürecidir. Psiko-sosyal problemlerin yaşandığı ve yaşantıdaki değişikliklere alışma konusunda annenin yoğun stres yaşadığı kriz dönemidir (12).

Embriyonun oluşması ve anne karnında olgunlaşması arasındaki süre gebelik süresini belirtir. Gebelik haftası gebeliğin süresini belirtmek için kullanılır ve son adet döngüsünün ilk gününden başlayarak hesaplanan güne kadar sürer. 38 ile 42 hafta arasında doğan gebelikler normal kabul edilir. 37 haftadan önce doğan bebekler prematüre veya preterm olarak kabul edilir (13).

2.1. Gebelikte fizyolojik değişimler

2.1.1 Genel Değişiklikler

Gebelikle birlikte anne adayında anatomik, fizyolojik ve psikolojik değişiklikler olur. Bunlar, annenin ve fetüsün sağlığını sürdürmek, metabolik ihtiyaçlarını karşılamak ve gebeyi normal doğuma hazırlamak amacıyla oluşur (14).

Gebelikte oluşan bu değişiklikler gebelerde bazı yakınmalara neden olabilir. Gebelikte oluşan yakınmaların birkısımının sebebi bilinmezken bazılarının hormonal değişikliklere ve uterusun büyümesine bağlı olarak oluştuğu belirtilmektedir. Bu değişiklikler gebeden gebeye farklılık gösterebilir (15,16).

Gebeliğe bağlı yakınmalar, gebelik dönemine göre farklılık göstermektedir. Birinci trimester alışma dönemidir. Gebe yeni durumuna uyum sağlamaya çalışır. Bu dönemde, dönemin sonuna doğru tamamen kaybolacak sıkıntılar ortaya çıkabilir (17). Bulantı-kusma, burun tıkanıklığı, pityalizm, sık idrara çıkma, epistaksis, normal vajinal akıntıda artma (lökore), dişeti kanaması, halsizlik ve memelerde hassasiyet gibi şikayetler yaşanabilmektedir.

İkinci trimester birinci trimestera göre daha dengeli bir dönemdir. Anne ve fetüs birbirine uyum sağlamıştır. Problemler nispeten azalmıştır. Düşük tehditi en aza inmiştir. Bu dönem gebeliğin en güzel dönemi olarak ifade edilir (17). Bu dönemde konstipasyon, normal vajinal akıntıda artma (lökore), baş ağrısı, hipotansiyon, çarpıntı, iştah artışı, reflü, karpal tunel sendromu, sırt ve bel ağrısı, stria ve kaşıntı gibi rahatsızlıklar yaşanabilmektedir (18).

Üçüncü trimester bitkinlik dönemi diye tanımlanabilir. Fetüsle birlikte büyüyen rahim hacmi nedeniyle yorgunluk ve varisler görülebilir. Pelvis bağları ve eklemlerinde olan değişiklikler ağrıya yol açabilir (18). Bu dönemde uykusuzluk, sık idrara çıkma, kas krampları, yorgunluk, hemoroid, alt ekstremitelerde ödem, dispne gibi şikayetler de ikinci trimesterdeki şikayetlere ek olarak yaşanmaktadır (19,20).

Gebelikte fizyolojik değişikliklere bağlı gelişen şikayetler hayati tehlike oluşturmadığı için minör rahatsızlıklar olarak değerlendirilmektedir. Özellikle

yorgunluk, bulantı-kusma, kişisel bakım, hareket etme gibi günlük faaliyetleri olumsuz yönde etkilemektedir (20,21).

Gebeliğin ilerleyen dönemlerinin en belirgin değişimi, fazlalaşan vücut kitesidir. Gebelikte artan besin ihtiyacını karşılamak için iştahta artış görülür. ‘‘Aşermek’’ adı verilen aşırı ve bazen anormal istekler (toprak yemek gibi) görülebilir. Tekil bir gebelikteki alınan ortalama 12 kilonun dağılımı, fazlalaşan meme dokusu, annedeki yağ depoları, artmış kan volümü ve toplam vücut volümü şeklindedir (22).

Gebelerde ortaya çıkan fizyolojik değişiklikler ve hormonal değişiklikler, duygu durum ve diğer psikiyatrik sendromların ortaya çıkmasındaki etkenlerden biridir. Kadın fiziksel olarak tekrar eski haline dönüp dönmeyeceği konusunda endişe taşıyabilir (23).

2.1.2. Üreme Sistemi

Hormon yapımı ve damarlanmadaki artış nedeni ile gebelikte üreme sisteminde bazı değişiklikler görülür (24,25). Damarlanmanın artışla vulva ve perineye esneklik kazandırır (26). Östrojen ve progesteron artışı nedeniyle memeler ve cinsel organlarda değişiklikler olur ve anne adayları cinsel ilişkiye hassas hale gelir (27).

2.1.3. Memeler

Erken gebelik döneminde memelerde hassasiyet ve ağrı hissedilir. Memelerdeki büyüme gebeliğin 2. ayından itibaren gözlenir. Memeler büyüdükçe deri incelenerek deri altındaki ince venler görünmeye başlar. Memelerdeki gelişme, ilk gebelik belirtilerindedir. Hormonların artışıyla memeler değişir ve büyür. İlk trimesterden sonra areolanın pigmentasyonu ve erektilesi artar. İkinci trimesterden itibaren memeleri sağımakla kolostrum gelmeye başlar (28,29).

2.1.4. Kas-İskelet Sistemi

Hormonal değişiklikler ve kilo alımı bir dizi kas-iskelet sistemi etkisiyle sonuçlanır. Lomber lordoz, boynun ön fleksiyonu ve omuzların aşığı doğru hareketi ile ağırlık merkezinin değişimini telafi etmek için artar (30). Gebelikte artan hormonlar kas-iskelet sisteminde gevşemeye neden olur. Pelvisteki gevşemeler doğum eyleminin başarı ile gerçekleşmesinde önemlidir (31).

2.1.5. Kardiyovasküler Değişiklikler

Gebelikte, büyüyen fetal plasental dolaşımın hemodinamik ve metabolik ihtiyaçlarını karşılamak için adapte olan benzersiz bir fizyolojik durum oluşur. Bu dönemde maternal kardiyovasküler sistem, artmış bir plazma hacmi, artmış kardiyak output ve azalmış sistemik vasküler dirençle sonuçlanan bir dizi değişikliğe uğrar. Bu değişiklikler oksijenli kanın periferik dokulara ve fetusa yeterli şekilde verilmesini sağlar (32).

Gebelik sırasında hormonal değişikliklerin etkisiyle hem plazma hacminde hem de kırmızı kan hücresi hacminde artış olur. Plazma hacmindeki artış gebeliğin fizyolojik anemisinin sebebidir. Anne kalp hızı sempatik tonusun ve vücut sıcaklığının artışına bağlı olarak artar. Anne kalp debisi normal bir gebelik sırasında% 30 ila% 50 oranında artar. Sistolik kan basıncı, doğumla birlikte normal seviyelere döner. Vasküler duvar östrojen ve prostaglandin'in bir sonucu olarak hamilelik sırasında zayıflar ve vasküler diseksiyon riski artar. Plasenta geliştikçe düşük dirençli bir dolaşım sağlar. Azalmış sistemik vasküler direnç normal gebeliğin bir parçasıdır. Ayrıca gebelikte; hiperventilasyon (dakikalık havalandırmanın artması sonucu),periferik ödem (hacim retansiyonu ve gebe rahim tarafından vena caval kompresyona bağlı olarak),baş dönmesi (azalmış sistemik vasküler direnç ve vena caval kompresyona bağlı),çarpıntılar (normal kalp hızından dakikada 10 ila 15 atım fazla olabilir) görülebilir (33).

Gebelikte normal kardiyak muayene bulguları; kan basıncı azalır ve atım sayısı artar, S3 sol ventrikülün hızlı dolması nedeniyle erken diyastolda yaygındır, atım hacminin artması nedeniyle fizyolojik bir pulmoner üfürüm yaygındır (33).

2.1.6. Solunum Sistemi

Gebelikte progesterondaki yükselme nedeniyle solunum sisteminde birtakım değişiklikler oluşmaktadır. Gebeliğin başlangıcından itibaren solunum hacmi artar. Bu dönemde solunum hızı değişim göstermemekle birlikte ventilasyon hızı %30-50 artmaktadır. Karın içi basınç artar ve diyafram yukarı doğru kayar. Bu da hem toplam akciğer kapasitesinin hem de fonksiyonel rezidüel kapasitenin azalmasına neden olmaktadır (34).

2.1.7. Boşaltım Sistemi

Gebelikte üriner sistemde de önemli değişiklikler olur. Gebelikte vücutta artan sıvı miktarı, kardiyak atım volümü ve azalan renal vasküler rezistans nedeniyle renal kan akımı ve glomerüler filtrasyon hızında artış görülmesinin yanında parankim hacmi de artar (35).

Renal plazma akımında ve glomerüler filtrasyon hızında artış olurken kreatinin klerensi 120-160 ml/dk'ya kadar çıkabilmektedir. Böbreklerden sodyum tutulumu gebelikte fizyolojik olarak artmaktadır. Bundan dolayı su retansiyonu ve ödem oluşumu görülür. Glukozüri, aminoasidüri ve <300mg/24 saatlik proteinüri gebelikte görülen bazı değişikliklerdir (36). Progesteron ve relaksin hormonlarının etkisiyle idrar toplayıcı kanalları genişlemektedir. Bu genişleme üriner sistemde kan dolaşımının yavaşlamasına sebep olarak gebelerin idrar yolu enfeksiyonlarına daha sık yakalanmasına sebep olmaktadır. Serum kreatinin konsantrasyonunun azalmasının nedeni gebeliğin 14. haftasından itibaren artan GFR ve renal kan akımıdır (37).

2.1.8. Gebelikte Cilt ve Pigment Değişiklikleri

Hiperpigmentasyon, artmış serum MSH, östrojen veya progesteron düzeylerine bağlı olarak görülür. Hamileliğin ilk trimesterinden başlar ve özellikle meme ucu, areola ve genital bölgelerdeki pigmentli bölgelerde görülür. Çiller, nevüsler ve yara izleri hamilelik sırasında büyür. Linea nigra, gebe kadınlarda karın üzerinde bulunan ve ikinci üç aylık dönemde fark edilen hiperpigmente bir çizgidir. Dikey çizgisi tipik olarak pubik kemikten göbek deliğine kadar uzanır, ancak göğsün sonuna kadar uzanabilir ve genellikle doğumdan sonra birkaç ay sonra ortadan kalkar (38).

Kloazma ya da melazma, hamilelik maskesi olarak da bilinir, hamilelikte kadınların% 45-75'inde görülür Düzensiz bir şekilde, yüzün merkez ya da malar bölgesi üzerinde, düzensiz kahverengimsi lekelerdir (39).

Stria gravidarum gebeliğin altıncı ve yedinci ayında kadınların% 90'ında gelişir ve genellikle batında, göğüsler ve uyluklar üzerinde kırmızımsı veya mavimsi çizgiler olarak görülür (40,41).

Geç hamilelik sırasında yüz, boyun, üst göğüste ve göğüslerin altında yumuşak doku fibromları (cilt etiketleri) oluşabilir. Bu fibromlar genellikle doğum sonrası dönemde kaybolur. Gebelikte görülen cilt değişiklikleri nedeniyle ortaya çıkan çatlakları önlemek için banyodan sonra deriye yağlı bir krem sürülmesi, esneklik sağlayacağından önerilmektedir (42).

2.1.9. Saç Değişiklikleri

Hamilelik sırasında hafif ila orta hirsutizm ve hipertrikoz görülür. Gebeliğin ikinci yarısında östrojen ve androjen stimülasyonuna bağlı anagen fazdaki kılların oranı artmaktadır. Doğumdan sonra anagen fazda hızla uzayan foliküller hızlı bir şekilde katagen, telogen faza geçer ve frontal ve temporal bölgelerde daha belirgin olarak saç dökülmesine neden olur (40). Saçın spontan iyileşmesi 3-12 ay içinde

gerçekleşir. Özellikle androjenik alopesi eğilimli kadınlarda nadiren erkek tipi kellik veya hipotansis görülür (38).

2.1.10. Tırnak Değişiklikleri

Gebelikte görülen tırnak değişiklikleri iyi huyludur (42). Bu değişiklikler transvers çizgilenme, lökonişi, kırılabilirlik, distal onikoliz ve şeytantırnağı (hangnail) olup etyolojisi belirlenememiştir (43).

2.1.11. Endokrin Sistem

Tiroid bezi, hem foliküler hiperplazi hem de vaskülaritenin artması nedeniyle genişler. Östrojenin neden olduğu tiroid bağlayıcı globülinin artması nedeniyle, toplam T3 ve T4 seviyeleri% 50 artar, ancak serbest T3 ve T4 seviyeleri değişmez. Tiroid uyarıcı hormon düzeyleri ilk trimesterde düşer, ancak hamileliğin geri kalanında normal aralıkta seyreder. Hem subklinik hipo hem de hipertiroidizm ortaya çıkar ve ters sonuçlarla ilişkili değildir (44,45).

Plasental laktojen, insüline karşı doku duyarlılığının azalmasına ve böylece hamilelik sırasında hamilelik öncesi duruma göre karbonhidrat bakımından zengin öğünlerden sonra daha yüksek kan şekeri seviyelerine neden olur. Gebe kadınlarda açlıkta hızla hipoglisemi ve ketoasidoz gelişir.

Plasental laktojen ve dopamin gebelikte hiperprolaktinemiye neden olur. Doğum sırasında ve doğumdan hemen sonra salınan hipofizdeki oksitosin depolarında% 30'luk bir artış vardır. Preterm doğum eylemini önlemek için hamilelik sırasında strese oksitosin cevabı azalır (46).

2.2. Gebelik Psikolojisi

Gebelik, fertilizasyon ve doğum eylemi arasındaki fizyolojik bir süreçtir (47,1). Bu süreç fizyolojik bir durum olmasına rağmen ciddi bir stres faktörüdür (48). Gebelik biyolojik, fizyolojik ve psikososyal değişimlerin yaşandığı bir dönemdir (49).

Kadınlar gebeliği bilinçli veya bilinçdışı etkiyle kadınlığını kanıtlamak olarak düşünür. Ancak bunlar bazen endişe ve kaygı yaratabilir. Gebelik, ambivalans ve çatışmanın eşlik edebildiği, normal gelişimsel bir deneyim olarak görülebilir (50).

Gebelik döneminde yaşanan depresyonun incelendiği bir çalışmada; depresyonda olmayan anne adaylarının %29,6'sının depresyonda olan anne adaylarının %58,8'inin gebelik döneminde stresli olduklarını ifade ettikleri belirtilmiştir (51).

Gebelikte her trimestere özgü psikolojik alışma süreci vardır. İlk trimester genellikle gebe olunduğu gerçeğine ve yeni duruma adaptasyonla ilgilidir. Bu gerçeğe geliştirilen tutumda kadının aile ve çalışma durumu, eşle ilişkisi, gebelik durumunun yaratacağı yeni zorluklar ve ihtiyaçlar etkilidir (52). Bebeğe bağlanma, uterusda başlar ve kadınların çoğunda ilk trimesterden itibaren bebeğin zihinsel bir resmi oluşur. Annelerin çoğu, fetusla emosyonel konuşurlar, bu konuşma erken anne-bebek bağlanmasını yansıtır (53). Gebeliğin başlangıcında bitkinlik, bulantı ve kusmaların çok olması, gebelik hakkında ambivalansı temsil eden psikolojik kökenli bir durumu düşündürebilir (50).

İlk gebeliği olan kadınların, birinci trimesterde %39,6'sının hislerinin karışık olduğunu belirttikleri yapılan araştırmalarda bildirilmektedir (54). Genel olarak olumsuz emosyonel durum, ilk trimesterden sonra görülmez (55). Fetusla olan biyolojik bağ ikinci trimesterde daha yoğun hissedilir. Üçüncü trimesterde ise doğum yaklaştıkça doğumla ve çocuğun sağlığıyla ilişkili endişeler ön plana çıkar (56).

Üçüncü trimesterde gebe zıt duyguları tekrar yaşamaya başlar; gebelikten nefret eder, doğumdan korkar fakat bebeği ister (56).

Son trimesterde, nullipar gebelerin %79,2'sinin bebeği ile ilgili hayaller kurduğu, %60,4'ünün doğumda bebeğinin ölmesinden korktuğu, %45,3'ünün doğumda ölmekten korktuğunu ifade ettikleri belirtilmiştir (54).

Gebeliğin artan sorumluluğu ve gebelikten kaynaklanan fiziksel rahatsızlık gebenin psikolojik olarak doğuma hazırlanması gerekliliğini ortaya çıkarmaktadır.

Aksi halde, gebede çaresizlik gibi duygular oluşabilir. Bu nedenle sağlık ekibinin gebeyi desteklemesi kadının kendine olan güvenini artırır (54).

2.2.1. Anksiyete

Anksiyete hoş olmayan özellikleri ile diğer duygulanım şekillerinden ayrılır. Bunaltı veya kaygı olarak da adlandırılır. Soluk alırken zorlanma, sık ve kesik nefes alma, ekstremitelerde titreme, terleme, kalp hızında artış gibi belirtilere ek olarak çok kötü bir şey olacaktıymış hissi, sıkıntı, heyecan anksiyetenin belirtilerinden sayılabilir. Anksiyete kaynağının bilinmemesiyle korkudan ayrılır. Anksiyete, bireyin yeni durumlara adaptasyonunu kolaylaştırarak ruhsal gelişiminin iyileşmesine etkili olabilir. Anksiyetenin adaptasyon konusunda yararlı işlevi yanında, engelleyici işlevi de olabilir (57).

Gebelikte yaşanan anksiyete uzun dönemde sağlık açısından istenmeyen sonuçlara neden olabilmektedir (58). Kaygı ve depresyon gibi duygusal problemlerin özellikle gebelik ve doğum komplikasyonlarını artırdığı, anne ve yenidoğan sağlığını olumsuz etkilediği bildirilmiştir (59-61).

Gebelik sürecinde anksiyete bozukluklarının ortaya çıkma riskini arttıran faktörler arasında kendi aileleriyle ilgili sıkıntılı anılar, eğitim düzeyinin düşük olması, evliliğinden dolayı mutsuz olma, çocuk için gerekli koşulların bulunmaması, perinatal stressörler, yaşam koşullarındaki değişiklikler sayılabilir (62).

Gebelikte anksiyete bozukluğu oranları son 30 yılda yapılan çalışmalarda değişiklikler göstermektedir ancak bildirilen oranlar genelde toplum oranlarından yüksektir. Depresyon ve anksiyete bozuklukları önceki düşüncelerin aksine, postpartum dönemde gebelik dönemine kıyasla daha az görünmektedir (63-65). Ülkemizde yapılan çalışmalarda gebelerde depresyon ve anksiyetenin yaklaşık %27 olduğu gözlenmektedir (66).

2.2.2. Gebelikte Korku ve Kaygı

2.2.2.1. Kaygı ve Korkunun Farkı

Korku ile kaygı üç farkla birbirlerinden ayrılır. Birincisi kaynaktır. Kaygının kaynağı belirsizdir, korkunun kaynağı bellidir. İkincisi süredir. Korku kısadır ancak kaygı uzun süre devam eder. Üçüncüsü şiddettir. Korku kaygıdan daha şiddetlidir. Kaygının ortaya çıkmasında alışlagelmiş ortamın ortadan kalkması, olumsuz durumların ortaya çıkaracağı sonuçlar, gelecekte nelerle karşılaşılacağı bilinmemesi ve kişinin inandığı bir fikre zıt davranışının ortaya çıkardığı çelişki etkilidir (67).

2.2.2.2. Kaygının Psikolojik Anlamı

Kaygı ilk olarak Freud tarafından tanımlanmıştır. Psikanalizm'de kaygı kavramı daha da genişletilmiştir. Herhangi bir tehlikeye tepki olarak oluşan tedirginlik ya da akıl dışı korku durumu kaygının tanımı olabilir. Korkunun bir olay ya da insan olsun nesnesi belli iken kaygının nesnesi belli değildir. Kaygılı birey kendini huzursuz hisseder ve endişe içinde bir şeyden korkuyormuş gibidir. Korku ve kaygı birbirine çok benzetilir. Korku kavramı kaygıdan farklıdır. "...düşmanı belli olduğundan yenmesi nispeten kolay olan korku duygusu, benliğimiz gelişip insan olmamızın sonucu olarak yerini düşmanı belli olmadığından yenmesi de zor olan kaygı duygusuna bırakır." (68).

2.2.2.3. Doğum Korkusu

Gebelik biyopsikososyal değişimlerin yaşandığı ve kadının yaşanan bu değişimlere uyum sağlayarak doğum eylemine ve ebeveynliğe hazırlandığı bir dönemdir (7,69). Sağlık bakım hizmetlerindeki gelişmelere paralel olarak, gebelik, doğum ve doğum sonu süreçler günümüzde nispeten daha az komplikasyonla sonuçlanmasına karşın, birçok kadın bu süreçlere ilişkin korku yaşamaktadır (70-72).

Kadının doğuma hazırlanmasında kabul edilebilir düzeydeki bir korkunun yardımcı olabileceği düşünülmektedir (73,74). Ancak doğum korkusu gebelikten önce oluşur ya da bu korku çok şiddetli boyutlara ulaşırsa tokofobi kavramı ortaya çıkar. Bu terim ilk kez Hofberg ve Brockington tarafından kullanılmıştır (73-75). Tokofobi gebeliğe özgü spesifik bir anksiyete çeşidi ve doğum sırasında ölme korkusu şeklinde tanımlanabilir. Tokofobi, günümüz literatüründe patolojik doğum korkusu şeklinde yer almaktadır. Tokofobi primer, sekonder ve prenatal depresyon belirtisi şeklindeki tokofobi olarak üçe ayrılır (76,77).

2.2.2.3.a. Primer Tokofobi: Gebe kalmadan önce ortaya çıkan doğum korkusudur. adölesan veya erken erişkinlik döneminde ortaya çıkabilir ve kadını gebelikten kaçındırarak kadar yoğun olabilir (73,74,76). Yada bu kadın gebe kalmasına rağmen doğum korkusu nedeniyle gebeliği sonlandırabilir ya da sezaryen talep edebilir. Bu kadınlar evlat edinmeyi ya da çocuksuz olarak kalmayı tercih edebilmektedir (74,75).

2.2.2.3.b. Sekonder Tokofobi: İkincil travmatik bir obstetrik olaydan sonra gelişir. Bu travmatik olay genellikle travmatik doğum eylemidir. Ancak bazen düşük yapma, normal doğum, ölü fetus ya da gebeliğin sonlandırılmasını takip eden dönemde kadın için travmatik olabilir (73,74,77).

2.2.2.3.c. Prenatal Depresyon Belirtisi Şeklindeki Tokofobi: Prenatal dönemde yaşanan depresyon, kendisini tokofobiyle birlikte gösterebilir. Bazı kadınlar doğum öncesi dönemde depresyon belirtisi olarak yoğun fobi nedeniyle doğumdan kaçınabilir. Bu grup tokofobide kadın, sürekli olarak bebeğini doğuramayacağını, doğurabilse bile bebeğinin öleceğini düşünür (73,76).

2.3. Gebelikte Beslenme

Beslenme, yaşam döngüsü için gerekli olan, sağlık ve gelişimi kapsayan temel bir unsurdur. Sağlığın iyi olabilmesi için, beslenmenin yeterli ve dengeli olması şarttır (78).

2015 yılı Beslenme Anketi'ne göre, 20'li yaşlarında kadınlar arasında zayıf olma sıklığı (VKİ <18,5 kg / m²) % 22,3'tür. Çocuk doğurma çağındaki kadınlar, daha düşük bir protein alımına sahip olma eğilimindedir (79).

Gebenin beslenmesi ile fetüsün sağlığı birbiri ile ilişkilidir. Anne adayının gebeliği süresince yeterli ve dengeli beslenmesi fetusun fiziksel ve zihinsel olarak büyümesi ve gelişmesini sağlar (80).

Gebelikte birçok besin maddesine olan ihtiyaç artmaktadır. Anne adayında ortaya çıkan yeme isteğinin nedeni bu ihtiyaçtır. Gebelikte, kilo artışı, kan ve interstisyel sıvı hacminin artmasına ,anne adayında yağ ve protein depolanmasına, fetus ve anne adayına ait organların büyümesine bağlı olarak gelişir (81).

Gebelikte ideal kilo alımı anne ve bebek açısından uyumlu miktarda olmalıdır. Gebelikte vücut kitle indeksine uygun kilo artışı önerilmektedir (82). Bu öneriye göre ilk trimesterden sonra gebelik öncesi vücut kitle indeksi normal olan bayanlar haftada 400gr , zayıf bayanlar 500 gr ve kilolu bayanlar için 300 gr alabilirler. Gebelik öncesi normal vücut kitle indeksine sahip olan bayanlar için önerilen ortalama ağırlık artışı 14,5 (11,5- 17) kg'dır. Çoğul gebeliklerde kiloartışı daha fazladır ve bu gebeler erken gebelik haftalarında daha çok kilo almaya meyillidirler (83). Fazla kilolu bayanlara 7 kg'dan daha fazla artış önerilmez (84).

En iyi maternal ve fetal sonuçlar açısından termdeki bebek ağırlığı 3,1-3,6 kg'dır. Annenin gebelikte aldığı kilo miktarı bebek kilosunu etkileyebilir. Annede olması gerekenden fazla kilo alımı makrozomik (doğum ağırlığı >4500 gr) bebek doğum riskini artırır ve bu da doğum sırasında travma ihtimalini artırarak yenidoğanda mortalite ve birtakım morbid sorunlara sebep olabilir. Gebe yetersiz kilo alırsa DDA (Düşük Doğum Ağırlıklı) bebek doğum riski artar (85,86). DDA'lı (doğum ağırlığı <2,5 kg) bebekte çeşitli sistemik hastalıklar, mortalite, büyüme ve kognitif fonksiyonlarda bozukluk görülebilir (85,87).

Term gebelikte toplam kazanılan kilonun yaklaşık %5'i plasenta, %6'sı amniotik sıvı %27'si fetüs kaynaklıdır. Geriye kalan artışı adipoz doku ,uterus, meme, ekstrasellüler sıvı , maternal kan hacmi gibi artışlar oluşturur.Ortalama 13 kg artışın olduğu bir gebede; doğumda ortalama 5500 gr , doğumdan sonraki 15 gün içinde 4000

gr , 15 gün - 6 ay arasında 2500 gr kilo kaybı olur ve ortalama 1400 gr kilo retansiyonu kalır (17).

Anne adayının yetersiz ve dengesiz beslenmesiyle bebekte prematüre doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlıklı bebek, erken postnatal dönemde ölüm ve konjenital malformasyonlar oluşabilir (88).

Kilo artışından dolayı dış görünüşün değişmesine bağlı yaşanan stres, gebede yetersizlik algısı oluşturarak çeşitli duygusal problemlerin yaşanmasına sebep olmaktadır. Kendini yetersiz hissetme duygusu, gebenin beden algısını olumsuz yönde algılamasına sebep olabilmektedir. Özellikle son trimester gebeler vücudunda olan değişiklikleri anlamlandırmaya çalışmaktadır (89,90).

2.4. Gebelikte Alkol Kullanımı

Alkolün fetusa olan etkisi, teratojeniteye yol açma mekanizması ,patofizyolojisi tam olarak bilinmese de alkolün kendisinin veya metabolitinin fetusu etkilediği kabul edilmektedir. Alkol protein sentezini azaltarak fetusun büyüme ve gelişmesini etkiler (91).

Alkol kullanan gebelerde düşük ve fetal ölüm ihtimali artmakla birlikte alkol bebekte ortaya çıkabilecek zihinsel geriliğin sık görülen bir nedenidir. Anne, gebelikte günde 4 içki tüketirse fetal alkol sendromu riski % 20, 8 içkide % 50'dir (92,93).

Fetal alkol sendromu (FAS) gebelikte kronik alkol kullanımına bağlı görülen anomalileri kapsamaktadır. Bu sendromda üç gruptaki belirtilerin her birinden, bir veya birden fazla öge içermelidir. 1-İntrauterin ve/veya postnatal gelişme geriliği 2-Kranyofasyal anomaliler 3-MSS fonksiyon bozuklukları (91).

FAS'da sekonder görme-ışitme ve konuşma bozuklukları,VSD, ASD, hareket sistemi anomalileri, ürolojik anomaliler, hidrosefali, yarı damak dudağa rastlanabilir (94).

2.6. Gebelikte İlaç Kullanımı

Gebelikte ilaç kullanımı hem annenin, hem de fetüsün sağlığını yakından ilgilendirir. Birçok ilacın potansiyel teratojenik etkisi henüz bilinmediğinden ilaç kullanımına dikkat etmek gerekir (95).

İlaçlar fetüs üzerine bilinen veya şüphelenilen yan etkileri konusunda sınıflandırılmıştır. Bu sınıflamalar ilaçları belirli risklere göre değerlendirmektedir. Bu sınıflamalardan en iyi bilineni Amerikan İlaç ve Gıda Dairesi (FDA) sınıflamasıdır. Ülkemizde kullanılan bu sınıflamadır. FDA sınıflaması A,B,C,D ve X kategorilerinden oluşmaktadır. A kategorisindeki ilaçların insanlar üzerine teratojenik etkisi yoktur. D ve X kategorisindeki ilaçların yüksek olasılıkla teratojenite riski taşıdığı bilinmektedir (96).

Bazı durumlarda gebelik sırasında ilaç kullanımı zorunludur. Örneğin diyabet, inflamatuvar barsak hastalığı, astım, epilepsi gibi kronik hastalığı olan gebeler gebelik öncesindeki tedavilerine, gebelikleri sırasında da devam etmek zorunda kalabilirler. Bu gibi durumlarda ilaçların verebileceği zarar ile anneye sağlayacağı yararı karşılaştırmak gerekir (97,98).

Kadınların çoğunun gebelikleri boyunca vitamin gibi takviye ilaçları dışında en az bir ilaç kullandığı birçok çalışmada bildirilmektedir (99).

2.7. Gebelikte Egzersiz

Gebelikte egzersiz dolaşım ve sindirim işlevlerini düzenler. Annenin kilo kontrolünü sağlamasına yardımcı olur. Ayrıca egzersizin doğum sonrası iyileşmeyi hızlandırması ve doğum için gereken kas aktivitesinin desteklenmesi gibi yararlarının olduğu bilinmektedir (100).

Ayrıca ayakların şişmesini, sırt ağrılarını, varis sorunlarını, hemoroid sıkıntılarını engelleyebileceği belirtilmektedir. Fonksiyonel tedavide özellikle sistemli olarak uygulanan gebelik ve doğum sonrası egzersizlerin önemli rolü vardır (101).

Gebelikte düzenli fiziksel aktivite yaşam kalitesini iyileştirir ve fiziksel ve mental sağlığı destekler (102).Gebelikte fiziksel aktivite ile psikolojik iyi oluş arasındaki ilişkiler bazı çalışmalarda incelenmiştir ve obez gebelerde depresif duygudurumun daha az fiziksel aktivite ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (103).

Sağlıklı gebe ve loğusa kadınlar için, kılavuzlar haftada en az 150 dakika orta şiddette aerobik aktivite (yani hareketli yürüyüşe eşdeğer) tavsiye etmektedir. Bu aktivite hafta boyunca yayılmalı ve tıbbi olarak belirtildiği şekilde ayarlanmalıdır (104). Üst düzey bir güvenli egzersiz yoğunluğu bulunmamasına rağmen, hamilelikten önce düzenli egzersiz yapan ve komplike olmayan, sağlıklı hamileliği olan kadınlar, olumsuz etkisi olmayan koşu ve aerobik gibi yüksek yoğunluklu egzersiz programlarına katılabilmelidir. 45 dakikadan uzun süren yüksek yoğunluklu veya uzun süreli egzersiz hipoglisemiye neden olabilir; bu nedenle, bu riski en aza indirmek için egzersizden önce veya egzersiz seansını sınırlamak için yeterli kalori alımı esastır (105).

2.8. Gebelikte Giyim

Gebelerin bu dönemde değişen vücut yapısına uygun kıyafetlerin kullanmasının anne ve bebek sağlığı üzerinde olumlu etkisi vardır (106).

İlk trimesterde genellikle hamile kadınların sabah bulantısı nedeniyle kilo aldıkları görülmemektedir. Bu dönemde farklı bir kıyafet önerisi olmamakla birlikte sonraki aylarda vücuttaki fiziksel değişiklikler artmaktadır. Artık değişen bu vücut yapısına uygun giysilerin giyilmesi gerekmektedir. Ayrıca kişinin kendisini her açıdan daha iyi hissetmesi açısından gebelik sırasında iyi görünmek önemlidir (107).

2.9. Gebelikte Hijyen

Gebelikte banyo yapılması ile ilgili herhangi bir engel yoktur. Fakat gebeliğin son dönemlerinde rahmin ağırlaşması anne adayının dengesini kaybederek düşme riskini arttıracacağı için dikkatli olunmalıdır. Suyun ısısının ılık olarak ayarlanması

gereklidir. Vajinanın normal savunma mekanizmasını bozduğu için vaginal duştan kaçınılmalıdır (21).

2.10. Gebelikte Seyahat

Gebelikte seyahat oranında son yıllarda artış olmuştur. Gebelikte seyahat düşük riskli gebeler için güvenlidir, fakat gebeler seyahat sırasındaki riskler konusunda bilinçli değildirler. Seyahatin ilk trimesterde güvenli olduğu düşünülmesine rağmen bazı gebeler için halsizlik ve bulantı nedeniyle rahatsız edici olabilir. Bunun yanında, düşük veya ektopik gebeliğe bağlı hayatı tehdit edebilecek kanama riski bu trimesterde vardır. Bu risklerin azaltılması amacıyla kadınlara, seyahat öncesi ayrıntılı bir ultrasonografik incelemeden geçmeleri intrauterin canlı gebeliğin doğrulanması için önerilmektedir. Gebelik için en uygun seyahat zamanı, risklerin az olması ve gebenin kendini iyi hissetmesi nedeniyle ikinci trimesterdir (108). Üçüncü trimesterde uzun süre oturma ve aynı pozisyonda kalma rahatsızlık verir, yürüyüş ve diğer aktivitelere karşı tolerans azalır. Aynı zamanda erken membran rüptürü, antepartum hemoraji, preeklampsi gibi fetal ve maternal komplikasyonlar bu trimesterde sık görülür (108,109).

Seyahat öncesi gebe yolcuların değerlendirilirken Hepatit A ve B, rubella, suçiçeği, kızamık, boğmaca açısından bağışıklığı kontrol edilmeli, tetanoz-difteri-boğmaca, influenza, hepatit A ve B gibi aşılardan gözden geçirilmeli, seyahat edilecek bölgenin risk değerlendirilmesi yapılmalı, maternal, fetal anomali veya ölüm açısından yüksek risk taşıyan ve aşısı mevcut olmayan hastalık salgını olan bölgelere seyahatlerde gerekli korunma önlemleri tanımlanmalı (Hepatit E, Zika virüs enfeksiyonu, toksoplazmoz, listeriyoz, influenza, SARS, MERS), seksüel geçişli hastalıklar konusunda gebe bilgilendirilmeli, gıda ve su önlemleri anlatılmalı, böcek/sivrisinek maruziyeti açısından riskler anlatılmalı (Sıtma, Dengue, sarı humma, Zika virüs enfeksiyonu, Japon ensefaliti), çevresel açıdan sıcaklık, nem, yükseklik, çevre kirliliğine dikkat edilmelidir (109,110).

2.11. Gebelikte Cinsellik

Gebelik döneminde cinsel yaşamı belirleyen araştırmalar incelendiğinde; artan gebelik yaşına bağlı olarak özellikle cinsel ilişki sıklığı ve libidoda azalma gözlenmiştir (111). Gebedeki yüksek seviyedeki hormonlar gebenin yumuşak ve düzgün bir cilde ve parlak saçlara sahip olmasına, kadının emosyonel olarak daha iyi hissetmesine neden olur. Hormonların memeler ve cinsel organlardaki etkisi ise cinsel ilişkiye daha hassas hale getirmektedir (112,113).

Embriyoya zarar verme korkusu veya cinsel temas sonucu düşük yapma korkusuyla gebeliğin ilk trimesterinde cinsellikte azalma görülür. Bu tipik olarak nullipar kadınlarda görülür, multiparlarda genellikle görülmez. İkinci trimesterde gebeliğe alışılmasıyla şikâyetler azalır, bu dönemde meydana gelen fizyolojik ve hormonal değişikliklerle ilgili olarak doğumların sayısına bakılmaksızın kadınların çoğunda cinsel içerikli rüyalar artar (114).

Üçüncü trimesterde ise gebeliğin ilerlemesinden dolayı cinsel fonksiyonlarda gerileme görülür. Kadınlarda, libido eksikliği, , kendini cinsel yönden zayıf görme, fetüse zarar verme korkusu, yorgunluk, memede hassasiyet, ağrılı koitus gibi sebeplerle cinsel ilişkiden uzaklaşma vardır. Üçüncü trimesterde erkeklerin de cinsel ilişkiden uzak kalmayı tercih etmelerinin nedeni anneye ve fetüse zarar verme endişesidir (115,116).

2.12. Doğum Eylemi

Doğum eylemi; rahatsız edici- sancılı uterus kasılmalarının efasmana (serviksin incelmesi) ve dilatasyona (genişlemesine) yol açtığı, düzenli gelip giden fizyolojik bir süreçtir. Son menstrüel periyottan 40 hafta ya da 280 gün sonra doğum eylemi gerçekteşir. Doğum spontan olarak gerçekteşeceği gibi sezaryen, vakum, forseps ile müdahale edilerek de gerçekteşebilir (117).

Uterusun ve serviksin doğuma hazırlanışı ile başlayıp, uterusun düzenli aralıklarla kasılmalarıyla devam eden doğum eylemi,, fetus ve plasentanın dışarı

atılmasından bir saat sonra son bulan bir süreçtir. Normal doğum eyleminde termde, canlı ve tek fetüs vardır. Uterus kasılmaları kendiliğinden başlar ve kontraksiyonların süresi, sıklığı ve şiddeti doğum eylemi ilerledikçe artar (118).

Gebelik boyunca uyarılara yanıtı olmayan miyometriyum 36-38. haftadan itibaren uyarılara yanıt vermeye başlar. Bu yanıt son derece uyumludur. Uterustaki kasılmalar serviksi açarak fetusun doğum kanalına zarar vermeden aşağı inmesini sağlar. Bunun için önce serviks olgunlaşır, yumuşar ve silinir. Miyometriuma ait hücreler sitoplazmik kalsiyum konsantrasyonunu düzenleme yeteneğini kazanır, daha sonra miyometrial hücrelerin kalsiyuma yanıtı oluşur ve hücreler arası iletişim yeteneği kurulur. Bu hazırlıklardan sonra travay başlar. Doğumdan hemen sonra ise miyometriyum kontraksiyon ve retraksiyon fazına girer. Bunun nedeni uterustaki büyük damarların kas lifleri arasında sıkışarak anne hayatını tehdit edecek boyutta kanama olmasını engellemektir (119,120).

Gebenin doğum eylemine psikolojik adaptasyonunda ise gebe eylemin başında hafif heyecanlı ve daha kooperedir. Hafif korku ve kaygı vardır. Aktif doğum eylemi başlayınca enerjisini ve tüm konsantrasyonunu ağrı ile baş etmek için kullanır. Eğer gebe doğum öncesi eğitim almadıysa bu kontraksiyonlar sırasında ağlar, çığlık atar ve kontrolünü kaybedebilir. Bu durum istemli kasılma ve iskelet kasında kontraksiyonlara neden olup, doğum eylemini daha ağırlı hale getirerek fetusun pelviste ilerlemesini engel olur. Bu esnada gebeye her türlü psikolojik destek sağlanmalı ve cesaretlendirilmelidir (118).

Normal vajinal doğum; anne-bebek ilişkisinin erken dönemde başlatılabilmesi, doğumdan sonra toparlanmanın hızlı olması, anesteziye maruz kalınmaması, yenidoğanda respiratuar problemlerin daha az görülmesi sebebiyle önerilmektedir (121).

2.12.1. Doğum Ağrısı ve Doğumun Evreleri

Uterus ve perinedeki nosiseptörler doğum ağrısının sebebidir. Serviks, uterus, pelvis ve perineden ağrılı uyarı alan sinirler aracılığıyla hissedilir. Bu ağrı ilaçla veya ilaçsız geçirilmediğinde komşu bölgeler de aktive olur ve ağrı yayılır.

Evre I

Rahimdeki gerçek kasılmaların başlamasıyla rahim ağzında silinme ve dilatasyonun tamamlanmasına kadar geçen süredir. Bu evre latent faz ve aktif faz olarak ikiye ayrılır. Latent faz, progresif servikal silinme ve minör dilatasyonla (2-4 cm) karakterizeyken; aktif fazda kontraksiyon sıklığı artar ve 10 cm'e kadar ilerleyen servikal dilatasyon oluşur. Bu evre ilk gebeliği olan kadınlarda 8-12 saate kadar sürerken, ilerleyen gebelik sayısında 5-8 saat sürer (119,120,122).

Evre II

Tam servikal dilatasyonla başlayıp fetüsün doğumu ile tamamlanır. Nulliparlarda 30 dk-2 saat'e kadar sürerken multiparlarda 5-20 dk. sürmektedir. Pelvis ve perinede fetusun ilerlemesi ile ağrı hissedilir (120).

Evre III

Bebeğin doğumundan plasentanın çıkışına kadar geçen süreyi kapsar. 15-30 dk. sürer (120).

2.12.1.1. Doğum Ağrısının Fizyolojik Etkileri

2.12.1.1.a. Ventilasyon Değişiklikleri

Doğumdaki ağrı, güçlü bir solunumsal uyandır. Bundan dolayı tidal volüm ve dakikalık ventilasyon sayısında artış görülür. PaCO₂ düşebilir (120,122,123). Respiratuar alkalozla birlikte beyin ve uterusu giden kan akımı azalır. Gevşeme fazının başlaması ile birlikte ağrı azaldığı için solunum uyarılmaz. Hipokapni geçici bir hipoventilasyon perioduna neden olur (120).

2.12.1.1.b. Nöroendokrin Etkileri

Ağrılı uyarıların neden olduğu katekolamin düzeyindeki artış uterus kan akımını azaltır. Doğum sırasında, ağrı ve anksiyetenin; kortikosteroid, noradrenalin, adrenalin, kortizol ve ACTH düzeylerinde önemli artışlara neden olduğu gösterilmiştir (120).

2.12.1.1.c. Kardiovasküler Etkiler

Sistolik ve diastolik basınçlarda uterus kontraksiyonları, analjezi yokluğunda, 20-30 mmHg'lik artışlara yol açar. Doğum sırasında kardiyak debi artar. Kardiyak debide ağrılı uterus kontraksiyonları sırasında daha da fazla bir artış olabilir. Kontraksiyonlar sırasındaki artışın yaklaşık % 50'si, uterusun kanamasına ve alt ekstremitelerin anne dolaşımına venöz dönüşün artmasına bağlıdır. Kalanı ise doğumun ilerlemesiyle kalp debisini daha çok artıran anksiyete, ağrı, korku ve doğumun fiziksel eforundan kaynaklanan sempatik aktivite artışına bağlıdır. Sol ventrikülün işini kalp debisi ve sistolik kan basıncındaki artışlar artırır (120).

2.12.1.1.d. Metabolik Etkiler

Gebelikte ve doğumda metabolik hız ve oksijen tüketimi artar. Doğumda serbest yağ asitleri ve laktat düzeyi, ağrının oluşturduğu serbest katekolamin ve sempatik sistem sayesinde olan lipolitik metabolizma ile artar. Doğumun ikinci evresinde analjezi yetersiz olursa annede asidoz görülebilir. Bunun nedeni yineleyen ıkınma sırasında harcanması gereken çaba ve maternal ağrıdır (124).

2.12.1.1.e. Gastrointestinal ve Üriner Fonksiyonlar

Ağrı, gastrik asit salgılanmasını artırır. Anksiyete, ağrı ve stres, gastrik fonksiyon ve mesane fonksiyonunu geciktirirler. Ağrı, su dışında sıvı yiyeceklerin de 36 saatten fazla midede kalmasına neden olabilir (120).

2.12.1.1.f. Psikolojik Etkiler

Gerilim, korku ve ağrı, uterus aktivitesini azaltıp doğum süresini uzatabilmektedir. Şiddetli ağrı gebenin bebeği ve eşi ile ilişkilerini etkileyebilir (120).

2.13. Normal Vajinal Doğum

Normal vajinal doğum mümkün olduğunca müdahale edilmeden yapılan doğumlardır. Aktive olan tüm hormonlar, anne ve bebeği doğuma hazırlamaktadır. Normal doğumda sağlık profesyonellerinin müdahalede bulunmasına ihtiyaç yoktur. Gebelik ve doğum eylemi fizyolojik bir durumdur ve vücudun normal bir fonksiyonudur. Doğumun işleyişi ve hormonların salınımı üzerine gereksiz yere yapılan her türlü müdahalenin negatif etkileri vardır. Bu hormonların salgılanması doğal doğumu üstün kılan etkidir. Oksitosin ve endorfin bu hormonlar içinde en önemli olanlarıdır. Oksitosin uterusu kasılma oluşturarak doğumun ilerlemesinden sorumludur. Doğumda gittikçe artarak salgılanır, doğum anında ve doğum sonrasında en yüksek seviyelerine ulaşır. Endorfin hormonu ise bedenin salgıladığı doğal bir ağrı kesicidir. Oksitosin seviyesi yükselip, kasılmalar sıklaştıkça, beden endorfin salgısını arttırarak yanıt verir. Oksitosin ve endorfin etkisi doğum anında anne ve bebeği etkilemektedir. Her bir kontraksiyon travaydaki gebe için rehber olur. Bebeğin doğum kanalına inmesini ve yerleşmesini artan şiddetteki kontraksiyonlara gebenin yanıt olarak seçtiği aktiviteler ve pozisyonlar gerçekleştirir. Endorfinler doğum ilerledikçe ve ağrı arttıkça, artan miktarlarda salgılanır. Böylece kadın daha az ağrı hisseder. Yükselen endorfin düzeyi gerçekte doğumu gerçekleştirmek için kadınlara yardım eden düş-gibi bir durum yaratır. Kadın içinde bulunduğu durumu dış dünyadan daha fazla önemsemeye başlar. Kadınlar kendi içgüdüleri ile travay ağrısının artması ve travayın ilerlemesi gibi olaylara daha fazla odaklanarak, bu eylemi sonlandırabilir (125,126).

2.14. Müdahaleli Vajinal Doğum

Müdahaleli vajinal doğum; doğum eylemini güvenli bir şekilde gerçekleştirmek veya hızlandırmak için maternal ve fetal endikasyonlar varlığında kullanılan bir yöntemdir. Tıbbi endikasyonlar, gebenin yorulması yada doğumun ikinci evresinin uzaması, fetüsün ilerleyişinin durması ve yine doğumun ikinci evresinde fetal kalp atımlarının bozulduğu durumlarda uygulanır. Doğumlarda travay süresinin kısaltılması ve doğum sırasında gelişebilecek komplikasyonları azaltmak veya tamamen engellemeye yönelik olarak sıkıntı bulgusu gösteren fetüslerde de yardımcıdır. Müdahaleli vajinal doğum doğum eyleminin sezaryene oranla komplikasyonsuz ve daha çabuk bir şekilde tamamlanmasına da sıklıkla olanak sağlar (127).

Müdahaleli vajinal doğum; vakum ekstraksiyonu, forseps uygulaması, epizyotomi uygulaması ve alternatif olarak sezaryendir (128).

Forseps; sağ ve sol kaşıklardan oluşan ve birbirine kilitlenerek fetusun başını tutan fetusun ve pelvisin anatomik yapısına uygun metal alettir. Vakum ekstraktör; negatif basınç oluşturan vakum menbe emici çan (silastik, plastik veya metal) ve onları birbirlerine birleştiren tüp ile zincirden oluşan bir alettir (129).

Epizyotomi uygulaması; bebek başı doğarken istenmedik yırtıkları önlemek ve perinenin tonusünü korumak amacı ile perinede bulbo kavernos kasına yapılan insizyondur (130).

Sezaryen doğum; abdomen ön duvarı ve uterusu yapılan kesi ile abdominal yoldan 500 gram ve üzerindeki fetüslerin doğmasıdır. Vajinal doğuma göre daha yüksek risk içeren cerrahi bir girişimdir (131).

2.15. Emzirme

Ülkemizde emzirme yaygın bir davranıştır. Ancak bebeklerin ilk altı ay sadece anne sütü ile beslenme oranları düşük bulunmaktadır. Doğum sonrası ilk iki ayda yalnız anne sütü ile beslenen bebeklerin oranı %58 iken, Türkiye genelinde 4-6 ay

süre ile sadece anne sütü ile besleme oranının %10'a kadar gerilediği görülmüştür (131). Bazı araştırmalar bebeklerin mama ve diğer sıvı gıdalara erken dönemde başladıklarını ve biberon kullanımının yaygınlaştığını göstermiştir (131,132).

Anne sütünün yararları ve önemi nedeniyle Amerikan Pediatri Akademisi (2005), Kanada Pediatri Derneği (2005) ve DSÖ (2001) bebeğin hiçbir ek gıda verilmeden 6 ay sadece anne sütü ile beslenmesini, 6. aydan itibaren 2 yıla kadar ise ek gıdalarla birlikte anne sütü verilmesini önermektedir (133).

Literatürde bebeklerin sadece anne sütü ile beslenmesi, vitamin, ilaç tedavisi gibi ürünlerin haricinde herhangi ek bir ürün almaması “tam emzirme” olarak ifade edilmektedir (134,135). 4 aydan küçük bebeklerde yapılan bir çalışmada tek başına anne sütü ile beslenmenin %33 iken 4-6. aylık bebeklerde %3,7 oranına gerilediği saptanmıştır (136). Başka bir çalışmada annelerin %43'ünün sütünün yetersiz olduğunu düşündüğü, %33'ünün bebeğin gece uyuması için ek mama verilmesi gerektiğini düşündüğü, %59'unun bebeğin her ağlamasını açlık olarak algıladığı için ek besin verdiklerini belirtmişlerdir (137).

Anne sütü gerek nitelik ve gerekse de nicelik açısından altı aydan sonra yeterli olmamaktadır. Bu nedenle ek gıdalara da başlanmalıdır (138). Ülkemizde yapılan iki farklı çalışma sonucunda bebeklerin 6.ayından önce ek gıda alma oranlarının önceki yıllarda daha düşük olduğu bulunmuştur (131,132).

Son yıllarda tek başına anne sütü ile beslenen bebeklerin oranının yükselmesine rağmen sonuç Dünya'da ve Türkiye'de hala istenilen düzeyde değildir. Emzirmeyi destekleyen çok sayıda programa rağmen; emzirme süresinin yetersiz olması, ek gıdaya erken başlanması uygulamalarının yaygınlığı, bebek sağlığını olumsuz etkileyebilir (139).

2.15.1. Meme Dokusunun Yapısı

Memeler, ikinci- altıncı kostalar seviyesinde iki yarımküre şeklinde yer alan, sekreter özelliği olan organlardır. Fonksiyonel kısımları olan alveoller, kanallar

ile bunların destek dokusu olgun meme dokusunu oluşturur (140). Her memede 15-20 adet lob vardır. Loblar da içerisinde kesecikler bulunan lobüllerden oluşmaktadır (141).

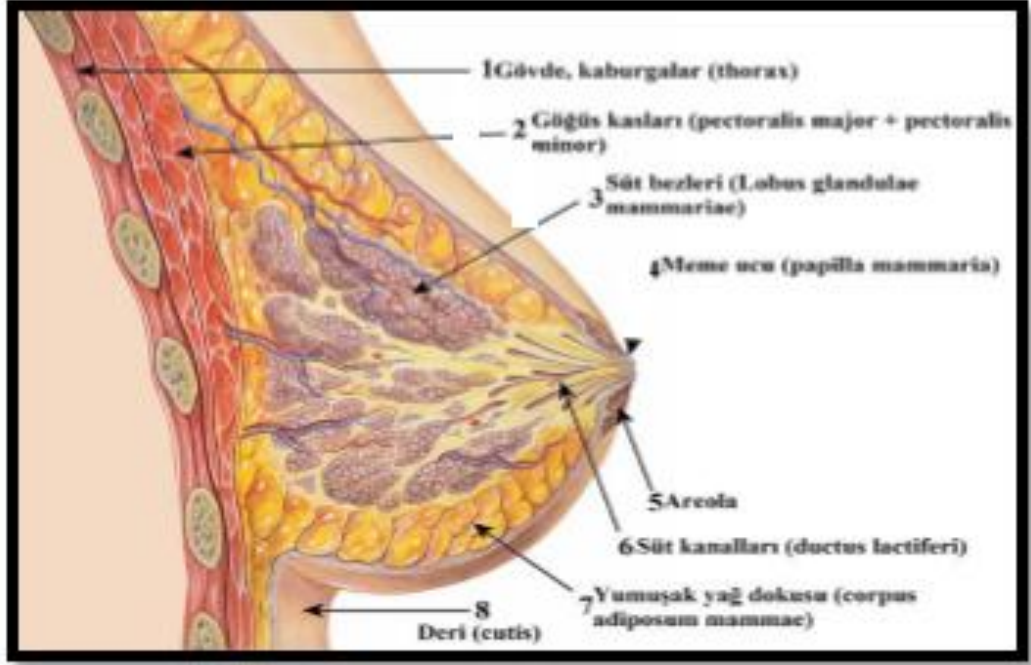
Meme ucu ve areola memenin dıştan görünen kısmında bulunmaktadır. Areola memenin kahverengi kısmına verilen isimdir. Montgomeri tüberküleri areolanın üzerinde bulunan özel bir yağlı sıvı salgılayarak göğüs uçlarının nemlenmesini sağlayan, koku salgılayan küçük kabarcıklardır. Meme ucunda birçok sinir ucu da vardır (141) (Şekil 1).

Yenidoğan doğumdan hemen sonra annenin areolasının üzerindeki montgomeri tüberküllerinden salgılanan özel koku sayesinde yönünü bulur ve böylece emzirmeyi başlatır. Bu yüzden doğumdan sonra annenin memesinin temizlenmeden emzirmenin başlatılması önemlidir (142).

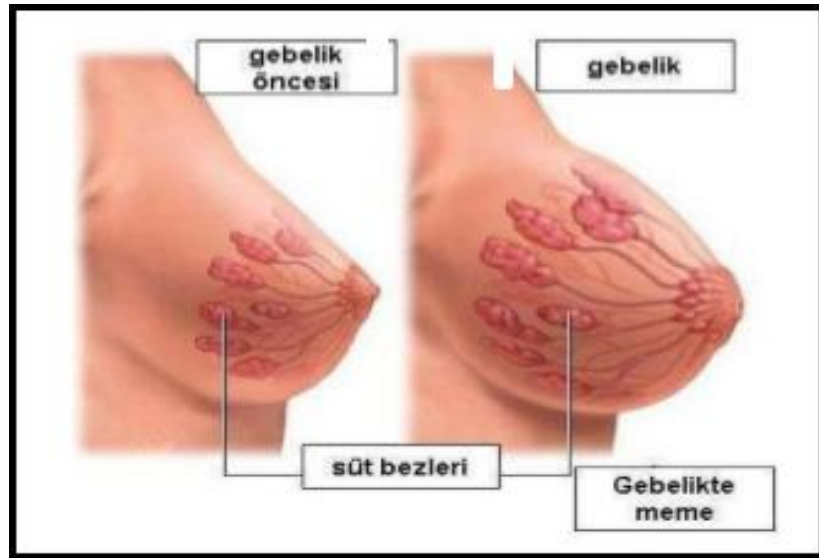
Memenin fiziksel ve anatomik yapısını, kadının yaşamı boyunca oluşan hormonal düzeydeki değişiklikler etkiler. Memenin mikroskopik yapısında değişiklikler menstrüel siklus, gebelik, laktasyon nedeniyle oluşan fizyolojik olaylardır. Hipotalamus, önhipofiz ve overlerden salgılanan hormonlar memenin büyüme ve gelişmesini stimüle eder. Kızlarda puberte 10-12 yaşlarında başlamaktadır ve erken puberte döneminde östrojen salgılanmaya başlar. Hipotalamus ile hipofiz arasındaki portal venöz sistem aracılığıyla hipotalamustan salgılanan hipotalamik gonadotropin-releasing hormonlar (GnRH) hipofize gelir, ön hipofizden folikül stimülan hormon (FSH) ve luteinizan hormon (LH) salgılanır. FSH graff folikülün içinde yeni oluşmaya başlayan over foliküllerinin olgunlaşmasını sağlar ve buradan salgılanan östrojenlerin etkisiyle genital organlar ve meme büyümeye başlar (143,144).

Gebelik sırasındaki yüksek östrojen düzeylerine bağlı olarak memelerin her birinde 400 gr. ağırlık artışı olur. Böylece meme dokusu süt üretimine hazır hale gelir (145,146). Gebelikte salgılanan hormonların etkisi ile memeler büyür, gelişir ve süt bezleri de laktasyona hazırlanır. Memelere olan kan akımı doğuma yakın yaklaşık iki katına çıkar (140). Dolayısıyla büyüyen ve hassaslaşan meme üzerinde yer alan yüzeysel venler genişlemiş olarak görülürler. Meme başı dikleşir, areola ve meme

ucunun rengi koyulaşır.(Şekil 2). Büyüme hormonu, adrenal glukokortikoidler, prolaktin ve insülin kanal sisteminin büyümesinde etkili hormonlardır (146).



Şekil 1. Memenin Anatomik Yapısı



Şekil 2. Gebelikte Memenin Gelişimi

2.15.2. Laktasyon

Laktasyon, anne sütünün yapılması sürecine verilen isimdir (147). Laktasyon dönemi bebeğin emmesi ile büyüme gelişmesinin sağlandığı, anne bebek arasında etkileşimin kurulduğu ve annenin meme dokusunda bazı fizyolojik değişikliklerin oluştuğu ve bir dönemdir (140). Anatomive fizyoloji laktasyon sürecinde tüm kadınların biyolojik sisteminde iş birliği içinde çalışmaktadır (148).

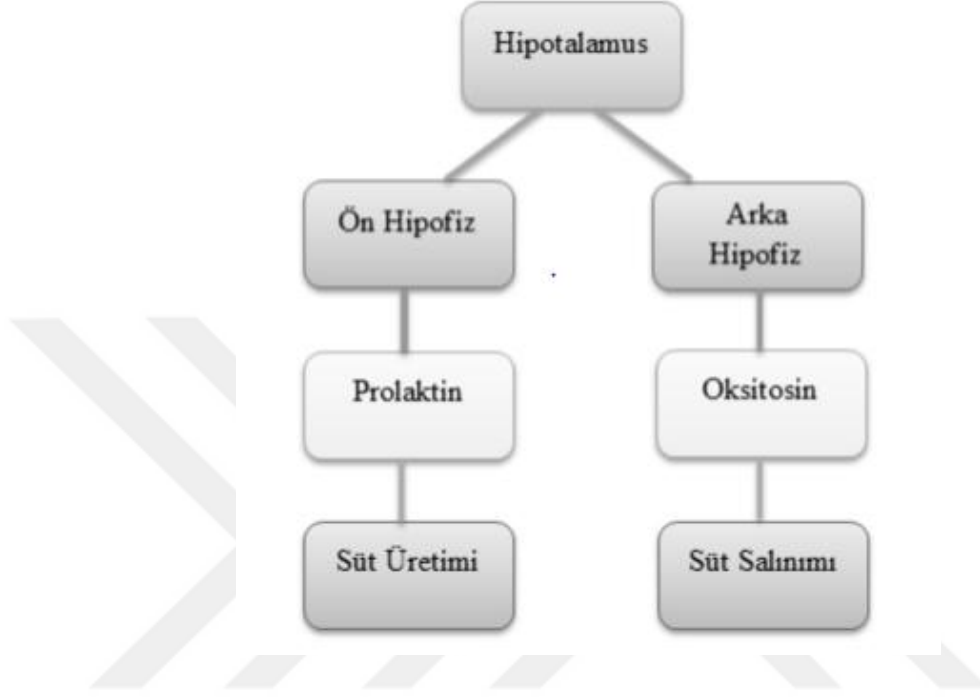
Laktogenez 3 fazda gerçekleşen süt üretiminin başlangıcıdır. İlk iki faz nöroendokrin ve hormonal sistem tarafından yürütülür (sinir sistemi ve endokrin sistem arasındaki etkileşim) ve annenin isteğinden bağımsız olarak süt üretimi gerçekleşir. Üçüncü faz ise süt üreten hücrenin kendi kendini uyarmasıyla (otokrin etki) gerçekleşir (149).

Laktogenez I, laktositler tarafından kolostrumun üretildiği 16.gebelik haftasında nöroendokrin sistem kontrolünde meydana gelir. , HPL (human plasental laktojen) ve prolaktin inhibe eden faktör (PIF) ile olduğu gibi östrojen ve progesteronun artmış seviyeleri ile prolaktin hormonu gebelik boyunca salgılanmasına rağmen inhibe edilir ve bu yüzden süt üretimi baskılanmış olur. Fakat bazı annelerde 36. haftadan itibaren kolostrum üretimi gerçekleşip sızıntısı görülebilir (150). Laktogenez 1 gebeliğin ikinci yarısında postnatal 2-3.güne kadar devam eder (151).

Laktogenez II, plasenta ve membranların atılmasıyla oluşur ve süt üretiminin başlangıcıdır. Progesteron, östrojen, PIF ve HPL seviyeleri laktogenez II'nin başlamasıyla hızlı bir şekilde düşer. Prolaktin düzeyi artarak ve laktosit membranındaki prolaktin reseptörleriyle bağlanır ve süt sentezi başlar (152). Laktogenez 2 postnatal 3-8. gün arasında devam eder . Oksitosin hormonu ise sütün meme ucuna akmasını alveolleri çevreleyen myoepitelyal hücrelerin kasılmasını gerçekleştirerek sağlar. Bu süt inme refleksidir. Bu refleks bebeğin kolayca beslenmesine yarar (151). Oksitosin anne ile bebek arasında duygusal bağ gelişmesini annelik güdüsünün gelişmesine yardımcı olarak sağlar. Süt inme refleksi dokunma, görme, koklama ve işitme ile stimüle edilebilir. Doğumdan sonraki ilk 30 dakika emme refleksinin en kuvvetli olduğu andır. Bebek bu süre içerisinde anne memesini almazsa bu reflekste 24-36 saat kadar geçici olarak zayıflama oluşabilir. Prolaktin doğumdan

sonra da hipofizden salgılanmaya devam eder. Laktasyon süreci somatotrop hormon, prolaktin, oksitosin ve ACTH sayesinde başlar (153-156).

Laktogenez III'te otokrin kontrolle süt üretimi sağlanır (149).



Şekil 3.Nöroendokrin Tepki (149)

2.15.3. Anne Sütünün Bileşimi

Anne sütü, biyolojik açıdan aktif bileşenlerin de bulunduğu bebekler için tokluk hissi oluşturan bir besin kaynağıdır. Anne sütünün bileşimi bebeğin yaşına, gereksinimlerine ve diğer özelliklerine göre gelişerek birçok faktöre yanıt olarak değişmekle birlikte anneler arasında farklı olabilmektedir (153).

Anne sütünde, bebeklerin bağışıklık sisteminin ve barsak mikrobiyolojisinin gelişimini yönlendiren farklı rollere sahip olan semptomatik moleküller vardır. Anne sütü oligosakkaritlerinin sentezi, mikrobiyotik gelişiminin düzenlenmesi, maternal genotip tarafından belirlenir ve anne sütü ile beslenmeden neonatal gastrointestinal sistemdeki gen ekspresyonu etkilenir (157). Yenidoğanın bağışıklık sistemindeki eksikliklerinin giderilmesinden ve bulaşıcı patojenlerin gastrointestinal sistem

boyunca yer değiştirmesinin engellenmesinden anne sütünde bulunan, antimikrobiyal ve immünomodölatör bileşenler sorumludur (158,159).

Anne sütünü, çoğu sinerjistik olarak etki eden ve büyüme faktörleri ile çeşitli immünolojik faktörlerden oluşan biyoaktif içeriğe sahiptir. Bunların bir kısmı sütün içindeki hücreler tarafından salgılanmaktadır. Bazıları meme epitelinde sentezlenmektedir, diğerleri ise anne serumundan geçerek süte ulaşmaktadır (160,161).

2.15.3.1. Lipidler

Lipidler emzirme sırasında meme dokusunun salgı hücrelerinden gelen bir protein membranına sahiptirler, emülsiyon haline getirilmiş sütün yağı küreciklerinin formunu alırlar ve anne sütünün %3-5'ini oluştururlar (162).

2.15.3.2. Karbonhidratlar

Hayvansal kaynaklı sütlere göre anne sütünün oligosakkarit içeriği daha fazladır. Anne sütündeki karbonhidratlar genellikle, glikoproteinler gibi bileşik karbonhidratlar, glikoz ve galaktoz gibi monosakkaritler, laktoz ve laktüloz gibi disakkaritler, oligosakkaritlerden oluşur (163). Laktoz beslenme yetersizliği, beslenme veya enerji takviyesi de dahil olmak üzere anne beslenmesinden en az etkilenen temel karbonhidrattır. Ozmotik basıncın stabilize edilebilmesi için insan sütünde yaklaşık %7 oranında bulunur.

2.15.3.3. Proteinler

İnsan sütündeki proteinler; whey proteinleri, kazeinler ve musinler olmak üzere 3 gruba ayrılmaktadır. Bu proteinler, fizyolojik aktivite göstermekte ve çeşitli yollarla bebek sağlığına katkıda bulunmakta olup anne sütünü alan bebekler için esansiyel amino

asit kaynağıdır. Bu aktiviteler; protein emiliminde sınırlamalar sağlar (α -antitripsin), yağ ve karbonhidratların emilimine yardımcıdır (safra tuzlarını stimüle eden lipaz, amilaz), mikrobiyal aktiviteler sağlar (sekretuar IgA, laktoferrin, lizozim, K-kazein ve laktoperoksidaz), besin alımının kolaylaştırır (B-kazein), prebiyotik etkileri bulunur, gastrointestinal yolun gelişimine destek verir (laktoferrin ve büyüme faktörleri), bağışıklık yeterliliğine yardımcıdır (sitokinler ve laktoferrin) (164).

2.15.3.4. Vitamin ve Mineraller

Anne sütü yeterli A vitamini sağlar. Anne sütündeki C vitamini takviye edici besine gerek bırakmamaktadır. Anne sütü zengin bir E vitamini kaynağıdır. Anne sütü 40-50 IU/l D vitamini aktivitesi sağlar, D vitamininin 5 metabolitini içerir. Anne sütündeki suda eriyen vitaminler, annenin bu vitaminleri ne düzeyde aldığına bağlı olarak değişir. Anne sütü böbrekler için solüt yükü oluşturmaz, ozmolaritesi ortalama 286 mOsm/kg'dır. Anne sütündeki demir miktarı düşük olmasına rağmen yaklaşık yarısı emilir. Bu durum çocuk sadece anne sütü ile beslendiğinde geçerlidir. Anne sütüne az miktarda meyve püresi eklendiğinde, demir emilimi %10'a düşer. Çinko başta olmak üzere anne sütündeki birçok mineralin biyoyararlanımı yüksektir. Mineraller, demir ve potasyum yenidoğanda hayati öneme sahiptir. Anne sütünde sodyum düzeyinden potasyum düzeyi daha yüksektir (144,165-168).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma Hatay ili merkez ilçesi Antakya'da Ocak 2018- Kasım 2018 tarihleri arasında yapılan bir müdahale çalışmasıdır. Hatay il nüfusu 1.575.224'dir. Bu nüfus, 790.208 erkek ve 785.016 kadından oluşmaktadır. Yüzde olarak ise: %50,16 erkek, %49,84 kadındır. İl merkezinde 46 Aile Sağlığı Merkezi vardır. Çalışma İl Sağlık Müdürlüğü'nün anketleri uygulanması için izin verdiği Hatay İli Antakya Merkez İlçesi'ne bağlı toplamda yalnızca 4 ASM'de gerçekleştirilebildi. Mustafa Kemal Üniversitesi Etik Kurulu'ndan ve Hatay İl Sağlık Müdürlüğü'nden çalışma için onay alındıktan sonra çalışmaya Serinyol 1 ve 2, Anayazı ve Karaali ASM'ye kendiliğinden başvuran 18 yaş ve üzeri, okuma-yazması olan gebeler dahil edildi. Anketler bireylere çalışmayla ilgili bilgi verildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile dolduruldu.

3.1. Müdahale Şekli

Çalışmamızı yürüttüğümüz dönemde 4 ASM'de toplam 590 gebe bildirim yapıldı. Gebelere ASM'deki telefonlar yoluyla ulaşıldı, anketlere katılmayı kabul eden 72 gebeye anketler uygulandı fakat bunların 10 tanesi sezaryenle doğum yaptığı için çalışmaya dahil edilemedi. Gebelerin birisi ölü doğum yaptığı için çalışmaya dahil edilmedi. Gebelere doğum öncesi anketler yapıldıktan sonra kabul edenlere eğitim verildi. Müdahale grubuna yüzyüze görüşme tekniğiyle doğum konusunda ve mesaj yoluyla emzirme konusunda eğitim verildi. Müdahale grubundaki gebelere ilk olarak fakültemizde gebeleri toplayarak, slayt üzerinde eğitim verilmesi hedeflendi. Ocak ayında ulaşılabilen 15 gebenin 10'u eğitime katılabileceğini söylemesine rağmen uzaklık gibi çeşitli sebeplerle eğitime sadece 4 gebe katılması üzerine eğitimlere izin verilen 4 ASM'de birebir olarak devam edildi. Gebelerin uygun olduğu saatlerde kayıtlı oldukları ASM'de eğitim öncesi anketleri yapıldı ve ardından doğum

konusunda yaklaşık 1,5 saat süren eğitim verildi. Gebelerin whatsapp veya kısa mesaj servisi kullanma durumuna göre kayıtları oluşturuldu ve onlara uygun iletişim yöntemiyle emzirme konusunda bilgilendirici mesajlarla emzirme eğitimi verildi. Gebelerle sürekli iletişim halinde olundu ve doğumları takip edildi. Doğumlarından sonra 1. Aylarında aşı için ASM'ye başvurduklarında eğitim sonrası anketleri yapıldı. Gebelere verilen yüzyüze eğitim içeriğinde; gebeliğin oluşumu, gebelikte oluşan fizyolojik ve psikolojik değişiklikler, şikayetler ve bu şikayetlere yönelik çözüm önerileri, normal doğumun avantajları, doğum çantası hazırlama, doğum eyleminin belirtileri, hastaneye ne zaman gidilmeli?, doğum süreci, nefes egzersizleri, ağrıyla baş etme yöntemleri, lohusalık eğitimi yer almaktadır. Kısa Mesaj Servisi ve Whatsapp aracılığıyla gebelere gūnaşırı emzirme içerikli mesajlar gönderilmiştir. Bu mesajlarda emzirmenin önemi, kolostrumun değeri, etkili emzirme konuları hakkında yazılı mesajlar, görüntüler ve videolar kullanılmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Anket formu araştırmacılar tarafından literatür bilgileri taranarak oluşturuldu. Sosyodemografik özellikler, gebelik özelliklerini gebelik ve emzirme konusunda eğitim alma durumuyla ilgili soruları kapsayan, 25 sorudan oluşan anket formu oluşturuldu. Anketle birlikte gebelerin kaygı düzeyini ölçen Beck Anksiyete Ölçeği, emzirme konusunda inancını değerlendirmek amacıyla Antenatal Emzirme Özyeterlilik Ölçeği ve normal doğum düşünen gebelerin doğum kaygısını ölçen Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin A versiyonu kullanıldı. Anket çalışmasına başlamadan önce soruların eksikliklerini, anlaşılabilirlik durumunu ve bir anketin ortalama tamamlanma süresini belirlemek amacıyla 3 gebe ile pilot uygulama yapıldı.

3.2.1. Beck Anksiyete Ölçeği

Beck Anksiyete Ölçeği; 21 sorudan oluşan gebelerin ruhsal durumlarını sorgulayan bir ölçektir. 0- 7 puanlama arası yok denecek seviyede, 8- 15 puan arası ise

hafif düzeyde, 16- 25 arası ise orta düzeyde anksiyete var demektir. En son olarak da 26- 35 arası puanlamada ise kişide şiddetli düzeyde anksiyete var demektir.

3.2.2. Antenatal Emzirme Ölçeği

Gebelerin emzirme konusunda kendilerine ne kadar güvendiklerini ölçen 14 sorudan oluşan bir ölçektir. 5 puanlı Likert Tipi ölçektir 1= “Hiç emin değilim” ve 5 = “Her zaman eminim” anlamına gelmektedir. Bandura (1998)“nın önerdiği gibi tüm maddeler pozitif yöndedir. Ölçekten alınabilir minimum puan 14 maximum 70“dir. Puanın yükselmesi yüksek emzirme öz-yeterliliği göstergesidir.

3.2.3. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin A versiyonu

33 sorudan oluşan, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsayan bir ölçektir. Normal doğumu tercih edecek olan gebelere uygulanmaktadır. Cevaplar 0’ dan 5’ e kadar numaralandırılmış olup likert tipte bir ölçektir. 0 “tamamen”, 5 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Altı puanlı ölçek seçilmesinin nedeni, ölçek puanlarının arttıkça güvenilirliğin artmasıdır. Ancak bu artış yedi puan ve sonrasında olmamış, sabit kalmıştır. Ölçekte alınabilecek puanlar 0 ve 165 arasındadır. Puanların yüksek olması doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir. Düşük derecede doğum korkusu olanlar (W-DEQ puanı \leq 37), orta derecede doğum korkusu olanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu olanlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu olanlar(W-DEQ puanı \geq 85)’ in puanlaması bu şekildedir.

Eğitim sonrası gebelere veri toplama formu, Emzirme Özyeterlilik Ölçeği , Latch Ölçeği, WİJMA Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin B versiyonu kullanıldı.

3.2.4. Emzirme Özyeterlilik Ölçeği

Kadının emzirmeyle ilgili kendine ne kadar güvendiğini gösterir,14 sorudan oluşmaktadır. Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Form Ölçeği 5 puanlı Likert Tipi ölçektir 1= “Hiç emin değilim” ve 5 = “Her zaman eminim” şeklinde ifade edilmektedir.

Bandura (1998)“nın önerdiği gibi tüm maddeler pozitif yöndedir. Ölçekten alınabilir minimum puan 14 maximum 70“dir. Puanın yükselmesi yüksek emzirme öz-yeterliliği göstergesidir.

3.2.5. LATCH

Bu ölçüm aracı 5 kriterden oluşmaktadır. LATCH bu kriterlerin İngilizce baş harflerinden oluşmaktadır. L:Memeyi tutma, A:Bebeğin yutkunma hareketinin görülmesi, T:Meme ucunun tipi,C:Annenin meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı,H:Bebeği tutuş pozisyonu.Her madde 2 puandır,toplam 10 puandır.

3.2.6. Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeğinin B versiyonu

33 sorudan oluşur, kadının doğum eylemi sırasındaki duygu ve düşüncelerini yansıtır. Her madde 1-6 arasında puan alan 6’lı likert tiptedir 1 “tamamen”, 6 ise “hiç” şeklinde ifade edilmektedir. Ölçekte minimum puan 33 iken, maksimum puan 198 'dir. Puanların yüksek olması kadınların yaşadığı doğum korkusunun yüksek olduğunu göstermektedir.

W-DEQ puanları dört alt grupta değerlendirilmektedir. Bunlar; düşük derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı ≤ 37), orta derecede doğum korkusu yaşayanlar (W-DEQ puanı 38-65 arasında olanlar), ağır derecede doğum korkusu yaşayan kadınlar (W-DEQ skor 66-84) ve klinik derecede doğum korkusu yaşayan kadınlardır (W-DEQ puanı ≥ 85).

3.3. Verilerin Analizi

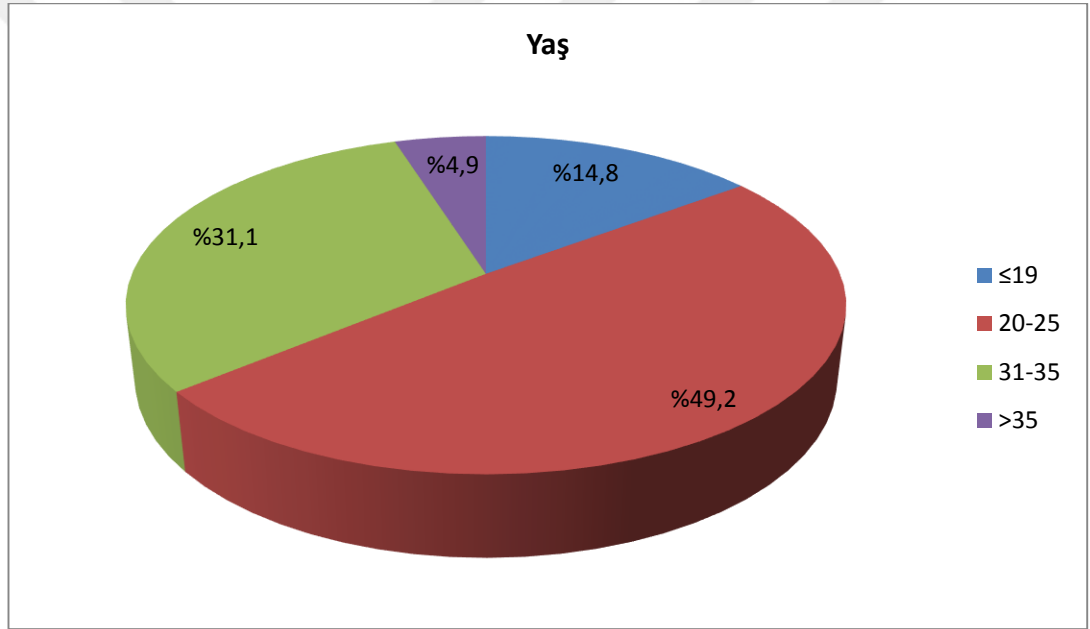
Araştırma sonunda elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi. Verilerin kontrolleri

ve analizleri aynı programda yapıldı. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değeri, standart sapma, en yüksek ve en düşük değeri kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğuna bakmak için Shapiro Wilk ve Kolmogorov Smirnov Testleri kullanıldı. Veriler, normal dağılıma uymadığı için analizlerde non-parametrik testler kullanıldı. Verilerin karşılaştırılmasında Mann-Whitney U testi, Kruskal Wallis testi ve Spearman korelasyon testi kullanıldı. İstatistiksel analizlerde p değeri 0,05'den daha küçük değeri önemli olarak kabul edildi.



4. BULGULAR

Çalışmaya alınan toplam 61 gebenin %50,8'ine (31 kişi) gebe eğitimi verilmiştir. Gebelerin yaş dağılımlarını incelediğimizde; %14,8'i 19 yaş ve altında, %49,2'si 20-25, %31,1'i 31-35 yaş aralığında olup geri kalanlar ise 35 yaş ve üzerinde idi (**Şekil 4**).



Şekil 4. Katılımcıların Yaş Dağılımları

Katılımcıların %31,1'i üniversite ve üzeri, %29,5'i lise, %21,3'ü ortaokul, %16,4'ü ilkokul mezunu olup bir kişi sadece okuryazar idi (**Tablo 1**). Eşlerinin öğrenim durumunu incelediğimizde %27,9'u lise, %26,2'si üniversite ve üzeri, %26,2'si ortaokul, %18,0'ı ilkokul mezunu idi. Çalışmaya alınan kişilerin %21,3'ünün, eşlerinin %78,7'sinin çalışmakta olduğu tespit edildi. Gebelerden doğum sonrası çalışmayı düşünenlerin oranı %41,0 idi. Ailelerin %41,0'ı 1500TL ve altı, %39,3'ü 1500-3000 TL diğerleri ise 3000 TL üzeri gelire sahipti. Gelir algılarını sorduğumuzda %18,0'ı kötü, %52,5'i orta, %26,2 si ise iyi olduğunu belirtirken

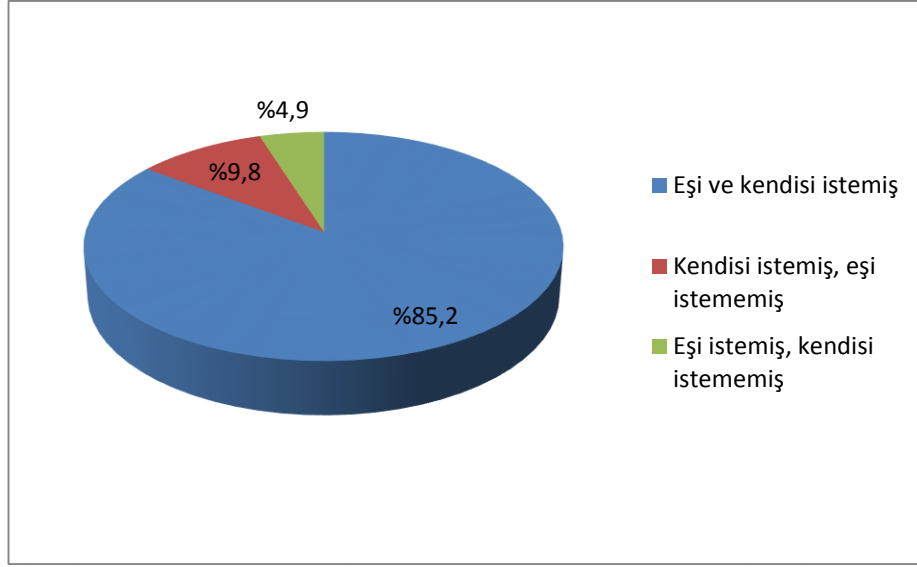
%3,3'ü çok iyi olduğunu ifade etti. Ailelerin %18,0'ı çekirdek aileden başka kişilerde yaşamaktaydı. Katılımcıların sosyal güvencelerini sordüğümüzda %42,6'sı SSK, %24,6'sı emekli sandığı, %13,1'i Bağkur olduğunu; %11,5'i ise sosyal güvencesinin olmadığını beyan etti.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri		
Kendisi	Sayı (n)	Yüzde (%)
Okuryazar	1	1,6
İlkokul	10	16,4
Ortaokul	13	21,3
Lise	18	29,5
Üniversite ve üzeri	19	31,1
Eşi		
Okuryazar	1	1,6
İlkokul	11	18,0
Ortaokul	16	26,2
Lise	17	27,9
Üniversite ve üzeri	16	26,2
Kendisi	Sayı	Yüzde
Çalışıyor	13	21,3
Çalışmıyor	48	78,7
Eşi		
Çalışıyor	48	78,7
Çalışmıyor	13	21,3
Doğum sonrası çalışacak mı		
Evet	25	41,0
Hayır	36	59,0
Aylık Gelir (TL)	Sayı	Yüzde
≤1500	25	41,0
1501-3000	24	39,3
>3000	12	19,7
Gelir Algısı		
Kötü	11	18,0
Orta	32	52,5
İyi	16	26,2
Çok iyi	2	3,3
Sosyal Güvence		
Bağkur	8	13,1
Emekli Sandığı	15	24,6
SSK	26	42,6
Özel Sigorta	2	3,3
Yeşil Kart	3	4,9
Yok	7	11,5

Eğitim alma durumu ile sosyodemografik özellikleri karşılaştırdığımızda, eğitim almayan grupta gelir durumunun daha yüksek olduğu görüldü (Tablo 2).

Tablo 2. Eğitim Alma Durumuna Göre Sosyodemografik zellikler			
Eğitim Durumu	Eğitim Alan Sayı/Yüzde*	Eğitim Almayan Sayı/Yüzde	p**
Okuryazar	1 / 3,2	0 / 0,0	0,190
İlkokul	5 / 16,1	5 / 16,7	
Ortaokul	7 / 22,6	6 / 20,0	
Lise	12 / 38,7	6 / 20,0	
Üniversite ve zeri	6 / 19,4	13 / 43,3	
Eşin Eğitim Durumu			0,302
Okuryazar	1 / 3,2	0 / 0,0	
İlkokul	6 / 19,4	5 / 16,7	
Ortaokul	11 / 35,5	5 / 16,7	
Lise	7 / 22,6	10 / 33,3	
Üniversite ve üzeri	6 / 19,4	10 / 33,3	
Çalışma Durumu			0,489
alışıyor	5 / 16,1	8 / 26,7	
Çalışmıyor	26 / 83,9	22 / 73,3	
Eşin alışma Durumu			0,489
alışıyor	26 / 83,9	22 / 73,3	
Çalışmıyor	5 / 16,1	8 / 26,7	
Doğum Sonrası alışmayı Düşünüyor mu			
Evet	9 / 29,0	16 / 53,3	0,095
Hayır	22 / 71,0	14 / 46,7	
Gelir Durumu			
≤1500TL	16 / 51,6	9 / 30,0	
1500-3000	14 / 45,2	10 / 33,3	0,004
>3000	1 / 3,2	11 / 36,7	
*Kolon Yüzdesi **Ki Kare Testi			

Çalışmaya dahil edilen kişilerin %16,4' daha önce düşük gebelik sonlandırma öyküsünün olduğunu belirtti. Őimdiki gebeliği isteme durumunu incelediğimizde; çiftlerden her ikisinin de gebeliği isteme oranı %85,2, kendi isteyip eşi istemeyenler %9,9, diğerleri ise eşi istemiş kendi istememiş olanlar idi (Şekil 5).



Şekil 5. Katılımcıların Gebeliği İsteme Durumları

Katılımcıların %60,7'sinin gebelik haftası 23-30hafta arası, %39,3'ü 30 hafta üzeri idi. Gebeliği boyunca sağlık sorunu yaşayanların oranı %34,4 olup, kronik hastalığı olanlar %19,7 idi. Tüm gebelerin tercihinin normal doğum olduğu öğrenildi. Bebeklerin %54,1'i kız, %45,9'u erkek idi.

Çalışmaya alınanlardan gebelik süresince eğitim alanların oranı %82 olup, eğitim alanların %67,2'si eğitimini kitap-dergiden almış idi. Gebelerin %72,1'i aldığı eğitimin yeterli olduğunu belirtti (**Tablo 3**). Katılımcıların %60,7'si eğitimi whatsapp uygulaması üzerinden, %39,3'ü SMS yoluyla almak istediklerini belirtti.

Eğitim Almış mı	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	50	82,0
Hayır	11	18,0
Eğitimi Nerden aldığı		
Kitap-Dergi	41	67,2
Tv-Radyo	6	9,8
Aile-yakın Çevre	2	3,3
Doktor-Hemşire	1	1,6
Eğitim Almamış	11	18,0
Aldığı Eğitim Yeterli mi		
Evet	44	72,1
Hayır	6	9,8
Eğitim almamış	11	18,0

Beck Anksiyete Ölçeği skorlarına göre katılımcıların %32,8'inde hafif, %39,4'ünde orta, %9,8'inde ise şiddetli düzeyde anksiyete tespit edilirken %18,0'ında anksiyete yoktu. Wijma A dağılımını incelediğimizde %3,3 orta, %60,6 ağır, %36,1'inde ise klinik derecede doğum korkusu mevcuttu (**Tablo 4**). Wijma B dağılımında ise katılımcıların %1,6 orta, %1,6 ağır, %96,8 klinik derecede doğum korkusu yaşamış idi.

Beck Anksiyete Ölçeği	Sayı (n)	Yüzde (%)
Yok	11	18,0
Hafif	20	32,8
Orta	24	39,4
Şiddetli	6	9,8
Wijma A		
Orta	2	3,3
Ağır	37	60,6
Klinik	22	36,1
Wijma B		
Orta	1	1,6
Ağır	1	1,6
Klinik	59	96,8

Eğitim alma durumu ile ölçek grupları arasında ilişki bulunamadı (**Tablo 5**).

	Eğitim Alan Sayı/Yüzde*	Eğitim Almayan Sayı/Yüzde	p**
Beck Anksiyete Ölçeği			0,163
Yok	3 / 9,7	8 / 26,7	
Hafif	9 / 29,0	11 / 36,7	
Orta	16 / 51,6	8 / 26,7	
Şiddetli	3 / 9,7	3 / 10,0	
Wijma A			0,228
Orta	2 / 6,5	0 / 0,0	
Ağır	20 / 64,5	17 / 56,7	
Klinik Derecede Doğum Korkusu	9 / 29,0	13 / 43,3	
Wijma B			0,368
Orta	1 / 3,2	0 / 0,0	
Ağır	1 / 3,2	0 / 0,0	
Klinik Derecede Doğum Korkusu	29 / 93,5	30 / 100,0	

*Kolon Yüzdesi **Ki Kare Testi

Annelerin %13,1'i doğumda sorun yaşadığını, %52,5'i bebeğini ilk bir saat içinde emzirdiğini ifade etti (**Tablo 6**). Babaların %82,0'nının emzirmeye destek olduğu tespit edildi. Bebeklerin %80,3'ünün ilk gıdası kolostrum olup, şu an %63,9'u sadece anne sütü alırken, %36,1'i anne sütüne ek olarak süt veya mama kullanmakta idi.

Tablo 6. Katılımcıların Doğum ve Emzirme ile İlgili Değerlendirmeleri		
Doğumda sorun	Sayı (n)	Yüzde (%)
Evet	8	13,1
Hayır	53	86,9
İlk emzirme		
İlk bir saat içinde	32	52,5
Birinci saatten sonra	29	47,5
Babanın emzirmeye tutumu		
Destek oldu	50	82,0
Destek olmadı	11	18,0
İlk gıda		
Kolostrum	49	80,3
Hazır mama	9	14,8
Diğer	3	4,3
Şu anki beslenme		
Sadece anne sütü	39	63,9
Ek su ve mama	22	36,1
Başka besin verme nedeni		
Sütüm yetmiyor	16	26,2
Bebek emmek istemiyor	5	8,2
Annenin çalışması	1	1,6
Başka besin vermiyor	39	63,9
Süt üretimini artırmak için kullanılan yöntem		
Besin	29	47,5
İlaç	6	9,8
Diğer	1	1,6
Kullanmıyorum	25	41,0

Eğitim alanların kaygı düzeyi daha yüksek bulundu. Eğitim alanlarda Beck Anksiyete Ölçeği skoru ortancası 17,0 (Min:1,0-Max:32,0) iken eğitim almayanlarda 12,5 (Min:2,0-Max:38,0) idi (**p=0,041**).

Eğitim verilen kadınların yaşadığı doğum korkusu daha düşük bulundu. Eğitim alanlarda Wijma B ölçeği skor ortancası 102,0 (Min:62,0-Max:132,0), almayanların

111,5 (Min:90,0-Max:148,0) idi (p=0,002). Eğitim alan ve almayan gruplarda diğer ölçek skorları benzer bulundu (**Tablo 7**).

Tablo 7. Gebelere Verdiğimiz Eğitime Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması				
		Eğitim Alan Ortanca (Min- Maks)	Almayan Ortanca (Min- Maks)	p*
Eğitim Öncesi	Antenatal Emzirme Ölçeği	56,0(37,0-68,0)	58,5(37,0-70,0)	0,176
	Beck Anksiyete Ölçeği	17,0(1,0-32,0)	12,5(2,0-38,0)	0,041
	Wijma A	75,0(60,0- 107,0)	82,5(66,0- 112,0)	0,184
Eğitim Sonrası	Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	57,0(15,0-70,0)	55,0(18,0-70,0)	0,845
	Wijma B	102,0(62,0- 132,0)	111,5(90,0- 148,0)	0,002
	Latch	9,0(4,0-10,0)	9,0(5,0-10,0)	0,706
*Mann Whitney-U Testi				

Gebenin çalışma durumu ile ölçek skorları arasında ilişki tespit edilemedi (p>0,05) (**Tablo 8**).

Tablo 8. Gebenin Çalışma Durumuna Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması			
	Çalışıyor Ortanca (Min- Max)	Çalışmıyor Ortanca (Min- Max)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	58,0 (37,0-68,0)	57,0 (37,0-70,0)	0,737
Beck Anksiyete Ölçeği	18,0 (6,0-38,0)	14,0 (1,0-31,0)	0,180
Wijma A	83,0 (67,0-104,0)	78,5 (60,0-112,0)	0,475
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	57,0 (37,0-70,0)	55,0 (15,0-70,0)	0,744
Wijma B	104,0 (84,0- 131,0)	106,0 (62,0- 148,0)	0,860
Latch	8,0 (4,0-10,0)	9,0 (5,0-10,0)	0,174
*Mann Whitney-U Testi			

Gebelerin aylık gelirleri ile ölçek skorları arasında herhangi bir ilişki bulunamadı (**Tablo 9**).

Tablo 9. Gelir Durumuna Göre Ölçek Skorları				
	<1500 TL Ortanca (Min- Maks)	1500-3000 Ortanca (Min- Maks)	>3000 TL Ortanca (Min- Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	58,0(37,0-70,0)	58,0(40,0-68,0)	50,50(37,0-70,0)	0,324
BeckAnksiyete Ölçeği	16,0(1,0-27,0)	15,0(6,0-38,0)	14,0(2,0-21,0)	0,472
Wijma A	73,0(60,0-107,0)	81,0(61,0-107,0)	88,0(67,0-112,0)	0,055
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	57,0(34,0-70,0)	54,5(15,0-70,0)	50,5(37,0-63,0)	0,370
Wijma B	104,0(84,0-144,0)	105,5(62,0-148,0)	109,0(98,0-131,0)	0,458
Latch	9,0(4,0-10,0)	9,0(5,0-10,0)	9,0(7,0-10,0)	0,862
*Kruskal Wallis Testi				

Katılımcıların daha önceki düşük öyküleriyle ölçek skorları arasında ilişki bulunamadı (**Tablo 10**).

Tablo 10. Daha Önceki Düşük Öyküsüne Göre Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması			
	Var Ortanca (Min- Maks)	Yok Ortanca (Min- Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	57,0(44,0-68,0)	57,0(37,0-70,0)	0,747
BeckAnksiyete Ölçeği	12,0(8,0-24,0)	16,0(1,0-38,0)	0,558
Wijma A	85,5(61,0-107,0)	78,0(60,0-112,0)	0,711
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	55,0(15,0-64,0)	56,0(18,0-70,0)	0,668
Wijma B	106,0(62,0-148,0)	106,0(84,0-134,0)	0,891
Latch	9,0(6,0-10,0)	9,0(4,0-10,0)	0,799
*Mann Whitney-U Testi			

Çiftlerden her ikisinin de gebeliği istediği durumda Wijma B skor ortancası 104,5 (Min:62,0-Max:144,0), kendisi isteyip eşi istemeyenlerde 133,0 (Min:105,0-Max:148,0), eşi isteyip kendisi istemeyenlerde 114,0 (Min:111,0-Max:117,0) idi (p=0,006) (**Tablo 11**). Wijma B ölçeği için grupları ikili kıyasladığımızda eşlerin ikisinin de gebeliği istediği grupla, kendisi isteyip eşi istemeyenler arasında fark olup, diğer ikili karşılaştırmalar arasında fark bulunamadı (**p=0,002**).

Tablo 11. Gebeliği İsteme Durumuna Göre Ölçek Skorları				
	İkisi de istemiş Ortanca (Min-Maks)	Kendisi istemiş eşi istememiş Ortanca (Min-Maks)	Eşi istemiş Kendisi istememiş Ortanca (Min-Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	57,0(37,0-70,0)	61,5(43,0-68,0)	61,0(60,0-68,0)	0,134
Beck Anksiyete Ölçeği	16,0(1,0-38,0)	11,0(6,0-27,0)	13,0(12,0-25,0)	0,724
Wijma A	78,5(60,0-112,0)	79,5(67,0-107,0)	83,0(71,0-87,0)	0,928
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	54,0(15,0-70,0)	54,5(33,0-64,0)	60,0(60,0-62,0)	0,425
Wijma B	104,5(62,0-144,0)	133,0(105,0-148,0)	114,0(111,0-117,0)	0,006
Latch	9,0(4,0-10,0)	9,0(9,0-9,0)	10,0(8,0-10,0)	0,338
*Kruskal Wallis Testi				

Gebelik süresince sağlık sorunu yaşamayla ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunamadı (**Tablo 12**).

Tablo 12. Gebeliği Süresince Sağlık Sorunu Öyküsüne Göre Ölçek Skorları			
	Var Ortanca (Min-Maks)	Yok Ortanca (Min-Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	58,0(43,0-70,0)	57,0(37,0-70,0)	0,294
Beck Anksiyete Ölçeği	12,0(6,0-38,0)	15,5(1,0-32,0)	0,676
Wijma A	74,0(61,0-107,0)	81,0(60,0-112,0)	0,826
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	54,0(15,0-70,0)	57,0(29,0-70,0)	0,616
Wijma B	112,0(62,0-148,0)	104,5(84,0-144,0)	0,065
Latch	9,0(5,0-10,0)	9,0(4,0-10,0)	0,754
*Mann Whitney-U Testi			

Bebeğin cinsiyeti ile ölçek skorları arasında ilişki bulunamadı (**Tablo 13**).

Tablo 13. Bebeğin Cinsiyetine Göre Ölçek Skorları			
	Kız Ortanca (Min- Maks)	Erkek Ortanca (Min- Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	57,0(37,0-70,0)	58,0(40,0-70,0)	0,850
BeckAnksiyete Ölçeği	14,0(2,0-27,0)	17,0(1,0-38,0)	0,200
Wijma A	78,0(60,0-112,0)	81,0(61,0-107,0)	0,789
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	57,0(33,0-70,0)	53,5(15,0-67,0)	0,200
Wijma B	106,0(84,0-148,0)	106,0(62,0-131,0)	0,728
Latch	9,0(4,0-10,0)	9,0(6,0-10,0)	0,154
*Mann Whitney-U Testi			

Gebelik süresince herhangi bir yerden emzirme ya da doğumla ilgili eğitim almayla ölçek skorları arasında ilişki belirlenemedi (**Tablo 14**).

Tablo 14. Gebelik Süresince Emzirme-Doğum Eğitimi Alma Durumuna Göre Ölçek Skorları			
	Eğitim almış Ortanca (Min- Maks)	Eğitim almamış Ortanca (Min- Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	58,0(37,0-70,0)	57,0(44,0-70,0)	0,771
BeckAnksiyete Ölçeği	16,0(2,0-38,0)	13,0(1,0-27,0)	0,198
Wijma A	81,0(60,0-112,0)	69,0(66,0-105,0)	0,192
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	56,5(15,0-70,0)	54,0(34,0-70,0)	0,925
Wijma B	106,0(62,0-148,0)	106,0(90,0-116,0)	0,315
Latch	9,0(4,0-10,0)	9,0(5,0-10,0)	0,289
*Mann Whitney-U Testi			

Doğumda sorun yaşama ile ölçekler arasında istatistiksel olarak önemli bir ilişki bulunamadı (**Tablo 15**).

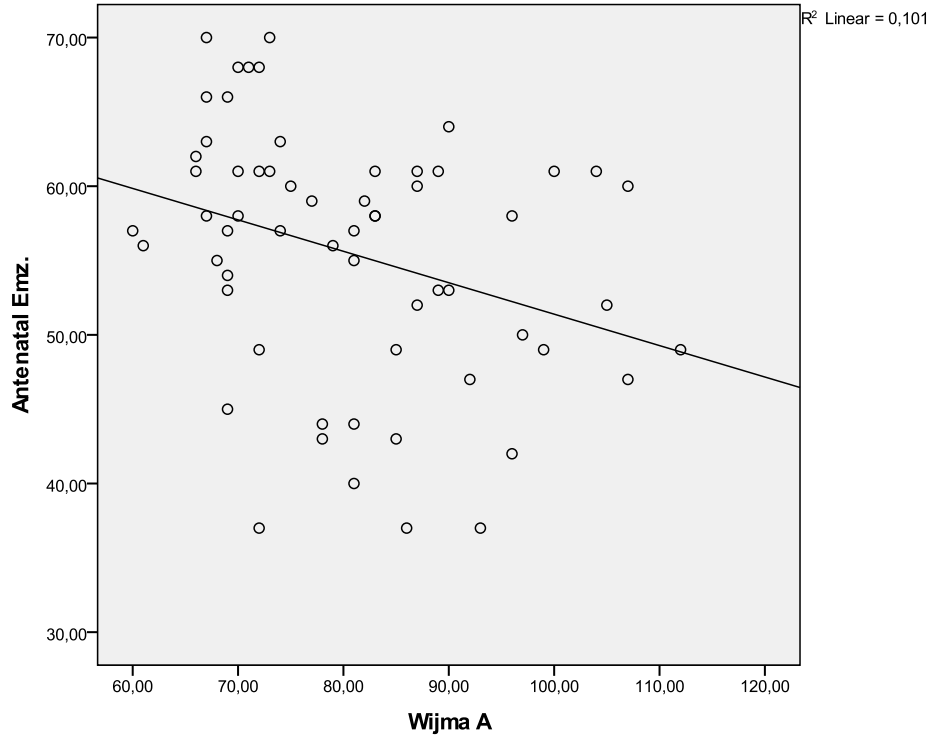
Tablo 15. Doğumda Herhangi Bir Sorun Yaşama Durumuna Göre Ölçek Skorları			
	Evet Ortanca (Min- Maks)	Hayır Ortanca (Min- Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	58,5(44,0-68,0)	57,0(37,0-70,0)	0,630
BeckAnksiyete Ölçeği	14,0(2,0-25,0)	15,0(1,0-38,0)	0,847
Wijma A	75,5(66,0-112,0)	81,0(60,0-107,0)	0,915
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	61,5(29,0-70,0)	54,0(15,0-70,0)	0,116
Wijma B	104,5(90,0-132,0)	106,0(62,0-148,0)	0,646
Latch	9,0(8,0-9,0)	9,0(4,0-10,0)	0,871
*Mann Whitney-U Testi			

Babanın emzirmeyi desteklediği grupta Latch ölçeği skor ortancası 9,0 (Min:4,0-Max:10,0), desteklemediği grupta 8,0 (Min:5,0-Max:9,0) idi (**p=0,028**) (**Tablo 16**).

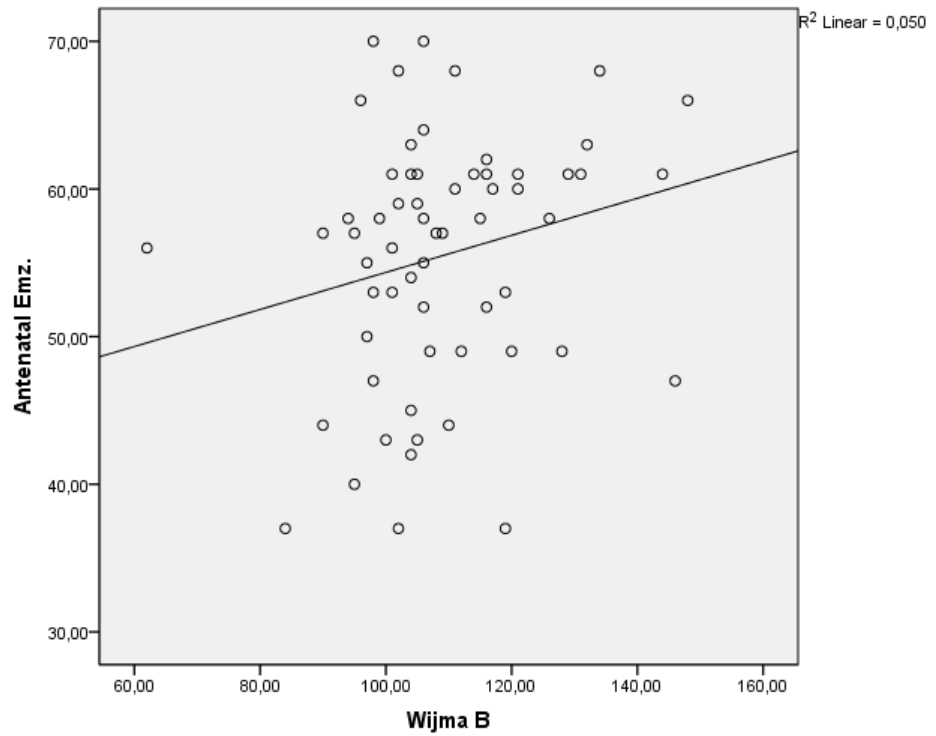
Tablo 16. Babanın Emzirmeye Karşı Tutumuna Göre Ölçek Skorları			
	Destekledi Ortanca (Min- Maks)	Desteklemedi Ortanca (Min- Maks)	p*
Antenatal Emzirme Ölçeği	57,0(37,0-70,0)	61,0(44,0-70,0)	0,137
Beck Anksiyete Ölçeği	15,5(1,0-38,0)	14,0(6,0-25,0)	0,888
Wijma A	81,0(60,0-112,0)	72,0(67,0-107,0)	0,226
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	56,0(15,0-70,0)	54,0(18,0-70,0)	0,873
Wijma B	105,5(62,0-146,0)	106,0(96,0-148,0)	0,372
Latch	9,0(4,0-10,0)	8,0(5,0-9,0)	0,028
*Mann Whitney-U Testi			

Antenatal emzirme ölçeği, Wijma A ölçeği ile orta düzeyde negatif; Wijma B ölçeği ile orta düzeyde pozitif korelasyona sahipti (**Tablo 17**). Beck anksiyete ölçeği ile Wijma B ölçeği arasında orta düzeyde negatif korelasyon bulundu (**p=0,012**) (**Şekil 3-6**). Wijma A ile Wijma B arasında ve Emzirme öz yeterlilik ölçeği ile Latch ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyonbulundu.

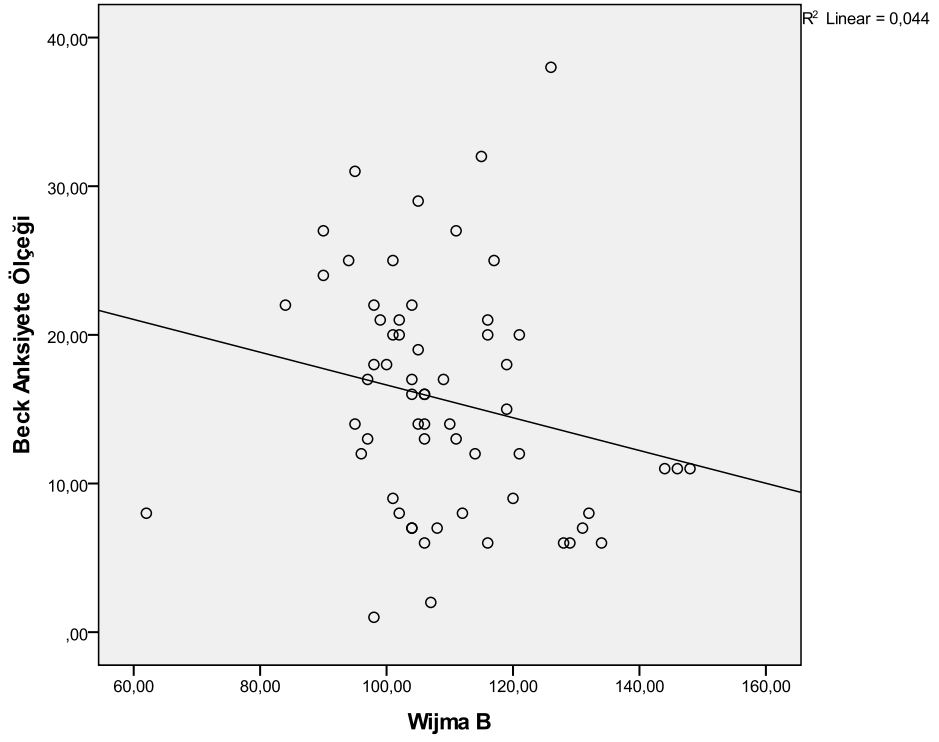
Tablo 17. Ölçeklerin Birbiri İle Korelasyonu							
		Antenatal Emzirme Ölçeği	Beck Anksiyete	Wijma A	EÖZY	Latch	Wijma B
Antenatal Emzirme Ölçeği	r* p**						
Beck Anksiyete	r p	-0,043 0,740					
Wijma A	r p	-0,341 0,007	0,027 0,836				
EÖZY	r p	0,204 0,114	-0,080 0,538	-0,096 0,463			
Latch	r p	0,021 0,873	-0,073 0,574	0,249 0,053	0,335 0,008		
Wijma B	r p	0,263 0,041	-0,318 0,012	0,255 0,047	-0,004 0,977	0,069 0,598	
*Korelasyon katsayısı **Spearman Korelasyon Testi							



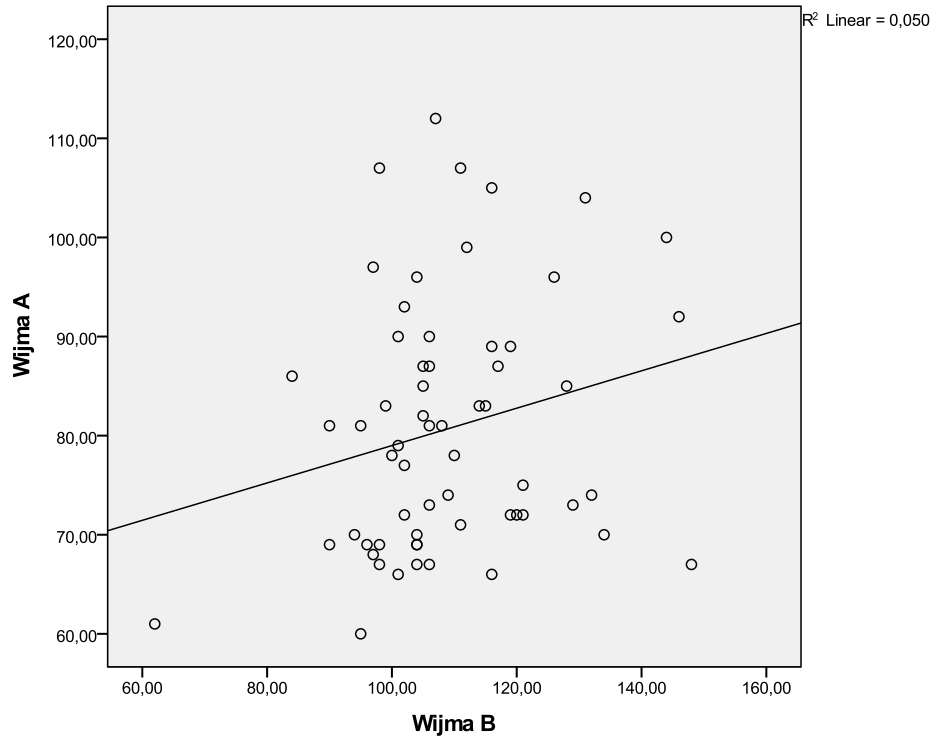
Şekil 6. Antenatal Emzirme-Wijma A Korelasyon Grafiği



Şekil 7. Antenatal Emzirme-Wijma B Korelasyon Grafiği



Şekil 8. BeckAnksiyete Ölçeği-Wijma B Korelasyon Grafiği



Şekil 9. Wijma A-Wijma B Korelasyon Grafiği

Gebelik haftası ile ölçek skorları arasında ilişki tespit edilemedi (**Tablo 18**).

Tablo 18. Gebelik Haftasına Göre Ölçek Skorları			
	Ortanca (Min-Maks)		p*
	23-30 hafta	30 hafta ve üzeri	
Antenatal Emzirme Ölçeği	56,0(37,0-70,0)	58,0(37,0-70,0)	0,340
Beck Anksiyete Ölçeği	12,0(1,0-31,0)	18,0(7,0-38,0)	0,030
Wijma A	78,0(60,0-112,0)	81,0(66,0-107,0)	0,883
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	58,0(15,0-70,0)	51,5(18,0-70,0)	0,062
Wijma B	105,0(62,0-148,0)	106,0(90,0-131,0)	0,756
Latch	9,0(4,0-10,0)	9,0(5,0-10,0)	0,199
*Mann Whitney-U Testi			

Kronik hastalık ile ölçek skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı (**Tablo 19**).

Tablo 19. Kronik Hastalık Durumuna Göre Ölçek Skorları			
	Ortanca (Min-Maks)		p*
	Var	Yok	
Antenatal Emzirme Ölçeği	51,0(37,0-68,0)	58,0(37,0-70,0)	0,223
Beck Anksiyete Ölçeği	17,5(6,0-38,0)	14,0(1,0-32,0)	0,723
Wijma A	89,5(66,0-99,0)	77,0(60,0-112,0)	0,052
Emzirme Özyeterlilik Ölçeği	52,0(18,0-62,0)	57,0(15,0-70,0)	0,188
Wijma B	111,5(101,0-146,0)	106,0(62,0-148,0)	0,157
Latch	9,0(8,0-10,0)	9,0(4,0-10,0)	0,291
*Mann Whitney-U Testi			

Yaş ve eğitim durumunun ölçeklerle korelasyonunu incelediğimizde; eğitim durumu ile Wijma B ölçeği arasında orta düzeyde pozitif korelasyon bulundu (**Tablo 20**).

Tablo 20. Yaş ve Eğitim Durumu ile Ölçek Korelasyonları							
		Antenatal Emzirme Ölçeği	Beck Anksiyete	Wijma A	EÖZY	Latch	Wijma B
Yaş	r*	0,175	-0,009	-0,061	-0,087	-	0,141
	p**	0,177	0,947	0,642	0,506	0,065 0,618	0,280
Eğitim	r	0,031	0,096	0,190	0,071	0,140	0,333
	p	0,811	0,464	0,143	0,588	0,282	0,009
*Korelasyon katsayısı **Spearman Korelasyon Testi							

5. TARTIŞMA

Bu çalışma birinci basamaktaki ilk gebeliği olan kadınları doğum konusunda aydınlatmak, korkularını azaltmayı amaçlamak ve böylece sezaryen oranlarını azaltmak açısından değerli bir çalışmadır. Ayrıca ülkemizde doğum kaygısı ve emzirme tutumunu etkileyen nedenlerin incelenip müdahale edildiği çalışma sayısının yetersizliği çalışmamızı daha değerli kılmaktadır.

Çoğu kültürde doğum eylemi ağrı, kontrol kaybı ve ölüm korkusuyla ilişkilendirilebilir. Gebenin deneyimleri ve sosyal yaşamı doğumdan beklentilerini oluşturur. Tüm gebeler doğumdan az veya çok korkar (169).

Yaşa özel doğurganlık hızı, belli bir yaş grubunda bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu 2017 verilerine göre yaş grubuna göre doğurganlık hızı incelendiğinde, en yüksek yaşa özel doğurganlık hızı 25-29 yaş grubunda görülmüştür. Çalışmamızdaki gebelerin yaş dağılımlarını incelediğimizde; %14,8'i 19 yaş ve altında, %49,2'si 20-25, %31,1'i 31-35 yaş aralığında olup geri kalanlar ise 35 yaş ve üzerinde idi. Bu dağılım Türkiye İstatistik Kurumu'nun 2014 yılı verilerini desteklemektedir.

Gebelik yaşı annelik sorunlarıyla ilgili korkuları ve ambivalan duyguların derecesini etkilemektedir. Bernazzi ve arkadaşlarının 213 gebeyle yaptığı çalışmalarında ileri yaştan doğum korkusunu artırdığı ortaya çıkmıştır (170). Yapılan çalışmalarda genç yaşta anne olanların ileri yaşta anne olanlara göre doğum korkusunu daha az yaşadıkları bulunmuştur (171). Bizim çalışmamızdan elde edilen bulgular incelendiğinde gebenin yaşı ile doğum korkusu ve diğer ölçekler arasında korelasyon yoktur.

Katılımcıların %31,1'i üniversite ve üzeri, %29,5'i lise mezunudur. Eğitim düzeyi ortalamasının yüksek olması çalışmamızın örnekleminin çoğunun eğitime kolay ulaşabilecekleri il veya ilçede yaşamasından dolayı olduğu düşünülebilir.

Örnekleme oluşturan primiparların %16,4'ünün daha önce düşük gebelik sonlandırma öyküsü vardır. 2013 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırmaları verilerinde ise düşük ve ölü doğum oranının %18,7 olduğu bildirilmektedir. Bu bağlamda bu çalışmada elde edilen oranın Türkiye'ye ait oranlar ile paralel olduğu söylenebilir.

Gebelerin kronik hastalıklarının da doğum korkusuna neden olabileceği literatürde yer almaktadır. Çalışmamızda kronik hastalığı olan gebelerin ölçek skorlarında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Bu durumun gebelerin hastalıklarının kontrol altında olmasıyla ilgisi olabilir.

Saisto ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada işsizliğin doğum korkusunu arttırdığı bulunmuştur (172). Bizim çalışmamızda gebelerin çalışma oranı %21,3'tü ve ölçek skorlarıyla çalışma durumu arasında ilişki tespit edilemedi. Duygu Güleç ve ark yaptığı bir çalışmada gelir durumunu iyi olarak değerlendiren gebelerin doğum korkularının daha düşük olduğu bulunmuştur. Bizim çalışmamızda katılımcıların ekonomik düzeyleri ile doğum korkusu arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır (173). Bu durumun Türkiye'de genel olarak kadınların çalışmayan ve ekonomik düzeyi düşük bireyler olmasından kaynaklandığı düşünülebilir. Aynı çalışmada gebelikte eğitim alma durumunun doğum korkusunun etkilemediği saptanmıştır. Bizim çalışmamız da bu bulguyu desteklemektedir.

Ceylantekin'in doğum yapan 361 kadın ile yürüttüğü çalışmada, gebelerin doğuma ilişkin bilgileri sıklıkla hekimlerinden ve çevresindeki bireylerden aldığı görülmektedir. Kadınların %30,2'sinin doğumla ilgili bilgi almış olduğu ve bu gebelerin %44,9'unun bu bilgiyi arkadaşından ve/veya daha önce doğum yapmış birinden aldığı, doktorundan bilgi alanların oranının ise yalnızca %26,6 olduğu rapor edilmiştir (174). Bizim çalışmamızda gebelerin %67,2'si kitap ve dergilerden bilgi aldığını ve sadece %1,6'sının doktor ve hemşirelerden eğitim aldığını belirtmiştir. Bu durum sağlık personeli tarafından eğitime daha fazla önem verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Ayrıca eğitime davet edilen gebelerin uzaktan dolayı gelmek istememelerinden yola çıkılarak ulaşımlarının daha kolay olmasından dolayı, özellikle Aile Sağlığı Merkezlerinin eğitim konusunda öneminin arttığı görülmektedir.

Ülkemizde doğum korkusu ile ilgili çalışmalar yetersizdir. Serçekuş ve ark. (175) nullipar olan 19 gebenin katılımıyla doğum korkusu ile bazı faktörlerin ilişkisini araştırdıkları çalışmada gebeler doğum ağrısı, doğumda gelişebilecek problemler, doğum sırasında yapılacak müdahaleler, cinsel fonksiyon korkuları olduklarını ifade etmişlerdir. Subaşı ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada (176) gebelerde doğum öncesi eğitimin doğum süreci ile ilgili korkular ve kaygılar üzerine etkileri incelenmiş ve doğum öncesi eğitimin son trimesterdeki gebelerde doğum korkuları ve doğuma yönelik olumsuz düşünceler üzerinde azaltıcı bir etkisi olduğunu rapor etmişlerdir.

Çalışmamızda eğitim alan gebelerin anksiyete düzeyi eğitim almayanlara göre daha yüksek bulundu. Eğitim verilen kadınların doğum anı korku düzeyleri daha düşük bulundu. Bu duruma anksiyetesi yüksek olan gebelerin eğitime katılımlarının yüksek oranda olmasının sebep olduğu düşünülebilir. Ayrıca doğum öncesi klinik anlamda yüksek düzeyde korku yaşayan gebelerin sayısının doğum sonrasındaki gebe sayısına oranla daha düşük olduğu gözlenmiştir. Bu durumun ilk gebeliği olan kadınların doğum korkusu konusunda kendilerine olan güvenleriyle alakalı olduğu düşünülebilir.

Norveç'te yapılan bir çalışmada doğum korkusunun ortalama puanının 56,7 (177), İsveç'te 68,5 (178), İngiltere'de 65,4 (179) ve Kanada'da 52,9 (180) olduğu belirlenmiştir. Bizim çalışmamızda doğum korkusu ortalama puanı 80,69 olarak bulunmuştur. Bu durumun ülkemizde gebelik ve doğum anında ulaşılan sağlık hizmetlerinin kalitesi, kültürel faktörler, kadın ve ailenin sosyal refah düzeyi gibi etkenler nedeniyle olduğu düşünülebilir.

Dünya Sağlık Örgütü ilk saat içerisinde anne sütü ile beslenme oranlarına %0-29 arası kötü, %30-49 arası orta, %50-89 arası iyi, % 90-100 arası çok iyi olarak sınıflandırmıştır. Bu oran Nepal'de %3,4, Madagascara'da %78 olarak bildirilmiştir (181,182). Agboada ve ark. (183) İngiltere'de yürüttükleri çalışmalarında, annelerin %77,7'sinin ilk bir saat içerisinde emzirmeye başladığını, fakat anne sütüne başlama zamanının altıncı ayda sadece anne sütü ile beslenmeye devam etmede etkili olmadığını bildirmiştir. Bizim çalışmamızda annelerin %52,5'i bebeğini doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirdiklerini ifade etmişlerdir. Bu durum çalışmamızdaki örneklemin ilk bir saat içinde emzirme oranının iyi olduğunu göstermektedir.

TNSA-2013 verilerine göre emzirme ülkemizde oldukça yaygındır ve araştırma tarihinden önceki beş yıl içinde doğmuş çocukların %96'sı bir süre emzirilmiştir. TNSA-2013 verilerine göre çocukların %50'sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirmeye başlanmaktadır. Bu oran hastanede veya sağlık personeli yardımı ile doğan bebeklerde daha yaygındır. Çocuğun cinsiyeti bu oranı etkilememektedir. Emzirmeye erken başlama durumu kentsel alanlarda kırsal alanlara kıyasla daha fazla görülmektedir (sırasıyla %52 ve %44). Bölgeye göre bakıldığında, emzirmeye erken başlama oranları Doğu'da yüzde 39'dan Orta bölgede %57'ye kadar değişen bir aralıktadır. İlk bir saat içinde emzirme oranı Batı Anadolu'da %61 ile en yüksektir. Erken emzirilme ile eğitim ve refah düzeyi arasında pozitif bir ilişki bulunmaktadır (184). Bizim çalışmamızda TNSA verilerine paralellik göstermektedir; kadınların %52,5'i bebeğini ilk bir saat içinde emzirmiştir. Çalışmamızdaki bebeklerin %63.9'u birinci aylarının sonunda sadece anne sütüyle beslenmeye devam etmektedir. Annelerin %26,2' si ek besine başlama nedenlerinin sütlerinin yetmemesi olduğunu belirtmişlerdir.

Emzirme öncesi beslenme, anne sütü verilmeye başlanmadan önce başka sıvıların verilmesi anlamına gelmektedir. TNSA 2013 verilerine göre çocukların yüzde 26'sının anne sütünden önce başka gıdalarla beslenmektedir(184). Bizim çalışmamızdaki bulgularda TNSA verilerine benzer olup bebeklerin %80,3'ünün ilk gıdası kolostrumdur.

Babaların emzirme konusunda rolleri hakkında pek çalışma bulunmamaktadır. Pavill BC (2002) yaptığı çalışmada emzirme başarısında babaların rolünün büyük olduğu, anneler gibi babalarında emzirme süreci boyunca desteklenmesi gerektiğini belirtmiştir (185). Araştırmamızda babaların %82'si emzirmeye destek olmuştur. Babaların emzirmeyi desteklediği grupta LATCH ölçeği skor ortancası 9,0 (Min:4,0- Max:10,0) olup babanın desteklemediği gruptan daha yüksektir. Bu bulgu babanın emzirmeyi desteklemesinin önemini vurgulamaktadır. Çalışmamız babalara da emzirme eğitimi verilmesi konusunda yol gösterici olabilir.

Çalışmalarda doğum öncesi dönemde emzirme öz-yeterliliğini geliştirmek amacıyla emzirme eğitimine katılan gebeler ve kontrol grubu arasında, emzirme öz-yeterlilik algısı ve tam emzirme durumu açısından anlamlı fark saptanmıştır (186).

Gebelere verilen emzirme desteğinin etkinliğini inceleyen bir çalışmada son trimestrdaki primipar gebelerden oluşan müdahale grubuna, son trimesterde emzirme eğitim programı uygulamışlar ve postnatal 6. haftada eğitim uygulanan müdahale grubunda kontrol grubuna göre emzirme öz-yeterlilik algısının ve sadece anne sütü ile beslemelerinin yüksek olduğunu saptamışlardır (187). Doğum öncesinde gebelere emzirme özyeterliliğini güçlendirecek teorik ve pratik bilgiler içeren 1 saatlik eğitim programı uygulanan bir çalışmada, eğitim programına katılan kadınların emzirmeye devam etme durumlarının ve emzirme öz-yeterlilik algısı puanlarının bu programa katılmayanlara göre daha yüksek olduğunu saptanmıştır (188). Doğumdan önce gebelere verilen Pender'in Sağlığı Geliştirme Modeli ve Dennis'in Emzirme Öz-Yeterlilik Kuramına dayalı emzirme eğitiminin emzirme öz-yeterlilik algısı üzerine etkisini incelenmiş ve eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısı ve emzirme başarısını arttırdığı bulunmuştur (189). Bizim çalışmamızda eğitim verdiğimiz grup ve kontrol grubu arasında doğum korkusu açısından anlamlı fark bulunmuştur ancak emzirme ölçekleri açısından fark bulunmamıştır. Bu durum yüzyüze verilen eğitimin daha etkili olduğunu vurgulayabilir.

Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Öncelikle örneklemin Hatay ili ve Antakya ilçesiyle sınırlandırılmış olması ve sadece 4 ASM'ye başvuran bireylerden oluşmuş olması önemli bir kısıtlılıktır. Ayrıca halkın bir kısmının anadilinin Arapça olması da iletişim sorunu nedeniyle çalışma dışı bırakılan denek olmasına yol açmıştır. Kırsal bölgelerden ASM'lere kayıtlı olan 18 yaş ve altı gebeler ile okuma yazması olmayan gebeler çalışmaya dahil edilemedi. Ayrıca whatsapp kullanamayan, kısa mesaj servisi yoluyla eğitim verdiğimiz gebelere diğer gebelere verilen emzirme içerikli videolar aracılığıyla eğitim verilemedi.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Eğitim alan gebelerde doğum sonrası korku skoru düşük bulunmuştur. Eğitim durumu ile doğum korkusu arasında korelasyon bulunmuştur.

Emzirme, öğrenilmesi gereken bir sanattır. Bazı kadınlar ilk günden itibaren kolayca emzirir ve hiç problem yaşamaz, ancak çoğu nullipar olan bazı kadınlar bir takım zorluklarla karşılaşmaktadır. Çalışmamız emzirmeye destek veren babalarda skorların daha yüksek olduğunu göstermiştir.

Öneriler

- Gebelere doğum ve doğum sonu döneme yönelik endişeler konusunda başta hemşire ve ebeler olmak üzere diğer sağlık personeli tarafından danışmanlık ve eğitim verilmesi,
- Doğum ve doğum sonu için hazırlık sınıflarının oluşturularak tüm gebelerin eğitilmesi, eğitimlerde bu konularla ilgili olarak destekleyici kitapçık, broşür gibi materyallerin verilmesi,
- Babaların da eğitim ve bilgilendirme programlarına dahil edilmesi,
- Özellikle nullipar kadınların emzirmeye devam etmesi için cesaretlendirilmesi önerilebilir.

7. KAYNAKLAR

- 1- Keskin G. (2014) Doğal ya da Yardımcı Üreme Teknikleri ile Gebe Kalan Kadınların Trimesterlere Göre Psikososyal Sağlıkları. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 2- Özkan S. (2010) Kadın Hastalıkları ve Doğum Psikiyatrisi, Psikiyatrik Tıp Merkezi Yayınları, İstanbul
- 3- Yaylacı A. (2010) Genel Anestezi Altında Dental Tedavi Gören Çocuk Hastaların Ebeveyninin Kaygı Düzeylerinin Karşılaştırılması Olarak Değerlendirilmesi. Ege Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi, Pedodonti Anabilim Dalı, Bitirme Tezi, İzmir
- 4- Yılmaz Doğru H, Oktay G, Özsoy AZ, ve ark. Acil Servise Başvuran Gebelerin Değerlendirilmesi: Üçüncü Basamak Tek Merkez Deneyimi. Van Tıp Derg 2017;24:157-162.
- 5- Sayiner FD, Özerdoğan N, Giray S, Özdemir E, Savcı A. Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler. Perinatoloji Dergisi 2009; 17
- 6- Serçekuş P. (2011) Doğum Korkusuna Müdahale: Hypnobirthing, TAF Preventive Medicine Bulletin, 10(2):239-242.
- 7- Fenwick J, Gamble J, Nathan E, Bayes S, Hauck Y. (2008) Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. Journal Of Clinical Nursing 18: 667-77.
- 8- Dennis CL, Faux, S. Development and psychometric testing of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Research in Nursing Health 1999; 22: 399-409.
- 9- Frey K. Preconception care by the nonobstetrical provider. Mayo Clin Proc, 2002; 77: 469-73.
- 10- Serçekuş, P. (2005). Nullipar Kadınlarda Normal Spontan Doğuma İlişkin Korkular ve Nedenlerinin İncelenmesi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği. Yüksek Lisans Tezi. İzmir.
- 11- Sunal, N. ve Demiryay, A. (2009). Gebe Kadınların Algıladıkları Fiziksel ve Emosyonel Yakınmalar. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 4 (12), 99-110.
- 12- Coşkun A, Karanisoğlu H. Doğum ve kadın sağlığı hemşireliği. Anadolu Üniversitesi Açık Öğretim Fakültesi Yayınları, Eskişehir.

- 13- U.S. National Library of Medicine 2013. Gestational age.
- 14- Fenkçi İV. Maternal fizyoloji. In Çiçek MN, eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Bilgisi. Ankara: Öncü Basımevi; 2004.ss 161- 169.
- 15- Dickason EJ, Silverman BL, Schult MO. Maternal-İnfant Nursing Care. St Louis:CV Mosby; 1994.pp 183-219.
- 16- Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, Gı strapon III LC, Hauth JC, Wenstrom KD. Williams Obstetrics. Tercüme: Akman A. Williams Doğum Bilgisi. İstanbul: Nobel Matbaacılık; 2005.
- 17- Pernaud L. Bir Çocuk Bekliyorum. Gülcan, T. Çev.ed. İstanbul:E yayınları;1995.
- 18- Lowdermilk DL. Maternity and Women's Health Care. Sixth Edition. Missouri: Mosby-Years Book; 1997.
- 19- Yücel A. Gebelikte Maternal Fizyoloji. In Günalp S, eds. Kadın Hastalıkları ve Doğum Tanı ve Tedavi. Ankara: Feryal Matbaacılık San ve Tic. Ltd. Şti; 2004.ss 1-11.
- 20- Ege E, Eryılmaz G. Erken gebelik dönemi bulantı ve kusması olan gebelerin günlük yaşam aktivitelerinin etkilenme durumunun incelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2000;3(1):1-9.
- 21- Carty EM, Christine B. Women's perceptions of fatigue during pregnancy and postpartum. Clinical Nursing Research 1996;5(1):67-80.
- 22- James R., Scott J., Disano B., et al. (1997) Danforth Obstetrik ve Jinekoloji. Erez S., (Çeviri eds.), (7th ed.), J.B. Lippincott Company&Yücel Yayım, İstanbul.
- 23- Kısa C, Yıldırım SG. Gebelik; postpartum dönem ve ruhsal bozukluklar. 3P Dergisi 2004; ek 4:30-7.
- 24- Cunningham, G. at all , Akman A.C. (Çev. Ed.) (2005) Williams Doğum Bilgisi Cilt , 21. Baskı, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul: 23,172-190,231,232,239-244.
- 25- Lee, J.T. (2002) The Meaning of Sexual Satisfaction In Pregnant Taiwanese Women, Journal of Midwifery & Women's Health;47(4):278-286.
- 26- Yamaç, K., Gürsoy, R., Çakır N. (2002), Gebelik ve Sistemik Hastalıklar, MN Medikal, Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul:1-16,208-212,512,526,728.).

- 27- Al Bustan, M.A., El Tomi, N.F., Faiwalla, M.F., Manav, V. (1995) Maternal Sexuality During Pregnancy and After Childbirth in Muslim Kuwaiti Women, *Archives of Sexual Behavior*;24(2):207-215.
- 28- William B., (1998) Kadın Hastalıkları ve Doğum. Uçar A., (Çeviri ed.), (4. ed.), Nobel Tıp Kitabevi, İstanbul. 41.
- 29- Rene F., Taylor S., (1991) Hamilelik. (1. baskı), İletişim Yayıncılık, İstanbul.
- 30- Gaiser R. Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri. In: Kestane DH, Wng CA, Tsen LC, Ngan Kee WD, Beilin Y, Mhyre JM, vd., Editörler. Kestane Obstetrik Anestezisi: İlkeleri ve Uygulamaları. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2014. s. 15–38.
- 31- İnanç, N., Coşkun, A., Okumuş, H. (1996) Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Birlik Ofset Ltd. Şti., İstanbul:31-70.).
- 32- Hemodynamic changes of pregnancy-p.divanji,n.1.parıkh-2017.
- 33- Heart disease in pregnancy heidi nicewarner, sheilah bernard-chapter 51.
- 34- Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 791-802. [CrossRef], Mehta N, Chen K, Hardy E, Powrie R. Respiratory disease in pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2015; 29: 598-611. [CrossRef] , Zanger UM, Schwab M. Cytochrome P450 enzymes in drug metabolism: regulation of gene expression, enzyme activities, and impact of genetic variation. *Pharmacol Ther* 2013; 138: 103-41.
- 35- Rasmussen,P.E,Nielsen,F.R.,Hydronephrosis during pregnancy.A literature survey,*Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 1988;27:249-52.
- 36- Sturgiss SN,Dunlop W,Davison JM.Renal haemodynamics and tubular function in human pregnancy.*Baillieres Clin Obstet Gynaecol* 1994;8(2):209-34.
- 37- Pacheco LD, Costantine MM, Hankins GD. Physiologic changes during pregnancy. In: Mattison D, editor. *Clinical pharmacology during pregnancy*. USA: Elsevier; 2013.p.5-16. [CrossRef] 2. Costantine MM. Physiologic and pharmacokinetic changes in pregnancy. *Front Pharmacol* 2014; 5: 1-3. [CrossRef] 3. Tan EK, Tan EL. Alterations in physiology and anatomy during pregnancy. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2013; 27: 791-802. [CrossRef] 4. Feghali M, Venkataramanan R, Caritis S. Pharmacokinetics of drugs in pregnancy. *Semin Perinatol* 2015; 39: 512-9.
- 38- Kar S, Krishnan A, Shivkumar PV. Pregnancy and skin. *J Obstet Gynecol India*. 2012;62:268–75.

- 39- Barankin B, Silver SG, Carruthers A. The skin in pregnancy. *J Cutan Med Surg.* 2002;6:236–40.
- 40- Kroumpouzou G, Cohen LM. Dermatoses of pregnancy. *J Am Acad Dermatol.* 2001;45:1–19
- 41- Thomas RG, Liston WA. Clinical associations of striae gravidarum. *J Obstet Gynaecol.* 2004;24:270–1
- 42- Tunzi M, Gray GR. Common skin conditions during pregnancy. *Am Fam Physician.* 2007;75:211–8
- 43- Özdemir M, Özdemir S. Gebelikte görülen fizyolojik deri değişiklikleri. *Dermatose* 2006; 5: 22-25
- 44- Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Byrd W, Leveno KJ, vd. Subklinik hipotiroidi ve gebelik sonuçları. *Obstet Gynecol.* 2005; 105 : 239-45.
- 45- Casey BM, Dashe JS, Wells CE, McIntire DD, Leveno KJ, Cunningham FG, vd. Subklinik hipertiroidi ve gebelik sonuçları. *Obstet Gynecol.* 2006; 107 : 337–41.
- 46- Scheithauer BW, Sano T, Kovacs KT, Young WF, Jr, Ryan N, Randall RV, vd. Gebelikte hipofiz bezi: 69 olgunun klinikopatolojik ve immünohistokimyasal incelemesi. *Mayo Clin Proc.* 1990; 65 : 461-74.
- 47- Beebe, K.R., Lee, K.A., Kolhman, V.C. and Humpreys, J. (2007) “The effects of childbirth self-efficacy and anxiety during pregnancy on prehospitalization labor”. *Journal of Obstetrics, Gynecological and Neonatal Nursing*, 36: 410-418. 2
- 48- Özkan, S., Sakal, F.N., Avcı, E., Civil, E.F. ve Tunca, M.Z. (2013). “Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler”. *Turkish Journal of Public Health*, 11:59-71.
- 49- Kuğu, N. ve Akyüz, G. (2001). “Gebelikte ruhsal durum”. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 23:61-64.
- 50- Michels R. *Psychiatry. Vol 2, Chapter 120: The Psychiatric Aspects of Obstetrics and Gynecology içinde, Revised Edition, J.B.Lippincott Co, 1-11, 1989.*
- 51- Field, T., Hernandez-Reif, M., Diego, M. (2006) Risk Factors and Stress Variables That Differentiate Depressed From Nondepressed Pregnant Women, *Infant Behavior & Development*;29: 169–174.

- 52- Özkan S. Psikiyatrik Tıp: Konsültasyon-Liyezon Psikiyatrisi. ROCHE Müstahzarları Sanayi A.Ş, İstanbul, 203- 207, 1993.
- 53- Kaplan HI, Sadock BJ. Synopsis of Psychiatry. Eight Edition, Mass Publishing Co, Egypt, 1998.
- 54- Demirci, H., Karanisoğlu, H. (2001) İlk Gebeliği Olan Kadınların Psikolojik Tepkilerinin İncelenmesi, I. Uluslararası & VIII. Ulusal Hemşirelik Kongre Kitabı, Antalya:193-196.
- 55- Dülgerler, Ş., Engin, E., Ertem, G. (2005) Gebelerin Ruhsal Belirti Dağılımlarının İncelenmesi, Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi;21(1): 115-126.
- 56- Taşkın, L. (2005) Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Genişletilmiş VII. Baskı, Sistem Ofset Matbaacılık, Ankara:69-103,176-191,221,222,413-434.
- 57- Hofberg K, Ward M. Fear of Pregnancy and Childbirth. Postgraduate Medical Journal 2003; 79(935): 505-10.
- 58- Allison S, Stafford J, Anumba D. (2011). The effect of stres and anxiety associated with maternal prenatal diagnosis on fetomaternal attachment. BMC Women's Health, 11;33.
- 59- Şahin EM, Kılıçarslan S. (2010). Son trimester gebelerin depresyon ve kaygı düzeyleri ile bunları etkileyen etmenler. Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 27(1): 51-58.
- 60- Altın EG. (2012). Perinatal depresyon tedavisinde kişilerarası terapi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry, 4(2): 188-203.
- 61- Eskici L, Demir Akca AS, Atasoy N, Arıkan İ, Harma M. (2012). Gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğunun obstetrik sonuçları ve yenidoğan üzerine etkileri. Anatol J Clin Investig., 6(1): 10-16.
- 62- Kocabaşoğlu N, Başer SZ. (2008). Gebelik ve doğumla tetiklenen psikiyatrik hastalıklar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62: 349-354.
- 63- Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. Acta Obstet Gynecol Scand 2001Mar;80(3):251- 255.
- 64- Evans J, Heron J, Francomb H, Oke S, Golding J. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. BMJ 2001Aug;323(7307):257-260.

- 65- Andersson L, Sundström-Poromaa I, Wulff M, Aström M, Bixo M. Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2006;85(8):937-944.
- 66- Karaçam Z, Ançel G. Depression, anxiety and influencing factors in pregnancy: a study in a Turkish population. *Midwifery* 2009Aug;25(4):344-356.
- 67- Karamustafalıoğlu O, Akpınar A. Anksiyete bozuklukları. In Karamustafalıoğlu (editör) *Aile Hekimleri İçin Psikiyatri*. 1.Baskı, İstanbul: MT Uluslararası Yayıncılık, 2010: 71-88
- 68- Dağ, İ. (1999). Psikolojinin Işığında Kaygı. *Doğu Batı Düşünce Dergisi*. (6). 181-189.
- 69- Cüceloğlu, D. (1991). *İnsan ve Davranışı*. (İkinci basım). İstanbul: Remzi Kitabevi A.Ş.
- 70- Fisher C, Hauck Y, Fenwick J. How Social Context Impacts on Women's Fears of Childbirth: A Western Australian Example. *Social Science & Medicine* 2006; 63(1): 64-75.
- 71- Rouhe H, Salmela-Aro K, Toivanen R, Tokola M, Halmesmäki E, Saisto T. Obstetric Outcome After Intervention for Severe Fear of Childbirth in Nulliparous Women – Randomised Trial. *BJOG* 2013; 120(1): 75-84
- 72- Kjærgaard H, Wijma K, Dykes A- K, Alehagen S. Fear of Childbirth in Obstetrically Low- Risk Nulliparous Women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2008; 26(4): 340- 50.
- 73- Geissbuehler V, Eberhard J. Fear of Childbirth During Pregnancy: A Study of more than 8000 Pregnant Women. *J Psychosom Obstet Cynecol* 2002; 23(4): 229-35.
- 74- Alessandra S, Roberta L. Tokophobia: When Fear of Childbirth Prevails. *Mediterranean Journal of Clinical Psychology* 2013; 1(1): 1-18.
- 75- Bakshi R, Mehta A, Mehta A, Sharma B. Tokophobia: Fear of Pregnancy and Childbirth. *The Internet Journal of Gynecology and Obstetrics* 2008; 10(1): 9.
- 76- Hofberg K, Ward M. Fear of Childbirth, Tocophobia, and Mental Health in Mothers: The ObstetricPsychiatric Interface. *Clinical Obstetrics and Gynecology* 2004; 47(3): 527-34.
- 77- Hofberg K, Brockington IF. Tokophobia: An Unreasoning Dread of Childbirth: A Series of 26 Cases. *The British Journal of Psychiatry* 2000; 176(1): 83-5.

- 78- Haznedaroğlu D. Ülkemizde anne ve çocuk beslenmesinin durumu. 1.Ulusal Ana-Çocuk Sağlığı Kongresi, Ankara: 2001. p.206-212. 2- Baysal A. Beslenme. Ankara: Hatipoğlu basım ve yayın sanayi; 8. Baskı. 1999.
- 79- Nomura, K., et al. (2018). "[Nutritional Status of Japanese Women of Childbearing Age and the Ideal Weight Range for Pregnancy]."
- 80- Samur, G. (2006) Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme, T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını, Sinem Matbaacılık, Ankara:2,8,9.
- 81- Taşkın,L.(2005)Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Genişletilmiş VII.Baskı,Sistem Ofset Matbaacılık,Ankara;69-103,176-191,221,222,413-434.
- 82- Institute of Medicine (IOM) Food and Nutrition Board, Nutrition during Pregnancy. National Academy Press, Washington, 1990.
- 83- Rosello-Soberon ME, Fuentes-Chaparro L & Casanueva E. Twin pregnancies: eating for three? Maternal nutrition update. Nutrition Reviews 2005; 63: 295- 302.
- 84- Olson CM. Achieving a Healthy Weight Gain During Pregnancy. Annu Rev Nutr 2008; 28: 411- 23.
- 85- C. S. Williamson. Nutrition in pregnancy. British Nutrition Foundation, Nutrition Bulletin 2006; 31: 28- 59.
- 86- Rode L, Hegaard HK, Kjaergaard H, Møller LF, Tabor A, Ottesen B. Association between maternal weight gain and birth weight. Obstet Gynecol. 2007; 109: 1309- 15.
- 87- Eileen R. Fowles. Prenatal Nutrition and Birth Outcomes. JOGNN 2004; 33: 810- 22
- 88- Samur G. Gebelik ve Emziliklik Döneminde Beslenme, 1. Baskı. Ankara, Klasmat matbaacılık, 2008: 3-20.
- 89- Okanlı, A., Tortumluoğlu, G.,Kırkpınar İ., (2003). Gebe kadınların ailelerinin algıladıkları sosyal destek ile problem çözme becerileri arasındaki ilişki,Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4: 98-105.
- 90- Yanikkerem, E., Altıparmak, S., Karadeniz, G., (2006). Gebelikte yaşanan fiziksel sağlık sorunlarının incelenmesi, Aile ve Toplum. Temmuz-Ağustos-Eylül, (3)10: 35-42.
- 91- Atasü T, Benian A. Bağımlılık yapan maddelerin fetusa etkileri. In: Atasü T, Öçer F (eds). Gebelikte fetusa ve yenidoğana zararlı etkenler. 2. baskı. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi 2000, 461-465.

- 92- Chang G. Screening and brief intervention in prenatal care settings. *Alcohol Res & Health* 2005;28:80-84.
- 93- Lui S, Terplan M, Smith EJ. Psychosocial interventions for women enrolled in alcohol treatment during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2008;16: CD006753.
- 94- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2007). Results from the 2007 National Survey on Drug Use and Health. The web site: www.oas.samsha.gov/nsduh/reports.htm
- 95- Bakker MK, Jentink J, Vroom F, Van De Berg PB, Walle De HFK, De Jong Van Den Berg LTW. Drug prescription before, during and after pregnancy for chronic, occasional and pregnancyrelated drugs in Netherlands. *An international Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006;113:559-68.
- 96- Erich S, Willemijn MM, Hilde T, Jong van de Berge LTW, Drug use by pregnant women and comparable non-pregnant women in The Nedherlands with reference to the Australian clasification system. *European JournalofObstetricsand Gyneacology and Reproductive Biology* 2004;114:182-8
- 97- Wiebe S, Managing women with epilepsy. Guidline producer now need to pay attention to implemantation. *Britiss Medical Journal*. 2000;320:3-4
- 98- Moore TR, Diabetes in pregnancy. In: editörler Creasy RK, Resnik R, *Maternal-Fetal Medicine*. Pheledelphia, PA: Saunders: 1999. sayfa 964-5.
- 99- Borati M, Bortolus R, Marchetti F, Romero M, Tognani G. Drug use during pregnancy: an owerview of epidemiological studies. *Eurepean Journal of Pharmacology* 1990;38:325-8.
- 100- Akbayrak T, Kaya S. Ministry of Health General Directorate of Primary Health Care Services Department of Nutrition and Physical Activities. *Gebelik ve Egzersiz*. Sağlık Bakanlığı Yayın No: 730. 1. Baskı. Ankara: Klasmat Matbaacılık; 2008. p.21
- 101- Köken G, Yılmaz M. [Pregnancy and exercise]. *Turkiye Klinikleri J Gynecol Obst* 2007;17(5):385-92
- 102- Petrov Fieril K, Glantz A, Fagevik Olsen M. The efficacy of moderate-to-vigorous resistance exercise during pregnancy: a randomized controlled trial. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica* 2015; 94(1): 35–42.
- 103- de Wit L, Jelsma JG, van Poppel MN, et al. Physical activity, depressed mood and pregnancy worries in European obese pregnant women: results from the DALI study. *BMC pregnancy and childbirth* 2015; 15: 158

- 104- Sağlık ve insan hizmetleri bölümü. Amerikalılar için 2008 fiziksel aktivite kuralları. Washington, DC: DHHS; 2008.
- 105- Soultanakis HN, Artal R, Wiswell RA. Gebelikte uzun süreli egzersiz: glukoz homeostazi, ventilatör ve kardiyovasküler tepkiler. *Semin Perinatol* 1996, 20: 315-27.
- 106- Erdoğan, M., Çetin, (1993). Giysi Fizyolojisi, *Tekstil ve Konfeksiyon Dergisi*, 3, 63-66
- 107- Kadioğlu, T., Ö., (2001). Anne ve Bebeğin Bakımı, İstanbul
- 108- Jones CA, Chan C. Bon voyage: an update on safe travel in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2014; 36(12): 1101-6.
- 109- Antony KM, Ehrenthal D, Evensen A, Iruetagoiena JI. Travel during pregnancy considerations for the obstetric provider. *Obstet Gynecol Surv* 2017;72(2):97-115.
- 110- Brunette GW. Centers for disease control and prevention (CDC), health information for internal travel 2018. New York: Oxford University Press; 2018.
- 111- Knypl K.: Zdrowie seksualne kobiet [Women's Sexual Health]. *Guide for GPs* 2006; 3: 88-89
- 112- Reamy White Daniell and LeVine 1982; Gökyıldız ve Beji 2005, Fok Chan and Yuen 2005
- 113- Eryılmaz, C, Ege, E., & Zincir, H. (2000). Investigating the factors which affect sexual life during pregnancy. *CETAD Days-II Sexual Education. Social Association of ITU, İstanbul*
- 114- al Bustan MA, el Tomi NF, Faiwalla MF, Manav V. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. *Arch Sex Behav* 1995;24(21):207-15.
- 115- Johannes B, Judith A. Sexuality during pregnancy and the postpartum period.; *Journal of Sex Education & Therapy* 2000;25(1):49-59.
- 116- Aslan G, Aslan D, Kızılyar A, Ispahi Ç, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *International Journal of Impotence Research* 2005;17:154-157.
- 117- Özer HT. (2011) Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- 118- Seller A (2012) Gebelerin Doğuma İlişkin Korku ve Beklentileri. Mersin Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- 119- Hess PE, Sarna MC: Pain in childbirth. In: Rowbotham DJ, Macintyre PE, editors. Acute pain: Clinical management. London: Arnold 2003: pp.423-435.
- 120- Mc Donald JS, Obstetric pain. In: McMahon SB, Koltzenburg M, editors. Wall and Melzack's Textbook of Pain. 5th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone 2006: pp.793-816.
- 121- Altuntuğ K, Kızılırmak A, Kartal B, Başer M. Vajinal doğumlarda perine travmasının önlenmesinde perine masajının etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2010;13:62-5.
- 122- C Zhang J, Yancey MK, Klebanoff MA, et al. Does epidural analgesia prolong labor and increase risk of cesarean delivery? A natural experiment. Am J Obstet Gynecol 2001; 185:128-134.
- 123- Uyar M, Karaman S, Doğumda Rejyonel Analjezi Uygulamaları. In: Özyalçın S, Akut Ağrı. Ankara: Güneş Kitabevi 2005: 161-176.
- 124- Bonica JJ, Mcdonald JS, Principles and practice of obstetric analgesia and anesthesia, 2nd edn. Williams and Wilkins, Baltimore, 1995.
- 125- Çoker H.(2009).Hamilelikte Lamaze Felsefesi. Erişim: 10.10.2009.
- 126- Lothian JA.(2000). Why natural childbirth?, Journal of Perinatal Education, 10581243, December 1, Vol. 9, Issue 4.
- 127- Operative vaginal delivery. Practice Bulletin No. 154. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol 2015; 126:56–6
- 128- Özer HT. (2011) Doğum Şeklinin Annelerin Postpartum İlk 24 saatteki Doğum Sonu Konforuna Etkisi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul
- 129- Sullivan C, Hayman R. Instrumental vaginal delivery. Obstet Gynecol Reprod Med 2008;18(4):99-105.
- 130- Carroli G, Mignini L. Episiotomy for vaginal birth. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2009; (1): CD000081. doi: 10.1002/14651858.CD000081.pub2. (edited in 2012).
- 131- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması TNSA-2013- Nüfus Etütleri, http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA_2013_ana_rapor.pdf.
- 132- TNSA. (2008). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü. Ankara, 289.

- 133- American Academy of Pediatrics. (2005). Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics*, 115(2), 496-506.
- 134- Littleton YL., Engeberston JC. *Maternity nursing care*. Cengage Delmar Learning. New York, 2005:959-64.
- 135- Mannel W, Martens S, Walker B. *Core curriculum for lactation consultant practice*. 2 nd, Jones and Bartlett Publishers. USA, 2008:195-233.
- 136- Tunçel EK, Dünder C, Canbaz S, Pekşen P. Bir üniversite hastanesine başvuran 0-24 aylık çocukların anne sütü ile beslenme durumlarının saptanması. *C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 2006;10(1):1-6.
- 137- Alikışıfoğlu M, Erginöz E, Taşdelen G, Baltas Z. Factors influencing the duration of exclusive breastfeeding in a group of turkish women. *Journal of Human Lactation*, 2001;17:222-6.
- 138- Aydın E. & Dilmaç B (2004). *Matematik Kaygısı*. (Ed. Musa Gürsel). Eğitime İlişkin Çeşitlemeler. Konya: Eğitim Kitabevi.
- 139- Sökücü Y.F., & Aslan, E. (2012). Kadının Çalışma Durumunun Emzirmeye Etkisi. *İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 20(1), 62-68.
- 140- Akkuzu G. Yenidoğan Beslenmesi. Taşkın, L. *Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği Genişletilmiş (11.bs.)*. Ankara:Sistem Ofset Matbaacılık, s. 381-394;2012.
- 141- Cunningham F.G. *The puerperium*. Cunningham F.G. ve ark. (Edt). Mc Graw Hill Companies, 2011.
- 142- Onat G. "Doğal Doğumdan Sonra Doğal Emzirmenin Üç Bileşeni:Memeye Emekleme, Kanguru Bakımı, Biyolojik Beslenme", *Hemşirelikte Eğitim Ve Araştırma Dergisi*,2015,12(2):78-84
- 143- Gençalp N S.(2008). *Meme Hastalıkları.Kadın Sağlığı*. S175-177.
- 144- Lawrence R.A, Lawrence R.M. (2011). *Breastfeeding. A Guide For The Medical Profession*. Mosby. Elsevier.7th edition
- 145- Köksal, G. ve Gökmen, H. *Anne Sütü ve Emzirme. Çocuk Hastalıklarında Beslenme Tedavisi*. Ankara: Hatipoğlu Yayınları, 2000; 67-93.
- 146- Yiğit R. *Gebelik ve Emzirme*. Guyton, A.C. and Hall, J.E., Editörler, Çeviri Editörü: Çavuşoğlu, H., *Tıbbi Fizyoloji*. (11.bs.). İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi, s. 954957;2007

- 147- Cangöl E. Şahin N.Emzirmeyi Etkileyen Faktörler Ve Emzirme Danışmanlığı.Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014;45:100-5
- 148- Riordan J. Breastfeeding Education. In: Riordan, J and Wambach, K. Breastfeeding and Human Lactation. Sudbury, MA: Jones & Bartlett;2010:775-797
- 149- Pollard, D.L. (2011). Evidence-based Care for Breastfeeding Mothers New York: Routledge.
- 150- Walker, M. (2010). Breastfeeding management for the clinician: Using the evidence. London: Jones & Bartlett Learning.
- 151- Bayram F. Postpartum dönemdeki annelerin anne sütünün önemi hakkında bilgi düzeylerinin incelenmesi.Yüksek Lisans Tezi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Afyon, Türkiye. 2006.
- 152- Lawrence, R. and Lawrence, R. (2005) Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession (6th edn), St Louis, MO: Mosby.
- 153- Kent J. How breastfeeding works. Journal Of Midwifery & Women's Health 2007; 52(6):564–570.
- 154- Örsdemir Ç. Doğum sonu dönemde annelerin emzirmeye ilişkin bilgileri ve emzirme davranışlarının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi.Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Programı, Lefkoşa, K.K.T.C. 2011.
- 155- Marsall LJ. Women's experiences of breastfeeding in an out-of-hospital birthing community. Master of Arts Dean of the Graduate School, 2012.
- 156- Fujita M, Roth E, Lo YJ, Hurst C, Vollner J, Kendell A. In poor families ,mothers'milk is richer for daughters than sons: a test of Trivers-Willard hypothesis in agropastoral settlements in Northern Kenya. Am J Phys Anthropol 2012;149(1):52-9.
- 157- Donovan SM, Wang M, Monaco MH, Martin CR, Davidson LA, Ivanov I, et al. Noninvasive molecular fingerprinting of host-microbiome interactions in neonates. FEBS Lett 2014;588 (22):4112-9.
- 158- Hanson LA, Korotkova M. The role of breastfeeding in prevention of neonatal infection. Semin Neonatol 2002;7(4):275- 81.
- 159- Andreas NJ, Kampmann B, Le-Doare KM. Human breast milk: A review on its composition and bioactivity. Early human development 2015;91(11):629-35.

- 160- American academy of pediatrics policy statement. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2005;115:496-506
- 161- Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Anne sütünün içeriği ve yararları. *Sağlıklı Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi, Türk Neonatoloji Derneği Yayını; 2014.s. 6.*
- 162- Hendricks GM, Guo M. Bioactive components in human milk. *Human milk biochemistry and infant formula manufacturing. Human Milk Biochemistry and Infant Formula Manufacturing Technology, Elsevier; 2014.p.33-54.*
- 163- Ward RE, Ninonuevo M, Mills DA, Lebrilla CB, German JB. In vitro fermentation of breast milk oligosaccharides by *Bifidobacterium infantis* and *Lactobacillus gasseri*. *Appl Environ Microbiol* 2006;72(6):4497-9.
- 164- Wada Y, Lönnerdal B. Bioactive peptides derived from human milk proteins - mechanisms of action, *Journal of Nutritional Biochemistry* 2014;25:503-14.
- 165- Eryılmaz G.(2008). *Laktasyon ve Emzirme. Kadın Sağlığı.*
- 166- Lauwers J., Swisher A. (2011). *Counseling The Nursing Mother: A Lactation Consultant's Guide. Fifth Edition. Jones&Bartlett Learning, LLC*
- 167- U.S. Department of Health and Human Services, Office on Women's Health. (2011). *Your Guide To Breastfeeding.* [http://www.womenshealth.gov/breastfeeding.](http://www.womenshealth.gov/breastfeeding)
- 168- Newburg, D.S. ve Street, J.M., (1997). Bioactive materials in human milk: Milk sugars sweeten the argument for breastfeeding. *Nutrition Today. Vol.32 (5) September/October. 191-201.*
- 169- Wiklund I. *Caesarean section on maternal request-personality, fear of childbirth and signs of depression among first time mother. Thesis for doctoral degree in Karolinska Institutet. Stockholm. 2007.*
- 170- Bernazzi O, Saucier J-F, David H et al. Psychosocial factors related to emotional disturbances during pregnancy. *J. Psychosom Res* 1997; 42:391-402.
- 171- Melender HL, Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth. A study of 325 pregnant women. *Birth, 2002;29:2;101-109.*
- 172- Saisto T, Salmelo-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial predictors of disappointment with delivery and puerperal depression. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica. 2001;80:1,39-45.*
- 173- Duygu Güleç ve ark Gebelerin Yaşadıkları Doğum Korkusu İle Algıladıkları Sosyal Destek Arasındaki İlişki, 2013.

- 174- Ceylantekin Y. (2006) Sezaryenle ve Vajinal Yolla Doğum Yapan Kadınların Doğum Öncesi ve Sonrası Tecrübe ve Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi. Afyon Kocatepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Afyon.
- 175- Serçekuş P, Okumuş H. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 2009;25(2):155-62.
- 176- Subaşı B, Özcan H, Pekçetin S, Göker B, Tunç S, Budak B. Doğum eğitiminin doğum kaygısı ve korkusu üzerine etkisi. *Selçuk Tıp Derg* 2013;29(4):165-167.
- 177- Adams SS, Eberhard- Gran M, Eskild A. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG* 2012; 119: 1238-46.
- 178- Salomonsson B, Berterö C, Alehagen S. Self- efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *JOGNN* 2013; 42: 191-202.
- 179- Johnson R, Slade P. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 2002; 109: 1213-21.
- 180- Hall WA, Hauck YL, Carty EM, Hutton EK, Fenwick J, Stoll K. Childbirth fear, anxiety, fatigue, and sleep deprivation in pregnant women. *JOGNN* 2009; 38: 567-76.
- 181- Exclusive breastfeeding in large-scale community-based programmes in Bolivia and Madagascar. *J Health Popul Nutr* 2006;24:530-9. PMID:17591350 PMCID:3001157
- 182- Mullany LC, Katz J, Li YM, et al. Breast-feeding patterns, time to initiation, and mortality risk among newborns in southern Nepal. *J Nutr* 2008;138:599-603.
- 183- Agboado G, Michel E, Jackson E, Verma A. Factors associated with breastfeeding cessation in nursing mothers in a peer support programme in Eastern Lancashire. *BMC Pediatr* 2010;10:3-7.
- 184- TNSA 2013 Beslenme Durumu ve Çocuk Sağlığı 157-161.
- 185- Pavill BC. Fathers & breastfeeding AWHONN Lifelines (2002); 6(4): 326-331.
- 186- Noel- Weiss, J., Rupp, A., Cragg, B., Bassett, V., & Woodend, A K.. (2006). Randomized Controlled Trial to Determine Effects of Prenatal Breastfeeding Workshop on Maternal Breastfeeding Self- Efficacy and Breastfeeding

Duration. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 35(5), 616-624.

- 187- Edwards, R.A, Bickmore, T., Jenkins, L., Foley, M., & Manjourides, J. (2013). Use of an Interactive Computer Agent to Support Breastfeeding. Maternal and child health journal, 1-8.
- 188- Hatamleh, W. (2006). The Effect of a breast-feeding self-Efficacy intervention on Breast Feeding SelfEfficacy and Duration. University of Cincinnati.
- 189- Tokat MA. Antenatal dönemde verilen eğitimin annelerin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. Dokuz Eylül Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Doktora Tezi. İzmir, 2009



8. EKLER

EK1: Anket Formu

VERİ TOPLAMA FORMU

Tarih:

Telefon numarası:

1) Adınız- soyadınız:

2) Adresiniz:

3) Kaç yaşındasınız?

a)19 ve altı b)20-25 c)26-30 d)31-35 e)35 ve üzeri

4) Eğitim durumunuz nedir?

a)okur-yazar b)ilkokul c)ortaokul d)lise e)üniversite ve üzeri

5) Eşinizin eğitim durumu nedir?

a)okur-yazar b)ilkokul c)ortaokul d)lise e)üniversite ve üzeri

6) Çalışma durumunuz nedir? a) çalışıyor (yaptığı iş.....) b)çalışmıyor

7) Doğumdan sonra da çalışmaya devam edecek misiniz?

a) Evet b) Hayır

8) Eşinizin çalışma durumu nedir? a) çalışıyor (yaptığı iş.....) b)çalışmıyor

9)Gelir durumunuz nedir?

a)1500 ve altı b)1500-3000 c)3000 ve üzeri

10) Gelirinizi geçiminizi sağlamada hangi düzeyde buluyorsunuz?

a) kötü b)orta c)iyi d)çok iyi

11) Ailenizde, eşiniz ve çocuklarınız dışında sizinle birlikte yaşayan kişi/kişiler var mı?

a)var (kimler olduğunu belirtiniz.....) b)yok

12) Sağlık Güvenceniz nedir?

a) Bağ-kur b) Emekli Sandığı c) SSK d) Özel Sigorta e) Yeşil Kart

13)Daha öncesinden düşük veya gebeliği sonlandırma öykünüz var mı?

a)evet b) hayır

14)Bu gebeliği isteme durumunuz nedir?

a)Eşi ve kendisi istemiş b)Kendisi istemiş,eşi istememiş c)Eşi istemiş,kendisi istememiş
d)İkisi de istememiş

15)Gebelik haftanız

16)Gebeliğiniz boyunca herhangi bir sağlık sorunu yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

17)Doğum şekli tercihiniz nedir?

a) Normal b) Sezeryan

18)Doğum şekli tercihinizde etken nedir?

19)Bebeginizin cinsiyeti nedir?

a) Kız b) Erkek

20)Gebeliğiniz süresince emzirme ile ilgili bilgi aldınız mı?

a)Evet b)Hayır

21)Eğer cevabınız evet ise emzirmeyle ilgili bilgileri nereden/kimden aldınız?(birden fazla seçenek işaretlenebilir)

a)Kitap ve dergilerden b)Tv ve radyodan c)Yakın çevre ve aile büyüklerinden d)Doktor ve hemşirelerden e) Kendi deneyimlerim f) Diğer

22)Bu gebeliğinizde emzirmeyle ilgili ne tür bilgiler aldınız? belirtiniz.

23)Aldığınız bilgileri yeterli buldunuz mu? a)evet b) hayır (ne tür bilgiler almak isterdiniz belirtiniz.....)

24)Bildiğiniz kronik hastalığınız veya sürekli kullandığınız ilaç var mı?

a)evet b)hayır

25)Bilgilendirme mesajlarını ne şekilde almak istersiniz?

a)sms b)watsup

Beck Anksiyete Ölçeği

Aşağıda insanların kaygılı ya da endişeli oldukları zamanlarda yaşadıkları bazı belirtiler verilmiştir. Lütfen her maddeyi dikkatle okuyunuz. Daha sonra, her maddedeki belirtinin BUGÜN DAHİL SON BİR (1) HAFTADIR sizi ne kadar rahatsız ettiğini yandakine uygun yere (x) işareti koyarak belirleyiniz.

	Hiç	Hafif düzeyde: Beni pek et- kilemedi	Orta düzeyde: Hoş değildi ama kat- lanabildim	Ciddi düzeyde: Dayanmakta çok zor- landım
1. Bedeninizin herhangi bir yerinde uyuşma veya karın- calanma				
2. Sıcak/ ateş basmaları				
3. Bacaklarda halsizlik, titreme				
4. Çavşeyememe				
5. Çok kötü şeyler olacak korkusu				
6. Baş dönmesi veya sersemlik				
7. Kalp çarpıntısı				
8. Dengeyi kaybetme duygusu				
9. Dehşete kapılma				
10. Sınırlılık				
11. Boğuluyormuş gibi olma duygusu				
12. Ellerde titreme				
13. Titreklilik				
14. Kontrolü kaybetme korkusu				
15. Nefes almada güçlük				
16. Ölüm korkusu				
17. Korkuya kapılma				
18. Midede hazımsızlık ya da rahatsızlık hissi				
19. Baygınlık				
20. Yüzün kızarması				
21. Terleme (sıcaklığa bağlı olmayan)				

Toplam BECK-A skoru:.....

Gebelik Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği –Kısa Sekli

Emzirmeye ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

- 1= Hiç emin değilim
2= Pek emin değilim
3= Ara sıra eminim
4= Eminim
5=Çok eminim

	Hiç emin değilim			Çok eminim	
1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabileceğime inanıyorum	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekli olacağıma inanıyorum	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebileceğimi inanıyorum.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyacağıma inanıyorum.	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmayacağıma inanıyorum	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabileceğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebileceğimi inanıyorum.	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabileceğimi inanıyorum	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabileceğimi inanıyorum.	1	2	3	4	5

**Wijma Doğum Beklentisi/Deneyimi Ölçeği
(W-DEQ) A versiyonu**

© 2005 K. Wijma ve B. Wijma

YÖNERGE

Bu anket formu, kadının doğum sancıları ve doğumu sırasında yaşayabileceği duygu ve düşüncelerini kapsamaktadır.

Her bir sorunun yanıtı 0' dan 5'e kadar derecelendirilmiştir. Uç değerlerdeki yanıtlar (sırasıyla 0 ve 5) aşırı uçlardaki duygu ve düşünceleri yansıtmaktadır.

Lütfen, her bir soruyu yanıtlarken kendi doğum sancılarınızın ve doğumunuzun nasıl gerçekleşeceğini **hayal ettiğiniz** duruma en uygun düşen sayıyı daire içine alarak işaretleyiniz.

Lütfen soruları yanıtlarken **hayal ettiğiniz** doğum sancılarınızı ve doğumu düşününüz, *ümit ettiğiniz şekli değil.*

I Doğum sancuları ve doğumunuzun genel olarak nasıl olacağını düşünüyorsunuz?

1	0	1	2	3	4	5
	Son derece mükemmel					Hiç mükemmel değil
2	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkunç					Hiç korkunç değil

II Kendinizi doğum sancuları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

3	0	1	2	3	4	5
	Son derece yalnız					Hiç yalnız değil
4	0	1	2	3	4	5
	Son derece güçlü					Hiç güçlü değil
5	0	1	2	3	4	5
	Son derece kendinden emin					Hiç kendinden emin değil
6	0	1	2	3	4	5
	Son derece korkmuş					Hiç korkmamış
7	0	1	2	3	4	5
	Son derece yüzüstü bırakılmış					Hiç yüzüstü bırakılmamış

II Kendinizi doğum sancıları ve doğum sırasında genel olarak nasıl hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

8	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	güçsüz						güçsüz değil
9	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	güvende						güvende değil
10	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Bağımlı
	bağımsız						
11	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç umutsuz
	umutsuz						değil
12	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Gerginlik
	gergin						yok
13	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	memnun						memnun değil
14	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	hoşnut						hoşnut değil
15	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	terkedilmiş						terkedilmemiş
16	0	1	2	3	4	5	
	Tamamen						Hiç
	kendine hakim						kendine hakim değil
17	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	rahat						rahat değil
18	0	1	2	3	4	5	
	Son derece						Hiç
	mutlu						mutlu değil

III Doğum sancıları ve doğumunuz sırasında neler hissedeceğinizi düşünüyorsunuz?

- 19 0 1 2 3 4 5
Aşırı panik Hiç panik değil
- 20 0 1 2 3 4 5
Aşırı ümitsizlik Ümitsizlik yok
- 21 0 1 2 3 4 5
Aşırı çocuğa kavuşma isteği Hiç çocuğa kavuşma isteği yok
- 22 0 1 2 3 4 5
Aşırı öz güvenli Öz güveni yok
- 23 0 1 2 3 4 5
Son derece güvenli Kendine güvensiz
- 24 0 1 2 3 4 5
Aşırı ağrılı Hiç ağrı yok

IV Doğum sancılarının en yoğun olduğu zamanda ne olacağını düşünüyorsunuz?

- 25 0 1 2 3 4 5
Son derece kötü bir şekilde davranacağım Kötü bir şekilde davranmayacağım
- 26 0 1 2 3 4 5
Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vereceğim Bedenimin bütün kontrolü sağlmasına izin vermeyeceğim
- 27 0 1 2 3 4 5
Kontrolümü tamamen kaybedeceğim Kontrolümü kaybetmeyeceğim

Doğum Sonrası Veri formu

Adınız –soyadınız

1)Doğum şekliniz nedir?

a) Normal doğum b) Sezaryen doğum

2)Doğum şeklinize sebep olan etken nedir?

3)Doğumda herhangi bir sorun yaşadınız mı?

a) Evet b) Hayır

4)Bebeğinizin doğum ağırlığı.....

5) Bebeğiniz kaç günlük?.....

6)Doğumdan sonra bebeğinizi ilk ne zaman emzirdiniz?

a) Doğumdan sonra ilk 1 saat içinde b) Doğumdan 1 saat sonra

7)Babanın emzirmeye karşı tutumu nasıldır?

a)Emzirmeye destek oldu b) Emzirmeye destek olmadı.

8) Çocuğunuza ağızdan ilk olarak verdiğiniz gıda nedir?

a) Kolostrum (anne memesinde ilk oluşan süt) b) Hazır mama c) şekerli su d) Diğer (belirtiniz).....

9) Bebeğinizi şu an hangi düzeyde emziriyorsunuz?

a) Sadece emziriyorum b) Anne sütü ile birlikte su ve mama veriyorum.

10) Anne sütü dışında başka gıda veriyorsanız nedenini belirtiniz?

a)Sütüm yetmiyor. b) Bebek emmek istemiyor. c) Çalışma durumum nedeniyle

11)Süt üretimini artırmak için kullandığınız yöntemler var mı?(besin,ilaç vb)

Postpartum Emzirme Oz-Yeterlilik Ölçeği (EOYO)

Emzirmek ile ilişkin kendinize ne kadar güvendiğinizi en iyi açıklayan ifadeyi bu cümlelerin her biri için seçiniz. Sizin hislerinize en yakın olan numarayı yuvarlak içine alarak cevaplayınız. Doğru veya yanlış cevap yoktur.

1= Hiç emin değilim 2= Çok emin değilim 3= Bazen eminim 4= Eminim 5=Çok eminim

1. Bebeğimin yeterli süt alıp almadığını her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
2. Diğer işlerde olduğu gibi emzirmede de her zaman başarılı olabilirim.	1	2	3	4	5
3. Bebeğimi ek olarak mama vermeden her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
4. Emzirme boyunca bebeğimin memeyi uygun bir şekilde kavramasını her zaman sağlayabilirim.	1	2	3	4	5
5. Emzirmeyi her zaman beni memnun edecek şekilde yürütebilirim.	1	2	3	4	5
6. Ağlasa bile bebeğimi her zaman emzirebilirim	1	2	3	4	5
7. Emzirmek konusunda her zaman istekliyim.	1	2	3	4	5
8. Ailemin yanında her zaman bebeğimi rahatlıkla emzirebilirim.	1	2	3	4	5
9. Emzirmekten her zaman memnuniyet duyuyorum	1	2	3	4	5
10. Emzirmenin zaman alıcı olması benim açımdan hiçbir zaman sorun olmaz.	1	2	3	4	5
11. Diğer memeye geçmeden önce bebeğimi ilk verdiğim memeden ayırabilirim.	1	2	3	4	5
12. Her öğünde bebeğimi anne sütüyle besleyebilirim	1	2	3	4	5
13. Bebeğimin emme isteğini her zaman anlayabilirim	1	2	3	4	5
14. Bebeğimin emmeyi bitirmek istediğini her zaman anlayabilirim.	1	2	3	4	5

2- LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

Değerlendirme kriterleri	Değerlendirme yönergesi		
	0 puan	1 puan	2 puan
Memeyi tutma	Uyur ya da isteksizdir memeyi tutmayı başaramaz	Tekrar teşebbüs eder sadece meme ucunu ağzına alır emme hareketi görülür.	Areolayıda ağzına alacak şekilde memeyi tutar, ritmik bir şekilde emer. Dudaklar dışı dönüktür.
Bebeğin yutma hareketinin görülmesi	Yok	Birkaç emme hareketi görülür.	Yutma sırasında kısa süreli güçlü ekspirasyonlar
Meme ucunun tipi	Çökük	Düz	Uyarıyla dışarı çıkmış
Meme ve meme ucuna ilişkin rahatlığı	Engorgement, çatlak, kanama, eziklik	Doku kızarıklık küçük ezikler, rahatlıkta azalma	Yumuşak göğüsler ve annede rahatlık
Bebeği tutuş pozisyonu	Tamamiyle yardımla	Minimal yardım	Yardımsız
Toplam	Beş kriterden alınan toplam başarı puanı yazılacaktır.		

6 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç
Korkmuş Korkmamış

7 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç
Yüzüstü Bırakılmış Yüzüstü Bırakılmamış

II . Doğum eylemi sırasında ve doğum anında genel olarak ne hissedeceğinizi düşünüyordunuz?

8 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç
Güçsüz Güçsüz Değil

9 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç
Güvende Güvende Değil

10 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç
Bağımsız Bağımsız Değil

11 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç Yalnız ve
Yalnız ve Kimsesiz Kimsesiz Değil

12 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç
Gergin Gergin Değil

13 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç
Memnun Memnun Değil

14 1 2 3 4 5 6
Son Derece Hiç

15 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Terkedilmiş Terkedilmemiş

16 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Sakin Sakin Değil

17 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Rahat Rahat Değil

18 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Mutlu Mutlu Değil

III. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında ne hissettiniz?

19 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Aşırı Hiç
Panik Panik Değil

20 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Ümitsiz Ümitsiz Değil

21 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Bir an önce Hiç
Çocuğa Kavuşma İsteği Çocuğa Kavuşma İsteği Yok

22 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Özgüveni
Özgüvenli Yok

23 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Güvenli Güvenli Değil

24 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 5 _____ 6
Son Derece Hiç
Ağrılı Ağrı Yok

IV. Doğum eylemi sırasında ve doğum anında olumsuz düşünceleriniz (kuruntularınız) olduysa; örnek verebilir misiniz?

32 ...Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, **çocuğun ölebileceğine** ilişkin düşünceleriniz?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
Hiç Çok Sık
Olmadı Oldu

33... Doğum eylemi sırasında ve doğum anında, **bebeğinizin zarar görebileceğine** ilişkin düşünceleriniz?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6
Hiç Çok Sık
Olmadı Oldu

Lütfen cevaplamayı unuttuğunuz soru olup olmadığını kontrol ediniz.



9. ÖZGEÇMİŞ

Dr Elif Tezcan,12.10.1990 tarihinde Konya'nın Ereğli ilçesinde doğmuştur. Dumlupınar, Namık Kemal, Kasım Topak İlköğretim Okulu'nda ve Ereğli Anadolu Lisesi'nde okumuştur. 2015 yılında Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi'nden mezun olmuştur. Aynı yıl Bayburt Devlet Hastanesi'nde pratisyenliğe başlamıştır. 26.04.2016 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda uzmanlık eğitimine başlamıştır ve hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.

