



SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ
Faculty of Health Sciences

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ / ATATÜRK UNIVERSITY

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

**JOURNAL OF
MIDWIFERY AND
HEALTH SCIENCES**

E-ISSN 2687-2110

Nisan/April 2021

Cilt/Volume 4

Sayı/Issue 1

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of Midwifery and Health Sciences

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ

Journal of Midwifery and Health Sciences

Cilt/Volume:4

Sayı/Issue:1

2021

S A H İ B İ

Atatürk Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi Adına
Prof. Dr. Mehtap TAN

Editör:

Doç. Dr. Serap EJDER APAY

Editör Yardımcıları:

Doç. Dr. Ayla KANBUR

Doç. Dr. Hava ÖZKAN

Yazı İşleri Müdür:

Doç. Dr. Serap EJDER APAY

Sekreter: Dr. Öğr. Üy. Elif Yağmur GÜR

Yayın Yürütme Kurulu:

Dr. Öğr. Üyesi Zehra Demet ÜST TAŞĞIN

Dizgi/Mizanpaj:

Öğr. Gör. Dr. Esra Sultan SAYAR

Öğr. Gör. Dr. Gültazar SADE

Cilt 4, Sayı 1, Dergi Hakem Kurulu /Volume 4, Issue 1, Advisory Board

Prof. Dr. Ayşe GÜROL

Prof. Dr. Özgür ALPARSLAN

Prof. Dr. Sema YILMAZ DERELİ

Doç. Dr. Ayla KANBUR

Doç. Dr. Aynur AYTEKİN ÖZDEMİR

Doç. Dr. Gülçin AVŞAR

Doç. Dr. Gülümser DOLGUN

Doç. Dr. İlknur M. GÖNENÇ

Doç. Dr. Meltem DEMİRGÖZ BAL

Doç. Dr. Özlem KARABULUTLU

Doç. Dr. Serap TOPATAN

Doç. Dr. Sibel KÜÇÜKOĞLU

Dr. Öğr. Üyesi Ayşe AYDIN

Dr. Öğr. Üyesi Gülsüm GÜNDOĞDU

Dr. Öğr. Üyesi Nurcan KIRCA

Dr. Öğr. Üyesi Serap ÖZTÜRK ALTINAYAK

Yazışma Adresi

Dr. Öğr. Üyesi Elif Yağmur GÜR
Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
25240/ERZURUM

Tel: 0-442-2315793

E-mail: ebelikdergisi @atauni.edu.tr

Fax: 0-442-2311581

Web: http://dergipark.gov.tr/esbder

EDİTÖRDEN OKURA

Değerli okurlar Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi'nin 2021 yılının ilk sayısını çıkarmanın gururunu yaşamaktayız. Dergimizin bu sayısında; “Ebelerin Kültürlerarası Duyarlılıklarının Vicdan Algılarına Etkisi”, “Gebelerde Emzirme Öz-Yeterliliği ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi”, “Ebelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Aidiyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma”, “Annelerin Öz Yeterlikleri ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerinin Değerlendirilmesi” “Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi” isimli beş araştırma makalesi yer almaktadır. Derleme makale olarak “Covid-19 Pandemisinde Yenidoğan ve Ebelik Yaklaşımı”, “Pre-Perinatal Dönemde Uygulanan Gebe Masajı'na Bir Bakış” ve “Doğum Sonrası Bakım ve Ev Ziyaretlerinin Önemi” isimli üç derleme yer almaktadır. Ebelik ve sağlık biliminin gelişimine katkı sağlayacak çalışmalarla bir sonraki sayımızda buluşmak dileğiyle.

Saygılarımla

Serap EJDER APAY
Editör

EBELİK VE SAĞLIK BİLİMLERİ DERGİSİ
Journal of Midwifery and Health Sciences

Cilt/Volume:4**Sayı/Issue:1****2021**

İÇİNDEKİLER/CONTENTS

Editörden Okura

ARAŞTIRMA MAKALELERİ/RESEARCH ARTICLES

- Ebelerin Kültürlerarası Duyarlılıklarının Vicdan Algılarına Etkisi**
The Effect of Midwives' Intercultural Sensitivity on Their Perception of Conscience
Suzi ÖZDEMİR, Esra ÇÖMEZOĞLU, Fatma Deniz SAYINER..... 1-11
- Gebelerde Emzirme Öz-Yeterliliği ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**
Breastfeeding Self-Efficacy in Pregnant Women and Evaluation of Affecting Factors
Tuğba KONUKOĞLU, Türkan PASİNLİOĞLU..... 12-22
- Ebelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Aidiyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma**
Professional Belonging Levels of Midwifery Department Final-Year Students and Affecting Factors: A Cross-Sectional Study
Sibel OCAK AKTÜRK, Tuba KIZILKAYA, Melike ÇELİK, Tülay YILMAZ..... 23-33
- Annelerin Öz Yeterlikleri ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerinin Değerlendirilmesi**
Evaluation of Mothers' Self Efficacy and Postpartum Sense of Security
Vesile KOÇAK, Kamile ALTUNTUĞ, Emel EGE..... 34-44
- Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi**
Investigation of The Effect Type of Birth on Female Sexual Function
Merve Topaç, Nursen BOLSOY..... 45-55

DERLEME MAKALELER/REVIEW

Covid-19 Pandemisinde Yenidoğan ve Ebelik Yaklaşımı

Neonatal and Midwifery Approach in Covid-19 Pandemic

Yasemin SÖKMEN 56-65

Pre-Perinatal Dönemde Uygulanan Gebe Masajına Bir Bakış

An Overview of Pregnancy Massage Practice in the Pre-Perinatal Period

Yeliz ÇAKIR KOÇAK, Ümran SEVİL 66-76

Doğum Sonrası Bakım ve Ev Ziyaretlerinin Önemi

The Importance of Postnatal Care and Home Visits

Fatma BAY, Nebahat ÖZERDOĞAN 77-90

EBELERİN KÜLTÜRLERARASI DUYARLILIKLARININ VİCDAN ALGILARINA ETKİSİ***THE EFFECT OF MIDWIVES' INTERCULTURAL SENSITIVITY ON THEIR PERCEPTION OF CONSCIENCE****Suzi ÖZDEMİR**, Esra ÇÖMEZOĞLU***, Fatma Deniz SAYINER******

**Araştırma Gör., Kocaeli Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Kocaeli/Türkiye.



0000-0003-2437-9169

***Uzman ebe, İstanbul Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Gebe Eğitim Merkezi, İstanbul/Türkiye.



0000-0002-6102-0078

****Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, Eskişehir/Türkiye.



0000-0001-9287-989X

Yazışma Adresi:

Suzi Özdemir

e-posta: suzi.ozdemir@gmail.com

Gönderim Tarihi: 29 Ocak 2021**Kabul Tarihi:** 20 Mart 2021

*Bu çalışma 18-21 Kasım 2019 tarihleri arasında online olarak gerçekleştirilen "1. Uluslararası Anadolu Ebeler Derneği Kongresi"nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

ÖZ

Amaç: Ebelerin kültürel farkındalık ve duyarlılıklarının bireye verilen hizmeti etkilediği, vicdanın sesini dinleyen bireyin ise etik bir karar vereceği kabul edilmektedir. Bu çalışmada ebelerin kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin belirlenmesi ve bunun vicdan algısı düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Tanımlayıcı tipteki çalışma çevrimiçi anket formu kullanılarak gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini Eylül-Ekim 2020 tarihleri arasında araştırmaya katılmayı kabul eden birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kurumlarında çalışan 287 ebe oluşturdu. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu", "Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği" ve "Vicdan Algısı Ölçeği" kullanıldı. İstatistiksel değerlendirmede sayı, ortalama, standart sapma, yüzdelik dağılım, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis ve korelasyon testi kullanıldı.

Bulgular: Araştırmadan elde edilen verilere göre, ebelerin yaşı ve aylık çalışma süresi ile kültürel duyarlılıkları arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde ilişki belirlendi ($p<0.05$). Bakım verilen yabancı uyruklu birey sayısı ve yabancı dil bilme durumu ile ebelerin vicdan algısı düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ile Vicdan Algısı Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde, anlamlı düzeyde bir ilişki bulundu ($p<0,01$).

Sonuç: Bulgular doğrultusunda ebelerin kültürel duyarlılığı arttıkça, vicdan algısı düzeylerinin de arttığı belirlendi. Ebelerin kültürel duyarlılık ve farkındalıklarının artırılması için eğitimler düzenlenmesinin, bakım verdikleri bireylere karşı vicdan algıları üzerinde olumlu etki yaratabileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Ebelik; kültürlerarası duyarlılık; vicdan algısı

ABSTRACT

Aim: In this study, it was aimed to determine the intercultural sensitivity levels of midwives and to examine the effect of this on their perception of conscience.

Methods: A descriptive research study was carried out using an online questionnaire form. The sample of the study consisted of 287 midwives working in primary, secondary and tertiary health services who agreed to participate in the study between September and October 2020. "Personal Information Form", "Intercultural Sensitivity Scale" and "Perceptions of Conscience Questionnaire" were used to collect data. Frequencies, mean, standard deviation, percentages, Mann-Whitney U, Kruskal Wallis and Spearman Correlation Test were used for statistical analysis.

Results: According to the data obtained from the study, a significant positive correlation was found between the age and monthly working hours of the midwives with their cultural sensitivity ($p<0.05$). A statistically significant difference was found between the number of foreign persons who were cared for and their foreign language skills, with the level of conscience perception of midwives ($p<0.05$). There is a positive and significant relationship between the total scores of the Intercultural Sensitivity Scale and the Perception of Conscience Questionnaire ($p<0.01$).

Conclusion: According to the results obtained, it was determined that as the cultural sensitivity of midwives increased, their level of conscience perception also increased. It can be said that organizing trainings to increase the cultural sensitivity and awareness of midwives can have a positive effect on their conscience perception towards the individuals they care for.

Keywords: Midwifery; intercultural sensitivity perception of conscience

Atıf için (How to cite): Özdemir S, Çömezoğlu E, Sayiner FD. Ebelerin Kültürlerarası Duyarlılıklarının Vicdan Algılarına Etkisi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):1-11.

GİRİŞ

İnsanları doğdukları andan başlayarak etkileyen kültür, nesilden nesile aktarılan, öğrenilen ve paylaşılan gelenek, inanç, değer, sanat, müzik ve yaşam biçimi olarak tanımlanmaktadır (Ceylantekin ve Öcalan 2016). Kültürel duyarlılık ise, bireyin kültürel farklılık ve benzerliklerine, kültürel geçmişine ve etnik yapısına karşı kültürlerarası iletişim açısından doğru, olumlu ve etkili davranış geliştirmesi olarak tanımlanmaktadır (Aslan et al. 2016). Değişen, gelişen dünya ve bunu etkileyen ekonomik koşullar, göçler, savaşlar gibi nedenlerle farklı kültürlerden insanlar arasındaki etkileşimler artmakta ve bunun sonucunda toplumlar giderek çok kültürlü hale gelmektedir (Yılmaz et al. 2017). Türkiye de coğrafi konumu nedeniyle uzun yıllar boyunca çeşitli medeniyetlere ev sahipliği yapmış ve göç almış, böylelikle zengin bir kültüre sahip ülke olmuştur (Bakan and Yıldız 2020). Bu durum sağlık hizmetlerini de etkilemiş, sağlık profesyonellerinin farklı kültürel özelliklere sahip bireylere, kültürel yönden yeterli bakım sunma konusunu gündeme getirmektedir (Bulduk ve ark. 2017).

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi gibi konular kültüre özgü uygulamaları içermektedir (Douglas et al. 2011). Farklı kültürlerden gelen bireylerin; sağlık sorunları ve bu sorunları algılamaları veya yardım beklentileri farklı olabilmektedir (Bakan and Yıldız 2020). Bu durum görmezden gelindiğinde, birey tedavi ve bakım için direndiğinde veya işbirliği yapmak istemediğinde sağlık profesyonellerinin yardım becerisini sınırlayacağı, bunun temelindeki kültürel değer tanınmadığı sürece de bireyi anlamının mümkün olmayacağı düşünülmektedir (Çakır Koçak ve Sevil 2015). Bu nedenle sağlıklı veya hasta bireyin kültürel değerleri, inançları ve uygulamaları bütüncül bakımın önemli bir parçası olmalıdır. Sağlık bakım hizmetlerinin sunumunda önemli rol ve sorumluluğa sahip ebelik, odağında kadın, yenidoğan, çocuk, aile ve toplum sağlığının geliştirilmesi, korunması ve sürdürülmesi yer alan profesyonel bir meslektir (ICM 2017). Ebelerin yeterli ve etkin kültürel bakım sunabilmesi için kültürel farklılık ve benzerlikler hakkında bilgi sahibi olması ve duyarlı davranması gerekmektedir (Altınkaya ve Amanak 2020; Demirel ve ark. 2020; Yılmaz ve

ark. 2019). Literatürde sağlık profesyonelleri ve sağlık bilimi alanında eğitim alan öğrencilerin kültürel farkındalık ve duyarlılıklarının bireye verilen hizmeti etkilediği görülmektedir (Bulduk v ark. 2017; Ceylantekin ve Öcalan, 2016; Valizadeh et al. 2017).

Kültürel değerler ve sosyal koşullardan etkilenen bir ses olarak tanımlanan vicdan kavramı ise akıl, duygular ve kişisel bütünlüğe odaklanmakta ve ebelik bakımında kültür kadar önemli bir kavram olmaktadır (Aksoy ve arl. 2019; Dahlqvist et al. 2007; Khosravani et al. 2017; Mazaheri et al. 2017). Vicdanın etik karar vermeyi etkilemesinin yanında, ebelikte benlik saygısı ve doyumunu arttırdığı da bildirilmektedir (Dahlqvist et al. 2007; Khosravani et al. 2017). Bununla birlikte ebelerin görevini yerine getirirken vicdani bir rahatsızlık duymaları sonucunda, vicdan azabı duyma, suçluluk, hüznün, umutsuzluk ve güçsüzlük gibi olumsuz duygular yaşama gibi durumların ortaya çıktığı görülmektedir (Juthberg et al. 2008). Bu durum ebelerin çalışma koşullarını zorlaştırmakta ve tükenmişlik duygularının ortaya çıkmasına neden olmaktadır (Aksoy ve ark. 2019). Bu olumsuzlukların belirlenebilmesi ve düzeltilmesi için kültürel duyarlılığın yanında ebelerin vicdan algısı düzeylerinin açıklığa kavuşturulması gereklidir. Bu çalışmada farklı kültürlere bakım ve hizmet verebilen ebelerin, kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin belirlenmesi ve bunun vicdan algısı düzeyleri üzerine etkisinin incelenmesi amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini Sağlık İstatistikleri Yıllığı Haber Bülteni (2019) verilerine göre Sağlık Bakanlığı'nda, üniversite ve özel hastanelerdeki birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinde çalışan 55.972 ebe oluşturdu (Sağlık Bakanlığı, 2019). Evren sayısı doğrultusunda örneklem büyüklüğünü belirlemek için hedef kitledeki birey sayısının bilindiği evrende örneklem hesabına göre, %95 güven aralığında $\pm 0,05$ örneklem hatası ile temsil edecek örneklem sayısı minimum 382 olarak belirlendi. Tüm sorulara cevap vermeyen ebeler çalışma dışı bırakıldı. Sonunda, internet

kullanıcısı 18-64 yaş arasında, okur-yazar, Türkçe bilen ve çalışmaya katılmayı kabul eden 287 ebeye ulaşıldı.

Veri Toplama Araçları: Çalışma verilerinin toplanmasında literatür doğrultusunda araştırmacılar tarafından oluşturulan “kişisel bilgi formu” ve yazarlarından izin alınan “Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği” ve “Vicdan Algısı Ölçeği” kullanıldı. Kişisel bilgi formu yaş, öğrenim bilgisi, mezun olunan okul, gece nöbeti tutma durumu, yabancı dil bilme durumu gibi tanıtıcı özelliklerin sorgulandığı 13 sorudan oluşuyordu.

Chen ve Starosta (2000) tarafından geliştirilen (Chen and Starosta 2000), Bulduk ve arkadaşları (2011) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan, Kültürlerarası duyarlılık ölçeği (KDÖ) kültürlerarası duyarlılık için gerekli olan beş duygusal boyuttan oluşan 5'li Likert tipine sahip 24 maddeden oluşan bir ölçüm aracıdır (Bulduk ve ark. 2011). Ölçekten alınabilecek en düşük toplam puan 24, en yüksek toplam puan 120 olan bir ölçektir.

Vicdan Algısı Ölçeği (VAÖ) ise Dahlqvist ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiş, Aksoy ve arkadaşları (2019) tarafından Türkçe geçerlik güvenilirliği yapılmış olup 6'lı likert tipine sahip bir ölçektir. Ölçekte ters madde puanlaması yoktur. Duyarlılık ve otorite boyutu olmak üzere iki faktörden oluşan ölçekten alınabilecek en düşük puan 13, en yüksek puan 78'dir. Yüksek puan vicdan algısının yüksek olduğunu göstermektedir.

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışma öncesinde gerekli yerel etik kurulu onayı Kocaeli Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (GOKAEK-2020/15.06) alındı. Araştırma katılımcılarıyla araştırmanın amacı ve kişisel bilgilerinin gizli kalacağı konusunda çevrimiçi bilgi metni paylaşıldı ve çalışmaya katılmayı onaylayanların soruları cevaplamasına izin verildi. Çalışmamız Helsinki Deklerasyonu Prensipleri'ne uygun olarak yürütüldü.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Çalışmamızda bazı sınırlılıklar vardı. Koronavirüs pandemisi nedeniyle çevrimiçi anket kullanılarak yapılan çalışma sayısı artmıştır. Bu durumun katılımcılarda çevrimiçi anketlere karşı bir ön yargı oluşturduğu ve anketin cevaplanma oranını etkilediği düşünülmektedir. Çalışma bulguları evrenin küçük bir kısmını temsil ettiğinden tüm ebelere

genellenemez. Bir diğer sınırlılık ise; araştırmada kullanılan ankette genel olarak kapalı uçlu sorular kullanıldı. Açık uçlu sorular kullanılarak ebelerin konu hakkındaki görüşleri daha net anlaşılabilir. Ayrıca çalışmada bölgesel farklılıklar dikkate alınmadı. Bu nedenle, gelecekteki çalışmalarda bölgesel farklılıklar dikkate alarak örneklem büyüklüğü artırılabilir.

Verilerin Analizi: Araştırma verilerinin analizi SPSS 21.0 programı ile yapıldı. Sayısal veriler sayı, yüzde ve ortalamalar kullanılarak analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelenmiş olup normal dağılım göstermeyen değişkenler için grup karşılaştırmalarında Mann-Whitney U testi uygulandı. Değişkenler arasındaki korelasyon Spearman Korelasyon testi ile incelendi. Kategorik değişkenlerin incelenmesinde Kruskal Wallis Testi uygulandı. İstatistiksel anlamlılık $p < 0.05$ olarak kabul edildi.

Verilerin Toplanması: Araştırma verileri, Eylül-Ekim 2020 tarihleri arasında veri toplamak üzere tasarlanmış güvenilir bir platform aracılığıyla çevrimiçi bir anket formu kullanılarak toplandı. Çevrimiçi anketin bağlantısı, araştırmacıların sosyal medya hesapları aracılığıyla dağıtıldı. Katılımcılar bir cep telefonu veya kişisel bilgisayar kullanarak anketi tamamladı. Anket formunun doldurulması yaklaşık 5-10 dakika sürdü. Veri toplama süresi sonunda tüm anket sonuçları, analiz için web sitesinden indirilerek şifreli bir bilgisayarda saklandı

BULGULAR.

Bu bölümde katılımcıların tanıtıcı özellikleri, KDÖ ve VAÖ puan sonuçları verilmektedir. Araştırmaya katılan ebelerin sosyodemografik özelliklerine ait bulgular Tablo 1'de verilmektedir. Buna göre katılımcıların yaş ortalaması 31.88 ± 8.4 yaş olup, %85.5'inin lisans mezunu, %81.5'inin yaşamının büyük kısmını metropolde geçirdiği belirlendi. Ebelerin ortalama çalışma yılının 9.1 yıl ve aylık ortalama çalışma saatlerinin 187.43 ± 35.1 saat olduğu, %64.5'inin gece nöbeti tuttuğu belirlendi. Ebelerin %36.2'sinin haftada ortalama 1-2 yabancı uyruklu bireye bakım verdiği, %71.1'inin herhangi bir nedenle başka kültürdeki insanlarla bir arada olduğu, %63.4'ünün yabancı dil bilmediği ve %60,6'sının yurt dışında çalışmayı istediği saptandı (Tablo 1).

Tablo 1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Sosyodemografik Özellikler (n=287)		Ortalama ± SS (aralık)	
Yaş		31.88±8.42 (18-59)	
Çalışma yılı		9.19±9.02 (0.2-42)	
Aylık çalışma süresi (saat)		187.43±35.11 (120-350)	
		n	%
Mezun olduğu okul	Sağlık Meslek Lisesi	18	6.3
	Ön Lisans	15	5.2
	Lisans ve Üzeri	254	88.5
Mesleği tercih etme durumu	İsteyerek	203	70.7
	İstemeyerek	84	29.3
Ebelik bölümünü tercih etme nedeni	İş bulma kolaylığı/ekonomik nedenler	106	36.9
	İstenilen bir meslek olması	101	35.2
	Ailenin istediği bir meslek olması	50	17.4
	Öğretmenlerin yönlendirmesi	16	5.6
	Diğer	14	4.8
Yaşanılan bölge	Metropol-İl	234	81.5
	İlçe, köy, bucak	53	18.5
Çalışılan kurum	1. basamak sağlık kurumu	97	33.8
	2. basamak sağlık kurumu	102	35.5
	3. basamak sağlık kurumu	88	30.7
Gece nöbeti tutma durumu	Tutuyor	185	64.5
	Tutmuyor	102	35.5
Bakım verilen yabancı uyruklu birey sayısı (Haftada)	0	74	25.8
	1-2	104	36.2
	3-4	39	13.6
	5 ve üzeri	70	24.4
Başka kültürdeki insanlarla bir arada olma durumu	Evet	204	71.1
	Hayır	83	28.9
Yabancı dil bilme durumu	Evet	105	36.6
	Hayır	182	63.4
Yurt dışında çalışma isteği	Evet	174	60.6
	Hayır	113	39.4

Katılımcıların KDÖ ve VAÖ'nden aldıkları puanlar Tablo 2'de verilmektedir. Buna göre

ebelerin KDÖ toplam puanının 80.2±7.2, VAÖ toplam puanı ise 63.5±10.6 olduğu saptandı.

Tablo 2. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Vicdan Algısı Ölçeği Toplam Puan Ortalamaları

		Ortalama ± SS (aralık)
Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği	Toplam puan	80.23±7.24 (47-109)
	İletişimde Sorumluluk Boyutu	27.26±3.37 (14-35)
	Kültürel Farklılıklara Saygı Boyutu	17.36±2.51 (11-26)
	İletişimde Kendine Güvenme Boyutu	17.58±3.10 (9-25)
	İletişimden Hoşlanma Boyutu	5.83±2.43 (3-15)
	İletişimde Dikkatli Olma Boyutu	12.18±1.91 (5-15)
Vicdan Algısı Ölçeği	Toplam puan	63.58±10.67 (23-78)
	Duyarlılık Boyutu	55.46±8.78 (21-66)
	Otorite Boyutu	8.12±2.94 (2-12)

Ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere yapılan korelasyon analizi sonucunda, KDÖ toplam puanı ile VAÖ ve alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak pozitif, anlamlı bir

ilişki görüldü ($p<0.05$) (Tablo 3). Bununla birlikte VAÖ toplam puanı arttıkça KDÖ toplam puanı ve alt boyut puanlarının da artmakta olduğu belirlendi (Tablo 3).

Tablo 3. Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Vicdan Algısı Ölçeği Arasındaki Korelasyon

		Vicdan Algısı Ölçeği			
		Toplam	Duyarlılık Boyutu	Otorite Boyutu	
Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği	Toplam	r_s	0.287**	0.320**	0.138*
		p	0.000	0.000	0.019
	<i>İletişimde Sorumluluk Boyutu</i>	r_s	0.227**	0.273**	0.054
		p	0.000	0.000	0.362
	<i>Kültürel Farklılıklara Saygı Boyutu</i>	r_s	0.132*	0.109	0.177**
		p	0.025	0.065	0.003
	<i>İletişimde Kendine Güvenme Boyutu</i>	r_s	0.069	0.121*	-0.064
		p	0.245	0.040	0.278
	<i>İletişimden Hoşlanma Boyutu</i>	r_s	0.026	-0.013	0.124*
		p	0.666	0.824	0.035
	<i>İletişimde Dikkatli Olma Boyutu</i>	r_s	0.221**	0.243**	0.086
		p	0.000	0.000	0.148

r_s :Sperman Korelasyon * $p<0.05$; ** $p<0.01$

Ebelerin sosyo demografik özelliklerine göre KDÖ ve VAÖ toplam puanları arasındaki ilişki Tablo 4’de verilmektedir. Ebelerin yaşı ve aylık çalışma süresi ile KDÖ toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı düzeyde bir ilişki saptandı ($p<0.05$). Bununla birlikte ebelerin mezun oldukları okul, ebelik bölümünü tercih etme nedeni, bakım verilen yabancı uyruklu birey sayısı ile KDÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık belirlendi ($p<0.05$). Ayrıca bakım verilen yabancı uyruklu birey sayısı ve yabancı dil bilme durumu ile VAÖ toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$).

TARTIŞMA

Değişen dünya koşullarına bakıldığında, çeşitli nedenlerle farklı kültürlerden insanlarla etkileşim kurmak kaçınılmaz olmaktadır. Ülkemizin çok kültürlü yapısı nedeniyle başka alanlarda olduğu gibi kültürel duyarlılık ve vicdan algılarında da farklılıklar oluşmaktadır (Egelioğlu Cetişli ve ark. 2016). Sağlık sisteminin önemli bir parçası olan ebelerin kültürlerarası duyarlılığa sahip olması beklenmektedir. Böylece diğer

kültürlerden haberdar olan ve kültürlerarası farklılıklara duyarlı davranan ebelerin, kültürün inanç ve davranışları nasıl etkilediğine ilişkin geniş bir anlayış elde ederek bu anlayış ve farkındalığı ebelik bakımına yansıtabileceği düşünülmektedir (Demirel ve ark. 2020). Çalışmamızda ebelerin KDÖ toplam ortalama puanının orta düzeyde olduğu tespit edildi. Daha önce yapılan çalışmalar incelendiğinde ebelik öğrencileri veya diğer sağlık profesyonellerinin kültürel duyarlılık düzeylerinin ve bunu etkileyen faktörlerin belirlendiği çalışmalar bulunmaktadır. Özdişçi ve Tanrıverdi’nin (2020) kültürel duyarlılığın geliştirilmesi amacıyla, 94 hemşirelik birinci sınıf öğrencisi ile yürüttükleri ön test – son test kontrol gruplu yarı deneysel çalışmalarında, eğitim sonrası KDÖ puanlarında artış olduğu bildirilmiştir (Özdişçi ve Tanrıverdi 2020). Jain’in (2013) kültürlerarası eğitimin etkinliğini değerlendirdiği deneysel çalışması incelendiğinde de benzer şekilde eğitim sonrası müdahale grubunda yer alan katılımcıların kültürlerarası duyarlılık düzeylerinin kontrol grubunda yer alan katılımcılara göre istatistiksel olarak önemli ölçüde yüksek olduğu belirlenmiştir (Jain 2013).

Tablo 4. Sosyo-Demografik Özelliklere Göre Kültürlerarası Duyarlılık Ölçeği ve Vicdan Algısı Ölçeği Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

Değişken	Ortalama±SS(aralık)	KDÖ İstatistiksel Değer	VAÖ İstatistiksel Değer
Yaş	31.88±8.42 (18-59)	$r_s=0.137^*$ $p=0.020$	$r_s=0.012$ $p=0.841$
Çalışma yılı	9.19±9.02 (0.2-42)	$r_s=0.094$ $p=0.115$	$r_s=-0.019$ $p=0.753$
Aylık çalışma süresi	187.43±35.11 (120-350)	$r_s=0.127^*$ $p=0.032$	$r_s=-0.009$ $p=0.878$
	KDÖ Toplam Puan		VAÖ Toplam Puan
Mezun olduğu okul			
Sağlık Meslek Lisesi	85.66±7.94	KW=19.047 $p=0.000$	61.66±12.74
Ön Lisans	87.66±11.03		67.06±12.53
Lisans ve Üzeri	79.41±6.49		63.51±10.40
Mesleği tercih etme			
İsteyerek	80.18±7.25	Z=-0.124	63.64±10.84
İstemeyerek	80.35±7.24	$p=0.901$	63.46±10.33
Ebelik bölümünü tercih etme nedeni			
İş bulma kolaylığı/ekonomik nedenler	78.66±7.21	KW=10.372 $p=0.035$	63.17±10.51
İstenilen bir meslek olması	81.30±6.24		63.80±11.08
Ailenin istediği bir meslek olması	81.68±9.33		64.26±11.06
Öğretmenlerin yönlendirmesi	79.62±5.61		67.00±8.42
Diğer	80.00±5.54		58.85±9.24
Yaşadığınız bölge			
Metropol-İl	80.51±7.09	Z=-0.671	63.38±10.71
İlçe, köy, bucak	79.00±8.02	$p=0.502$	64.49±10.58
Çalıştığınız kurum			
1. Basamak	80.44±7.89	KW=1.825 $p=0.401$	62.92±12.33
2. Basamak	80.56±7.44		64.81±9.15
3. Basamak	80.23±7.24		62.89±10.34
Gece nöbeti tutma durumu			
Tutuyorum	79.78±6.92	Z=-0.999	64.28±10.37
Tutmuyorum	81.04±7.75	$p=0.318$	62.33±11.15
Bir haftada bakım verilen ortalama yabancı uyruklu birey sayısı			
0	81.01±7.00	KW=10.262 $p=0.016$	65.44±9.65
1-2	81.20±7.74		65.03±8.78
3-4	79.41±6.32		62.12±12.49
5 ve üzeri	78.44±6.92		60.28±12.39
Başka kültürdeki insanlarla bir arada olma durumu			
Evet	80.60±6.64	Z=-0.658	63.44±11.13
Hayır	79.33±8.50	$p=0.510$	63.93±9.50
Yabancı dil bilme durumu			
Evet	81.33±6.09	Z=-1.656	61.86±11.25
Hayır	79.60±7.72	$p=0.098$	64.58±10.23
Yurt dışında çalışma isteği			
Evet	80.50±6.83	Z=-0.212	63.76±9.92
Hayır	79.83±7.83	$p=0.832$	63.31±11.82

r: Spearman Korelasyon; KW: Kruskal Wallis Testi; Z: Mann Whitney U testi; $p<0.05$

Demirel ve arkadaşlarının (2020), ebelik öğrencilerinin kültürlerarası yaklaşımlarının empati ve merhamet düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla 147 ebelik bir ve dördüncü sınıf öğrencileri ile yürüttükleri çalışmada birinci sınıf öğrencilerin KDÖ puanlarının (95.5) dördüncü sınıf öğrencilerinin KDÖ puanlarından (85.0) daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir (Demirel ve ark. 2020). Ebe ve hemşirelerin sığınma talebinde bulunan kadınlara sağlık hizmeti sunma konusundaki görüş ve kültürel duyarlılıklarının incelendiği bir çalışmada 119 ebe ve hemşirenin sırasıyla KDÖ toplam puan ortalamasının 82.2 ve 83.5 olduğu bildirilirken (Gönenç et al. 2018), hemşirelerin empati düzeyleri ile kültürlerarası duyarlılığı arasındaki ilişkinin incelendiği diğer bir çalışmada ise katılımcıların KDÖ toplam puan ortalamasının 85.4 olduğu bildirilmiştir (Kürtüncü ve ark. 2018). Ülkemizde sağlık profesyonelleri ve öğrencileri ile yapılan diğer çalışmalarda KDÖ toplam puan ortalamasının 77.1 ile 89.4 arasında değiştiği görülmektedir (Arlı and Bakan 2018; Bulduk ve ark. 2017; Egelioglu Cetişli ve ark. 2016; Kılıç and Sevinç 2018; Uzun and Sevinç 2015; Yılmaz et al. 2017; Yılmaz ve ark. 2019). Bu bulgular doğrultusunda farklı örneklerde de olsa ebelerin kültürel duyarlılık düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Konu ile ilgili yapılan araştırma sonuçlarında, yabancı dil bilen öğrencilerin kültürlerarası duyarlılık düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir (Aslan et al. 2016; Meydanlioglu et al. 2015). Çalışmamızda ebelerin yaklaşık olarak üçte birinin yabancı dil biliyor olması, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamasına rağmen KDÖ ortalama puanlarının orta düzeyde olmasında etkili olabilir.

Kültürel duyarlılık kadar etiğin temel taşlarından birisi olan vicdan kavramının da ebelerin, hem özel hem de mesleki yaşamını etkileyen unsurlardan biri olduğu düşünülmektedir (Jalali et al. 2012). Vicdan, yaşam deneyiminden kaynaklanmakta, şekillenmekte ve insan yaşamının her alanının bir parçasını oluşturmaktadır (Jalali et al. 2012). Bireyin vicdan algısının, verimlilik düzeyinin artması, sürdürülebilir kalkınmanın gerçekleştirilmesi, insan kültürünün gelişmesi ve ekonomik düzenin sağlanması üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Lak et al. 2018). Vicdan algısının, insanlara bakım vermede anlayışlı ve dikkatli olmalarını sağlaması sebebiyle ebelerin vicdan algılarının yüksek düzeyde olması beklenmektedir. Çalışmamızda

ebelerin VAÖ toplam puan ortalamasının yüksek düzeyde (63.5) olduğu belirlendi. Literatürde ebelerin vicdan algısı düzeylerini inceleyen bir çalışmaya rastlanılmamış olup hemşirelerin vicdan algısı düzeyini inceleyen sınırlı sayıda çalışmaya ulaşıldı. Lak ve arkadaşlarının (2018) 193 hemşire ile yürüttükleri çalışmada benzer şekilde katılımcıların VAÖ ortalama toplam puanının 68.2 olduğu bildirilmiştir (Lak et al. 2018). Vicdan algısının etik karar verme başta olmak üzere odağında insan sağlığı olan sağlık profesyonelleri için olmazsa olmaz bir unsur olduğu sonucuna varılabilir. Bu doğrultuda vicdan algısının toplum düzeyinde değerinin belirlenmesine ve ebelik mesleğine etkilerinin incelenmesine yönelik çalışmaların artırılması gerektiği söylenebilir.

Kültürlerarası duyarlılığın yaş, eğitim düzeyi, başka kültürlerle etkileşimde bulunma ve yabancı dil bilme gibi çeşitli değişkenlerden etkilendiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (Aslan et al. 2016; Bulduk ve ark. 2017; Gönenç et al. 2018). Çalışmamızda da ebelerin yaşı ve aylık çalışma süresi arttıkça KDÖ toplam puanının arttığı ve ön lisans mezunu ebelerin KDÖ ortalama toplam puanının diğer eğitim düzeyi mezunu ebelerden daha yüksek olduğu saptandı. Ülkemizde dört yıllık lisans ebelik eğitimine 1996 yılında geçilmiş olup o yıla kadar lise ve ön lisans düzeyinde eğitim verilmiştir (Çakır Koçak ve ark. 2017). Bu nedenle ön lisans ve lise düzeyi ebelik mezunu ebelerin yaşlarının daha yüksek olabileceği düşünüldüğünde ön lisans düzeyi ebelik mezunu ebelerin KDÖ toplam puan ortalamasının yüksek olması beklenen bir sonuçtur. Bununla birlikte çalışmamızda ebelik bölümünü seçme nedeni ailesinin istemi olan ebelerin diğer nedenlere sahip ebelerden ve haftada bakım verdiği yabancı uyruklu birey sayısı 1-2 olan ebelerin bakım vermeyen ve haftada 2'den fazla bireye bakım veren ebelerden daha yüksek olduğu belirlendi. Ayrıca yabancı uyruklu bireye bakım vermeyen ve yabancı dil bilmeyen ebelerin VAÖ ortalama toplam puanları daha yüksekti ve bu farklar istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.05$). Bu bilgiler ışığında etik karar vermede sadece kültürel duyarlılık ve vicdan algısının söz konusu olmadığı, kişisel ve mesleki özelliklerin de önemli etkilerinin olduğu söylenebilir. Ebelerin kültürlerarası duyarlılıklarını ve vicdan algılarını etkileyen faktörlerin daha detaylı incelenmesi önerilebilir.

Çalışmamızda ebelerin kültürlerarası duyarlılıkları arttıkça vicdan algısı düzeylerinin

arttığı belirlendi. Buna göre kültürlerarası duyarlılığa sahip olunması vicdan algısı düzeyinin yükselmesine, yüksek vicdan algısı ise kültürlerarası duyarlılığın artmasına neden olabilmektedir. Ebelerin kültürlerarası duyarlılık ve vicdan algısı düzeylerinin birbiri ile olan ilişkisini inceleyen ulusal ve uluslararası çalışmaya rastlanılmaması, çalışmamamızın özgünlüğünü de ortaya koymasının yanında bu alanda eksikliği de ortaya çıkarmaktadır. Kültürel açıdan farklı topluluklara hizmet veren ebelerin kültürlerarası duyarlılığı ve bunun vicdan algılarına etkisi incelenmiş olup araştırma bulgularının bu alanla ilişkili literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Elde edilen bulgular doğrultusunda ebelerin kültürlerarası duyarlılıklarının orta düzeyde, vicdan algısı düzeylerinin ise yüksek düzeyde olduğu saptandı. Bununla birlikte ebelerin kültürlerarası duyarlılığı arttıkça, vicdan algısı düzeylerinin de arttığı belirlendi.

Ebelerin yeterli ve etkin kültürel bakım sunabilmesi için kültürel farklılıklar ve benzerlikler hakkında bilgi sahibi olması ve

duyarlı davranması gerekmektedir. Ayrıca vicdanın sesini dinleyen ebelerin etik bir karar vereceği ve bu durumun ebelerin benlik saygısını ve öz doyumunu artıracak yapıları çalışmalarıca bildirilmektedir. Ebelerin kültürel duyarlılık ve farkındalıklarının artırılması için eğitimler düzenlenmesinin, bakım verdikleri bireylere karşı vicdan algıları üzerinde olumlu etki yaratabileceği söylenebilir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılan tüm ebelere teşekkür ediyoruz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarların arasında çikara dayalı herhangi bir ilişki yoktur.

YAZARLAR KATKI DÜZEYİ

SÖ: Fikir, SÖ: Tasarım, SÖ: Denetleme, SÖ, EÇ ve FDS: Kaynakların toplanması ve/veya işleme, SÖ ve FDS: Analiz ve/veya yorum, SÖ, EÇ ve FDS: Literatür taraması, SÖ, EÇ ve FDS: Yazıyı yazan, SÖ: Eleştirel inceleme.

KAYNAKLAR

Aksoy SD ve ark. Vicdan Algısı Ölçeği' nin Türkçe Geçerlilik Güvenilirliği. Celal Bayar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019; 6(3): 148–53. Doi: <https://doi.org/10.34087/cbusbed.599744>.

Altınkaya SÖ, Amanak K. Ebelik Öğrencilerinin Kültürel Duyarlılık İle Kültürel Beceri Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Lokman Hekim Tıp Tarihi ve Folklorik Tıp Dergisi 2020;10(3): 378–83. Doi: <https://doi.org/10.31020/mutftd.718978>.

Arlı SK, Bakan AB. An investigation of the relationship between intercultural sensitivity and compassion in nurses. International Journal of Intercultural Relations 2018; 63(October 2017): 38–42. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2017.12.001>.

Aslan S et al. Determination of Intercultural Sensitivity of Nursing Students in Turkey. International Journal of Health Sciences and Research 2016; 6(11): 202–8. URL: https://www.ijhsr.org/archive_ijhsr_vol.6_issue11.html.

Bakan AB, Yıldız M. An Investigation of the Relationship Between Intercultural Sensitivity and Religious Orientation Among Nurses. Journal of Religion and Health 2020; 0123456789. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01007-6>.

Bulduk S ve ark. Türkçe Kültürler Arası Duyarlılık Ölçeğinin Hemşirelik Öğrencilerinde Ölçümsel

Özellikleri. Türkiye Klinikleri J Med Ethics 2011; 19(1): 25–31. URL:

<https://www.turkiyeklinikleri.com/article/en-turkce-kulturler-arasi-duyarlilik-olceginin-hemshirelik-ogrencilerinde-olcumsel-ozellikleri-60051.html>.

Bulduk S ve ark. Kültürlerarası Duyarlılık ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi: Bir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu Örneği. Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017; 7(2): 73–7. Doi: <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/351987>.

Çakır Koçak Y ve ark. Türkiye'de Ebelik Bölümlerinin Akademik ve Fiziki Profili. HSP 2017; 4(2): 88–97. Doi: <https://doi.org/10.17681/hsp-dergisi.293047>.

Çakır Koçak Y, Sevil Ü. Kadın Doğum Kliniklerinde Yatan Hastalara Kültürlerarası Yaklaşım. Türkiye Klinikleri J Public Health Nurs-Special Topics 2015; 1(3): 52–61. URL: <https://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-kadin-dogum-kliniklerinde-yatan-hastalara-kulturlerarası-yaklasim-74959.html>.

Ceylantekin Y, Öcalan D. Hemşirelik Öğrencilerinin Kültürel Farkındalığı ve Kültürlerarası Hemşirelik Dersine Yönelik Düşünceleri. Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2016; 5(4): 45–53. URL: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/gumussagbil/issue/3226/2/358443>.

- Chen GM, Starosta WJ.** The Development and Validation of The Intercultural Sensitivity Scale. *Human Communication* 2000;3: 1–15. URL: https://digitalcommons.uri.edu/com_facpubs/36/.
- Dahlqvist V et al.** Development of the perceptions of conscience questionnaire. *Nursing Ethics* 2007; 14(1): 283–8. Doi: 10.1177/0969733007073700.
- Demirel G ve ark.** Ebelik Öğrencilerinin Kültürlerarası Yaklaşımlarının Merhamet ve Empati Düzeylerine Etkisi. *OPUS Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi* 2020; 15(21): 1–1. Doi: <https://doi.org/10.26466/opus.591200>
- Douglas MK et al.** Standards of Practice for Culturally Competent Nursing Care: 2011 Update. *Journal of Transcultural Nursing* 2011; 22(4): 317–33. Doi: <https://doi.org/10.1177/1043659611412965>.
- Egelioglu Cetişli N ve ark.** Hemşirelik Öğrencilerinin Empati Düzeylerine Göre Kültürlerarası Duyarlılıkları. *İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2016; 1(11): 27–33. URL: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ikcusbfd/issue/25505>.
- Gönenç İM et al.** Opinions and cultural sensitivities of midwives and nurses about providing health care to women seeking asylum. *Journal of Human Sciences* 2018; 15(2): 683. Doi: <https://doi.org/10.14687/jhs.v15i2.5195>.
- ICM. (2017).** *Definition of Midwifery.* https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng-definition_midwifery.pdf. Erişim Tarihi: 20.12.2020.
- Jain S.** Experiential training for enhancing intercultural sensitivity. *Journal of Cultural Diversity* 2013; 20(1): 15–20. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23614176/>.
- Jalali R et al.** Nurses' Experience of the Perception of Nursing Conscience: A Phenomenological Study. *Asian Bioethics Review* 2012; 4(3): 210–225. Doi: <https://doi.org/10.1353/asb.2012.0022>.
- Juthberg C et al.** Stress of conscience and perceptions of conscience in relation to burnout among care-providers in older people. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 17(14): 1897–906. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02184.x>.
- Khosravani M et al.** The association between conscience understanding and clinical performance among nurses working at education hospital of Arak. *Annals of Tropical Medicine and Public Health* 2017; 10(6): 1587–90. URL: http://www.revhipertension.com/index_sumario_3_20_18.html.
- Kılıç SP, Sevinç S.** The Relationship Between Cultural Sensitivity and Assertiveness in Nursing Students from Turkey. *Journal of Transcultural Nursing* 2018; 29(4): 379–86. Doi: <https://doi.org/10.1177/1043659617716518>.
- Kürtüncü M ve ark.** Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi Yataklı Tedavi Kurumlarında Çalışan Hemşirelerin Kültürlerarası Duyarlılıkları ile Sosyo -demografik Özellikleri ve Empati Düzeyleri Arasındaki İlişkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2018; 9557(1): 44–56. URL: <https://dergipark.org.tr/pub/hemarge/issue/52754>.
- Lak S et al.** Conscience understanding among nurses working at education hospital of Arak. *Revista Latinoamericana de Hipertension* 2018; 13(3): 246–50. URL: http://www.revhipertension.com/index_sumario_3_20_18.html.
- Mazaheri M et al.** Clear conscience grounded in relations: Expressions of Persian-speaking nurses in Sweden. *Nursing Ethics* 2017; 24(3): 349–61. Doi: <https://doi.org/10.1177/0969733015603442>.
- Meydanlioglu A ve ark.** Cultural sensitivity levels of university students receiving education in health disciplines. *Advances in Health Sciences Education* 2015; 20(5): 1195–204. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10459-015-9595-z>.
- Özdişi A, Tanrıverdi G.** Hemşirelik Öğrencilerinde Çalıştay Yoluyla Kültürel Duyarlılığın Geliştirilmesi. *EGEHFD* 2020; 36(2): 97–107. URL: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/egehemsire/issue/56454/609763>.
- Sağlık Bakanlığı. (2019).** *Sağlık istatistikleri yıllığı 2019 haber bülteni.* <https://sbsgm.saglik.gov.tr/TR,73329/saglik-istatistikleri-yilligi-2019-haber-bulteni-yayimlanmistir.html>. Erişim Tarihi: 14.03.2021.
- Uzun Ö, Sevinç S.** The relationship between cultural sensitivity and perceived stress among nurses working with foreign patients. *Journal of Clinical Nursing* 2015; 24(23–24): 3400–8. Doi: <https://doi.org/10.1111/jocn.12982>.
- Valizadeh L et al.** The exploration of culturally sensitive nursing care in pediatric setting: A qualitative study. *International Journal of Pediatrics* 2017; 5(2): 4329–41. Doi: <https://doi.org/10.22038/ijp.2016.7975>.
- Yılmaz M et al.** Cultural Sensitivity Among Clinical Nurses: A Descriptive Study. *Journal of Nursing Scholarship* 2017; 49(2): 153–61. Doi: <https://doi.org/10.1111/jnu.12276>.
- Yılmaz M ve ark.** Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Hemşire/Ebelerin Kültürel Duyarlılık ve Kültürel Beceri Düzeylerinin İncelenmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi* 2019; 12(3): 170–8. URL: <https://dergipark.org.tr/tr/pub/deuhfed/issue/54244/735076>.

EXTENDED ABSTRACT

Turkey also has hosted various civilizations for many years due to its geographical location and migration have received, so that has been a country with a rich culture. This situation has also affected the health services and brings up the issue of providing adequate cultural care for individuals with different cultural characteristics.

Midwifery, which has an important role and responsibility in the provision of healthcare services, is a professional profession that focuses on the development, protection and maintenance of women, newborn, children, family and community health. In order for midwives to provide adequate and effective cultural care, they need to be aware of cultural differences and similarities and act sensitively. The concept of conscience, defined as a voice affected by cultural values and social conditions, focuses on reason, emotions and personal integrity and is as important a concept as culture in midwifery care. In addition to influencing ethical decision-making, culture and conscience perception are also reported to increase self-esteem and satisfaction in midwifery. On the other hand, it is observed that as a result of the conscientious discomfort of the midwives while performing their duties, negative emotions such as feeling guilty, sadness, hopelessness and powerlessness arise. In order to identify and correct these negativities, it is necessary to clarify the level of conscience perception of midwives as well as cultural sensitivity. In this study, it is aimed to determine the intercultural sensitivity levels of midwives who can provide care and services to different cultures and to examine the effect of this on their perception of conscience.

Midwives working in primary, secondary and tertiary health services constituted the universe of this descriptive and cross-sectional study. All midwives who accepted to participate in the study between September and October 2020 were accepted as the sample (n = 287). The study was carried out using an online questionnaire. "Personal Information Form", "Intercultural Sensitivity Scale" and "Perception of Conscience Questionnaire" were used as data collection tools. The analysis of the research data was made with the SPSS 21.0 program. Numerical data were analyzed using numbers, percentages and averages. The compliance of the data to normal distribution was examined with the Kolmogorov-Smirnov test, and the Mann-Whitney U test was used for group comparisons for variables that did not show normal distribution. Correlation between variables was studied using the Spearman correlation test. Kruskal Wallis Test was used to examine categorical variables. Statistical significance was accepted as $p < 0.05$. Prior to the study, the necessary local ethics board approval was obtained from Kocaeli University non-interventional clinical research ethics board (GOKAEK-2020/15.06). An online fact sheet was shared with research participants about the purpose of the study and their personal information would remain confidential, and those who approved to participate in the study were allowed to answer questions. Our study was carried out in accordance with the Helsinki Declaration Principles.

The average age of the midwives participating in the study is 31.88 ± 8.4 years, it was determined that 85.5% of them are undergraduate degrees and 81.5% of them spend most of their life in the metropolis. The average working year of midwives was 9.1 years and the average working hours per month was 187.43 ± 35.1 hours, with 64.5% keeping a night watch. It was found that 36.2% of Midwives cared for an average of 1-2 foreign persons per week, 71.1% were with people of another culture for any reason, 63.4% did not speak a foreign language and 60.6% wanted to work abroad. The total score of midwives was 80.2 ± 7.2 and the total score of midwives was 63.5 ± 10.6 . As a result of the correlation analysis conducted to determine the relationship between the scales, a statistically positive, significant relationship was observed between the total score of Intercultural Sensitivity Scale and the scores of Perception of Conscience Scale and the lower dimension ($p < 0.05$).

Considering the relationship between the socio-demographic characteristics of the midwives and the total scores of the Intercultural Sensitivity Scale and the Perception of Conscience Scale, a positive significant relationship was found between the age and monthly working hours of the midwives and the total score of the Intercultural Sensitivity Scale ($p < 0.05$). However, a statistically significant difference was found between the school they graduated from, the reason for choosing the midwifery department, the number of foreign persons cared for with the total score of the Intercultural sensitivity scale. ($p < 0.05$). In addition, a statistically significant difference was found between the number of foreign persons who were cared for and their foreign language knowledge and the total score of the Perception of Conscience Scale ($p < 0.05$).

In line with the findings obtained, it was found that the intercultural sensitivity of midwives was at a medium level and their sense of conscience was at a high level. However, it was determined that as the intercultural sensitivity of midwives increased, their level of conscience perception also increased.

In order for midwives to provide adequate and effective cultural care, they should be aware of cultural differences and similarities and be sensitive. In addition, studies have reported that midwives who listen to the voice of conscience will make an ethical decision and this situation will increase self-esteem and self-satisfaction of midwives. It can be said that organizing trainings to increase the cultural sensitivity and awareness of midwives can have a positive effect on their conscience perception towards the individuals they care for.

GEBELERDE EMZİRME ÖZ-YETERLİLİĞİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

BREASTFEEDING SELF-EFFICACY IN PREGNANT WOMEN AND EVALUATION OF AFFECTING FACTORS

Tuğba KONUKOĞLU*, Türkan PASİNLİOĞLU**

*Arş. Gör. SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gaziantep/Türkiye.



0000-0002-6433-7628

**Prof. Dr. SANKO Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Gaziantep/Türkiye.



0000-0001-5639-2232

Yazisma Adresi:

Tuğba KONUKOĞLU

e-posta: tugbakonukoglu@hotmail.com

Gönderim Tarihi: 02 Kasım 2020

Kabul Tarihi: 06 Nisan 2021

ÖZ

Amaç: Gebelerde emzirme öz-yeterliliği ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel türde bir araştırmadır. Araştırma Gaziantep'te bulunan SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniklerine başvuran gebeler üzerinde yapılmıştır. Araştırmanın verileri Ekim 2019 - Mart 2020 tarihleri arasında toplanmıştır. Çalışmanın örneklemini belirtilen polikliniklere başvuran 330 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Kişisel Bilgi Formu" ve "Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde değerleri ile, aritmetik ortalama, standart sapma, t-testi ve tek yönlü ANOVA testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada gebelerin yaklaşık %70'inin 30 yaşın altında olduğu, %82.7'sinin orta öğretim ve üzerinde bir eğitiminin olduğu görülmüştür. Gebelerin ölçekten aldığı toplam puan ortalamasının 68.08±14.48 olduğu belirlenmiştir. Gebelerin bazı özelliklerine göre Prenatal Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda; gebelerin yaşına, eğitim durumuna, gebelik sayısına ve aile tipine göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır. Üniversite ve üzeri eğitim alan, 30-34 yaş grubunda ve 2. gebeliği olan, gebelerin emzirme öz-yeterliliklerinin diğerlerinden yüksek olduğu saptanmıştır.

Sonuç: Gebelerin emzirme öz-yeterlilik algılarının orta düzeyin üzerinde olduğu saptanmıştır. Gebelerin eğitim düzeyinin, yaşlarının, gebelik sayısının ve aylık gelir durumunun emzirme öz-yeterliliğini etkilediği belirlenmiştir. Genç yaşta gebeler ile eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gebeler öncelikli olmak üzere, tüm gebelere emzirme öz-yeterliliklerinin artırılması konusunda eğitim verilmesi önerilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Gebe; anne sütü; emzirme; öz-yeterlilik; emzirme öz-yeterlilik.

ABSTRACT

Aim: To determine breastfeeding self-efficacy and factors affecting pregnant women.

Method: This is a descriptive and cross-sectional study. The research was carried out on pregnant women who applied to the Gynecology and Obstetrics Polyclinics of SANKO University Sani Konukoğlu Application and Research Hospital in Gaziantep. The data of the research were collected between October 2019 - March 2020. The sample of the study consisted of 330 pregnant women who applied to the mentioned polyclinics. "Personal Information Form" and "Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale" were used to collect data. In the evaluation of the data, number and percentage values, arithmetic mean, standard deviation, t-test and one-way ANOVA test were used.

Results: In the study, it was observed that approximately 70% of the pregnant women were under the age of 30, and 82.7% of them had a secondary education and above. It was determined that the total mean score of the pregnant women from the scale was 68.08 ± 14.48. As a result of the comparison of the average scores of PAPs according to some characteristics of pregnant women; It was determined that the difference between the mean scores of pregnant women according to their age, educational status, number of pregnancies and family type was statistically significant. It was found that breastfeeding self-efficacy of pregnant women who received university or higher education, were in the 30-34 age group, had a second pregnancy.

Conclusion: It was found that the breastfeeding self-efficacy perceptions of pregnant women were above the middle level. It was determined that the education level, age, number of pregnancies and monthly income of the pregnant women affected breastfeeding self-efficacy. It is recommended that all pregnant women, especially those with low levels of education and income, should be given training on increasing breastfeeding self-efficacy.

Keywords: Breastfeeding; breast milk; breastfeeding self-efficacy; pregnant; self-efficacy.

Atıf için (How to cite): **Konukoğlu T, Pasinlioğlu T.** Gebelerde Emzirme Öz-Yeterliliği ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2021;4(1):12-22.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) emzirmenin, bebeklerin sağlıklı büyüme ve gelişmesinin yanı sıra anne sağlığı açısından da büyük önem taşıdığını belirtmektedir (WHO 2015). Anne sütü eşsiz ve yeri doldurulamayacak bir besindir. Bebeklerin beslenmesi için anne sütü en doğal besindir ve bebeğin ihtiyaç duyduğu tüm besin öğelerini, vitamin ve mineralleri içerir. Anne sütü duysal ve bilişsel olarak gelişmeyi sağlarken, bebeği her türlü bulaşıcı ve kronik hastalıklara karşı korumada yardımcıdır (UNICEF 2015). Anne sütünün bebek için en önemli faydalarından; bebeklerde otit, gastrointestinal sistem enfeksiyonları, pişik, obezite ve diyabet gibi rahatsızlıkların riskini azalttığı, zeka gelişimini arttırdığı ve bebekle anne arasında duygusal bağ kurulmasını sağladığı sayılabilir (Tetik 2016).

Emzirmenin faydaları yalnızca bebek sağlığı ile sınırlı değildir. Emzirme aynı zamanda anne sağlığı için de büyük önem arz eder. Bebeğin emmesiyle birlikte annenin arka hipofiz bezinden salgılanan oksitosin hormonu, loşia drenajını azaltır böylece enfeksiyon riski de azalır (Öztürk ve Sevil 2016). Annelerin doğum sonu involüsyon süreci daha hızlı gerçekleşir. Ayrıca emziren annelerde over kanseri, meme kanseri, anemi ve osteoporoz daha az görülür. Emzirme sırasında salgılanan hormonlar annenin depresyona girmesini önler (İMEAH 2016).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve United Nation's Children's Fund (UNICEF), bebeklerin ilk altı ay yalnızca anne sütüyle beslenmesini, altıncı aydan itibaren ise anne sütüne ek olarak uygun besinlerin verilmesini, anne sütünün iki yaşına kadar verilmeye devam edilmesini önermektedir. Fakat 6 aydan küçük bebeklere anne sütü ile karışık beslenme veya başka sıvılar ve/veya yiyecekler verilmesi birçok ülkede yaygındır (UNICEF 2015).

Sağlık Bakanlığı Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı kapsamında, bebeklerin doğumdan hemen sonra emzirmeye başlatılması, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi ve 6. aydan sonra uygun besinlerle beraber emzirmenin 2 yaş ve ötesine kadar devam ettirilmesini önermektedir. TNSA 2018 verilerine göre bir süre emzirilenlerin oranı %97,8; doğum sonrasında ilk bir saatte emzirilenlerin oranı %67 olarak görülmüştür.

UNICEF'in 2019 verilerine göre; her 10 bebekten yalnızca 4'ünün anne sütüyle beslendiği görülmektedir. Bebeklerin yalnızca %41'i doğumu izleyen ilk 6 ay içerisinde tavsiye doğrultusunda yalnızca anne sütüyle beslenmektedir.

Sağlıklı insan 2020 projesinde anne sütü alan bebeklerin oranının %74'den %81.9'a, ilk 6 ay emzirmenin %45.5'den %60.6'a, 1 yaşına kadar emzirmenin %22.7'den %34.1'e, laktasyon destek programlarının %25'den %38'e artması hedeflenmiştir (Öztürk ve Sevil 2016). Annenin içinde bulunduğu fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörler emzirmeyi etkilemektedir. O Campo ve ark. (1992), emzirmeyi etkileyen faktörler incelemiş ve emzirme sonuçları için en güçlü etkenin öz-yeterlilik algısı olduğunu belirtmişlerdir. Öz-yeterlilik kavramı ilk tanımlayan kişi Albert Bandura'dır. Bandura'ya göre öz-yeterlilik "İnsanların belli bir performansa ulaşabilmelerini sağlayacak eylemleri planlama ve sergileme becerileri ile ilgili yargıları"dır (Bandura 1999). Bandura'nın öz-yeterlilik kavramını tanımlamasından sonra Dennis (1999), emzirme öz-yeterlilik algısı'nın kaynaklarını ve etkileyen faktörleri tanımlamış "Emzirme Öz-Yeterlilik Kuramı"nı geliştirmiştir. Dennis (1999), bu kuramı kadınların emzirmeyi başlatma ve sürdürmede öz-yeterliliğin etkisini incelemek amacıyla kullanmıştır.

Emzirme için öz yeterlilik beklentileri, annenin bebeğini başarılı bir şekilde emzirmesini sağlayacak davranışlarını gerçekleştirme yeteneğine olan güvenini içerir (Denis and Faux 1999). Emzirme öz-yeterlilik algısı annenin emzirmeyi seçip seçmeyeceğini, bunun için ne kadar çaba harcayacağını, emzirirken karşılaşacağı zorluklarla baş edebilmesini belirlemektedir (Denis 1999). Öz-yeterlilik kişilerin belirli bir davranışın performansında yetenekleri hakkındaki algılarını yansıtmaktadır. Bireyler yeteneklerini aştığına inandıkları görevlerden kaçınma ve daha yetenekli olduklarını hissettikleri görevleri tercih etme eğilimindedirler. Emzirme öz-yeterliliği düşük olan anneler emzirmeyi başlatma ve sürdürmede başarı gösterememektedirler (Denis 1999).

Aydın ve Pasinlioğlu'nun (2016) çalışmasında emzirme deneyimi olmayanların emzirme öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek

olduğu vurgulanmıştır. Işık Koç ve Tezcan'ın (2005) gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörlerin incelendiği çalışmada çekirdek ailede yaşayan gebelerin emzirme tutumu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur. Emzirme olayı doğum sonu dönemde gerçekleştiği için, yapılan çalışmalarda ağırlıklı olarak doğum sonu dönemde emzirme öz yeterlilik incelenmiştir (İnce ve ark. 2017; Gökçeoğlu ve Küçükoğlu 2014; Mızrak Şahin ve Özerdoğan, 2014). Doğum öncesi dönem hemşirenin anneyi emzirmeye hazırlaması için en önemli dönemdir. Çünkü anne doğum sonrası döneme göre daha rahat bir dönem geçirmekte, emzirmeye ilgi duymakta, emzirmeye yavaş ve emin adımlarla yaklaşmaktadır (Dyson et al. 2005). Bu nedenle annenin emzirmeye başlaması ve sürdürmesi için bu dönemde emzirme öz-yeterliliğinin gelişmesi gerekmektedir. Annenin kendini emzirmeye hazır hissetmesi emzirme öz-yeterliliği ile doğrudan ilişkilidir. Prenatal dönemde emzirme öz-yeterliliğinin olması doğum sonunda annenin emzirmeye yatkınlığının gelişmesi açısından büyük önem taşımaktadır. Türkiye'de prenatal dönemde emzirme öz-yeterliliğini ölçen az sayıda çalışmaya rastlanmıştır (Aydın ve Pasinlioğlu, 2016; Aluş Tokat ve Okumuş, 2013).

Bu çalışmanın amacı; gebelerde emzirme öz-yeterliliği ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Bu çalışma kesitsel ve tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini SANKO Üniversitesi Sani Konukoğlu Uygulama ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine başvuran gebeler oluşturmuştur. 2018 yılı içinde ilgili polikliniğe başvuran gebe sayısının 3300 olduğu belirlenmiştir. 2019 yılı için de evrenin aynı olacağı varsayılmıştır. Örneklem sayısı, evreni belli olan grupta örneklem seçimine göre yapılmıştır. Evrenin %10'u örnekleme alınmıştır. Buna göre güvenilirliği %95 alınarak örneklem sayısı 330 olarak belirlenmiştir.

Verilerin Toplanması: Veriler "Kişisel Bilgi Formu" ve "Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği" kullanılarak toplanmıştır. Poliklinik ortamında kimsenin olmadığı bir odada gebelerle yüz yüze görüşülerek ilgili formların doldurulması sağlanmıştır. Veriler gebelerin izlem sürecinde toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Araştırmacılar tarafından hazırlanan bu form gebelerin 8 tane

sosyo-demografik ve 12 tane obstetrik özelliklerini belirleyebilecek türdeki toplam 20 sorudan oluşmaktadır.

Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (PEÖYÖ) (Prenatal Breast-Feeding Self-Efficacy Scale (PBSES): Wells ve arkadaşları tarafından gebelerin emzirme öz-yeterlilik algılarının belirlenmesi amacıyla 2006 yılında geliştirilmiştir. Aydın ve Pasinlioğlu tarafından 2016 yılında Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçek toplam 20 maddeden oluşmaktadır ve alt boyutları bulunmamaktadır. Ölçek 5'li likert tipindedir. Ölçeğin maddeleri; "Hiç Emin Değilim" (1 Puan), "Biraz Eminim" (2 Puan), "Oldukça Eminim" (3 Puan), "Çok Eminim" (4 Puan), "Tamamen Eminim" (5 Puan) şeklindedir. Ölçekte ters puanlanan madde bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçeğin kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınan puanın yükselmesi emzirme öz-yeterlilik algısının arttığını göstermektedir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun Cronbach Alfa kat sayısı 0.86'dır. Bu çalışmadaki Cronbach Alfa katsayısı 0.95'tir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 22 paket programı kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde sayı ve yüzde değerleri, ortalama, standart sapma, t-testi, tek yönlü ANOVA kullanılmıştır. İstatistiksel karşılaştırmalarda hata payı $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Boyutu: Bu araştırma Helsinki Deklarasyonu'nda belirtilen prensiplere uygun olarak yürütülmüştür. Araştırmanın yapılabilmesi için Etik Kurul onayı (05.09.2019, 2019/11-01) ve ilgili hastaneden kurum izni alınmıştır. Gönüllü olan gebelerden yazılı ve sözlü onam alınarak araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği

Çalışmanın yalnızca bir hastanedeki kadın hastalıkları ve doğum polikliniklerine başvuran gebeler üzerinde yapılmış olması araştırmanın sınırlılığdır. Bu çalışma yalnızca araştırma kapsamındaki gebelere genellenebilir.

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan 330 gebeden elde edilen bulgular tablolar halinde sunulmuştur. Gebelerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımı Tablo 1'de verilmiştir. Gebelerin %48.2'si 25-29 yaş grubundadır. Gebelerin %49.4'ünün eğitim düzeyi üniversite ve üzerinde olup, %51.8'i herhangi bir işte

çalışmamaktadır. Gebelerin %77'sinin aylık gelirinin giderine eşit olduğu, %97'sinin çekirdek aileye sahip olduğu belirlenmiştir. Gebelerin %40.6'sının ilk gebeliğidir. Hiç çocuğu olmayan gebelerin oranı %45.8, yaşayan çocuk sayısı bir tane olan gebelerin oranı %33.6'dır. Gebelerin %49.1'i 3. trimesterde

bulunmaktadır. Doğacak bebeklerin %34.2'si kız, %45.2'si erkek cinsiyete sahip iken %20.6'sının cinsiyeti henüz belli değildir. Gebelerin %85.8'i bu gebeliğin planlı olduğunu ve %99.7'si bu bebeği istediğini belirtmiştir. Gebelerin %50'si daha önce bebeklerini emzirmiştir.

Tablo 1. Gebelerin Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	%	
Yaş	18-24	71	21.5
	25-29	159	48.2
	30-34	77	23.3
	35 ve üzeri	23	7.0
Eğitim Durumu	İlkokul ve altı	57	17.3
	Ortaokul/Lise	110	33.3
	Üniversite ve üzeri	163	49.4
Çalışma Durumu	Çalışan	159	48.2
	Çalışmayan	171	51.8
Aylık Gelir	Gelir giderden az	9	2.7
	Gelir gidere eşit	254	77.0
	Gelir giderden fazla	67	20.3
Aile Tipi	Çekirdek aile	320	97.0
	Geniş aile	10	3.0
Gebelik Sayısı	1	134	40.6
	2	113	34.2
	3 ve daha fazla	83	25.2
Yaşayan Çocuk Sayısı	0	151	45.8
	1	111	33.6
	2	51	15.5
	3 ve daha fazla	17	5.1
Trimester	1	65	19.7
	2	103	31.2
	3	162	49.1
Bebeğin Cinsiyeti	Kız	113	34.2
	Erkek	149	45.2
	Belli değil	68	20.6
Gebeliğin Planlı Olma Durumu	Planlı	283	85.8
	Planlı değil	47	14.2
Bebeği İsteme Durumu	İstiyor	329	99.7
	İstemiyor	1	0.3
Daha Önce Emzirme Durumu	Emziren	165	50.0
	Emzirmeyen	165	50.0

Tablo 2'de PEÖYÖ' den alınabilecek ve alınan min-max puanlar ile gebelerin aldığı toplam puan ortalaması verilmiştir. PEÖYÖ'den alınabilecek en düşük puan 20, en yüksek puan

100'dür. Gebelerin aldığı en düşük puan 33, en yüksek puan 90 olmuştur. Gebelerin ölçekten aldığı toplam puan ortalamasının 68.08±14.48 olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2. PEÖÖ'den Alınabilecek ve Alınan Min-Max Puanlar İle Gebelerin Puan Ortalaması

Ölçek	n	Ölçekten Alınabilecek Min-Max Puan	Ölçekten Alınan Min-Max Puan	Gebelerin Toplam Puan Ortalaması
PEÖÖ	330	200-100	33-90	68.08 ± 14.48

Gebelerin bazı sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre prenatal emzirme öz-yeterlilik ölçeği puan ortalamalarının karşılaştırılması Tablo 3' te verilmiştir. Gebelerin bazı özelliklerine göre PEÖYÖ puan ortalamalarının karşılaştırılması sonucunda; gebelerin yaşına göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey ileri analizine göre; farkın 30-34 yaş grubunda olan kadınlardan

kaynaklandığı belirlenmiştir. Gebelerin eğitim durumuna göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey ileri analizine göre; farkın ilkökul ve altı ve üniversitesi mezunu olan gebelerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Gebelerin aylık gelir düzeyine göre PEÖYÖ puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($P<0.05$).

Tablo 3. Gebelerin Bazı Sosyo-demografik ve Obstetrik Özelliklerine Göre Prenatal Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Özellikler (n=330)	Sayı	Puan $\bar{X}\pm SS$	Test ve p Değeri
Yaş			
18-24	71	66.32±12.25	
25-29	159	77.75±12.99	F=20.17
30-34	77	82.69±14.34	p=0.00
35 ve üzeri	23	75.87±13.45	
Eğitim Durumu			
İlkokul ve altı	57	66.61±11.81	F=87.30
Ortaokul/Lise	110	68.75±11.04	p<0.00
Üniversite ve üzeri	163	84.82±11.86	
Aylık Gelir			
Gelir giderden az	9	70.78±9.28	F=7.93
Gelir gidere eşit	254	74.94±13.67	p=0.00
Gelir giderden fazla	67	82.25±15.69	
Aile Tipi			
Çekirdek aile	320	76.16±14.27	t=-1.14
Geniş aile	10	81.40±15.30	p=0.25
Gebelik Sayısı			
1	134	76.74±14.63	F=4.837
2	113	78.69±14.40	p=0.00
3. veya daha fazla	83	72.40±12.93	
Trimester			
1	65	76.03±14.76	F=0.17
2	103	76.34±14.49	p=0.95
3	162	76.41±14.09	
Bebeğin Cinsiyeti			
Kız	113	75.22±14.51	t=1.164
Erkek	149	77.28±13.95	p=0.24
Daha Önce Emzirme Durumu			
Emziren	165	76.65±13.84	t=0.430
Emzirmeyen	165	75.98±14.78	p=0.66

Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey ileri analizine göre; farkın

geliri giderden fazla olan gebeler ile geliri gidere eşit olan gebelerden kaynaklandığı belirlenmiştir

(Tablo 3). Gebelerin gebelik sayısına göre puan ortalamaları arasında farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirlemek üzere yapılan Tukey ileri analizine göre; 2. gebeliği olanlar ile 3. veya daha fazla gebeliği olanlardan kaynaklandığı saptanmıştır. Gebelerin; kaçınıcı trimesterde olduğu, bebeğin cinsiyeti, daha önce emzirme durumu ve aile tipine göre PEÖYÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

TARTIŞMA

Bu bölümde gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerine göre emzirme öz-yeterliliklerine yönelik tartışmaya yer verilmiştir. Emzirme, çocuğun hayatta kalması ve sağlığını sürdürmesi için en etkili yoldur. Emzirmenin anneye ve bebeğe olağanüstü faydaları olduğu bilinmektedir. İlk altı ay ihtiyaç duyduğu tüm besinleri, vitaminleri ve mineralleri sağlar ve başka besin desteğine ihtiyacı yoktur. Bu sebeple ilk altı ay emzirilmesi önerilmektedir (WHO 2018; UNICEF 2015). Yapılan çalışmalarda emzirmeye başlama ve sürdürmede en önemli faktörlerden biri olan emzirme öz-yeterliliği olduğu görülmüştür. Emzirme öz-yeterliliği ise kadınların emzirme ile ilgili kişisel deneyimleri, emzirmeyi isteyip istememesi, çevresinden gördüklerini uygulaması gibi faktörlerden etkilenmektedir (Blyth et al. 2002; Dennis and Faux 1999). O' Campo ve arkadaşlarının (1992), yaptığı çalışmada doğum öncesi sosyodemografik ve psikolojik faktörler ile emzirme arasındaki ilişkiyi incelemiştir. İlgili çalışma sonucunda doğum öncesi emzirmeyi etkileyen faktörleri belirlemenin, kısa emzirme süresi olan kişileri doğum öncesi tanımlamanın etkili bir yöntem olduğu saptanmıştır.

Çalışma sonucuna göre gebelerin öz yeterlilik toplam puan ortalamasının 68.08 ± 14.475 olduğu saptanmıştır. Buna göre çalışma kapsamındaki gebelerin emzirme öz-yeterliliği ortanın üzerinde olduğu söylenebilir (Tablo 2). Wells ve ark (2006)'nın yaptığı çalışmada PEÖYÖ toplam puan ortalaması $75,32\pm 19,51$, benzer şekilde PEÖYÖ'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılan çalışmada, gebelerin aldığı puan ortalaması 73.52 ± 8.05 olarak bulunmuştur. (Aydın ve Pasinlioğlu 2018). İnce ve ark.'nın (2017) annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ve emzirme başarılarını inceleyen çalışmada öz-yeterlilik puan ortalaması $57,16\pm 6,92$ olup bu çalışmadan daha düşüktür.

Yapılan bir çalışmada emzirme öz-yeterliliği düşük olan annelere emzirmeyi destekleyici müdahaleler önerilmiştir (Nanishi et al. 2015).

Bu çalışmada yaş arttıkça emzirme öz-yeterliliğinin arttığı saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 3). Aydın ve Pasinlioğlu'nun (2018) çalışmasında yaş gruplarına göre PEÖYÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmamıştır. Wutke ve Dennis (2007), yaptıkları çalışmada yaş gruplarına göre emzirme öz-yeterlilik algısı puan ortalamaları arasında çok zayıf bir ilişki saptamışlardır. Yeşilçiçek Çalık ve ark.'nın (2017) yaptığı çalışmada anne yaşı arttıkça, anne sütü verme eğilimlerinin daha fazla olduğu saptanmıştır. Emzirmeyle ilişkili faktörleri inceleyen çalışmalarda 25 yaş ve üzeri kadınlarda emzirmeyi sürdürme süresinin arttığı belirtilmiştir (Dennis 2002; Gijbers et al. 2008). Bu çalışmanın bulgularının da bu sonuçlarla uyumlu olduğu söylenebilir. Yaş arttıkça yaşanan deneyimler artmaktadır. Annenin pozitif deneyimleri emzirme öz-yeterliliğini olumlu etkileyen faktörler arasındadır. Dolayısıyla 18-24 yaş arası annelerin PEÖYÖ puan ortalamalarının (66.32 ± 12.25), 30-34 yaş arası annelerin puan ortalamalarından (82.69 ± 14.34) düşük olmasının nedeni bu şekilde açıklanabilir.

Bu çalışmada annelerin eğitim düzeyi arttıkça emzirme öz-yeterliliği puan ortalamasının arttığı görülmektedir ($p<0.05$) (Tablo 3). Blyth ve ark. (2002) yaptıkları çalışmada eğitim düzeyi ile emzirme öz-yeterliliği arasında bir ilişki olmadığı belirtilmiştir. Ancak eğitim düzeyi emzirmeyi etkileyen en önemli faktörlerden biridir. İlk altı ay yalnızca anne sütünün verilmesine etki eden etmenlerle ilgili yapılan bir çalışmada annenin eğitim düzeyinin bu konuda önemli rolü olduğu vurgulanmıştır (Ata Yüzüğüllü et al. 2018). Karaçam'ın (2006) anne sütünün 4 ay verilmesine etki eden faktörleri inceleyen çalışmasında annenin eğitim düzeyi arttıkça daha etkili emzirdikleri belirlenmiştir. Dennis'in (2006) çalışmasında yüksek eğitim düzeyine sahip annelerin, eğitim düzeyi düşük olan annelere göre daha yüksek emzirme öz-yeterliliğine sahip olduğu belirtilmiştir. Emzirmeyle ilgili yapılan bazı çalışmalarda, üniversite mezunu olan ve ekonomik durumunu iyi olarak değerlendiren annelerin emzirme öz-yeterlilik puan ortalamaları diğer annelere göre yüksek bulunmuştur (Bertini et al. 2003; Baysal ve ark. 2014; Aluş Tokat ve Okumuş 2013). Yapılan başka bir çalışmada ileri yaş grubu

anneler ile eğitim düzeyi yüksek olan annelerin emzirme öz-yeterliliği diğerlerine göre daha yüksek bulunmuş olup sütlerini daha yeterli olarak algıladıkları belirtilmiştir (Gökçeoğlu ve Küçüköğlü 2016). Goulet (2007) çalışmasında; annelerin eğitim düzeylerinin ve yaşlarının, emzirme kararı verilmesi ve emzirmenin sürdürülmesinde önemli faktörler olduğunu saptamıştır. Bu çalışmanın bulguları belirtilen çalışmanın bulguları ile örtüşmektedir. Emzirme öz-yeterliliğinin pozitif emzirme davranışına etkisi olduğu bilinmektedir (Dennis 1999). Eğitim düzeyi arttıkça, annelerin emzirme konusunda bilinç düzeyi artmakta bu da emzirme konusunda öz-yeterliliği artırmaktadır denilebilir.

Bu çalışmada aylık gelire göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Gökçeoğlu ve Küçüköğlü'nun (2014) annelerin emzirme öz-yeterlilikleri ile sütün yeterlilik algısı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmalarında; gelir düzeyi yüksek olan annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Görüldüğü üzere bu çalışmanın bulguları ile uyumludur. Gelir düzeyinin yüksek olması o kişilerin aynı zamanda eğitim düzeyinin de yüksek olduğunun bir işaretidir. Bu da sosyoekonomik olarak daha iyi durumda olmak demektir. Bütün bunların bireylerin öz-güven ve öz-yeterliliklerini artıran durumlar olduğu söylenebilir. Ekonomik durumları iyi olan gebelerin emzirme öz-yeterliliğinin daha yüksek olmasının buna bağlı olduğu düşünülmektedir.

Gebelerin aile tipine göre PEÖYÖ puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli olmadığı saptanmıştır ($P>0.05$). Ancak geniş aileye sahip olanların sayısı 10 kişi olmasına rağmen puan ortalamaları (81.40 ± 15.30), çekirdek ailede yaşayanların puan ortalamalarından yüksek bulunmuştur (76.16 ± 14.27). Bu durumda geniş ailede yaşayanların daha önce emzirme deneyimi yaşamış kişilerden olumlu yönde etkilenmiş olabileceği düşünülebilir. Bu çalışmanın aksine, Aydın ve Pasinlioğlu'nun (2018) çalışmasında çekirdek ailede yaşayanların PEÖYÖ puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Işık Koç ve Tezcan'ın (2005) gebelerin emzirmeye ilişkin tutumları ve emzirme tutumunu etkileyen bazı faktörlerin incelendiği çalışmalarında çekirdek ailede yaşayan gebelerin emzirme tutumu puan ortalaması daha yüksek bulunmuştur.

Yapılan çalışmalarda önceki deneyimlerin emzirme öz-yeterliliğine etkisinin olduğu belirtilmektedir (Kingston et al. 2007;

Bartle and Harvey 2017; Rodrigues et al. 2015). Bu çalışmada gebelik sayısına göre puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak önemli olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). (Tablo 3). İkinci gebeliği olanların puan ortalaması hem 1. hem 3. gebeliği olanların puan ortalamalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur. İlk gebelikte annelerin emzirme konusunda yeterli bilince sahip olmadığı söylenebilir. Çünkü daha önce bir emzirme deneyimine sahip olmadıkları için emzirme konusunda yeterli bilince sahip olmamaları beklenen bir durumdur. İkinci gebelikte anneler ilk gebeliğe göre emzirme konusunda daha bilinçli hale gelmektedir. Çünkü ilk gebeliklerinde emzirme deneyimi yaşamış olduklarından, ikinci gebeliklerinde emzirme ile ilgili daha duyarlı hale gelmiştir. Bu durumun emzirme öz-yeterliliğinin yüksek olmasında etkili olduğu söylenebilir. Ancak 3 veya daha fazla gebelikte bu olayın yani emzirmenin sıradanlaştığı ve bu nedenle duyarlılığının azaldığı söylenebilir. Buna bağlı olarak annenin emzirme öz-yeterliliği azalmış olabilir. Demirtaş ve ark.'nın (2011) çalışmasında daha önce doğum yapmış olanın, annenin emzirme niyetini olumlu yönde etkilediği düşünülmektedir. Diğer bir çalışmada multipar annelerin emzirme sürelerinin primiparlara göre daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Perrine et al. 2012). Wutke ve Dennis'in (2007) çalışmalarında multipar annelerin emzirme öz-yeterliliği primipar annelere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu araştırma bulgularının literatürle uyumlu olduğu görülmektedir.

Gebelik haftası (trimester) ve fetüsün cinsiyetinin PEÖYÖ puan ortalamasını etkilemediği görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 3). Benzer şekilde Baysal ve ark.'nın (2014) çalışmalarında bebeğin cinsiyetinin emzirme öz-yeterliliğini etkilemediği tespit edilmiştir. Kondolot ve ark.'nın (2009) yaptığı çalışmada çocuğun cinsiyetinin anne sütü alma durumlarını etkilemediği belirtilmiştir. Bu çalışmada ise gebelerin cinsiyet farkı gözetmeden bebeklerini emzirmeyi istiyor olmalarından dolayı cinsiyet farkının emzirme öz-yeterliliğini etkilemediği düşünülmüştür. Gebelerin trimesterlere göre puan ortalamalarına bakıldığında her üç trimesterdeki gebelerin puan ortalamalarının birbirine çok yakın olduğu görülmektedir. Oysa özellikle son trimesterdeki gebelerin puan ortalamasının diğerlerine göre daha yüksek olması beklenirdi. Çünkü son trimester artık doğuma hazırlık sürecidir ve anne bebeğinin

doğması için sabırsızlanır, bebeğin bakımı ve Bebek için en değerli besinin anne sütü olmasından hareketle öncelikle bebeğini anne sütü ile beslemeyi planlar.

Bu çalışmada daha önce emzirme durumuna göre PEÖYÖ puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak önemli bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3). Emzirme öz-yeterliliği ile ilgili yapılan çalışmalarda daha önce emzirme deneyimi olan annelerin emzirme öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır (Dennis 2006; Gökçeoğlu ve Küçüköglü 2016). Gerçek ve ark.'nın (2016) yaptığı çalışmada çocuk sayısı arttıkça algılanan emzirme öz-yeterlilik düzeyinde artış olduğu belirlenmiştir. Aydın ve Pasinlioğlu'nun (2018) çalışmasında emzirme deneyimi olmayanların emzirme öz-yeterlilik düzeylerinin daha yüksek olduğu vurgulanmıştır. Baysal ve ark.'nın (2014) çalışmalarında ise emzirme deneyiminin emzirme öz-yeterliliğini etkilemediği belirtilmiştir. Görüldüğü üzere bu konuda literatürde fikir birliği bulunmamaktadır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebelerin eğitim düzeyinin emzirme öz-yeterliliğini etkilediği, üniversite ve/veya üzeri eğitim alan gebelerin emzirme öz-yeterliliklerinin en yüksek olduğu belirlenmiştir. Gebelerin yaşlarının emzirme öz-yeterliliğini etkilediği, 30-34 yaş grubundaki gebelerin emzirme öz-yeterliliklerinin en yüksek olduğu saptanmıştır. Gebelik sayısının gebelerde

beslenmesi için en uygun olanı yapmayı ister. emzirme öz-yeterliliğini etkilediği 2. gebeliği olanların emzirme öz-yeterliliğinin en yüksek olduğu tespit edilmiştir. Gebelerin aylık gelir durumunun emzirme öz-yeterliliğini etkilediği, gelir durumu giderden fazla olan gebelerin emzirme öz-yeterliliklerinin en yüksek olduğu belirlenmiştir.

Gebelere sağlık hizmeti sunan sağlık personelinin (ebe, hemşire, hekim) emzirmenin ve gebelerin emzirme öz-yeterlilik algısının önemi konusunda eğitim alması, emzirme danışmanlığı hizmetlerinin artırılması, anne sütünün önemi konusunda tüm gebelere kitle iletişim araçları başta olmak üzere, gebe okulları ve benzer platformlarda eğitim verilmesi, gebelerin emzirmeyi başlatma ve sürdürme konusunda desteklenmesi, genç yaşta gebeler ile eğitim ve gelir düzeyi düşük olan gebeler öncelikli olmak üzere, tüm gebelere emzirme öz-yeterliliklerinin artırılması için eğitim verilmesi önerilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKISI

Her iki yazarda çalışmanın planlamasında, yürütülmesinde ve değerlendirmesinde katkı sağlamıştır.

KAYNAKLAR

- Aluş Tokat M, Okumuş H.** Emzirme Öz Yeterlilik Algısını Güçlendirmeye Temelli Antenatal Bakımın Emzirme Öz-Yeterlilik Algısına ve Emzirme Başarısına Etkisi. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2013;10(1):21-9.
- Ata Yüzügüllü ve ark.** Annelerin İlk Altı Ay Sadece Anne Sütü Verme Durumlarına Etki Eden Etmenlerin İncelenmesi. Turk Pediatri Arşivi 2018;53:96-104.
- Aydın A, Pasinlioğlu T.** Reliability and Validity of a Turkish version of the Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale, Midwifery 2018;64:11-6.
- Bandura A.** Human Agency in Social Cognitive Theory. American Psychologist 1989;44(9):1175-84.
- Bandura A.** Human Agency in Social Cognitive Theory. Asian Journal Of Social Psychology 1999;2:21-41.
- Bartle N.C, Harvey K.** Explaining Infant Feeding: The Role of Previous Personal and Vicarious Experience on Attitudes, Subjective Norms, Self-Efficacy, and Breastfeeding Outcomes. Br. J. Health Psychol 2017;22(4):763-85.

- Baysal Yalçınöz H. ve ark.** Sağlıklı ve Hasta Bebeği Olan Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilik Algılarının Karşılaştırılması. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2014;4:31-6.
- Bertini G et al.** Maternal Education and The Incidence and Duration of Breastfeeding: A Prospective Study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2003;37:447-52.
- Blyth J et al.** Effect of Maternal Confidence on Breastfeeding Duration: An Application of Breastfeeding Self-Efficacy Theory. Birth, 2002; 29(4):278-84.
- Dennis C.L.** Theoretical Underpinnings of Breastfeeding Confidence: A Self-Efficacy Framework. Journal of Human Lactation 1999;15(3):195-201.
- Dennis C.L, Faux S.** Development and Psychometric Testing of Breastfeeding Self-Efficacy Scale. Research in Nursing and Health 1999;22(5):399-409.

- Dennis C.L.** Breastfeeding Initiation and Duration: A 1990-2000 Literature Review. *JOGNN* 2002;31(1):12-32.
- Dennis C.L.** Identifying Predictors of Breastfeeding Self-Efficacy in The Immediate Postpartum Period. *Research in Nursing & Health* 2006;29:256-68.
- Demirtas B et al.** Breastfeeding Experiences of Turkish Women. *Journal of Clinical Nursing* 2011;21:1109-18.
- Dyson L et al.** Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Sao Paulo Medical Journal* 2014;132:68-9.
- Gerçek E ve ark.** The Relationship between Breastfeeding Self-Efficacy and LATCH Scores and Affecting Factors. *J Clin Nurs* 2016;26(7-8): 994-1004.
- Gijsbers B et al.** Factors Associated with The Duration of Exclusive Breast-Feeding in Astmatic Families. *Health Education Research* 2008;23(1):158-69.
- Goulet L et al.** Type and Timing of Services Following Postnatal Discharge: Do They Make A Difference? *Women and Health* 2007;45:19-39.
- Gökçeoğlu E, Küçükkoğlu S.** Annelerin Emzirme Öz-Yeterlilikleri ile Sütün Yeterlilik Algısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. *Global Health Promotion* 2014; 1-9.
- Işık Koç A, Tezcan P.** Gebelerin Emzirmeye İlişkin Tutumları ve Emzirme Tutumunu Etkileyen Bazı Faktörler. *Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi* 2005;12(2):1-13.
- İnce T ve ark.** Annelerin Emzirme Özyeterlilikleri ve Emzirme Başarılarını Etkileyen Özelliklerin Değerlendirilmesi. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2017;7(3):183-90
- İMEAH (2016).** Anne Sütü ve Emzirme Eğitim Rehberi. <https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/136,anne-sutu-ve-emzirme-egitim-rehberipdf.pdf> Erişim Tarihi: 01.03.2020.
- Karaçam Z.** Factors Affecting Exclusive Breastfeeding Of Healthy Babies Aged Zero To Four Months: A Community-Based Study Of Turkish Women. *Journal of Clinical Nursing* 2006;17(3):341-9.
- Kingston D et al.** Exploring Breast-Feeding Self-Efficacy. *J. Perinatal. Neonatal Nurs* 2007;21(3):207-15.
- Kondolot M ve ark.** Sadece Anne Sütü Alım Durumuna Etki Eden Faktörler. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2009;52:122-7.
- Mızrak Şahin B, Özerdoğan N.** Başarılı Emzirme İçin Sosyal Bilişsel ve Emzirme Öz-Yeterlilik Kuramlarına Dayalı Hemşirelik Bakımı, Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 2014;11(3):11-15.
- Nanishi K et al.** Determining a Cutoff Point for Scores of The Breastfeeding Self-efficacy Scale-Short Form: Secondary Data Analysis of An Intervention Study in Japan. *PLOS ONE*, 2015;1-12.
- O'Campo P et al.** Prenatal factors associated with Breastfeeding Duration: Recommendations for Prenatal Interventions. *Birth* 1992;19:195-201.
- Öztürk R, Sevil Ü.** Yenidoğan Beslenmesi. Sevil Ü, Ertem G. (Ed.). *Perinatoloji Hemşireliği*. Ankara: Ankara Nobel Tıp Kitapevi 2016; p.527-92.
- Perrine CG et al.** Baby-friendly Hospital Practices and Meeting Exclusive Breastfeeding Intention. *Pediatrics* 2012;130: 54-60.
- Rodrigues A.P et al.** Influence of Sociodemographic and Behavioral Conditions on Self-efficacy in Breastfeeding: A Cross-Sectional Study. *Online Brazilian J. Nurs* 2015;14(3):1-7.
- TC. Sağlık Bakanlığı Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı:** <https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/cocukergen-bp-liste/anne-s%C3%BCt%C3%BCn%C3%BCn-te%C5%9Fviki-ve-bebek-dostu-sa%C4%9Fl%C4%B1-kurulu%C5%9Flar%C4%B1-program%C4%B1.html> 2017; Erişim Tarihi: 07.06.2020
- Tetik B.** Anne Sütü ve Emzirme Danışmanlığında Güncel Bilgiler. *Ankara Medical Journal* 2016. p. 16.
- Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA)** http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA2018_ana_Rapor.pdf 2018; Erişim Tarihi: 17.06.2019
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) Breastfeeding:** https://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html 2015; Erişim Tarihi: 08.06.2019
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) Turkey:** Aile dostu politikaların anne sütüyle besleme oranlarını tüm dünyada artırma açısından önemi: <https://www.unicef.org/turkey/bas%C4%B1n-b%C3%BCtenleri/unicef-aile-dostu-politikalar%C4%B1n-anne-s%C3%BCt%C3%BCyle-besleme-oranlar%C4%B1n%C4%B1-t%C3%BCm-d%C3%BCnyada> . 2019; Erişim Tarihi:06.09.2019
- Wells K.J et al.** Development and Psychometric Testing of The Prenatal Breast-Feeding Self-Efficacy Scale. *Am J Health Behav* 2006;30(2):177-87.
- World Health Organization (WHO)** <https://www.who.int/nutrition/topics/exclusive-breastfeeding/en/> 2015; Erişim Tarihi: 18.06.2019
- World Health Organization (WHO) Guideline:** Counselling of Women to Improve Breastfeeding Practices: <https://www.who.int/nutrition/publications/guidelines/counselling-women-improve-bf-practices/en/> 2018; Erişim Tarihi: 05.04.2019
- Wutke K, Dennis C.** The Reliability and Validity of The Polish Version of The Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form: Translation and Psychometric Assessment. *International Journal of Nursing Studies*, 2007; 44: 1439-46.
- Yeşilçiçek Çalık K ve ark.** Annelerin Emzirme Konusunda Uygulamaları ve Etkileyen Faktörler. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2017; 6(3): 80-91.

EXTENDED ABSTRACT

Breast milk is known as the most natural and reliable food for babies' nutrition. It contains all the nutrients, vitamins and minerals that babies need. The importance of breastfeeding both in the healthy growth and development of the baby and in terms of maternal health is an undeniable fact. It is known that breastfeeding self-efficacy of mothers is one of the most important factors affecting breastfeeding action, which is so important for mother and baby health. Factors that may affect mothers' breastfeeding self-efficacy; age, education, number of pregnancies, income, gestational week, family type and previous breastfeeding status. For example, one of the factors affecting breastfeeding is the number of pregnancies. Since mothers with their first pregnancy do not have previous experience, it is expected that they do not have sufficient awareness about breastfeeding. For mothers who have two or more pregnancies, breastfeeding can be seen as usual and common. Mothers may be reluctant to breastfeed for various reasons. This reluctance can affect mothers' breastfeeding self-efficacy negatively. This study was conducted to determine breastfeeding self-efficacy in pregnant women and the influencing factors.

This is a descriptive and cross-sectional study. The research was carried out on pregnant women who applied to the Gynecology and Obstetrics Polyclinic of SANKO University Sani Konukoğlu Application and Research Hospital in Gaziantep. The data of the research were collected between October 2019 - March 2020. The pregnant women who applied to the polyclinic mentioned above constituted the universe of the study. It was determined that the number of pregnant women who applied to the relevant polyclinic in 2018 was 3300. Assuming that the universe will be the same for 2019, 10% of the universe was included in the sample. Accordingly, the sample size was determined to be 330, with a reliability of 95%. "Personal Information Form" and "Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale" were used to collect data. The personal information form prepared by the researcher consists of 20 questions that can determine the socio-demographic and obstetric characteristics of the pregnant women. Prenatal Breastfeeding Self-Efficacy Scale; It was developed by Wells et al in 2006 to determine the breastfeeding self-efficacy perceptions of pregnant women. It was adapted to Turkish by Aydın and Pasinlioğlu in 2016. IBM SPSS Statistics 22 package program was used for data analysis. As descriptive statistics; Number and percentage values for qualitative data and mean \pm standard deviation for continuous data are given. Continuous data Kolmogorov-Smirnov test, t-test for independent groups in comparison of two groups, and one-way ANOVA for comparison of more than two groups were used. When a significant difference was found in the ANOVA result, the group originating from the difference was evaluated with the Tukey test. In statistical comparisons, the margin of error was accepted as $p < 0.05$.

48.2% of the pregnant women are in the 25-29 age group. 49.4% of pregnant women have a university or higher education level and 51.8% do not work in any job. It was determined that 77% of the pregnant women had their monthly income equal to their expenses, 97% had nuclear families. It is the first pregnancy of 40.6% of the pregnant women. The rate of pregnant women with no children is 45.8%, and the rate of pregnant women with only one living child is 33.6%. 49.1% of the pregnant women are in the third trimester. While 34.2% of the babies to be born are girls and 45.2% are boys, the gender of 20.6% of them is not known yet. The lowest score that can be obtained from PAPT is 20, the highest score is 100. The lowest score obtained by the pregnant women was 33 and the highest score was 90. It was found that the total mean score of the pregnant women from the scale was 68.08 ± 14.48 . As a result of the comparison of the average scores of PAPs according to some characteristics of pregnant women; It was determined that the difference between the mean scores of the pregnant women according to their age was statistically significant ($p < 0.05$). It was determined that the difference was caused by women in the 30-34 age group. It was determined that the difference between the mean scores according to the education level of the pregnant women was statistically significant ($p < 0.05$). In this study, it was determined that the difference between the mean PPSAS scores according to the monthly income of the pregnant women was statistically significant ($p < 0.05$). It was determined that the difference stems from the pregnant women whose income is more than the expenses and those whose income is equal to the expenses. It was determined that the difference between the mean scores of pregnant women according to the number of pregnancies was statistically significant ($p < 0.05$). Pregnant women; It was determined that there was no statistically significant difference between the average of PESTS scores in terms of trimester, baby's gender, previous breastfeeding status and family type ($p > 0.05$).

It was concluded that the prenatal breastfeeding self-efficacy of the pregnant women included in the study was above the middle and positive. It was determined that the education level of the pregnant women affected the breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding self-efficacy of the pregnant women who had university and / or higher education was the highest. It was found that the ages of the pregnant women affected the breastfeeding self-efficacy, and the breastfeeding self-efficacy of the 30-34 age group was the highest. It has been determined that the number of pregnancies affects the breastfeeding self-efficacy of pregnant women and the breastfeeding self-efficacy of those with a second pregnancy is the highest. It has been determined that the monthly income of the pregnant women affects the breastfeeding self-efficacy and the breastfeeding self-efficacy of the pregnant women whose income is more than the expenditure is the highest. It was concluded that it would be beneficial to provide training on breastfeeding self-efficacy to pregnant women, especially those who conceive for the first time and those with low education and income levels.

EBELİK BÖLÜMÜ SON SINIF ÖĞRENCİLERİNİN MESLEKİ AİDİYET DÜZEYLERİ VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER: KESİTSEL BİR ÇALIŞMA
PROFESSIONAL BELONGING LEVELS OF MIDWIFERY DEPARTMENT FINAL-YEAR STUDENTS AND AFFECTING FACTORS: A CROSS-SECTIONAL STUDY
Sibel OCAK AKTÜRK*, Tuba KIZILKAYA Melike ÇELİK***, Tülay YILMAZ******

*MSc. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul/Türkiye.



0000-0003-3399-2854

**MSc. İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul/Türkiye.



0000-0003-3598-791X

***Öğrenci, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul/Türkiye.



0000-0002-7311-125X

**** Dr, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İstanbul/Türkiye.



0000-0002-3706-3844

Yazisma Adresi:

Tülay YILMAZ

e-posta: tyilmaz@istanbul.edu.tr

Gönderim Tarihi: 03 Şubat 2021

Kabul Tarihi: 11 Nisan 2021

ÖZ

Amaç: Bu çalışmanın amacı ebelik bölümü son sınıf öğrencilerinin mesleki aidiyet düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin belirlenmesidir.

Yöntem: Çalışma İstanbul ilindeki üniversitelerin Ebelik Bölümlerinde öğrenim gören son sınıf öğrencileri ile yapıldı. Veriler, meslekle ilgili bazı duygu, düşünce ve seçimlerin sorulduğu "Soru Formu" ve aidiyet düzeyinin belirlenmesi için kullanılan "Ebelik Aidiyet Ölçeği" nin yer aldığı çevrimiçi bir anket ile 5 Ağustos- 15 Eylül 2020 tarihleri arasında toplandı. Sürekli veriler ortalama, standart sapma ve ortanca ile; kategorik veriler ise, frekans ve yüzde olarak sunuldu. Veri setinin normal dağılıma uygunluk durumu Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirildi. Bağımlı değişken olan Ebelik Aidiyet Ölçek puanı ile bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Withney-U Testi ve Kruskal-Wallis Testi kullanıldı. Anlamlılık değeri $p<0.05$ olarak kabul edildi.

Bulgular: Araştırma anketlerini 172 öğrenci tamamladı. Öğrencilerin yaş ortalaması 21.70 ± 1.36 (min:19 -max:33), Ağırlıklı Genel Not Ortalaması 2.94 ± 0.35 (min:2.00-max:3.87) idi. Ebelik Aidiyet Ölçeği puan ortanca değeri 99 (min: 24 - max: 110) olarak bulundu. Çalışmak istediği alanla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünen, mesleğini severek yapacağına inanan ve mezuniyet sonrası meslekten ayrılmayı düşünmeyen öğrencilerin ebelik aidiyet düzeyi puan ortancalarının daha yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$).

Sonuç: Bulgular öğrencilerin aidiyet duygusunun üst sınıra yakın olduğunu ve aidiyet düzeyi ile bazı mesleki duygu, düşünce ve seçimlerinin arasında ilişki olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Aidiyet; ebelik; ebelik öğrencisi; mesleki aidiyet.

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to determine the professional belonging levels of final-year midwifery university students and the influencing factors.

Methods: The study was conducted with final-year students studying at Midwifery Departments of different universities in Istanbul. The data were collected between August 5- September 15, 2020 by using an online questionnaire that includes a "Question Form" asking emotions, thoughts and choices about the profession and the "Midwifery Belonging Scale" examining the belonging levels. Continuous data were presented as mean, standard deviation and median; categorical data were presented as frequency and percentage. Kolmogorov-Smirnov test was used to determine the normality of data. Mann Withney-U and Kruskal-Wallis tests were used to compare the midwifery belonging scale score of independent variables. P values less than 0.05 were considered significant.

Results: 172 students completed the study. The average age of the students was 21.70 ± 1.36 (min: 19-max:33), mean weighted grade point average was 2.94 ± 0.35 (min: 2.00-max:3.87). Median score of Midwifery Belonging Scale was 99 (min:24-max:110). The median scores of Midwifery Belonging Scale were found to be higher in students who think that they have sufficient knowledge about the field they want to work, is believing that she can do her profession with love, and those who do not intend to leave the profession after graduation (respectively; $p<0.001$; $p<0.001$; $p<0.001$).

Conclusion: Our findings showed that level of belonging of the midwifery students is close to the upper limit and there is a relationship between their level of belonging and some professional feelings, thoughts and choices.

Keywords: Belonging; midwifery; midwifery student; professional belonging.

Atıf için (How to cite): **Ocak Aktürk S, Kızılkaya T, Çelik M, Yılmaz T. Ebelik Bölümü Son Sınıf Öğrencilerinin Mesleki Aidiyet Düzeyleri ve Etkileyen Faktörler: Kesitsel Bir Çalışma. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):23-33.**

GİRİŞ

İnsanın varoluşu ile başlayan aidiyet duygusu, kişinin sosyal yaşamda kabul görmesinde önemli bir ihtiyaçtır (Duru 2015; Peter et al. 2015). Aidiyet bireyde güvenlik, ilgi ve şefkat duygusu oluşturan; bireyin gelişimine katkı sağlayan ve başkalarıyla güvenli ilişki kurmasında rol oynayan önemli ve gerekli bir kavramdır (Skinner et al. 2008; Peter et al. 2015). Tüm insanlar ait olma ve özdeşleşme yoluyla bir bireye, mesleğe, gruba, topluma, kültüre veya bir mekâna ait olma ihtiyacını hisseder (Lee and Robbins 1998; Hill 2006).

Aidiyetin ilişkilendirdiği kavramlardan biri olan ve bireyin mesleki hayata yönelik tutum ve davranışlarının temelini oluşturan mesleki aidiyet; kişinin mesleğine olan ilgisi, mesleğiyle özdeşleşme ve mesleğini sürdürme çabası olarak tanımlanabilir (Keskin ve Pakdemirli 2016; Baskaya et al. 2020). Mesleki aidiyet derecesi kişiler arasında çeşitli faktörlere bağlı olarak farklılık gösterebilmektedir. Bu faktörler arasında mesleki statü, çalışma koşulları (ücret, iş güvenliği, çalışma saatleri vb.) çalışma arkadaşları, toplumun bakışı, çalışan bireyin sosyo- kültürel düzeyi ve iletişim becerileri, kariyer olanakları, yöneticilerin çalışanlara yönelik tutum ve davranışları sayılabilir (İlhan 2015; Keskin ve Pakdemirli 2016). Mesleki aidiyeti etkileyen tüm faktörler doğrudan kişilerin mesleki performansı ve başarı düzeyini de etkilemektedir (İlhan 2015). Mesleki aidiyeti düşük olan kişi mesleğinde yeterli performans gösterememekte ve başarısız olmaktadır. Bu durum bireyin sadece iş hayatını değil aynı zamanda sosyal yaşamını da olumsuz etkileyebilmektedir (Özdevecioğlu ve Aktaş 2007). Buna karşın mesleki aidiyeti yüksek olan kişilerde işe yönelik motivasyon ile birlikte iş verimi de artmaktadır. Aynı zamanda işverenler de mesleki aidiyet düzeyi yüksek olan çalışanları tercih etmektedir (Tella et al. 2007; Keskin ve Pakdemirli 2016).

Ebelik, günümüzde kanıta dayalı uygulamalar ışığında gelişimini sürdüren, bilim ve sanatı içeren, etik değerler üzerine temellendirilmiş profesyonel bir meslek olarak icra edilmektedir (Arslan ve ark. 2008). Bir ebeğin, mesleğini benimsemesi ve severek yapması, mesleğin gerekliliklerini bilerek mesleğine sahip çıkma ve sürdürme çabası ebelik aidiyetinin bir göstergesidir. Mesleki çalışma koşullarının zor olması özveriyle çalışma gerektirmesi nedeniyle bu alanda çalışacak ebelerin mesleki aidiyet düzeylerinin yüksek

olması önemlidir (Gaskin 2018). Bu bağlamda mesleki aidiyetin daha iyi tanımlanması ve doğru yorumların yapılabilmesi için daha kapsamlı çalışmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Yakın zamanda, klinik alanda çalışan ebelerin aidiyet düzeylerini değerlendiren standardize bir ölçme aracı geliştirilmiştir (Baskaya et al. 2020). Klinik alanda çalışan ebelerin aidiyet düzeylerinin değerlendirilmesinin yanı sıra lisans eğitimi almakta olan ve yakında meslek hayatına başlayacak olan ebe adaylarının da mesleki aidiyet düzeylerinin bilinmesi önemlidir.

Sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin aidiyet duygusunun incelendiği çeşitli çalışmalar mevcut olmakla birlikte (Levett-Jones and Lathlean 2008; Dabirifard et al. 2016; Liljedahl et al. 2016; Radford and Hellyer 2016; Vivekananda-Schmidt and Sanders 2018) ebelik öğrencilerinin aidiyet duygusu ile ilgili çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir (McKenna et al. 2013; Saadatbakht et al. 2019). Bu nedenle bu çalışma ile ebelik bölümü son sınıf öğrencilerinin mesleki aidiyet düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Bu araştırma ebelik bölümü son sınıf öğrencilerinin mesleki aidiyet düzeylerinin ve etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amacıyla 5 Ağustos- 15 Eylül 2020 tarihleri arasında kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırma Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini ülkenin en yoğun öğrenci nüfusunun bulunduğu İstanbul ilinde yer alan üniversitelerde öğrenim görmekte olan Ebelik Bölümü son sınıf öğrencileri oluşturmaktadır. Ebelik dört yıllık lisans eğitimine dayandığı için son sınıfta olan öğrenci sayısı Yükseköğretim Kurulu'nun Program Atlası aracılığıyla İstanbul'daki üniversitelerin 2016 yılına ait kontenjan doluluk oranlarına bakılarak araştırma evreninin sayısı 444 kişi olarak belirlenmiştir

(<https://yokatlas.yok.gov.tr/meslek-lisans.php?b=10247>, Erişim Tarihi: 15.08.2020). Araştırmada gelişigüzel örnekleme yöntemi kullanılmış ve Google Forms üzerinden çevrimiçi anketi 172 öğrenci (evrenin %38.7'si) tamamlamıştır.

Araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- İstanbul ilindeki üniversitelerde öğrenim gören
- Ebelik bölümü son sınıf öğrenciler araştırmaya dahil edilmiştir.

Araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Ebelik Bölümü 1, 2 ve 3. sınıf öğrenciler

çalışmadan dışlanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Verilerin toplanmasında çevrimiçi anket uygulanan nicel bir tasarım kullanılmıştır. Bu çevrimiçi anket “Soru Formu” ve “Ebelik Aidiyet Ölçeği” olmak üzere iki kısımdan oluşmuştur.

Soru Formu: Araştırmacılar tarafından literatür doğrultusunda (Yücel ve ark. 2017; Ay ve ark. 2018) hazırlanmıştır. Bu formda öğrencilerin yaş, Ağırlıklı Genel Not Ortalaması (AGNO), üniversite ve meslek ile ilgili bazı duygu, düşünce ve seçimleri içeren (Örneğin; “Ebelik mesleğini seçtiğiniz için mutlu musunuz?”, “Çalışmak istediğiniz alanla ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunuzu düşünüyor musunuz?”, “Mezun olduktan sonra hangi alanda çalışmak istersiniz?” gibi) toplam 11 soru bulunmaktadır.

Ebelik Aidiyet Ölçeği: Baskaya ve arkadaşları tarafından 2020 yılında geliştirilen Ebelik Aidiyet Ölçeği 22 maddeden oluşan 5’li likert tipi bir ölçektir. Dört faktörden oluşan ölçekte faktörler; “Duygusal aidiyet”, “Mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirme”, “Mesleki gelişme ve olanakları değerlendirme” ve “Meslekte görev ve yetki sınırı” olarak isimlendirilmiştir. Ölçekte ters madde ve kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 22 en yüksek puan 110’ dur. Ölçekteki Duygusal aidiyet boyutu ve Mesleki rol ve sorumlulukları yerine getirme boyutu için maksimum puan “35”, minimum puan ise “7”dir. Mesleki gelişme ve olanakları değerlendirme boyutu için maksimum puan “25”, minimum puan ise “5”dir. Meslekte görev ve yetki sınırı boyutu için maksimum puan “15”, minimum puan ise “3”tür. Ölçekten alınan puan arttıkça aidiyetin yükseldiği kabul edilmektedir (Başkaya 2018). Baskaya ve ark. çalışmasında ölçeğin Cronbach Alfa Katsayısı 0.90 olarak bulunurken (Baskaya et al. 2020), bu çalışmada Cronbach Alfa Katsayısı 0.97 olarak bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Veriler, meslekle ilgili bazı duygu, düşünce ve seçimlerin sorulduğu “Soru Formu” ve aidiyet düzeyinin belirlenmesi için kullanılan “Ebelik Aidiyet Ölçeği” nin yer aldığı çevrimiçi bir anket aracılığıyla toplanmıştır. Hazırlanan çevrimiçi anket Google Forms aracılığı ile internet ortamına yüklenmiştir. Farklı sosyal medya platformlarında (Facebook, Instagram, Twitter, vb) 5 Ağustos- 15 Eylül 2020 tarihleri arasında paylaşılmıştır. Paylaşımlar araştırmacılar

tarafından haftalık olarak tekrarlanmıştır. Çalışmayı özetleyen açıklayıcı bir bildirim ile İstanbul’da herhangi bir üniversitede Ebelik bölümü son sınıf öğrencileri çevrim içi anketi doldurmaları için davet edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Çalışmadan elde edilen verilerin istatistiksel analizinde IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 21 paket programı kullanılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler yaş, AGNO ve aidiyet ölçek puanı gibi sürekli veriler ortalama, standart sapma ve ortanca ile; kategorik veriler ise, frekans ve yüzde olarak sunulmuştur. Veri setinin normal dağılıma uygunluk durumu Kolmogorov Smirnov Testi ile değerlendirilmiştir. Ölçek verileri normal dağılıma uymadığı için median verilmiş ve non parametrik testler kullanılmıştır. Bağımlı değişken olan Ebelik Aidiyet Ölçek puanı ve bağımsız değişkenlerin karşılaştırılmasında Mann Withney-U Testi ve Kruskal-Wallis Testi kullanılmıştır. Anlamlılık değeri $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılabilmesi için İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul’undan gerekli izin alınmıştır (Etik Kurul Karar No: 60350273-605.99-91912). Araştırmada kullanılan Ebelik Aidiyet Ölçeğini geliştiren yazardan gerekli izin alınmıştır. Google Forms yoluyla hazırlanmış olan çevrim içi ankete “Gönüllü Olur Formu” da eklenerek katılımcıların onamı internet ortamında alınmıştır. Çalışmada Helsinki Deklarasyonu prensiplerine uyulmuştur.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırmanın sınırlılıklarından birisi sadece İstanbul İl’indeki üniversitelerde öğrenim gören öğrencilerle yapılmış olması nedeniyle sonuçların sınırlı düzeyde genellenebilir olmasıdır. Araştırmada aidiyet düzeyi birçok demografik ve tanımlayıcı özellik bakımından değerlendirilmiş olsa da mesleki aidiyeti etkileyebilecek diğer parametrelerin (Üniversitelerin fiziki koşulları, laboratuvar ve ekipmanlara ulaşım imkanları, sınıf kontenjanları, staj imkanları vb.) değerlendirilmemiş olması bu çalışmanın bir diğer sınırlılığı sayılabilir. Ayrıca araştırmanın bir başka sınırlılığı ise, verilerin çevrimiçi internet ortamında toplanması nedeniyle, hedeflenen örneklem sayısına ulaşamamasıdır.

BULGULAR

Araştırma, Google Forms aracılığı ile çevrimiçi anketi tamamlayıp gönderen 172 ebelik bölümü son sınıf öğrencisi ile tamamlanmıştır. Katılımcıların yaş, AGNO, öğrencisi oldukları üniversite ve meslek ile ilgili sorulara verdikleri yanıtlar Tablo 1'de verilmiştir. Öğrencilerin yaş ortalaması 21.70 ± 1.36 (min:19-max:33) ve AGNO 2.94 ± 0.35 (min:2.00-max:3.87) olarak belirlenmiştir. Öğrencilerin Ebelik Aidiyet Ölçeği'nden aldıkları toplam puanın medianı 99

(24 ile 110) olarak bulunmuştur. Katılımcıların %47.1'ini İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, %12.2'sini Haliç Üniversitesi öğrencileri oluşturmuştur. Öğrencilerin %56.4'ünün mesleği isteyerek ve araştırarak seçtiği görülürken, %43'ü ebelik alanında çalışmak istemesinin nedenini kadınlara sağlık hizmeti sunmak olarak belirtmiştir. Mezuniyet sonrası kamu hastanesinde çalışmak isteyenler %57.8 iken akademide çalışmak isteyenlerin oranı %18.6'dır.

Tablo 1. Katılımcıların Yaş, AGNO, Üniversite ve Ebelik Mesleği ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar (n=172)

		ORT ±SS	n	%
Yaş		21.70±1.36	172	
AGNO		2.94±0.35	172	
Üniversite	Biruni Üniversitesi		4	2.3
	Demiroğlu Bilim Üniversitesi		3	1.8
	Haliç Üniversitesi		21	12.2
	İstanbul Üniversitesi – Cerrahpaşa		81	47.1
	İstinye Üniversitesi		2	1.2
	Marmara Üniversitesi		12	7.0
	Medipol Üniversitesi		19	11.0
	Sağlık Bilimleri Üniversitesi		16	9.3
	Üsküdar Üniversitesi		14	8.1
Ebelik alanında çalışmak isteme nedeni	Ücretinin fazla olması		11	6.4
	Çalışma koşullarının daha iyi olması		59	34.3
	Kadınlara sağlık hizmeti sunmak		74	43
	Saygınlığının olması		12	7.0
	Otonominin olması		6	3.5
	Diğer		10	5.8
Mesleği seçme nedeni	İsteyerek ve araştırarak		97	56.4
	Aile isteği		10	5.8
	Arkadaş/yakın çevre önerisi		9	5.2
	İş imkanları		31	18.0
	Puanının yettiği bölüm olması		23	13.4
	Diğer		2	1.2
Çalışmak istediği alanla ilgili yeterli bilgiye sahip olma	Evet		98	57.0
	Hayır		74	43.0
Çalışmak istediği alan	Serbest Ebelik		23	13.3
	Akademi		32	18.6
	Kamu Hastaneleri		98	57.0
	Özel Hastane		7	4.1
	Ebelik dışı bir alanda		7	4.1
	Diğer		5	2.9
Mesleki bilimsel bir etkinliğe katılma	Evet		119	69.2
	Hayır		53	30.8
Mesleği seçtiği için mutlu olma	Evet		163	94.8
	Hayır		9	5.2
Mesleği severek yapacağına inanma	Evet		161	93.6
	Hayır		11	6.4
Meslekten ayrılmayı düşünme	Evet		12	7.0
	Hayır		160	93.0

ORT: Ortalama, SS: Standart Sapma, n: Sayı, %: Yüzde

Öğrencilerin %57'si çalışmak istediği alanla ilgili bilgiye sahip olduğunu, %69.2'si daha önce ebelik ile ilgili bilimsel bir etkinliğe katıldığını, %94.8'i ebelik mesleğini seçtiği için mutlu olduğunu ifade etmiştir. Öğrencilerin %93.6'sı mesleği severek yapacağına inandığını belirtirken, “%93'ü meslekten ayrılmayı

düşünmediğini belirtmiştir.

Ebelik Aidiyet Ölçeği alt boyut puanları ve ölçek toplam puanının ilişkisi Tablo 2'de gösterilmiştir. Her bir alt boyut kendi aralarında ve ölçek toplam puanı ile pozitif yönde korelasyon göstermiştir (Tablo 2).

Tablo 2. Ebelik Aidiyet Ölçeği Toplam Puanı ve Alt Boyut Puanlarının Korelasyon Analizi (n = 172)

Değişkenler	Ortanca (Min-Maks)	DA		MRSY		MGOD		MGYS	
		r	p	r	p	r	p	r	p
DA	33 (7 -35)	1							
MRSY	32 (7 -35)	0.642	<0.0001	1					
MGOD	21 (5 -25)	0.727	<0.0001	0.686	<0.0001	1			
MGYS	14 (3 -15)	0.462	<0.0001	0.333	<0.0001	0.392	<0.0001	1	
EAÖ Total	99 (24 -110)	0.888	<0.0001	0.802	<0.0001	0.874	<0.0001	0.621	<0.0001

Min: Minimum. Maks: Maksimum. DA: Duygusal Aidiyet Alt Boyutu. MRSY: Mesleki Rol ve Sorumlulukları Yerine Getirme Alt Boyutu. MGOD: Mesleki Gelişme ve Olanakları Değerlendirme Alt Boyutu. MGYS: Meslekte Görev ve Yetki Sınırı Alt Boyut. EAÖ: Ebelik Aidiyet Ölçeği. p<0.05 anlamlı.

Tablo 3'te öğrencilerin sosyo demografik özellikleri, meslek ile ilgili bazı duygu, düşünce ve seçimlere ilişkin sorulara verdikleri yanıtlar ile Ebelik Aidiyet Ölçeği'ne ilişkin puan ortancalarının karşılaştırılması verilmiştir. Kamu ve vakıf üniversitelerinde öğrenim gören öğrenciler ebelik aidiyet düzeyi açısından karşılaştırıldığında vakıf üniversiteleri lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0.014). Mesleği kendi isteğiyle seçen öğrenciler ile diğer nedenlerle (aile isteği, arkadaş/çevre önerisi, iş imkanları vb.) mesleği seçenler karşılaştırıldığında ise, mesleği kendi isteğiyle seçen öğrencilerin ebelik aidiyet düzeyi puanlarının istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu bulunmuştur (p<0.001). Öğrencilere “Çalışmak istediği alanla ilgili yeterli bilgiye sahip olma”, “Mesleki bilimsel bir etkinliğe katılma”, “Mesleği seçtiği için mutlu olma” ve “Mesleği severek yapacağına inanma” durumlarına ilişkin yöneltilen sorulara “evet” ve “hayır” yanıtı verenler ebelik aidiyet düzeyi açısından karşılaştırıldığında evet diyenler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla p<0.001; p=0.006; p=0.001; p<0.001). Öğrencilerin mezuniyet sonrası meslekten ayrılmayı düşünme ve düşünmeme durumuna göre aidiyet puanları düşünmeyenler lehine istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermiştir (p<0.001). Öğrencilerin ebelik mesleğini seçme nedenleri ve mezuniyet sonrası çalışmak

istedikleri alanlara göre ölçekten aldıkları puanlar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur (sırasıyla p<0.001; p=0.015).

TARTIŞMA

Bu çalışmada öğrencilerin aidiyet düzeylerinin ölçülmesi için kullanılan ölçüm aracının kesme noktası bulunmamaktadır. Ölçeğe göre puanın artması aidiyetin arttığını, azalması ise aidiyetin azaldığını göstermektedir. Araştırma sonucunda öğrencilerin aidiyet düzeyi puan ortancasının üst sınıra yakın olduğu bulunmuştur (Tablo 2). Ayrıca öğrencilerin ölçek toplam puan skorunun, Başkaya ve arkadaşlarının çalışan ebeler ile yaptıkları çalışmada aynı ölçek ile elde edilen ölçek toplam puan skorundan yüksek olduğu gözlenmiştir (Başkaya ve ark. 2018). Bu durum, çalışmaya katılan öğrencilerin kendilerini mesleğe ait hissettiklerinin bir göstergesi kabul edilebilir.

Bu çalışmada mezun olmak üzere olan ebelik bölümü son sınıf öğrencilerinin aidiyet düzeylerinin yanında meslek ile ilgili bazı duygu, düşünce ve seçimleri arasında farklılık olup olmadığı incelendi. Bu açıdan çalışmada ele alınan tüm sorulara verilen cevaplarda meslek aidiyetinin lehine anlamlı farklılık olduğu tespit edildi (Tablo 3).

Bu çalışmada vakıf üniversitelerinde öğrenim gören öğrencilerin mesleki aidiyet düzeylerinin kamuda öğrenim gören öğrencilere göre daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3).

Tablo 3. Katılımcıların Meslek ile İlgili Sorulara Verdikleri Yanıtlar ile Ebelik Aidiyet Ölçeğine İlişkin Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Değişkenler		Ebelik Aidiyet Ölçeği					
		n	DA Median (Min-Max)	MRSY Median (Min-Max)	MGOD Median (Min-Max)	MGSY Median (Min-Max)	Total Median (Min-Max)
Üniversite Türü	Kamu Üniversitesi	109	32 (7-35)	31 (7-35)	21 (6-25)	13 (3-15)	96 (24-110)
	Vakıf Üniversitesi	63	34 (7-35)	34 (7-35)	23 (5-25)	14 (3-15)	103 (25-110)
Z			-1.905	-3.048	-2.048	-0.537	-2.448
p			0.057*	0.002*	0.041*	0.591*	0.014*
Mesleği seçme nedeni	Kendi İsteği	97	34 (7-35)	33 (7-35)	22 (5-25)	14 (3-15)	102 (25-110)
	Diğer Nedenler	75	30 (7-35)	32 (7-35)	20 (6-25)	12 (3-15)	93 (24-110)
Z			-4.280	-2.343	-3.184	-3.085	-4.535
p			<0.001*	0.019*	0.001*	0.002*	<0.001*
Çalışmak istediği alanla ilgili yeterli bilgiye sahip olma	Evet	98	34 (7-35)	33.5 (7-35)	23 (5-25)	14 (3-15)	103 (25-110)
	Hayır	74	31 (7-35)	31 (7-35)	20 (6-25)	13 (3-15)	94 (24-109)
Z			-3.677	-4.012	-4.027	-1.010	-4.09
p			<0.001*	<0.001*	<0.001*	0.31	<0.001*
Meslek ilgili bilimsel bir etkinliğe katılma	Evet	119	33 (7-35)	33 (7-35)	22 (5-25)	15 (3-15)	101 (24-110)
	Hayır	53	32 (9-35)	31 (8-35)	20 (8-25)	13 (3-15)	96 (28-108)
Z			-2.212	-2.189	-2.855	-1.586	-2.74
p			0.027*	0.029*	0.004*	0.113	0.006*
Mesleği seçtiği için mutlu olma	Evet	163	33 (7-35)	32 (7-35)	21 (5-25)	14 (3-15)	99 (24-110)
	Hayır	9	22 (10-34)	28 (7-34)	19 (6-25)	11 (3-15)	83 (27-108)
Z			-3.899	-1.974	-1.888	-2.377	-3.18
p			0.001*	0.048*	0.059	0.017*	0.001*
Mesleği severek yapacağına inanma	Evet	161	33 (7-35)	32 (7-35)	21 (5-25)	14 (3-15)	99 (24-110)
	Hayır	11	21 (9-34)	26 (7-34)	17 (6-25)	10 (3-15)	79 (27-108)
Z			-4.649	-2.792	-2.894	-3.614	-3.96
p			<0.001*	0.005*	0.004*	<0.001*	<0.001*
Meslekten ayrılmayı düşünme	Evet	12	22 (9-34)	27 (7-34)	17 (6-25)	10 (3-15)	82 (27-108)
	Hayır	160	33 (7-35)	32 (7-35)	21 (5-25)	14 (3-15)	99 (24-110)
Z			-4.682	-2.733	-3.467	-3.020	-4.02
p			<0.001*	0.006*	0.001*	0.003*	<0.001*
Mesleği seçme nedeni	İsteyerek ve araştırarak	97	34 (7-35)	33 (7-35)	22 (5-25)	14 (3-15)	102 (25-110)
	Aile isteği	10	35 (11-35)	33.5 (7-35)	21.5 (7-25)	12.5 (3-15)	103 (28-107)
	Arkadaş/yakın çevre önerisi	9	32 (7-33)	30 (8-35)	20 (6-23)	13 (3-14)	94 (24-104)
	İş imkanları için	31	30 (10-35)	32 (7-35)	21 (6-25)	13 (4-15)	94 (27-110)
	Puanının yettiği bölüm olması	23	28 (9-34)	31 (8-34)	20 (8-25)	11 (3-15)	90 (28-106)
	Diğer	2	33 (32-34)	29.5 (29-30)	22.5 (20-25)	13 (11-15)	98 (93-103)
Chi-Square			32.677	12.147	14.092	11.965	28.390
p			<0.001**	0.033**	0.015**	0.035**	<0.001**
Çalışmak istediği alan	Serbest Ebelik	23	33 (7-35)	33 (8-35)	21 (6-25)	15 (3-15)	103 (24-110)
	Akademi	32	31 (9-35)	32 (7-35)	22.5 (6-25)	13 (3-15)	99 (25-109)
	Kamu Hastaneleri	98	33 (7-35)	32 (7-35)	21 (5-25)	14 (3-15)	98.5 (25-110)
	Özel Hastane	7	31 (11-35)	30 (13-35)	21 (9-25)	12 (6-15)	93 (41-110)
	Ebelik dışı bir alanda	7	21 (9-25)	32 (7-34)	18 (7-24)	9 (3-14)	83 (28-90)
	Diğer	5	32 (31-35)	32 (27-35)	18 (16-25)	14 (13-15)	100 (88-108)
Chi-Square			19.588	4.839	8.250	19.632	14.126
p			0.001**	0.436	0.143	0.001**	0.015**

*Mann-Whitney-U Test .**Kruskal-Wallis Test. p< 0.05 Significant. DA: Duygusal Aidiyet Alt Boyutu. MRSY: Mesleki Rol ve Sorumlulukları Yerine Getirme Alt Boyutu. MGOD: Mesleki Gelişme ve Olanakları Değerlendirme Alt Boyutu. MGSY: Meslekte Görev ve Yetki Sınırı Alt Boyutu

Yapılmış çalışmalar incelendiğinde üniversite türüne göre (kamu-vakıf) öğrencilerin aidiyet düzeylerini karşılaştıran çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada vakıf üniversitelerinde öğrenim görmekte olan öğrencilerin aidiyet düzeylerinin yüksek olmasının muhtemel nedenlerinden birinin, öğrencilerin teorik derslerde edindikleri bilgileri pratiğe aktarabilmelerini sağlayan laboratuvar ve ekipman altyapısının kamu üniversitelerine göre daha iyi olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer nedenler arasında öğrenci sayılarının kamu üniversitelerine göre daha az olması ve öğrencilerin mesleki derslerde daha fazla uygulama yapabilme imkanı bulması sayılabilir.

Bu çalışmada öğrencilerin yarısından fazlası çalışmak istediği alan ile ilgili yeterli bilgiye sahip olduğunu düşünmekteydi. Çalışmak istediği alan ile ilgili bilgi sahibi olan öğrencilerin ebelik aidiyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görüldü. Ashktorab ve arkadaşlarının hemşirelik öğrencilerinin aidiyet düzeyleri ile ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yaptıkları kalitatif bir çalışmada, hemşirelik mesleğinin tanımını ve gerekliliklerini bilmenin aidiyet düzeyi ile ilişkili bir faktör olabileceğinin açıklanmış olması bu çalışma sonucunu destekler niteliktedir (Ashktorab et al. 2017). Mesleğe ilişkin bilgi sahibi olmanın aidiyet duygusunun gelişmesi açısından önemli bir parametre olduğu düşünülmektedir.

Aidiyet hisseden öğrencilerin ders dışı etkinliklere aktif katılmaya istekli olduğu bilinmektedir (St-Amand et al. 2017). Bu çalışmada da yaklaşık 10 öğrenciden yedisinin meslek ile ilgili bilimsel bir etkinliğe katılmış olduğu ve mesleğe özgü bilimsel bir etkinliğe katılan öğrencilerin aidiyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bulunan sonuç literatürü destekler niteliktedir. Ayrıca aidiyet duygusunun öğrenciyi mesleki bilgi edinmeye yönlendirecek bir motivasyon niteliğinde olabileceği de göz ardı edilmemelidir (Saadatbakht et al. 2019). Bilimsel aktivitelere ve ders dışı etkinliklere katılma isteği aidiyet duygusu ile ilişkili bir faktör olarak değerlendirilebilir.

Literatürde olumlu duygular aidiyetin önemli bir tanımlayıcı özelliği olarak bildirilmektedir (St-Amand et al. 2017). Bu çalışmada öğrencilerin neredeyse tamamının ebelik bölümünü seçtiği için mutlu olduğu tespit edilmiş ve ebelik bölümünü seçtiği için mutlu olan öğrencilerin, ebelik aidiyet düzeyinin daha

yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu çalışma sonucu literatürü destekler niteliktedir. Meslek seçimine ilişkin memnuniyet, aidiyet düzeyini etkileyen bir faktör olarak düşünülebilir.

Ebelik öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yaklaşık on öğrenciden sekizinin ebelik mesleğini sevmediklerini ama yapmak zorunda olduklarını ifade ettikleri (Ay ve ark. 2018), ebelik bölümü öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada ise öğrencilerin yarısının mesleği severek yapacağına inandıkları tespit edilmiştir (Yücel ve ark. 2017). Çalışan ebeler ile yapılan bir çalışmada da on ebeden yedisinin mesleğini severek yaptığı belirlenmiştir (Yılmaz ve ark. 2014). Bu çalışmada ise öğrencilerin çoğunun ebelik mesleğini severek yapacağına inandığı bulunmuştur (Tablo 1). Bu bağlamda Ay ve arkadaşları ile Yücel ve arkadaşlarının çalışma sonucuyla bu çalışma sonucu arasında fark olduğu, Yılmaz ve arkadaşlarının yaptığı çalışma sonucu ile bu çalışma arasında benzerlik olduğu görülmektedir (Yılmaz ve ark. 2014; Yücel ve ark. 2017; Ay ve ark. 2018). Bu farklılığın ve benzerliğin bu çalışmanın sadece son sınıf öğrencileri ile yapılmış olması nedeni ile zaman içinde ebelik mesleğinin sevildiği şeklinde yorumlanabilir. Ayrıca bu çalışmada mesleğini severek yapacağına inanan öğrencilerin ebelik aidiyet düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Ebelik mesleğinin severek yapılması aidiyetin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Gaskin 2018). Bu çalışma sonucu literatürü destekler niteliktedir. Ebelik mesleğini severek yapmak aidiyet düzeyinin bir göstergesi olabilir.

Bağlılık duygusu aidiyet ile ilişkilendirilebilecek faktörlerden biridir (St-Amand et al. 2017). Bu çalışmada öğrencilerin çoğunun mezun olduktan sonra meslekten ayrılmayı düşünmediği belirlenmiş ve mezuniyet sonrası meslekten ayrılmayı düşünmeyen öğrencilerin aidiyet düzeylerinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu durum literatürü destekler niteliktedir. Aidiyet duygusunun mesleğe devam etme niyetini etkileyebileceği düşünülmektedir.

Ebelik mesleğini seçme nedeni, meslek algısını ve başarısını etkileyebileceğinden aidiyetin de önemli bir parametresi olarak nitelendirilebilir (Başkaya 2018; Akça ve ark. 2019; Toker ve ark.2020). Literatürde öğrencilerin ebelik bölümünü tercih etme nedenleri çeşitlilik göstermektedir (Cullen et al. 2016; Yücel ve ark. 2017; Ay ve ark. 2018). Cullen ve arkadaşlarının öğrencilerin ebelik

bölümünü seçme motivasyonlarını inceledikleri nitel araştırma sonucunda önde gelen nedenlerden birinin “ebeliğe tanıklık etmiş olma ve doğum hikayeleri duyma” olduğu ortaya çıkmıştır (Cullen et al. 2016). Bu çalışmada öğrencilerin yarısından çoğunun ebelik bölümünü isteyerek ve araştırarak tercih ettiği belirlendi. Ay ve arkadaşlarının çalışma sonucunda ebelik öğrencilerin yarısından çoğunun mesleği kendi isteği ile tercih etmesinin bu çalışma sonucu ile paralel olduğu görülmektedir (Ay ve ark. 2018). Bu çalışmada mesleği araştırarak ve kendi isteğiyle seçen öğrencilerin ile diğer nedenlerle (aile isteği, arkadaş/çevre önerisi, iş imkanları vb.) mesleği seçenlere göre ebelik aidiyet düzeylerinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (Tablo 3). Benzer şekilde Başkaya'nın yaptığı çalışmada da mesleği sevdiği için seçen ebelerde, diğer nedenler dolayısıyla mesleği seçenlere kıyasla ebelik aidiyet düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır (Baskaya 2018). Bu sonuçlara göre mesleği seçme nedeni, aidiyet ile ilişkili olabilecek bir parametredir.

Ebelik öğrencilerinin aidiyet düzeyi ile ilişkilendirilebilecek faktörlerden birinin de öğrencilerin ebelik alanı ile ilgili bir işte çalışmak isteyip istemediği olarak düşünülmektedir. Bu çalışmada, mezuniyet sonrası ebelik ile ilgili bir alanda çalışmak istemeyenlerin çok az olduğu görülmektedir. Çoğunluğu kamu hastanesinde çalışmak isterken akademisyen veya serbest ebe olarak çalışmayı planlayanlar da mevcuttur. Ebelerle ilgili alanlarında çalışmayı planlayan öğrencilerin olması mesleki farkındalıklarının yüksek olduğunu düşündürmektedir. Literatürde bu sonuca benzer nitelikte Evans ve arkadaşlarının son sınıf ebeler bölümü öğrencilerinin kariyer planlarını inceledikleri çalışmada öğrencilerin neredeyse tamamının ebe olarak çalışmayı planladığı, bu öğrencilerden çoğunun hastanede çalışmak üzere başvuru yaptığı ve az sayıda öğrencinin ise serbest ebe olarak çalışmayı planladığı belirlenmiştir. Yine bu araştırma sonucunda ebelik dışı bir alanda çalışmak isteyenlerin aidiyet puanlarının düşük olduğu görülmektedir (Evans et al. 2020). Bu sonuca paralel olarak, Başkaya'nın araştırma sonucunda da alan dışı birimlerde çalışan ebelerin, doğumhane veya halk sağlığı alanında çalışan ebelere kıyasla ebelik aidiyeti puanlarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Baskaya 2018). Literatür ışığında, ebeliğe özgü alanlarda çalışma isteğinin aidiyet ile ilişkilendirilebileceği gibi;

farklı alanlarda çalışmanın meslek aidiyetini olumsuz etkileyebileceği öne sürülebilir.

Aidiyet, sadece öğrenme süreci için değil ebelerde çalışma hayatına geçiş ve mesleki uyum süreci için de önemli olabilecek bir kavramdır. St-Amand ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada öğrencilerin aidiyet duygusunun, onları bu duyguya sahip olmaya teşvik ederek arttırılabileceğini belirtmişlerdir (St-Amand et al. 2017). Dolayısıyla lisans eğitimi sürecinde ebelik öğrencileri bu açıdan değerlendirilmeli ve aidiyet düzeylerini yükseltecek girişimlerde bulunulmalıdır. Bu çalışmada sadece ebelik bölümü son sınıf öğrencilerinin aidiyet düzeyleri ve meslek ile ilgili bazı duygular, düşünce ve seçimleri arasında farklılık olup olmadığı incelendi. Araştırmada nicel yöntem benimsendiği için öğrencilerin aidiyet düzeyini etkileyen faktörlerin saptanmasında bir sınırlılık söz konusudur. Bu nedenle ileriye dönük olarak yapılacak nitel araştırmalar, ilişkili faktörlerin açıklanmasında destekleyici olacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda ebelik öğrencilerin aidiyet duygusunun yüksek olduğu ve aidiyet düzeyi ile bazı mesleki duygular, düşünce ve seçimlerinin arasında ilişki olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan öğrencilerden, bölümü isteyerek seçenlerin, yeterli mesleki bilgi ve donanımına sahip olduğunu düşünenlerin ve mesleki bilimsel etkinliklere katılanların mesleki aidiyet düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ayrıca öğrencilerden mesleğini severek yapacağına inanlar ile vakıf üniversitelerinde öğrenim görenlerin daha yüksek aidiyet düzeyine sahip oldukları sonucuna varılmıştır. Ebelerde aidiyet kavramı, klinik ve saha için gerekli bir unsur olarak nitelendirilebilir. Mesleki aidiyetin lisans eğitimi sürecinde öğrencilerde geliştirilmesi, ebeler aidiyetinin sürdürülmesi ve ilerleyen dönemde iş hayatındaki doyumun sağlanması açısından önemli olabilir. Ebeler öğrencilerinin aidiyet düzeylerini etkileyen faktörlere ilişkin ileriye dönük daha kapsamlı araştırmaların yapılması önerilebilir. Ayrıca öğrencilerin ebeler aidiyetinin kalitatif olarak da incelenmesi bu konunun daha iyi anlaşılmasına katkı sağlayacaktır. Buna ek olarak ilerleyen araştırmalarda lisans eğitimi sürecindeki değişimi görmek için tüm sınıfların dahil edilmesi önemli olabilir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamıza katılmayı kabul eden tüm ebelik bölümü öğrencilerine teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

YAZAR KATKILARI

Makalenin Fikir/Kavram: SOA, TK, MÇ, TY; Tasarım: SOA, TK, TY; Veri Toplama ve İşleme: SOA, TK, MÇ; Analiz ve Yorum: SOA, TK, TY; Literatür Taraması: SOA, TK, TY; Makalenin Yazımı: SOA, TK, TY; Eleştirel İnceleme: TY.

KAYNAKLAR

Akça E ve ark. Ebelik Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeyleri ile Meslek Algıları Arasındaki İlişki. Cukurova Medical Journal, 2019;44(2):621-31.

Arslan H ve ark. Ebeliğin Doğası ve Doğum Şekli Üzerine Etkisi. Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, 2008;1(2):54-9.

Ashktorab T et al. Factors Affecting the Belongingness Sense of Undergraduate Nursing Students Towards Clinical Setting: A qualitative Study. Journal of Caring Sciences, 2017;6(3):221.

Ay F ve ark. Ebelik Öğrencilerinin Meslek Algıları ve Kariyer Planlarını Etkileyen Faktörler. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, 2018; 7(2):74-82.

Baskaya Y et al. How Much Do I Belong To My Profession? A Scale Development Study: Midwifery Belonging Scale. Health Care for Women International. 2020;41(8):883-98

Başkaya Y. Türkiye'deki Ebelerin Mesleki Aidiyeti ve Tükenmişlik Düzeyleriyle İlişkisi Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, 2018 (Yayınlanmış Doktora Tezi).

Cullen D et al. Young Student's Motivations to Choose An Undergraduate Midwifery Program. Women and Birth, 2016;29(3):234-9.

Dabirifard M et al. Evaluation Level of Clinical Belongingness in Bachelor Nursing Students. Education Strategies in Medical Sciences. 2016;9(1):90-6.

Duru E. Genel Aidiyet Ölçeğinin Psikometrik Özellikleri: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi, 2015;5(44):37-47.

Evans J et al. The Future in Their Hands: Graduating Student Midwives' Plans, Job Satisfaction and the Desire to Work in Midwifery Continuity of Care. Women and Birth, 2020;33(1):e59-e66.

Gaskin IM. İna May'ın Doğum Meselesi, Bir Ebenin Manifestosu [Birth Matters—A Midwife's Manifesta](Fatma Deniz Saymer, ed.). Ankara: Akademisyen Kitabevi. 2018.

Hill, D. L. Sense of Belonging as Connectedness, American Indian Worldview, and Mental Health. Arc. Psychiatric Nursing, 2006;20(5): 210-6.

İlhan S. Yeni Kapitalizm ve Meslek Olgusunun Değişen Anlamları Üzerine. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 2015;(21):314-28

Keskin R, Pakdemirli MN. Mesleki Aidiyet Ölçeği: Bir Ölçek Geliştirme, Geçerlilik ve Güvenirlik

Çalışması. Journal of International Social Research, 2016;9(43):2580-7

Lee RM, Robbins SB. The Relationship Between Social Connectedness and Anxiety, Self-Esteem, and Social Identity. Journal of Counselling Psychology, 1998; 45(3): 338-45.

Levett-Jones T, Lathlean J. Belongingness: A Prerequisite for Nursing Students' Clinical Learning. Nurse Education In Practice, 2008;8(2):103-11.

Liljedahl M et al. To Belong or Not to Belong: Nursing Students' Interactions with Clinical Learning Environments—An Observational Study. BMC medical education, 2016;16(1):197.

McKenna L et al. Undergraduate Midwifery Students' Sense of Belongingness in Clinical Practice. Nurse Education Today, 2013;33(8):880-3.

Özdevecioğlu M, Aktaş Aga. Kariyer Bağlılığı, Mesleki Bağlılık ve Örgütsel Bağlılığın Yaşam Tatmini Üzerindeki Etkisi: İş-Aile Çatışmasının Rolü. Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2007;(28):1-20

Peter MZ et al. Belonging: Concept, Meaning, and Commitment. US-China Education Review. 2015;5(2):95-101.

Radford DR, Hellyer P. Belongingness in Undergraduate Dental Education. British Dental Journal, 2016;220(10):539-43.

Saadatbakht M et al. The Effectiveness of Group Counseling with Emphasis on Communication Skills on Midwifery Students' Sense of Belonging in Clinical Settings. Strides in Development of Medical Education. 2019;16(1):2-7

Skinner E et al. Engagement and Disaffection in The Classroom: Part of a Larger Motivational Dynamic? Journal of educational psychology, 2008;100(4):765.

St-Amand J et al. Sense of Belonging at School: Defining Attributes, Determinants, and Sustaining Strategies. iafor Journal of Education, 2017;5(2):105-19.

Tella A et al. Work Motivation, Job Satisfaction, and Organisational Commitment of Library Personnel in Academic and Research Libraries in Oyo State, Nigeria. Library philosophy and practice, 2007;9(2):13.

Token E ve ark. Bir Hastanede çalışan ebelerin mesleki örgütlenme durumu, iş doyumunu ve tükenmişlik düzeylerinin belirlenmesi. Sağlık ve Toplum. 2020;20(1):88-97.

Vivekananda-Schmidt P, Sandars J. Belongingness and its implications for Undergraduate Health Professions Education: a Scoping Review. *Education for Primary Care*, 2018;29(5):268-75.

Yılmaz T ve ark. Hemşirelerin ve Ebelerin Mesleklerini Algılama Biçimleri ve Gelecekte

Beklentileri. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 2014;1(3):130-9.

Yücel U ve ark. Ebelik Öğrencilerinin Meslek ile İlgili Görüşlerinin ve Mezuniyet Sonrası Çalışmak İstedikleri Kurumların Değerlendirilmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 2017;6(4):69-76.

EXTENDED ABSTRACT

A sense of belonging, which begins with the existence of a person, is an important need for acceptance in social life . Belonging is an important and necessary concept that creates a sense of security, interest and compassion in the individual; contributes to the development of the individual and plays a role in establishing safe relationships with others. It is professional belonging, which is one of the concepts associated with belonging and is the basis of an individual's attitudes and behaviors towards professional life. The degree of professional belonging can vary between people depending on various factors. These factors include professional status, working conditions (wages, job security, working hours, etc.) colleagues, the view of society, the socio - cultural level of the working person and communication skills, career opportunities, the attitude and behavior of managers towards employees can be considered. All factors affecting professional belonging directly affect people's professional performance and success level. A person with low professional affiliation is unable to perform adequately in their profession and fails. This can negatively affect not only the work life but also the social life of the individual. On the other hand, work efficiency increases along with the motivation for the job for people with high professional belonging.

The professional belonging is a very important concept in the midwifery profession. A midwife's attempt to adopt and love her profession, to own and maintain her profession, is an indicator of midwifery belonging. Because professional working conditions are difficult and require selfless work, it is important that midwives have a high level of professional belonging. In this context, more comprehensive studies are needed to better define professional belonging and make accurate interpretations. Recently, a standardized measurement tool has been developed that assesses the level of belonging of midwives working in the clinical field. In addition to evaluating the level of belonging of midwives working in the clinical field, it is important to know the level of professional belonging of midwives who are receiving undergraduate education and will soon start their professional life. Although there are various studies examining the sense of belonging of students studying in the field of health, it is observed that studies on the sense of belonging of midwifery students are limited. Therefore the aim of this study was to determine the professional belonging levels of final-year midwifery university students and the influencing factors.

The study was conducted with final-year students studying at Midwifery Departments of different universities in Istanbul. Necessary permission has been obtained from the Non-Interventional Research Ethics Committee to conduct the study. Permission was obtained from the author who developed the Midwifery Belonging Scale used in the study. The work complied with the Helsinki Declaration principles. The data were collected between August 5- September 15, 2020 by using an online questionnaire that includes a "Question Form" asking emotions, thoughts and choices about the profession and the "Midwifery Belonging Scale"(MBS) examining the belonging levels. Continuous data were presented as mean, standard deviation and median; categorical data were presented as frequency (n) and percentage (%). Kolmogorov-Smirnov test was used to determine the normality of data. Mann Withney-U and Kruskal-Wallis tests were used to compare the Midwifery Belonging Scale score of independent variables. P values less than 0.05 were considered significant. 172 students completed the study. The average age of the students was 21.70 ± 1.36 (min: 19-max:33), mean weighted grade point average was 2.94 ± 0.35 (min: 2.00-max:3.87). Median score of Midwifery Belonging Scale was 99 (min:24-max:110). The median scores of Midwifery Belonging Scale were found to be higher in students who think that they have sufficient knowledge about the field they want to work, is believing that she can do her profession with love, and those who do not intend to leave the profession after graduation (respectively; $p < 0.001$; $p < 0.001$; $p < 0.001$).

In our study, midwifery students had a high sense of belonging and some professional feeling with a level of belonging. it can be seen that there is a relationship between his thoughts and his choices. The concept of belonging in midwifery can be characterized as a necessary element for the clinic and the field. Development of professional affiliation in students in the undergraduate education process. midwifery can be important in terms of maintaining belonging and ensuring satisfaction in business life in the future. Further comprehensive research on factors affecting the level of belonging of midwifery students may be recommended. In addition, qualitative examination of students ' midwifery affiliation will contribute to a better understanding of this issue. Midwives who will love and feel belong to their profession are essential for a stronger future Thank you to all Midwifery department students who agreed to participate in our study.

ANNELERİN ÖZ YETERLİKLERİ VE DOĞUM SONU GÜVENLİK HİSLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

EVALUATION OF MOTHERS' SELF EFFICACY AND POSTPARTUM SENSE OF SECURITY

Vesile KOÇAK*, Kamile ALTUNTUĞ**, Emel EGE***

*Dr. Öğr. Üyesi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Konya/Türkiye.



0000-0003-0530-3783

**Doç. Dr. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Konya/Türkiye.



0000-0001-2345-6789

***Prof. Dr. Necmettin Erbakan Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Doğum ve Kadın Hastalıkları Hemşireliği, Konya/Türkiye.



0000-0001-2345-6789

Yazışma Adresi:

Vesile KOÇAK

e-posta: vesilekck@gmail.com

Gönderim Tarihi : 25 Aralık 2020

Kabul Tarihi : 12 Nisan 2021

ÖZ

Amaç: Güvenlik hissi, başarılı ebeveyn olma yolculuğunu etkileyebilecek temel bir unsurdur. Annelerin doğum sonu dönemde güvenli hissetmeleri hem kendi hem de bebek sağlığı için çok önemlidir. Bu çalışma ile annelerin doğum sonu genel öz yeterlik ve güvenlik hislerinin değerlendirilmesi ve ne gibi faktörlerden etkilendiğinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı türde gerçekleştirilen çalışmanın örneklemini bir üniversite hastanesinde doğum yapan, sağlıklı yenidoğana sahip herhangi bir komplikasyon gelişmemiş 148 anne oluşturmuştur. Veriler Kişisel Bilgi Formu, Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği ile elde edilmiştir. Verilerin analizinde sayı, yüzdelik dağılım, tek yönlü varyans analizi, bağımsız iki örnek t testi kullanılmış; $p < 0,05$ dikkate alınmıştır.

Bulgular: Araştırmada yer alan annelerin yaş ortalaması 29.70 ± 6.23 olup, %33.8'i ilk okul mezunudur ve %93.2' si ev hanımıdır. Annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalaması 50.39 ± 8.59 bulunmuştur. Doğum şekli, doğum sonu dönem hakkında eğitim alma durumu, kendi sağlığı ve bebek sağlığı hakkında endişe varlığı ile doğum sonu güvenli hissetme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalaması ile genel öz yeterlik puan ortalaması arasında anlamlı bir korelasyon olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Sezeryan doğum, doğum sonu dönem ile ilgili eğitim eksikliği, bebek sağlığı hakkında endişesi olan annelerin doğum sonu güvenlik hisleri daha düşüktür. Bu sonuç doğrultusunda, doğum sonrası dönemde her zaman ailenin yanında olan hemşire / ebelerin güvenlik hissini etkileyen riskleri keşfetmeleri ve etkili bakım vermeleri çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Anne, doğum sonu bakım; güvenlik; hemşire; öz yeterlik

ABSTRACT

Aim: A sense of security is a key element that can influence the journey to become a successful parent. It is very important for mothers' sense of security in the postpartum period for both their own and the baby's health. With this study, it was aimed to evaluate mothers' general self-efficacy and postpartum sense of security and to determine what factors affected them.

Methods: The sample of the descriptive study was performed in a university hospital, It constituted 148 mothers who have healthy newborns and have not to develop any complications. The data were collected by Personal Information Form, Mothers' Sense of Security Scale and General Self-Efficacy Scale in the postpartum first week. Number, percentage distribution, one-way analysis of variance, two independent samples t-tests were used in the analysis of the data, $p < 0.05$ was considered significant.

Results: The average age of the mothers in the study is 29.70 ± 6.23 , 33.8% of them are primary school graduates and 93.2% are housewives. The mean score of the postpartum mothers' sense of security was 50.39. A statistically significant difference was found between the mode of delivery, the state of being educated about the postpartum period, the presence of anxiety about one's own health and infant health, and feeling safe after birth. A significant correlation was found between the mean postpartum sense of security scale and the general self-efficacy score.

Conclusion: Mothers who have a cesarean delivery, lack of education about the postpartum period, concern about the baby's health, have lower sense of security in the postpartum period. Based on these results, it is very important for nurses/midwives who are always with the family in the postpartum period to discover the risks that affect the sense of security and to provide effective care.

Key words: Mother; nurse; postnatal care; self efficacy; security

Atf için (How to cite): Koçak V, Altuntuğ K, Ege E. Annelerin Öz Yeterlilikleri ve Doğum Sonu Güvenlik Hislerinin Değerlendirilmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):34-44.

GİRİŞ

Doğum sonu dönem, fiziksel, emosyonel ve sosyal olarak önemli değişikliklerin olduğu bir dönemdir (Nilsson ve ark. 2015). Ebeveynliğe geçiş sürecinde çeşitli duygusal ve sosyal problemler yaşanmaktadır (Solmeyer ve Feinberg 2011). Bunlar değişik düzeylerde stres, anksiyete ve güvensizlik hisleri olabilmektedir (Solmeyer ve Feinberg 2011; Skreden ve ark. 2012; Nilsson ve ark. 2015). Bu sorunlar ile daha kolay baş edebilmek için çiftler birbirine destek vermekte, sorumluluk almakta ve bebeklerinin bakımını paylaşmaktadırlar (Skreden ve ark. 2012). Bu dönemde, ebeveynlerin yeni rollerine adaptasyonun sağlanması ve yenidoğanın etkin bakım alması için tüm ailenin bakım gereksinimleri artmaktadır (Saisto ve ark. 2008). Anne ve babaların doğum sonu dönemde içinde buldukları durumla baş edebilmesi ve kendilerini yeterli hissetmeleri, gelecekteki iyilikleri ve ilişkileri için çok önemlidir ancak yeni yaşam koşullarının ve sosyal rollerin yeniden düzenlenmesi ve hazırlanmasında öznel belirsizlikler, güvensizlikler ve endişeler bu sürece eşlik edebilmektedir (Kvist ve Persson 2009).

Ebeveynlerin doğum sonu döneme uyum sağlaması için öz yeterliklerinin yüksek olması, kendilerine güvenmesi gerekmektedir; bu faktörler ebeveynlerin rollerini yerine getirme yeteneklerini geliştirmede önemli bir rol oynamaktadır (Persson ve Dykes 2002). Öz-yeterlik, başarılı sosyal ve günlük yaşam becerileri için önemli bir motivasyon faktörüdür (DSÖ 2013). Ebeveynlerin öz-yeterlik duyguları, bebek bakımı ile yakından ilişkili psikososyal bir faktördür (Werner-Bierwisch ve ark. 2018). Ebeveyn öz-yeterliği, bir ebeveynin ebeveynlik görevlerini yerine getirme becerisine sahip olduğu inancıdır ve bebek bakımında ebeveyn olarak karar vermenin önemli bir parçasıdır (Abarashi ve ark. 2014; French ve ark. 2014). Yüksek öz yeterliği olan ebeveynlerin, ebeveynliğe başarılı bir geçiş yaptığı, ebeveynlik kararlarına daha fazla güvendiği ve duygusal olarak daha iyi hissettikleri bilinmektedir (French ve ark. 2014). Kendine güven derecesi ve öz yeterlilik algısı güçlü bir şekilde ilişkilidir. Öz-yeterlik, anne olmak ve annelik rolünü kazanmaya geçiş için önemli bir etmen olduğu gibi annelik rolünün sorunsuz bir şekilde yerine getirilmesi ile de ilişkilidir (Bahorski ve ark. 2019). Aynı şekilde

güvenlik hissi, annelik davranışlarından, emin olma hislerini içermektedir. Anneler bebeklerinin temel ihtiyaçlarını anlayıp bu ihtiyaçları karşılayabildikleri ölçüde doğum sonu dönemde güvenli hissetmektedir (Fong ve ark. 2018; Liyana Amin ve Shorey 2018).

Güvenlik, yaşam kalitesinin önemli bir parçasıdır. İnsanlığın başlangıcından bu yana tüm insanların gereksinim duyduğu bir ihtiyaç olan güvenlik hissi, yaşamın neredeyse tüm yönlerini etkilemektedir (Kvist ve Persson 2009). Güvenlik hissi; güvende hissetme, hazır olma, memnun olma, iyi hissetme ve emin olma olarak adlandırılmaktadır (Fong ve ark. 2018; Liyana Amin ve Shorey 2018). Algılanan güvensizliklerin, ebeveyn rolüne adaptasyon ve doğum sonu dönemde bebeğe bağlanmayla ilgili ciddi sonuçları olabilmektedir. Doğum sonu güvenlik hislerinin sağlanamamış olması sonraki dönemlerde anksiyete ve depresyona yatkınlığı artırmaktadır (Fathi ve ark. 2017). Doğum sonu dönemdeki anksiyete anne ve bebek sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir (Persson ve ark. 2017). Doğum sonu dönemde annelerin güvenli hissetmeleri sonraki dönemde gelişmesi muhtemel ruh sağlığı problemlerinin önlenmesi için de gerekli görülmektedir. Hemşirelerin doğum sonu dönemde oluşabilecek anneye ait problemleri erken dönemde fark etmesi ve gerekli önlemleri alması çok önemlidir. Hemşirelerin bakım verdikleri annelerin güvende hissedip hissetmediğini bilmesi ve hangi faktörlerin güvensizlik hissine sebep olduğunu belirlemesi, oluşabilecek problemlerin erken dönemde çözümü için yol gösterici olacaktır. Bu kapsamda bu çalışma ile doğum sonu dönemdeki annelerin hastaneden ayrılmadan önce güvenlik hislerinin ve genel öz yeterliklerinin nasıl olduğu ve etkileyen faktörleri değerlendirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tasarımı: Bu çalışma, tanımlayıcı türde bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi: Konya ilinde yer alan bir üniversite hastanesinde doğum yapan kadınlar araştırmanın evrenini oluşturmuştur. Araştırmanın örneklemi; evren içinden olasılıksız rastlantısal örnekleme seçim yöntemi ile, doğum sonu dönemde olup lohusa kliniğinde kalan (vajinal doğum sonrası 24 saat, sezeryan doğum sonrası için 48 saat), sağlıklı yenidoğana sahip olan, kendinde herhangi bir doğum sonu komplikasyon gelişmemiş, 18 yaş ve

üzeri, çalışmaya katılmaya gönüllü olan 148 anne ile oluşturulmuştur (Şubat 2019-Nisan 2019 tarihleri arasında lohusa kliniğinde bulunup çalışmaya katılmaya istekli olan anneler çalışmaya dahil edilmiştir).

Araştırmanın bağımsız değişkenleri; Araştırmanın bağımsız değişkenleri, sosyo-demografik özellikler iken; bağımlı değişkenleri genel öz yeterlik ölçeği ve annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalamasıdır.

Veri Toplama Araçları: Araştırmanın verileri sosyo demografik özellikleri sorgulayan Kişisel Bilgi Formu, Genel Öz Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ), Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği (ADSGHÖ) ile toplanmıştır.

Kişisel Bilgi Formu; Kişisel Bilgi Formu anneler için 19 sorudan oluşmakta olup sosyodemografik özellikleri, bebeğin doğumu ile ilgili özellikleri ve doğum sonu döneme hazır olma durumunu değerlendirmektedir (yaş, eğitim durumu, meslek, uzun süre yaşanan yer, gelir durumu değerlendirme durumu, aile tipi, bebeği isteme durumu, bebeğin doğum şekli, kaçınıcı bebek olduğu, bebeğin cinsiyeti, doğum ve bebek bakımı konusunda eğitim alma durumu, sorumluluk almaya hazır olma durumu, taburcu olmaya hazır olma durumu, güvende hissetme durumu gibi sorulardan oluşmaktadır).

Genel Öz Yeterlik Ölçeği; Schwarzer ve Jarusalem'in (1979) geliştirdikleri Genel Öz-Yeterlik Ölçeği (GÖYÖ) ilk 20 madde olarak oluşturulmuştur. Sonraki düzeltmeler ile 10 madde haline getirilmiştir. Ölçek 1995 yılında son haline getirilmiştir. Ölçek birçok dile uyarlanarak toplamda 28 dile çevirisi yapılmıştır. Ülkemizde GÖYÖ geçerlik güvenilirlik çalışması Aypay (2010) tarafından 693 öğrenci üzerinde yapılmıştır. Ölçek çaba ve direnç, yetenek ve güven olmak üzere iki alt boyuta sahip 4'lü likert tipindedir (tamamen yanlış=1 - tamamen doğru=4). Zorluklarla baş etmek konusunda çaba sarf etmek ve dirençli oluş vurgulandığından, birinci faktör "çaba ve direnç" olarak isimlendirilmiştir. İkinci faktör içinde mevcut maddeler zorluklarla baş etmede yetenek ve kendine güveni vurguladıklarından, bu faktöre de "yetenek ve güven" ismi verilmiştir. Ölçek maddeleri için iç tutarlılık katsayıları ilk faktör için .79 ve ikinci faktör için .63 bulunmuştur. Toplamda Cronbach alfa katsayısı ise .83'tür. Ölçekte yer alan tüm maddeler olumlu şekilde puanlanmaktadır ve toplamda 10 ile 40 arasında bir puan alınabilmektedir. Ölçekten alınan toplam puan yüksek düzeyde olması genel öz yeterliğin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Aypay

2010). Bu çalışmada Cronbach alfa katsayısı .84 olarak hesaplanmıştır.

Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği; Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği, Eva K. Persson ve ark. (2007) tarafından geliştirilmiştir. Geçkil ve ark. (2016) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. 18 maddeden oluşturan, 4'lü likert türdeki bir ölçektir (Hiç Katılmıyorum: 1, Biraz Katılıyorum: 2, Oldukça Çok Katılıyorum: 3, Tamamen Katılıyorum: 4). Ölçek ile doğum sonu ilk hafta annelerin güvenlik hisleri, ölçülebilmektedir. Ölçeğin puanlamasında 7, 8, 9 ve 11. maddeler ters çevrilerek toplanmaktadır. Ölçekte elde edilen puanlar 18-72 puanları arasında değişmektedir ve alınan yüksek puanlar güvenlik hissini iyi olduğunu göstermektedir. Ölçeğin toplam Cronbach's alfa katsayısı .84 olarak tespit edilmiştir (Persson ve Kvist 2014). Çalışmamızda Cronbach's alfa katsayısı .83 olarak hesaplanmıştır.

Verilerin Toplanması: Veriler araştırmacı tarafından hastanede Şubat 2019-Nisan 2019 tarihleri arasında doğum sonu anneler taburcu olmadan önce lohusa kliniğinde toplanmıştır. Anneler normal doğum sonu 24 saat, sezeryan doğum sonu 48 saat klinikte kalmaktadır. Normal doğum yapan anneler doğum sonu 6-24. saat; sezeryan doğum yapan anneler ise doğum sonu 8-48. saatler arasında müsait olma durumlarına göre bebekleri ile beraber kaldıkları odada araştırmacı tarafından ziyaret edilmiştir. Araştırmacı çalışmanın amacını açıklayıp katılımcıların onamı alınmıştır. Gönüllü katılımcılara anket formları verilmiş doldurulan formun geri alınması şeklinde elde edilmiştir. Veri formunun doldurulup tamamlanması 10-15 dakika sürmüştür.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde Sosyal Bilimler İçin İstatistik Programı (Statistical Package for the Social Sciences= SPSS) kullanılmıştır. Elde edilen verilerin bilgisayar ortamına aktarımı yapıldıktan sonra, verilerin analizi öncesi değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Normal dağılım gösteren değişkenlerin analizinde tek yönlü varyans analizi, bağımsız iki örnek t testleri yapılmıştır. İstatistik parametreleri ortalama±standart sapma, medyan, sayı ve oranlar ile ifade edilmiştir. Elde edilen sonuçlar p<0.05 anlamlılık düzeyinde sınanmıştır.

Araştırmanın Etik Boyutu: Verilerin toplanması için araştırma öncesi bir üniversitenin

İlaç ve Tıbbi Cihaz Dışı Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul izni (Karar No: 2018/1605) ve çalışmanın verilerinin elde edileceği hastane başhekimliğinden gerekli izinler alınmıştır. Ayrıca araştırmaya katılmaya gönüllü olan annelere çalışma konusu hakkında bilgi verilerek sözlü ve yazılı onamları alınmıştır. Araştırmanın yürütülmesinde Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uyulmuştur. Çalışmanın araştırmaya katkı veren katılımcı annelere maddi/manevi zararı olmamıştır.

Araştırmanın Sınırlıkları: Bu araştırma katılımcılara ulaşılan hastane ile sınırlıdır. Araştırmada elde edilen ölçümler kullanılan ölçek araçları ve katılımcıların öz bildirimleri ile sınırlıdır. Bu nedenle araştırma sonuçları araştırma kapsamındaki annelere genellenebilir.

BULGULAR

Çalışmadaki katılımcıların yaş ortalaması 29.70 ± 6.23 , %33.8'i ilkökul mezunudur ve %93.2' si ev hanımıdır.

Tablo 1. Annelerin Bazı Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (n= 148)

Özellikler	Ortalama	
Yaş	29.70 ± 6.23	
Eğitim	Sayı	Yüzde
İlkökul	50	33.8
Ortaokul	49	33.1
Lise	33	22.3
Lisans ve üzeri	16	10.8
Meslek	Sayı	Yüzde
Ev Hanımı	138	93.2
Diğer	10	6.8
En uzun süre yaşanan yer	Sayı	Yüzde
İl	86	58.1
İlçe, Köy, Kasaba	62	41.9
Gelir Durumunu Değerlendirme	Sayı	Yüzde
İyi	48	32.4
Orta	95	64.2
Kötü	5	3.4
Aile Tipi	Sayı	Yüzde
Çekirdek	105	70.9
Geniş	43	29.1
Toplam	Sayı	Yüzde
	148	100

Katılımcıların %70.9'u çekirdek ailede yaşamakta ve gelir durumunu orta %64.2 olarak değerlendirmektedir (Tablo 1).

Çalışmaya katılan annelerin %73'ü gebeliğini istediğini yani planlı gebelik olduğunu belirtirken, %27'si ise istemeden gebe kaldığını belirtmiştir.

Tablo 2. Annelerin Gebelik, Doğum ve Doğum Sonrasına Yönelik Bazı Özelliklerinin Dağılımı

Özellikler	Sayı	Yüzde
Gebeliği İsteme Durumu		
Evet	108	73.0
Hayır	40	27.0
Doğum Şekli		
Normal	23	15.5
Sezeryan	125	84.5
Bebeğin Cinsiyeti		
Kız	71	48.0
Erkek	77	52.0
Kaçıncı Doğum		
İlk	44	29.7
İki ve üzeri	104	70.3
Doğum Sonu Döneme İlişkin Eğitim Alma Durumu		
Evet	63	42.6
Hayır	85	57.4
Sorumluluk Almaya Hazır Olma		
Evet	144	97.3
Hayır	4	2.7
Taburcu Olmaya Hazır Olma		
Evet	91	61.5
Hayır	57	38.5
Kendi Sağlığı ile İlgili Endişe Varlığı		
Evet	35	23.6
Hayır	113	76.4
Bebek Sağlığı ile İlgili Endişe Varlığı		
Evet	57	38.5
Hayır	91	61.5
Doğum Sonu Destek Olacak Kişiler Varlığı		
Evet	116	78.4
Hayır	32	21.6
Danışmanlık Alacağı Kişi Varlığı		
Evet	48	32.4
Hayır	100	67.6
Kendini Güvende Hissetme Durumu		
Evet	86	58.1
Hayır	62	41.9

Annelerin %84.5'i sezeryan ile doğum yapmıştır. Doğum sonu annelerin %52'si erkek bebeğe sahip olmuştur. Annelerin %29.7'si ilk kez doğum yaparken, %70.3'ü daha önce bir bebek sahibi olmuştur. Doğum sonu dönem ile ilgili bir eğitim alıp almadıkları sorulduğunda annelerin %57.4'ü doğum sonu dönem ile ilgili herhangi bir eğitim almadığını bildirmiştir (Tablo 2). Araştırmaya katılan annelerin %93.7'si bebek bakımında sorumluluk almaya hazır olduğunu bildirirken, %61.5'i taburcu olmaya hazır olmadığını belirtmiştir. Doğum sonu dönemde annelerin %76.4'ü kendi sağlığı ile ilgili endişe taşımadığını ifade ederken %23.6'sı kendi sağlığı konusunda endişesi olduğunu bildirmiştir. Yenidoğan bebeğin sağlığı ile ilgili annelerin

%61.5'i endişe taşımadığını ifade ederken, %38.5'i yenidoğanın sağlığı konusunda endişeli olduğunu ifade etmiştir. Annelerin %78.4'ü taburcu olduktan sonra, evde kendisine destek olacak bir kişi (eş, aile, akraba vb.) varlığını bildirirken, annelerin %67.6'sı profesyonel olarak danışmanlık alacağı bir kişinin (sağlık personeli) olmadığını belirtmiştir. Doğum sonu hastanede bulunan zaman içinde güvende hissedip hissetmediği sorulduğunda, annelerin %58.1'i

doğum sonu dönemde kendisini güvende hissettiğini belirtmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği ve Genel Öz Yeterlilik Ölçeği Puan Ortalaması (n=148)

	Ortalama±SS
ADSGHÖ*	50.39±8.59
GÖYÖ**	30.10±5.74

*ADSGHÖ: Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği, ** GÖYÖ: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

Tablo 4. Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri ve Genel Öz Yeterliliklerinin İncelenmesi

	Sayı	ADSGHÖ* Ortalama±SS	t	p	GÖYÖ** Ortalama±SS	t	p
Meslek							
Ev Hanımı	138	50.13±8.63	1.378	0.170	29.85±5.55	1.957	0.052
Diğer	10	54.00±7.64			33.50±7.39		
Aile Tipi							
Çekirdek	105	50.50±8.45	0.249	0.804	30.35±5.79	0.830	0.408
Geniş	43	50.11±9.03			29.48±5.62		
Gebeliği İsteme Durumu							
Evet	108	50.66±8.32	0.637	0.525	30.34±5.78	0.839	0.403
Hayır	40	49.65±9.35			29.45±5.64		
Doğum Şekli							
Normal	23	53.91±9.41	2.163	0.032	31.43±5.50	1.214	0.227
Sezaryan	125	49.74±8.31			29.85±5.77		
Bebeğin Cinsiyeti							
Kız	71	51.77±7.78	1.895	0.060	30.18±5.55	0.166	0.869
Erkek	77	49.11±9.15			30.02±5.94		
Kaçıncı Doğum							
1	44	49.56±7.10	0.757	0.450	30.88±5.67	1.082	0.281
1 ve üzeri	104	50.74±9.16			29.76±5.76		
Doğum Sonu Döneme İlişkin Eğitim Alma Durumu							
Evet	63	52.69±8.75	2.878	0.005	30.60±5.65	0.915	0.362
Hayır	85	48.68±8.11			29.72±5.81		
Sorumluluk Almaya Hazır Olma							
Evet	144	50.31±8.69	0.614	0.540	30.13±5.77	0.388	0.699
Hayır	4	53.00±3.36			29.00±4.96		
Taburcu Olmaya Hazır Oluş							
Evet	91	50.56±8.70	0.300	0.764	30.29±5.66	0.522	0.603
Hayır	57	50.12±8.50			29.78±5.90		
Kendi Sağlığı ile İlgili Endişeleri Olmak							
Evet	35	46.54±8.50	3.119	0.002	28.20±6.05	2.273	0.024
Hayır	113	51.58±8.30			30.69±5.53		
Bebek Sağlığı ile İlgili Endişeleri Olmak							
Evet	57	48.22±7.32	2.464	0.015	29.33±6.30	1.291	0.199
Hayır	91	51.74±9.08			30.58±5.33		
Destek Alacak Kişiler Varlığı							
Evet	116	50.01±8.89	1.009	0.315	30.18±6.08	0.427	0.670
Hayır	32	51.75±7.40			29.78±4.36		
Danışmanlık Alacak Kişi Varlığı							
Evet	48	50.85±8.91	0.452	0.652	30.02±5.83	0.118	0.906
Hayır	100	50.17±8.48			30.14±5.72		
Kendini Güvende Hissetme Durumu							
Evet	86	51.56±8.87	1.982	0.049	31.18±5.58	2.767	0.006
Hayır	62	48.75±7.98			28.59±5.66		

*ADSGHÖ: Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği, **GÖYÖ: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

Çalışmaya katılan annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalaması 50.39 ± 8.59 olarak belirlenmiştir. Annelerin genel öz yeterlik ölçeği puan ortalaması 30.10 ± 5.74 olarak bulunmuştur (Tablo 3).

Doğum şekli, doğum sonu dönem hakkında eğitim alma durumu, kendi sağlığı ve bebek sağlığı hakkında endişe varlığı ile doğum sonu güvenli hissetme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($p < 0.05$). Sezeryan doğum yapan, doğum sonu dönem ile ilgili eğitim almayan, kendi ve yenidoğan sağlığı hakkında endişesi olan annelerin doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalaması daha düşük düzeyde tespit edilmiştir. Kendi sağlığı ile ilgili endişe taşımak ve kendini güvende hissetme durumu ile genel öz yeterlik puanı arasında, istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p < 0.05$).

Kendi sağlığı ile ilgili endişe taşıyan annelerin genel öz yeterlik ölçeği puan ortalamalarının daha düşük düzeyde olduğu bulunmuştur. Kendini güvende hissetmeyen annelerin genel öz yeterlik puanlarının daha düşük seviyede olduğu bulunmuştur (Tablo 4).

Doğum sonu güvenlik hisleri ölçeği puan ortalaması ile genel öz yeterlik puan ortalaması arasında anlamlı pozitif yönde zayıf bir korelasyon olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$, Tablo 5).

Tablo 5. Genel Öz Yeterlik Ölçeği Puan Ortalaması ile Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği Puan Ortalaması Korelasyon Tablosu

	Ortalama \pm SS	
ADSGHÖ*	50.39 ± 8.59	r: 0.308
GÖYÖ**	30.10 ± 5.74	p: 0.000

*ADSGHÖ: Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği, **GÖYÖ: Genel Öz Yeterlilik Ölçeği

TARTIŞMA

Doğum sonu dönemde annelerin genel öz yeterlikleri ve doğum sonu güvenlik hislerini değerlendirmek amacı ile yapılan bu çalışmada, annelerin doğum sonu güvenlik hisleri puan ortalaması 50.39 ± 8.59 olarak bulunmuştur. Annelerin doğum sonu dönemde güvenlik hissini inceleyen araştırmaların sınırlı sayıda olduğu görülmektedir (Persson ve ark. 2007; Aksoy Derya ve ark. 2019). Aksoy Derya ve ark. (2019) çalışmasında ADSGHÖ toplam puan ortalamasının, 55.03 ± 7.93 olduğu belirlenmiştir. Persson ve ark. (2007), ADSGHÖ toplam puan ortalamasını 56.3 ± 9.63 olarak belirlemiştir. Elde edilen bulgulara göre çalışmamızda annelerin

güvenlik hisleri puan ortalamasının daha düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Çalışmamızda genel öz yeterlilik ve güvenlik hisleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamıza benzer şekilde benlik saygısı yüksek olan annelerin özsaygı, özgüvenleri daha yüksektir, aktif, iyimser, olumlu algıları vardır ve yaşamdan daha memnundurlar (Brown ve ark. 2012). Aksine düşük öz güvene sahip anneler daha çok depresyon deneyimlemektedirler (Brown ve ark. 2012). Çalışmamızda annelerin genel öz yeterlik toplam puan ortalaması 30.10 ± 5.74 olarak bulunmuştur. Öz yeterlilik, bireyin üretme kapasitesini ifade etmektedir. Güçlü bir öz yeterlik duygusu, daha fazla yetkinlik ve başarıya ulaşmada önemli bir katkı sağlamaktadır. Ebeveynliğe geçiş, birdenbire genç yetişkinlere hem ebeveyn hem de eş olma rolü vermekte ve birçok görevi beraberinde getirmektedir. Öz yeterliliği olan bireyler bu dönemde sorunsuz atlatabilirken yeterince öz yeterliliği olmayan ebeveynler ise stres ve depresyona karşı oldukça savunmasızdırlar (Bandura 1994). Çalışmamızdaki annelerin diğer çalışmalardaki annelerden daha güvensiz hissetmelerinin sebebi öz yeterliklerinin yeterli düzeyde olmadığından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Annelerin öz yeterliliklerinin artırılmasının, onların doğum sonu dönemde daha güvenli hissetmelerine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin doğum şekli, doğum sonrası dönemle ilgili eğitim alma durumu, herhangi bir problem tanımlanmamasına rağmen kendi ve bebek sağlığı konusunda endişe varlığı güvenlik hislerini etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmıştır. Çalışmamız bir üniversite hastanesinde gerçekleşmiştir ve sezeryan doğum oranı %84.5 olarak normal doğum oranından daha yüksek bulunmuştur. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), ülkemizin sezaryen oranlarında dünya sıralamasında %53 oranla birinci sırada olduğunu belirtmektedir (Türkiye İstatistik Kurumu 2018). Ayrıca ülkemiz genelinde sezeryan oranları en çok özel hastanelerde (%69.7), ikinci sırada ise üniversite hastanelerinde (%68.2) karşımıza çıkmaktadır (Türkiye İstatistik Kurumu 2018). Çalışmamızda sezeryan ile doğum yapan annelerin doğum sonu dönemde daha güvensiz hissettikleri belirlenmiştir. Aksoy Derya ve ark. çalışmasında (2019) doğum algı düzeyi olumlu yönde olan annelerin doğum sonu güvenlik hissini pozitif yönde etkilendiği belirlenmiştir

(Aksoy Derya ve ark. 2019). Ayrıca Werner-Bierwisch ve ark. (2018) çalışmasında ebeveynlerin güvenlik algısının doğum türüyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (Kvist ve Persson 2009). Farklı çalışmalarda da sezaryen doğum yapan kadınların doğum sonu dönemde memnun olmadığı tespit edilmiştir (Schmied ve ark. 2013; Dennis ve ark. 2016; Werner-Bierwisch ve ark. 2018). Sezeryan ile doğum yapan anne ve ailesinin bakım gereksinimleri daha fazladır, taburculuktan sonra dahi bakımın sürmesi gerekmektedir (Van der Woude ve ark. 2015). Sadece sezaryen doğum olmak, vajinal doğumla karşılaştırıldığında doğum sonrası iki aya kadar daha olumsuz fiziksel problemler ile ilişkilidir (Eroğlu ve İrdem 2016; OECD 2017). Sezeryan doğumlardan sonra annelerin fizyolojik olarak iyileşmesi, kendi ve bebek bakımını aktif yapabilmesi için zamana ihtiyaç duyulmakta ve annenin iyilik hali tüm ailenin dinamiğini etkileyebilmektedir. Anneler hem fiziksel olarak ve hem de duygusal değişimler yaşayabilmektedir (Yelland ve ark. 2009; Taylor ve Johnson 2010; Fahey ve Shenassa 2013; Barimani ve ark. 2014; Woolhouse ve ark. 2014; Van der Woude ve ark. 2015; Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017; Hassan ve Hamza 2020). Elde edilen bulgulara göre birçok komplikasyonu olan sezaryen doğumun annelerde güvensizlik hissi oluşmasını artıracığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda doğum sonu dönem ile ilgili eğitim almayan annelerin daha güvensiz hissettikleri görülmüştür. Doğum öncesi dönemden itibaren doğum sonu dönem hakkındaki bilgi ve eğitimler annelerin doğum sonu güvenlik hislerini etkileyen faktörlerdendir (Johansson ve ark. 2013; Fathi ve ark. 2017; Liyana Amin ve Shorey 2018). Doğum sonu erken dönemler annelerin güvensiz hissedebileceği zamanlardan biridir; eğer kendilerinden emin değillerse, bilgileri yetersiz ya da bilgilerine güvenmiyorlarsa bu durum daha da artmaktadır (Nilsson ve ark. 2015). Doğum öncesi sınıflarda odaklanılan doğum sonu dönem bilgileri, ebeveynlerin daha güvenli ve daha tatmin hissetmelerine yardımcı olmaktadır (Büyükkayacı Duman ve Karataş 2011; Vikström ve Barimani 2015). Anne olmak bazen kafa karıştırıcı ve ezici olabilen büyük bir yaşam geçiş olayıdır (Erlandsson ve Haggström-Nordin 2010). Doğum öncesi sınıflarda doğum sonu dönem hazırlıkları ile annelerin annelik rolleri güçlendirilmektedir (Erlandsson ve Haggström-Nordin 2010; Pinquart

ve Teubert 2010; Barimani ve ark. 2017; Schrader McMillan ve ark. 2019). Benzer şekilde Barimani ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında ve diğer çalışmalarda ebeveynlerin doğum ve doğum sonu dönem hakkında bilgi almasının gerekliliği vurgulanmıştır (Erlandsson ve Haggström-Nordin 2010; Ahlden ve ark. 2012; Barimani ve ark. 2017). Ayrıca yapılan çalışma sonuçlarında eğitime sahip olmanın ve yeterli bilginin özgüveni artırdığı saptanmıştır (Kuzucu 2011; Brown ve ark. 2012). Erken dönemlerde verilen doğum sonu dönem bilgilerinin annelerin güvenlik hislerinin artırılmasına katkı sağlayacağı ve özgüvenlerini artıracığı düşünülmektedir.

Çalışmamızda annelerin kendi ve bebeklerin sağlığı konusunda endişe taşımaları güvensiz hissetmelerine yol açmıştır. Güvenlik bir başka manada emin olmak olarak tanımlandığından; bebek ve kendi sağlığından emin olmanın güvenlik hisleri için önemli olduğu görülmüştür. Benzer şekilde diğer çalışmalarda da annelerin duyguları, doğum sonu döneme ilişkin bilgilendirmelerden etkilenmektedir (Asenhed ve ark. 2014; Fong ve ark. 2018; Liyana Amin ve Shorey 2018). Anneler, her şeyin yolunda olduğuna dair cesaretlendirme ve olumlu onay ile karşılaşmayı arzu etmektedir (Berlin ve ark. 2016; Barimani ve ark. 2018; Liyana Amin ve Shorey 2018). Kendini güvende hissetmek ve endişe arasında teorik olarak bir ilişki varlığı söz konusudur (Kvist ve Persson 2009; Bergström ve ark. 2012). Buna göre, güvende hissetmenin duygusal boyutu güven ve kontrol duygusu ile temsil edilmekte ve endişe yokluğu ile karakterizedir (Kvist ve Persson 2009; Fong ve ark. 2018; Liyana Amin ve Shorey 2018). Kontrol kaybı ve güvensizlik sadece anneyi etkilemekle kalmaz, aynı zamanda bebek için de olumsuz etkilere sahiptir (Löf ve ark. 2006). Bu sonuca dayanarak, annelerin kendilerini güvende hissetmeleri için sağlık durumundan emin olmanın önemli olduğu söylenebilir. Hemşirelerin ve diğer sağlık profesyonellerinin annelerin sağlık durumu ve bebek sağlığı konusunda yeterince bilgilendirilmelerinin doğum sonu dönemde güvenli hissetmeleri için önemli görülmektedir. Sadece bilgi sağlamaktan ziyade, bu bilginin yeterli olup olmadığının değerlendirilmesinin daha önemli olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle, hemşirelerin/ebelerin ebeveynlerin geri bildirimlerini dikkate almaları ve etkili iletişim teknikleri ve empati becerilerine sahip olmaları yararlı olabilir.

SONUÇ

Annelerin genel öz yeterlilik ve doğum sonu güvenlik hissini etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bu araştırmada; annelerin genel öz yeterlikleri ile doğum sonu güvenlik hissini ilişkili olduğu ve annenin öz yeterliği arttıkça, doğum sonu güvenlik hissini pozitif yönde, etkilendiği belirlenmiştir. Sezeryan doğum yapmak, doğum sonu dönem ile ilgili eğitim eksikliği, bebek sağlığı hakkında endişe varlığı annelerin doğum sonu döneme ait güvenlik hislerini etkileyen faktörlerdir. Annelerin vajinal yolla doğum yapabilmesi için desteklenmeleri, doğum sonu döneme hazırlık eğitimlerin yaygınlaştırılması ve ihtiyaç duyulan konularda etkili bilgi alışveriş sürecinin devam ettirilmesi çok önemlidir.

KAYNAKLAR

- Abarashi Z et al.** Parental Self-Efficacy As a Determining Factor in Healthy Mother-Child Interaction: A Pilot Study in Iran. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2014; 8(1):19-25.
- Ahlden I et al.** Parents' Expectations about Participating in Antenatal Parenthood Education Classes. *Journal of Perinatal Education* 2012; 21(1):11-7.
- Aksoy Derya Y ve ark.** Annenin Doğumu Algılamasının Doğum Sonu Güvenlik Hissine Etkisi. *Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2019;2(3):88-95.
- Asenhed L et al.** Becoming A Father is An Emotional Roller Coaster - An Analysis of First-Time Fathers' Blogs. *Journal of Clinical Nursing* 2014; 23(9-10):1309-17. doi: 10.1111/jocn.12355.
- Aypay A.** The Adaptation Study of General Self-Efficacy (GSE) Scale to Turkish, Inonu University *Journal of The Faculty of Education* 2010; 11(2):113-31.
- Bahorski J. S et al.** Self Efficacy, Infant Feeding Practices, and Infant Weight Gain: An Integrative Review. *Journal of Child Health Care* 2019; 23(2):286-310. doi:10.1177/1367493518788466
- Bandura A.** Self-Efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of Human Behavior* New York: Academic Press. 1994; Vol. 4, s. 71-81.
- Barimani M et al.** Childbirth and Parenting Preparation in Antenatal Classes. *Midwifery* 2018; 57:1-7. Doi: 10.1016/j.midw.2017.10.021
- Barimani M et al.** Professional Support and Emergency Visits During the First 2 Weeks Postpartum. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2014; 28(1):57-65. <https://doi.org/10.1111/scs.12036>
- Barimani M et al.** Facilitating and Inhibiting Factors in Transition to Parenthood - Ways in Which Health Professionals Can Support Parents. *Scandinavian Journal of Caring Science* 2017; 31(3):537-46. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12367>.

Doğum sonu güvenlik hislerini arttırmaya yönelik; doğum ve doğum sonu döneme ilişkin eğitimlerin verilmesi ve bu konuda çalışmaların planlanması önerilmektedir.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızın veri tabanını oluşturarak çalışmaya katılmayı kabul eden yeni annelere teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Herhangi bir kişi ya da kurum arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKILARI

VK: Literatür tarama, veri toplama, istatistiksel analiz, makale yazımı KA: Kritik okuma ve makale yazımı EE: Kritik okuma, danışmanlık.

Bergström E et al. Postpartum Depression in Mothers of Infants Cared for in A Neonatal Intensive Care Unit- Incidence and Associated Factors. *Journal of Neonatal Nursing* 2012; 18(4):143-51. doi:10.1016/j.jnn.2011.11.001

Berlin A et al. Content and Presentation of Content in Parental Education Groups in Sweden. *Journal of Perinatal Education* 2016; 25(2):87-96.

Brown G. L et al. Father Involvement, Paternal Sensitivity, and Father-Child Attachment Security in The First Three Years. *J Fam Psychol* 2012; 26(3):421-30.

Büyükkayacı Duman N, Karataş N. Sezaryen Sonrası Erken Taburcu Olan Kadınlara Verilen Evde Bakım Hizmetinin Anne Sağlığına ve Öz Bakım Gücüne Etkisi. *Sağlık Bilimleri Dergisi/ Journal of Health Sciences* 2011; 20(1):54-67.

Çapık A ve ark. Annelerin Doğum Şekline Göre Doğumdan Memnuniyet Durumlarının Belirlenmesi *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;19(2):92-9.

Dennis C et al. Identifying Women at Risk for Postpartum Anxiety: A Prospective Population-Based Study . *Acta Psychiatr Scand* 2016; 134 (6):485-93. Doi: 10.1111/acps.12648

Dennis C. L, Dowswell T. Psychosocial and Psychological Interventions for Preventing Postpartum Depression. *Cochrane Database Systematic Review* 2013; 28(2):CD001134. Doi: 10.1002/14651858.CD001134.pub3.

Erlandsson K, Haggström-Nordin E. Prenatal Parental Education from the Perspective of Fathers who have been Acting as Primary Caregivers Immediately Following Birth: A Phenomenographic Study. *The Journal of Perinatal Education* 2010; 19(1):19-28.

Eroğlu F, İrdem Ş. Toplumsal Cinsiyet Ayrımcılığı ve Yönetim Kademelerindeki Yansımaları *PIBYD* 2016; 3(2):11-35. doi: 10.5505/piby.2016.70288.

- Fahey JO, Shenassa E.** Understanding and Meeting The Needs of Women in The Postpartum Period: The Perinatal Maternal Health Promotion Model. *Journal Midwifery Womens Health* 2013; 58:613-21.
- Fathi F et al.** Maternal Self-Efficacy, Postpartum Depression and Their Relationship With Functional Status in Iranian Mothers. *Women & Health* 2017; 58(2):188-203. doi: 10.1080/03630242.2017.1292340.
- Fong H. F et al.** Association Between Health Literacy and Parental Self-Efficacy Among Parents of Newborn Children. *Journal of Pediatrics* 2018; 202:265-71. doi:10.1016/j.jpeds.2018.06.021
- French D et al.** Which Behaviour Change Techniques Are Most Effective at Increasing Older Adults' Self-Efficacy and Physical Activity Behaviour? A Systematic Review. *Ann. Behav. Med* 2014; 48(2):225-234.
- Geçkil E ve ark.** Annelerin Doğum Sonu Güvenlik Hisleri Ölçeği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016; 19(4):233-42.
- Hassan I. A. S, Hamza L. K.** Unique Case of a Tenth Cesarean Section in an Emirati Woman. *Dubai Med J.* 2020; 3:5-7. doi: 10.1159/000505725.
- Johansson M et al.** Improvements of Postnatal Care Are Required by Swedish Fathers. *Int J Health Care Qual Assuran* 2013; 26(5):465-80. doi: 10.1108/IJHCQA-08-2011-0052.
- Kuzucu Y.** Değişen Babalık Rolü ve Çocuk Gelişimine Etkisi. *Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi* 2011; 4(35):79-89.
- Kvist L. J, Persson E. K.** Evaluation of Changes in Postnatal Care Using The 'Parents' Postnatal Sense of Security' Instrument and an Assessment of the Instrument's Reliability and Validity. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009; 9:35.
- Liyana Amin N. A et al.** Enhancing First-Time Parents' Self-Efficacy: A Systematic Review and Meta-Analysis of Universal Parent Education Interventions' Efficacy. *International Journal of Nursing Studies* 2018; 82:149-62. doi:10.1016/j.ijnurstu.2018.03.021.
- Löf M et al.** Factors That Influence First-Time Mothers' Choice and Experience of Early Discharge. *Scand. J. Caring Sci.* 2006; 20:323-30. DOI: 10.1111/j.1471-6712.2006.00411.x
- Nilsson I et al.** Parental Experiences of Early Postnatal Discharge: A Meta-Synthesis. *Midwifery* 2015; 31: 926-34.
- OECD 2017,** https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en;jsessionid=aQ1mvX3hi3A-Hn94ocSSv34e.ip-10-240-5-75 Accessed:11.06.2020
- Persson E. K et al.** Parents' Postnatal Sense of Security (PPSS): Development of The PPSS Instrument. *Scand. J. Caring Sci.* 2007; 21:118-25.
- Persson E, Kvist L.** Postnatal Sense of Security, Anxiety and Risk for Postnatal Depression. *J Womens Health* 2014; 3(3):2-4.
- Persson E. K, Dykes A. K.** Parents' Experience of Early Discharge From Hospital After Birth in Sweden. *Midwifery* 2002; 18:53-60.
- Persson E. K et al.** Fathers' Sense of Security During The First Postnatal Week—A Qualitative Interview Study in Sweden. *Midwifery* 2012;28: e697-704. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2011.08.010>.
- Persson E. K et al.** Mothers' Sense of Security in The First Postnatal Week: Interview Study. *J Adv Nurs.* 2011; 67:105–16. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05485.x>.
- Pinquart M, Teubert D.** Effects of Parenting Education With Expectant and New Parents: A Meta-Analysis. *Journal of Family Psychology* 2010; 24:316-27.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017,** <https://www.saglik.gov.tr/TR,11588/istatistik-yilliklari.html> Erişim tarihi: 15.06.2020.
- Saisto T et al.** Longitudinal Study on The Predictors of Parental Stress in Mothers and Fathers of Toddlers. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29:213–22.
- Schmied V et al.** Maternal Mental Health in Australia and New Zealand: A Review of Longitudinal Studies. *Women Birth* 2013; 26:167-78. 10.1016/j.wombi.2013.02.006.
- Schrader McMillan A et al.** A review of The Evidence About Antenatal Education. London: DH. Retrieved, http://217.35.77.12/research/england/health/dh_109831.pdf Accessed:20.12.2019.
- Skreden M et al.** Parenting Stress and Emotional Wellbeing in Mothers and Fathers of Preschool Children. *Scand J Public Health* 2012; 40:596-604.
- Solmeyer A. R, Feinberg M. E.** Mother and Father Adjustment During Early Parenthood: The Roles of Infant Temperament and Coparenting Relationship Quality. *Infant Behav Dev* 2011; 34:504-14.
- Taylor J, Johnson M.** How Women Manage Fatigue After Childbirth. *Midwifery* 2010; 26:367-75.
- Van der Woude D. A et al.** Health Status and Quality of Life in Postpartum Women: A Systematic Review of Associated Factors. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology* 2015; 185:45-52. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2014.11.041>.
- Vikström A, Barimani M.** Partners' Perspective on Care-System Support Before, During and After Childbirth in Relation to Parenting Roles. *Sex Reprod Healthcare* 2015; 8:1-5. DOI: 10.1016/j.srhc.2015.11.008.
- Werner-Bierwisch T et al.** Mothers' and Fathers' Sense of Security in The Context of Pregnancy, Childbirth and The Postnatal Period: An Integrative Literature Review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018; 18:473.
- WHO (2013)** WHO Recommendations on Postnatal Care of the Mother and Newborn [Online]. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97603/1/9789241506649_eng.pdf. Accessed:08.08.2020.

Woolhouse H et al. Physical Health After Childbirth and Maternal Depression in The First 12 Months Postpartum: Results of An Australian Nulliparous Pregnancy Cohort Study. *Midwifery* 2014; 30:378-84.

Yelland J et al. Enhancing Early Postnatal Care: Findings From A Major Reform of Maternity Care in Three Australian Hospitals. *Midwifery* 2009; 25:392-402.

EXTENDED ABSTRACT

The postpartum period is part of a very important process for mothers and their social environment. The postpartum period is often defined as a period of developmental crisis for parents. In this period parents experience important emotional problems such as depression, stress, and anxiety. A sense of security is a central element to support as it might influence a parent's journey towards becoming a successful parent. The purpose of this study is to determine the general self efficacy and postnatal sense of security of mothers before postpartum discharge from a university hospital. A survey methodology was employed to explore parents' postnatal sense of security before hospital discharge, measured with the Parents' Postnatal Sense of Security instrument (PPSS) and General Self-Efficacy Scale.

The population of the study comprised first time and multiparous mothers in the post-partum unit of a hospital in Konya, Turkey. At the hospital, there are approximately 1800 births a year. There are 12 rooms at the department. Two of them are a private rooms and the others are for two people. Mothers who give birth can stay with the newborn at the department. In Turkey, mothers and newborns are discharged twenty-four hours after normal deliveries and forty-eight hours after cesarean deliveries, if they are healthy. This study sample consisted of 148 mothers who met the study inclusion criteria and who volunteered to participate. Inclusion criterion were being over 18 years old, having a healthy baby and willing to participate in the study. The exclusion criteria was an incomplete response to the questionnaire. The participants were visited by the researcher (VK) at the post-natal department. The convenient sampling method was used in the study.

The average age of the mothers in the study is 29.70 ± 6.23 , 33.8% of them are primary school graduates and 93.2% are housewives. The mean score of the postpartum mothers' sense of security was 50.39 ± 8.59 and 53.4% of mothers' scores were found to be lower than the average score of the participants. A statistically significant difference was found between the mode of delivery, the state of being educated about the postpartum period, the presence of anxiety about one's own health and infant health, and feeling safe after birth. A significant correlation was found between the mean postpartum sense of security scale and the general self-efficacy score. There is a significant difference in the mothers' postnatal sense of security in relation to the type of birth. Mothers who had their baby by vaginal delivery had a higher sense of security. Mothers who had any concern about the mother's health and the baby's health feel more insecure. The availability of social and professional support made significant difference in the postpartum sense of security score. One important variable for sense of security was shown to be type of birth. There was an obvious difference in sense of security between cesarean section or vaginal birth, for mothers. Parent who had their baby by cesarean section had a lower sense of security. A cesarean section is a life-saving surgical procedure when complications arise during labor. However, it may cause maternal and perinatal complications. It is considered that a cesarean section, which has a lot of complications, may cause insecurity. In the postpartum period, it is necessary that information before discharge is given for the parents to trust their knowledge and feelings after discharge. Information from staff postnatally is shown to be an important part of parent preparation, which leads to a great sense of security. Parents need more information about practical skills, emotional support and follow-up counselling after discharge under any circumstance.

In this study conducted to determine the factors affecting mothers' general self-efficacy and postpartum sense of security; It was determined that the general self-efficacy of the mothers was related to the feeling of security at the end of the birth, and as the mother's self-efficacy increased, the feeling of security after birth was positively affected. Mothers who have a cesarean delivery, lack of education about the postpartum period, concern about the baby's health, have lower sense of security in the postpartum period. Based on these results, it is very important for nurses/midwives who are always with the family in the postpartum period to discover the risks that affect the sense of security and to provide effective care. The results from this study show that changes as clear evidence based information of care should be done for postnatal practice improving postnatal sense of security. Nurses/midwives should identify the risks during the postpartum period and provide care to parents for a higher postnatal sense of security.

**DOĞUM ŞEKLİNİN KADIN CİNSEL İŞLEVİ ÜZERİNE ETKİSİNİN
İNCELENMESİ**
INVESTIGATION OF THE EFFECT TYPE OF BIRTH ON FEMALE SEXUAL FUNCTION
Merve TOPAÇ*, Nursen BOLSOY**

*Uzman Ebe, Muradiye İlçe Devlet Hastanesi, Van/Türkiye.



0000-0002-5321-565X

**Dr. Öğr. Üyesi, Manisa Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Manisa/Türkiye.



0000-0001-7035-6342

Yazışma Adresi:

Merve TOPAÇ

e-posta: mervetopac45@gmail.com

Gönderim Tarihi: 02 Şubat 2021

Kabul Tarihi: 24 Nisan 2021

ÖZ

Amaç: Araştırma, doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışma tanımlayıcı ve kesitsel tiptedir. Çalışma evrenini Manisa ili merkez ilçelerdeki 1591 kadın ve örnekleme de belirlenen aile sağlığı merkezlerinde 9-12 aylık bebeği olan 315 primipar kadın oluşturmaktadır. Veriler, Kişisel Tanıtım Formu ve Kadın Cinsel İşlev Ölçeği ile yüz yüze görüşme yoluyla toplanmıştır. Veriler SPSS 23.0 programı ile uygun testlerle analiz edilmiştir.

Bulgular: Vajinal ve sezaryen doğum olmak üzere iki gruba ayrılan kadınlar tanımlayıcı özellikleri bakımından benzerdir. Vajinal doğum grubunda epizyotomi oranı %51.4'tür. Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puan ortalaması vajinal doğum grubunda 25.11±5.47, sezaryen grubunda 25.36±5.47 olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. İki grupta da Kadın Cinsel İşlev Ölçeği toplam puan ortalaması ve cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve doyum alt boyut puan ortalamaları kesme noktasının üzerinde fakat ağrı alt boyut puan ortalaması kesme noktasının altında bulunmuştur.

Sonuç: Çalışma sonucuna göre doğum sonrası uzun dönemde vajinal veya sezaryen doğum yapan kadınlar cinsel işlev açısından benzer bulunmuş ve genel olarak cinsel disfonksiyon saptanmamıştır. Doğum şekli ile kadın cinsel işlevi arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Cinsel sağlık; doğum şekli; kadın cinsel işlevi; kadın sağlığı.

ABSTRACT

Aim: In this study, we aimed to investigate the effect of the mode of delivery on female sexual function.

Methods: The study is descriptive and cross-sectional. The population of the study consists of 1591 women in the central districts of Manisa. 315 primipara women with 9-12 month-old babies were formed in the family health centers. The data were collected through face-to-face interviews with the Personal Information Form and the Female Sexual Function Scale. The data were analyzed with the SPSS 23.0 program with appropriate tests.

Results: Women divided into two groups as vaginal and cesarean delivery are similar in terms of their descriptive features. Women divided into two groups as vaginal and cesarean delivery are similar in terms of their descriptive features. The episiotomy rate in the vaginal delivery group is 51.4%. The total mean score of the Female Sexual Functional Scale was found to be 25.11 ± 5.47 in the vaginal delivery group and 25.36 ± 5.47 in the cesarean section group, and there was no statistically significant difference between them. In both groups, female sexual function scale total score average and sexual desire, arousal, lubrication, orgasm and satisfaction subscale mean scores were above the cut-off point, but the pain sub-dimension mean score average was below the cut-off point.

Conclusion: According to the results of the study, women who delivered vaginal or cesarean section in the long term after birth were found to be similar in terms of sexual function and sexual dysfunction was not found in general. It was concluded that there was no relationship between the mode of delivery and female sexual function.

Keywords: Female sexual function; mode of delivery; women's health; sexual health.

Atıf için (How to cite): Topaç M, Bolsoy N. Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):45-55.

GİRİŞ

Cinsel sağlık, her yaşta hayatın önemli ve yaşamsal bir parçasıdır. Kadınların cinsel sağlığı birçok faktörden etkilenmektedir. Özellikle gebelik ve doğum, cinsel sağlığı değiştirebilecek biyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri beraberinde getirmektedir (Gutzeit et al. 2019). Doğum sonrası dönemde ortaya çıkan endokrin rekreasyonundaki ve genital organlardaki değişimler, loşial akıntı, perineal travma ve ağrı, pelvik taban bozukluğu, vajinal kayganlıkta azalma, yara iyileşmesine zarar verme ve gebe kalma korkusu, halsizlik ve yorgunluk, yeni doğan bebeğin stres ve baskısı kadının cinsel ilgi ve performansını azaltmaktadır. Bu azalma gebelikte başlamakta ve doğum sonrası dönemde haftalarca ya da aylarca devam edebilmektedir (Karaçam 2008; Lurie et al. 2013; Song et al. 2014; Koç ve Oskay 2015).

Gebelik öncesi dönemle kıyaslandığında çiftlerin büyük kısmında cinsel ilişki sıklığının doğum sonrası ilk bir yılda daha az olduğu belirtilmektedir (Von Sydow 1999). Kadınların yaklaşık %80-95'i doğum sonrası üç ay içinde cinsel faaliyete geri dönmektedir (TNSA 2008; Lurie et al. 2013). Ancak cinsel disfonksiyon yönünden çalışma sonuçları farklılık göstermektedir. Bir çalışmada doğumdan üç-dört ay sonra olguların %80'inde cinsel disfonksiyon görülmediği belirtilmesine rağmen başka bir çalışmada doğum sonrası ilk altı ayda kadınların %64'ünde cinsel disfonksiyon görüldüğü belirtilmektedir (CETAD 2006; Şahin 2009).

Literatürde kadının cinsel işlevini doğum sayısı ve doğum şeklinin de etkilediği belirtilmektedir (Karaçam 2008; Lurie et al. 2013; Song et al. 2014; Koç ve Oskay 2015). Müdahaleli vajinal doğum yapan kadınların spontan vajinal doğum yapan kadınlara oranla daha fazla perineal travma nedeniyle disparoni, cinsel ilişkiye geç başlama ve cinsel istekte azalma problemleri yaşadıkları belirtilmektedir (Abalı Çetin 2016). Epizyotomi, doğum sonrası kısa süreli (3-6 ay) cinselliği etkileyen bir durum olmasına rağmen özellikle uzun dönemde cinsel işlev bozukluğuna yol açıp açmadığı ile ilgili net bir fikir birliği yoktur (Sayasneh and Pandeva 2010; Abalı Çetin 2016; Kasap ve ark. 2016). Epizyotominin sınırlı kullanımı ve epizyotomi komplikasyonlarının erken tanımlanması erken dönem postpartum cinsel disfonksiyondan korumada önemlidir (Sayasneh and Pandeva 2010).

Cinsel disfonksiyondan korumada diğer bir tercih de sezaryen doğumdur. Sezaryen doğumun pelvik ve perine hasarını önleyeceği, doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu oluşumunu engelleyebileceği düşünülmekte ve bu nedenle cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı üzerinde durulmaktadır. Fakat bu görüşü destekleyen yeterli veri bulunmamaktadır (Dabiri et al. 2014; Abalı Çetin 2016). Postpartum kadının cinsel disfonksiyonunu hafifletmede sezaryenin etkisini savunan çalışmalar yetersizdir. Bunun yanı sıra sezaryende; kanama, enfeksiyon, anestezi riski, derin ven trombozu, pulmoner emboli, gelecekte doğurganlığın bozulması, sonraki doğumda skar doku ayrılma riski, mesane yaralanması ve fetal laserasyon riski gibi yüksek ameliyat riskleri daha ağır basmaktadır (Sayasneh and Pandeva 2010). Müdahaleli vajinal doğum, spontan vajinal doğum ve sezaryenle doğum yapan kadınların karşılaştırıldığı bir çalışmada, cinsel ilişkiye yeniden başlama zamanı anlamlı olarak etkilenmemekle birlikte müdahaleli vajinal doğum yapanlarda uyarılma, lubrikasyon ve orgazm daha düşük bulunmuştur (Barbara et al. 2016). Doğum sonrası kısa dönemde (üç aya kadar) sezaryen ile vajinal doğum karşılaştırıldığında sezaryenle doğum yapan kadınların daha az cinsel sorun yaşadıklarına dair benzer çalışmalar varken, uzun döneme (12 aydan fazla) bakıldığında sonuçlar tartışmalıdır (Sayasneh and Pandeva 2010).

Bu çalışmada; doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmış, doğum travmalarının iyileştiği ve laktasyon etkilerinin azaldığı bir dönem olması nedeniyle 9-12 aylık bebeği olan kadınlarla çalışılması tercih edilmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma, tanımlayıcı ve kesitsel olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma Manisa ili iki merkez ilçesinde, gecekondu ve kent merkezini yansıtabilecek şekilde seçilen altı adet Aile Sağlığı Merkezinde (ASM) 01.05.2017 ile 31.08.2017 tarihleri arasında yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örneklemi: Araştırmanın evrenini, araştırmanın yapıldığı ilin iki merkez ilçesindeki 1591 kadın oluşturmuştur. Araştırmanın örneklem büyüklüğü Epi İnfö 6 programında %50 bilinmeyen prevalans, %5

yanılma payı ile 310 olarak hesaplanmıştır. Örneklemi araştırmanın yapıldığı ASM'lere kayıtlı 9-12 aylık bebeği olan 315 primipar kadın oluşturmuştur. Araştırmaya; primipar, 18-35 yaş aralığında, tek canlı doğum yapmış, postpartum 9-12. ayda olan, evli ve eşiyle beraber yaşayan, en az ilkokul mezunu olan, tanı almış psikolojik problemi olmayan, fiziksel ve mental olarak engeli bulunmayan, tanı almış cinsel rahatsızlığı olmayan kadınlar alınmıştır. Anomalili doğum, ölü doğum ya da doğumdan sonra bebeğini kaybetmiş olan, önceden pelvik cerrahi geçiren, cinsel işlevleri olumsuz etkileyen ilaç kullanan (kan basıncı ilaçları, antiaritmikler, sedatifler gibi) ve ölçeği tam doldurmamış olan kadınlar araştırmaya dahil edilmemiştir.

Veri Toplama Araçları: Araştırma verilerinin toplanmasında; "Kişisel Bilgi Formu" ve "Kadın Cinsel İşlev Ölçeği" (KCIÖ) kullanılmıştır.

Kişisel Bilgi Formu: Konuya ilişkin alan yazın bilgilerine dayanılarak araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Kadının sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini sorgulayan toplam 22 sorudan oluşmaktadır.

Kadın Cinsel İşlev Ölçeği (KCIÖ): Rosen ve arkadaşları tarafından ABD'de 2000 yılında, kadın cinsel işlevinin değerlendirilmesi amacıyla, 19 maddelik çok boyutlu bir ölçek olarak geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik-güvenilirliği 2005 yılında Aygin ve Eti Aslan tarafından yapılmıştır. Bu ölçek son 4 haftadaki cinsel sorunları veya işlevi değerlendirmektedir. Ölçeğin yapısında; istek, uyarılma, kayganlık, orgazm, doyum ve ağrı olmak üzere 6 alt boyut bulunmaktadır. Her bir madde 0'dan 5'e kadar puanlanmaktadır. Ölçekten alınabilecek en yüksek puan 36.0, en düşük puan ise 2.0'dir. Ölçek puanı kesme değeri (cutt-off); toplam puan >22.7 ise normal cinsel işlev, ≤22.7 ise cinsel işlev bozukluğu şeklindedir (Aygin ve Eti Aslan 2005; Aygin ve Eti Aslan 2008). Ölçeğin Cronbach's Alfa değerleri Aygin ve Eti Aslan'ın çalışmasında (Aygin ve Eti Aslan 2005) 0.98, bu araştırmada 0.90 bulunmuştur.

Verilerin Toplanması: Veriler, belirlenen ASM'lere gelen 9-12 aylık bebeği olan kadınlar ile gündüz mesai saatleri içerisinde, "Kişisel Bilgi Formu" ve "KCIÖ" kullanılarak, araştırmacı tarafından yüz yüze görüşme tekniği ile toplanmıştır. Araştırmada, formları doldurmak bir kadının ortalama 20-30 dakikasını almıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırma sonucunda elde edilen veriler araştırmacı tarafından SPSS 23.0 programı

programında Frekans analizi, Independent Sample T-Test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U Testi, One-Way ANOVA ile değerlendirilmiştir. Önemlilik düzeyi $\alpha=0.05$ alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü: Araştırmanın yapılabilmesi için; KCIÖ için Aygin ile e-mail yoluyla iletişime geçilip gerekli izin, araştırmacıların bağlı olduğu üniversitenin Sağlık Bilimleri Etik Kurulu'ndan onay (Tarih ve sayı: 14.04.2017-E.32243), İl Halk Sağlığı Müdürlüğü'nden izin(Tarih ve sayı: 16.05.2017-E.13955) alınmıştır. Araştırma süresince Helsinki Deklerasyonu Prensiplerine uyulmuş olup, görüşme öncesi araştırmaya katılan kadınlara araştırma hakkında açıklama yapılarak onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma sadece Manisa ili iki merkez ilçesinde yürütülmüştür. Bu nedenle sonuçlar tüm Türkiye'ye genellenemez. Çalışma beyana dayalı bir çalışma olup kişilerin ifadeleri üzerinden yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan kadınlar doğum şekli açısından vajinal doğum ve sezaryen doğum olmak üzere iki gruba ayrılmış ve tanımlayıcı özellikleri açısından benzer bulunmuştur ($p>0.05$). Her iki grubun çoğunluğunu şehirde yaşayan, ev hanımı, çekirdek aile yapısına sahip, ilköğretim mezunu, orta gelir grubu ve sosyal güvencesi olan kadınlar oluşturmuştur. Kadınların yaş ortalaması vajinal doğum grubunda 23.19 ± 3.774 , sezaryen doğum grubunda 24.36 ± 3.946 , evlilik süresi ortalaması vajinal doğum grubunda 2.92 ± 1.859 , sezaryen doğum grubunda 3.16 ± 2.400 olarak bulunmuştur. Eşlerin çoğunluğu ilköğretim mezunu, neredeyse tamamına yakınının çalıştığı ve yaş ortalamasının 27.57 ± 4.06 olduğu belirlenmiştir. Aile planlaması yöntemi kullanma durumu vajinal doğum grubunda %81.7, sezaryen doğum grubunda %77.8 bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 1).

Tabloda belirtilmemekle birlikte bebeklerin emzirilmesi ve geceleri sık uyanması açısından da gruplar benzer bulunmuştur. Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların %77.8'inin sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların %76.3'ünün emzirdiği ($X^2= 0.096$), vajinal doğum grubunda bulunan kadınların bebeklerinin %70,6'sının sezaryen doğum grubunda bulunan kadınların bebeklerinin %67.4'ünün geceleri sık uyandığı belirlenmiştir ($X^2=0.359$). Emzirme döneminde cinsel yaşamın etkilendiğini belirten

kadın oranı vajinal doğum grubunda %64.9, istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır sezaryen doğum grubunda %35.1 bulunmuştur ($p>0.05$). ($X^2=1.625$, $p=0.202$). İki grup arasında

Tablo 1. Kadınların ve Eşlerinin Sosyo-demografik Özelliklerinin Dağılımı

Tanıtıcı Özellikler	Vajinal Doğum		Sezaryen Doğum		X ² /p
	n	%	n	%	
Yaş Ortalama	23.19±3.77		24.36±3.94		
Evlilik Süresi Ortalaması	2.92±1.85		3.16±2.40		
Yaş Grubu					
18-23 yaş	108	60.0	61	45.2	7.495/0.024
24-29 yaş	67	37.2	66	48.9	
30-35 yaş	5	2.8	8	5.9	
Evlilik Süresi					
1-5 yıl	167	92.8	125	92.6	3.484/0.175
6-10 yıl	12	6.6	6	4.4	
11 ve üzeri yıl	1	0.6	4	3.0	
Eğitim Durumu					
Okur-yazar	10	5.6	5	3.7	3.186/0.364
İlköğretim	119	66.1	81	60.0	
Lise/dengi okul	38	21.1	33	24.4	
Üniversite ve üzeri	13	7.2	16	11.9	
Çalışma Durumu					
Evet	10	5.6	14	10.4	1.903/0.168*
Hayır	170	94.4	121	89.6	
Sosyal Güvence					
Evet	163	90.6	125	92.6	0.190/0.663*
Hayır	17	9.4	10	7.4	
Sosyo- Ekonomik Durumu Algısı					
Gelir giderden az	23	12.8	12	8.9	1.183/0.553
Gelir gidere denk	135	75.0	106	78.5	
Gelir giderden fazla	22	12.2	17	12.6	
Aile Tipi					
Çekirdek aile	120	66.7	94	69.6	0.311/0.577
Geniş aile	60	33.3	41	30.4	
En Uzun Yaşanılan Yer					
Şehir	155	86.1	112	83.0	0.664/0.718
İlçe	11	6.1	11	8.1	
Köy/Kasaba	14	7.8	12	8.9	
Kadınların Eşlerinin Yaş Grubu					
18-26 yaş	86	47.8	59	43.7	0.663/0.718
27-35 yaş	88	48.9	70	51.9	
36 ve üzeri yaş	6	3.3	6	4.4	
Kadınların Eşlerinin Eğitim Durumu					
Okur-yazar	5	2.7	5	3.6	0.788/0.852
İlköğretim	106	58.9	75	55.6	
Lise/dengi okul	46	25.6	34	25.2	
Üniversite ve üzeri	23	12.8	21	15.6	
Kadınların Eşlerinin Çalışma Durumu					
Evet	177	98.3	134	99.3	0.560/0.454**
Hayır	3	1.7	1	0.7	
Aile Planlaması Yöntemi Kullanma Durumu					
Evet	147	81.7	105	77.8	0.729/0.393
Hayır	33	18.3	30	22.2	
TOPLAM	180	100.0	135	100.0	

*Düzeltilmiş Ki-kare Testi **Fisher'in kesinlik testi

Vajinal doğum grubunda bulunan kadınların doğum algıları ve doğumda yapılan müdahaleleri sorgulanmıştır. Kadınların %0.5'i doğumunu çok kolay, %30.6'sı kolay algılarken, %21.1'i zor, %30.6'sı çok zor olarak algıladığını belirtmiştir. Kadınların %51.4'üne epizyotomi, %34.6'sına indüksiyon, %21.9'una kristal manevrası, %4.8'ine deşuri onarımı, %0.6'sına vakum/forseps uygulandığı belirlenmiştir.

Kadınların doğum şekline göre KCIÖ ve alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; KCIÖ toplam puan ortalamasının, vajinal doğum yapan kadınlarda 25.11±5.47, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise 25.36±5.47 olduğu, iki

grupta da puan ortalamasının kesme noktasının üzerinde olduğu ve gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($t=0.464$, $p=0.643$). Ölçek alt boyutları olan cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm, doyum ve ağrı alt boyutlarında da gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Yalnız ağrı alt boyut puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda 4.31±1.56, sezaryen doğum yapan kadınlarda ise 4.26±1.54 olduğu ve her iki doğum şeklinde de puan ortalamalarının kesme noktasının altında olduğu görülmüştür (Tablo 2).

Tablo 2. Doğum Şekline Göre KCIÖ Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

KCIÖ Toplam ve Alt Boyutlar	Vajinal Doğum (n=180)	Sezaryen Doğum (n=135)	KCIÖ Kesme Noktası	t	p
	$\bar{X} \pm SS$	$\bar{X} \pm SS$			
Cinsel istek	4.44±0.90	4.51±0.92	≤3.6	-0.619	0.536
Uyarılma	3.98±1.13	4.16±1.12	≤3.9	-1.381	0.168
Kayganlaşma	4.14±1.09	4.20±1.12	≤3.6	-0.533	0.595
Orgazm	4.18±1.02	4.21±1.16	≤3.6	-0.251	0.802
Doyum	4.03±1.64	3.99±1.62	≤3.6	0.219	0.827
Ağrı	4.31±1.56	4.26±1.54	≤4.4	0.544	0.786
KCIÖ Toplam	25.11±5.47	25.36±5.47	≤22.7	-0.464	0.643

Vajinal doğum grubundaki kadınların %62.5'inde, sezaryen doğum grubundakilerin %37.5'inde cinsel istek sorunu, vajinal doğum grubundaki kadınların %62.4'ünde, sezaryen doğum grubundakilerin %37.6'sında uyarılma sorunu, vajinal doğum grubundaki kadınların %60.4'ünde, sezaryen doğum grubundakilerin %39.6'sında kayganlaşma sorunu, vajinal doğum grubundaki kadınların %54.3'ünde, sezaryen doğum grubundakilerin %45.7'sinde orgazm sorunu, vajinal doğum grubundaki kadınların %51.5'inde, sezaryen doğum grubundakilerin %48.5'inde doyum sorunu, vajinal doğum grubundaki kadınların %55.4'ünde, sezaryen doğum grubundakilerin %44.6'sında ağrı sorunu yaşandığı fakat aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Tablo 2). KCIÖ toplam puanına göre vajinal doğum grubundaki kadınların %61.6'sında, sezaryen doğum grubundakilerin %38.4'ünde cinsel disfonksiyon yaşandığı belirlenmiştir. Vajinal doğum grubundaki kadınlarda sezaryen doğum grubundakilere göre cinsel disfonksiyon oranının daha yüksek olduğu fakat aralarında

istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir ($X^2=1.681$, $p>0.05$) (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmada doğum şeklinin kadın cinsel işlevi üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Ülkemizde yapılan bazı çalışmalarda, kadınların doğuma yönelik korkularının arasında vajinal doğum sonrasında cinsel fonksiyonlarının etkileneceği korkusu yer almaktadır (Özcan ve Aslan 2013; Aksoy 2015). Nullipar kadınların doğum algılarının incelendiği bir çalışmada, doğuma ilişkin korku ve ağrı algısının fazla olduğu (sırasıyla %36.7 ve %83.9) görülmüştür (Aslan ve Okumuş 2017). Bir başka çalışmada da primipar kadınların büyük çoğunluğunun (%86.2) vajinal doğum yapmayı istediği fakat %71.1'inin doğumdan/doğum ağrısından korktukları ve bu kadınların sadece %36.4'ünün vajinal doğum yaptığı belirlenmiştir (Gözükara ve Eroğlu 2008). Çalışmamızda vajinal doğum yapan kadınların %5.0'i doğumu çok kolay, %3.6'sı kolay olarak nitelendirirken %21.1'i zor, %30.6'sı çok zor olarak

nitelendirmiştir. Çalışma bulguları literatür ile uyumlu bulunmuş ve doğumda yapılan tıbbi

müdahalelerin doğum algısını olumsuz etkilediği düşünülmüştür.

Tablo 3. Doğum Şekline Göre Kadınlarda Cinsel İşlev Bozukluğu Oranlarının Karşılaştırılması

Cinsel İşlev	Vajinal Doğum (n=180)		Sezaryen Doğum (n=135)		X ²	p
	n	%	n	%		
Cinsel istek						
Disfonksiyon Var	15	62.5	9	37.5	0.304	0.581
Disfonksiyon Yok	165	56.7	126	43.3		
Uyarılma						
Disfonksiyon Var	68	62.4	41	37.6	1.870	0.171
Disfonksiyon Yok	112	54.4	94	45.6		
Kayganlaşma						
Disfonksiyon Var	58	60.4	38	39.6	2.221	0.329
Disfonksiyon Yok	120	55.3	97	44.7		
Orgazm						
Disfonksiyon Var	51	54.3	43	45.7	0.456	0.499
Disfonksiyon Yok	129	58.4	92	41.6		
Doyum						
Disfonksiyon Var	35	51.5	33	48.5	1.139	0.286
Disfonksiyon Yok	145	58.7	102	41.3		
Ağrı						
Disfonksiyon Var	87	55.4	70	44.6	0.382	0.537
Disfonksiyon Yok	93	58.9	65	41.1		
KCIÖ Toplam						
Disfonksiyon Var	77	61.6	48	38.4	1.681	0.195
Disfonksiyon Yok	103	54.2	87	45.8		

Bu çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların %51.4'üne epizyotomi, %34.6'sına oksitosin indüksiyonu uygulandığı ve %21.9'una kristal manevrası yapıldığı belirlenmiştir. Benzer şekilde, Karaçam ve ark.nın (2013) yaptığı çalışmada primipar kadınların %56.3'üne epizyotomi, ayrıca epizyotomi uygulanan kadınların %95.5'ine oksitosin indüksiyonu uygulandığı, %51.1'ine kristal manevrası yapıldığı belirlenmiştir (Karaçam ve ark. 2013). Başka bir çalışmada ise doğum sonrası birinci yılda görüşme yapılan kadınların %39.2'sinde spontan laserasyon bulunduğu, %59'una epizyotomi uygulandığı ve sadece %1.8'inin perineal travması olduğu gözlenmiştir (Karaçam ve Çalışır 2012). Çalışmamızdaki epizyotomi, indüksiyon ve kristaller manevrası uygulanma oranları literatür ile benzerdir. Perineal travmayı azaltmak ve kadınların cinsel sağlığını korumak konusunda ebeler büyük sorumluluk düşüğü söylenebilir.

Yapılan bazı çalışmalarda, epizyotomi ile disparoni, perineal ağrı, cinsel ve pelvik taban morbiditesi gibi problemler arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (Sayasneh and Pandeva 2010; Dabiri et al. 2014; Kasap ve ark. 2016). İlk

üç ayda görüşme yapılan bir çalışmada doğumdan sonraki cinsel sorunların doğum ve perine travmasıyla ilişkili olduğu ve doğumdan sonraki ilk üç ayda primipar kadınların yaklaşık % 80'inde ağrı sorunu olduğu belirlenmiştir (Dabiri et al. 2014). Yapılan çalışmalarda doğum sonrası perine dokusunda oluşan hasarın (epizyotomi ve spontan perineal laserasyonlar) kadınların, cinsel fonksiyon parametrelerini olumsuz etkilediği ve cinsel yaşamlarında memnuniyetsizlik oluşturduğu belirtilmiştir (Rathfisch ve ark. 2010).

Baksu ve ark.nın (2007) primipar kadınlarda altıncı ayda doğum şeklinin cinsel işleve etkisinin incelediği çalışmada KCIÖ toplam puanı epizyotomili vajinal doğum grubunda 22.16±3.68, sezaryen grubunda 28.32±6.53 bulunmuş, epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel disfonksiyon olduğu fakat sezaryenle doğum yapanlarda cinsel disfonksiyon olmadığı sonucuna varılmıştır (Baksu ve ark. 2007). Bu çalışmanın aksine bizim çalışmamızda iki grupta da KCIÖ toplam puan ortalamasının (vajinal: 25.11±5.47, sezaryen: 25.36±5.47) kesme noktasının üzerinde olduğu, genel olarak cinsel disfonksiyonun ve

gruplar arasında farkın olmadığı görülmüştür. Her iki grupta cinsel disfonksiyon yaşanma oranının benzer olduğu belirlenmiştir. Baksu ve ark.nın (2007) çalışmasında araştırmaya tüm vajinal doğum yapmış kadınlar değil sadece epizyotomili vajinal doğum yapmış olan kadınların dâhil edilmesi ve kısa dönemde yapılmış olması fark oluşturan temel nedenlerden biri olabilir. Mediolateral epizyotomili vajinal doğum yapanlarda üç ve altı aylık doğum sonu skorları karşılaştırıldığında, doğum sonrası altıncı ayda cinsel istek ve uyarılma skorlarında önemli bir artış olduğu görülmüştür (Dabiri et al. 2014).

Literatürde çalışma sonucumuza benzer çalışma sonuçları bulunmaktadır. Kahramanoğlu ve ark.nın (2017) 3, 6, 12 ve 24. aylarda doğum şeklinin primipar kadınların cinsel işlevi üzerindeki etkisini incelediği çalışmada KCIÖ toplam puan ortalamasının (vajinal: 27.4, sezaryen: 27.89) yüksek olduğu ve kadınlarda cinsel disfonksiyon olmadığı belirlenmiştir. Normal vajinal ve elektif sezaryen sonrası 6-24. ayda kadınların cinsel fonksiyonlarının incelediği bir çalışmada da her iki grubun KCIÖ toplam puanının yüksek olduğu ve kadınlarda cinsel disfonksiyon olmadığı sonucuna varılmıştır (Hosseini et al. 2012). Nullipar kadınlarda en az beş yıl sonra cinsel ve pelvik disfonksiyon ve perineal ağrı üzerinde mediolateral epizyotomili vajinal doğumun uzun dönem etkilerinin incelendiği bir çalışmada; cinsel işlev bozukluğu ile vajinal doğumun ilişkili olmadığı sonucuna varılmıştır (Doğan ve ark. 2017). Başka bir çalışmada da doğum sonrası disparoni ile epizyotomi, spontan laserasyon, perineal travmanın derecesi ve bulunduğu bölge arasında herhangi bir ilişki saptanmamıştır. Perineal travmanın doğum sonrası erken dönemde disparoni ile ilişkili olabileceği, ancak bu durumun uzun süre devam etmediği belirtilmiştir (Karaçam ve Çalışır 2012).

Çalışmamızda alt boyutlar karşılaştırıldığında iki grubun cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve doyum alt boyut puanları kesme noktasının üzerinde bulunmuştur ve aralarında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan ve Hosseini'nin çalışmalarında da cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve doyum alt boyut puanları kesme noktasının üzerinde olup sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiştir. Baksu'nun çalışmasında da cinsel istek, kayganlaşma ve doyum alt boyut puanları kesme noktasının üzerinde olmasına rağmen

epizyotomili vajinal doğum grubunun uyarılma ve orgazm alt boyut puanı kesme noktasının altında olup epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda uyarılma ve orgazm sorunu olduğu fakat sezaryen doğum yapan kadınlarda uyarılma ve orgazm sorunu olmadığı belirlenmiştir. Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum yapan grubun sonuçları hâric, sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermiş ve çalışmaya katılan kadınlarda cinsel istek, uyarılma, kayganlaşma, orgazm ve doyum sorununun yüksek olmadığı belirlenmiştir (Baksu ve ark. 2007; Hosseini et al. 2012; Amiri et al. 2017; Doğan ve ark. 2017; Kahramanoğlu ve ark. 2017).

Çalışmamızda her iki grubun ağrı alt boyut puanları kesme noktasına çok yakın olmakla birlikte, kesme noktasının altındadır. Sezaryen doğum grubunun ağrı alt boyut puanı daha düşük bulunmuş fakat iki grup arasında istatistiksel bir fark bulunmamıştır. Amiri, Kahramanoğlu, Doğan ve Hosseini'nin çalışmalarında ağrı alt boyut puanları kesme noktasının üzerindedir. Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum grubunun ağrı alt boyut puanı kesme noktasının altında olup epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda ağrı sorunu olduğu fakat sezaryen doğum yapan kadınlarda ağrı sorunu olmadığı belirlenmiştir. Çalışma sonucumuz Baksu'nun epizyotomili vajinal doğum yapan grubun sonuçları ile paralellik gösterirken, Baksu'nun sezaryen doğum yapan grubu ve diğer çalışmaların sonuçları ile paralellik göstermemektedir (Baksu ve ark. 2007; Hosseini et al. 2012; Amiri et al. 2017; Doğan ve ark. 2017; Kahramanoğlu ve ark. 2017). Çalışmamızda hem sezaryen hem de vajinal doğum yapan kadınlarda ağrı sorunu olduğu sonucuna varılmış olup 9-12. aylarda cinsel ilişkide ağrının perineal laserasyon ve travma dışında başka nedenlerden kaynaklanabilmektedir.

Literatürde postpartum 12. aydaki cinsel sağlık sorunları emzirme, önceden var olan disparoni, vajinal kayganlaşma eksikliği ve vücut imajından duyulan memnuniyetsizlikle ilişkili bulunmuştur (O'Malley et al. 2018). Hormonal aile planlaması yöntemi kullanımı, doğum sonrası cinsel sağlık danışmanlığı ve tedavisinin olmaması doğum sonrası kadın cinsel disfonksiyonu için diğer önemli risk faktörleri olduğu belirtilmektedir (Sayasneh and Pandeva 2010). İlk kez anne baba olan çiftlerin sorumlulukları ve yaşamları tamamen değişmektedir. Fakat çiftlerin yaşadıkları değişimler ve cinsellikten beklentileri farklı

olmaktadır. Vajinal kayganlıkta azalma, yara iyileşmesine zarar verme ve gebe kalma korkusu, halsizlik ve yorgunluk, yeni doğan bebeğin stres ve baskısı kadının cinsel ilgi ve performansını azaltmaktadır (Karaçam 2008; Lurie et al. 2013; Song et al. 2014; Koç ve Oskay 2015). Bazı araştırmacılar çiftlere doğum sonrası psikolojilerinin ve cinsel yaşamlarının nasıl değişeceği ile ilgili danışmanlığın gebelik döneminde verilmesini önerirken (Şahin 2009; McDonald 2017), birçok sağlık profesyonelinin kadınların cinsellikle ilgili sorunlarını genellikle göz ardı ettiği belirtilmektedir (Sayasneh and Pandeva 2010; Alnuaimi and Almalik 2020).

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışma bulgularına göre; doğum sonrası uzun dönemde (9-12 ay) kadınlarda genel olarak cinsel disfonksiyon yaşanmadığı fakat azda olsa disfonksiyon yaşayan bir grup olduğu, spesifik olarak ağrı sorunu yaşandığı bulunmuştur. Ağrı sorunun doğum şeklinden kaynaklanmadığı, diğer farklı nedenlerden kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Doğum şekli ile kadın cinsel işlevi arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varılmıştır.

Cinsellik toplumumuzda hâlâ tabu olarak görülen bir konu olduğu için sağlık çalışanları bu konuda danışanlara bilgi vermemekte ya da verilen bilgi çok yüzeysel

kalmaktadır. Doğum öncesi ve doğum sonrası bakımda birinci derece sorumlu sağlık profesyoneli olan ebeler kadınların cinsel sorunlarını uygun yöntemlerle sorgulamalı ve erken tanı koymalıdır. Sorunun tespiti dâhilinde kadınların bir uzmana yönlendirilmesi sağlanmalıdır. Ayrıca doğum öncesi ve doğum sonrası eğitimlerde çiftlerin bu süreçte yaşamlarının nasıl değişeceği ve cinsel yaşamlarının nasıl etkileneceği ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır. Ülkemizde spesifik olarak doğum şeklinin cinsel yaşama etkisini inceleyen çok az çalışmaya ulaşılmıştır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması önerilmektedir.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmaya katılan tüm kadınlara, görüşme için ortam sağlayan ebe ve hekimlere teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKILARI

M.T, N.B: Araştırma konusu, tasarım, literatür taraması, analiz ve makale yazımı, M.T: Verilerin toplanması ve işlenmesi, N.B: Kritik okuma.

KAYNAKLAR

- Abalı Çetin S.** Doğum Sonrası Cinsellik. Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics 2016;2(1):35-41.
- Aksoy AN.** Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi. Odu Tıp Dergisi 2015;2:161-5.
- Alnuaimi K, Almalik M.** Sexual Educational Needs of Jordanian Women After Giving Birth. Birth 20 November 2020. <https://doi.org/10.1111/birt.12509>
- Amiri FN et al.** Female Sexual Outcomes in Primiparous Women After Vaginal Delivery and Cesarean Section. Afri Health Sci 2017;17(3):623-31. doi: 10.4314/ahs.v17i3.4
- Aslan Ş, Okumuş F.** Primipar Kadınların Doğum Deneyim Algıları Üzerine Doğum Beklentilerinin Etkisi. HSP 2017;4(1):32-40. doi: 10.17681/hsp.287497
- Aygin D, Eti Aslan F.** Kadın Cinsel İşlev Ölçeği'nin Türkçeye Uyarlaması. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi 2005;25(3):393-9.
- Aygin D, Eti Aslan F.** Meme Kanseri Kadınlarında Cinsel İşlev Bozukluklarının İncelenmesi. Meme Sağlığı Dergisi 2008; 4(2):105-14.
- Baksu B ve ark.** The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous

Women. International Urogynecology Journal 2007;18(4):401-6.

Barbara G et al. Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section. The Journal of Sexual Medicine 2016;13(3):393-401. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.004.

Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD). Cinsel Sağlık ve Sorunları. Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Alanında Ulusal ve Yerel Medya Yoluyla Savunuculuk Projesi (PDF), 2006.

Dabiri F et al. The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women. Oman Medical Journal 2014;29(4):276-9. doi: 10.5001/omj.2014.72

Doğan B ve ark. Long-term Impacts of Vaginal Birth With Mediolateral Episiotomy on Sexual and Pelvic Dysfunction and Perineal Pain. J Matern Fetal Neonatal Med 2017;30(4):457-60. doi: 10.1080/14767058.2016.1174998.

Gözükara F, Eroğlu K. İlk Doğumunu Yapmış Kadınların (Primipar) Doğum Şekline Yönelik Tercihlerini Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2008;32-46.

Gutzeit O et al. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors For Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med* 2019;8:8–13. doi: 10.1016/j.esxm.2019.10.005

Hosseini L et al. Sexual Function of Primiparous Women After Elective Cesarean Section and Normal Vaginal Delivery. *Urology Journal* 2012;9(2):498-504. PMID: 22641494.

Kahramanoğlu İ ve ark. The Impact of Mode of Delivery on The Sexual Function of Primiparous Women: A Prospective Study. *Arch Gynecol Obstet* 2017;295:907–16. doi: 10.1007/s00404-017-4299-7.

Karaçam Z, Çalışır H. İlk Kez Doğum Yapan Kadınlarda Gebelik Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Disparoni Görülme Sıklığı ve İlişkili Durumlar. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2012;15(3):205-13.

Karaçam Z ve ark. Prevalence of Episiotomy in Primiparas, Related Conditions, and Effects of Episiotomy on Suture Materials Used, Perineal Pain, Wound Healing 3 Weeks Postpartum, in Turkey: A Prospective Follow-Up Study. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 2013;18(3):237-45. PMID: 23983762; PMCID: PMC3748545.

Karaçam Z. Epizyotominin Doğum Sonrası Dönemde Cinsel Fonksiyona Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi* 2008;1:38-46.

Kasap E ve ark. Doğum Şeklinin Seksüel Fonksiyon Üzerine Etkisi Var Mıdır? *Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 2016;26(3):201-6. doi:10.5222/terh.2016.201.

Koç E, Oskay Ü. Postpartum Dönemde Cinsellik ve Danışmanlık. *KASHED* 2015;2(1):15-26.

Lurie S et al. Sexual Function After Childbirth by The Mode of Delivery: A Prospective Study. *Arch*

Gynecol Obstet 2013;288(4):785-92. doi: 10.1007/s00404-013-2846-4.

McDonald E et al. Sexual Pleasure and Emotional Satisfaction in the First 18 Months After Childbirth. *Midwifery* 2017;55:60–6. doi: 10.1016/j.midw.2017.09.002.

O'Malley D et al. Prevalence of and Risk Factors Associated With Sexual Health Issues in Primiparous Women at 6 And 12 Months Postpartum; A Longitudinal Prospective Cohort Study (the MAMMI study), *BMC Pregnancy and Childbirth* 2018;18(1). doi: 10.1186/s12884-018-1838-6.

Özcan H, Aslan Ö. Doğum Şekli ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşam: Prospektif Bir Çalışma (Güncel Makale Özeti). *Kadın Cinsel Sağlığı* 2013;15(54):219-20.

Sayasneh A, Pandeva I. Postpartum Sexual Dysfunction: A Literature Riview of Risk Factors and Role of Mode of Delivery. *BJMP* 2010;3(2):316.

Song M et al. Cinsel Sağlık ile Doğum Biçimi Arasındaki İlişki (Güncel Makale Özeti). *Kadın Cinsel Sağlığı Dergisi* 2014;17(60):68-9.

Şahin N. Kadınlarda Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 2009;40(3):125-30.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması (TNSA). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü Ankara, Türkiye, 2008.

Von Sydow K. Sexuality During Pregnancy and After Childbirth: A Metacontent Analysis of 59 Studies. *Journal of Psychosomatic Research* 1999;47(1):27-49.

Rathfisch G ve ark. Effects of Perineal Trauma on Postpartum Sexual Function. *Journal of Advanced Nursing* 2010; 66(12):2640-9. doi:10.1111/j.1365-2648.2010.05428.x.

EXTENDED ABSTRACT

In this study, we aimed to investigate the effect of the mode of delivery on female sexual function. This descriptive and cross-sectional study was conducted with 315 primiparous women with 9-12 months old babies. The data were collected through face-to-face interviews using 22-question women's introductory form questioning sociodemographic and obstetric characteristics and the FSFI. Frequency analysis, Independent Sample T-Test, Kruskal-Wallis, Mann-Whitney U Test and One-Way ANOVA were used to evaluate the data.

The women participating in the study were divided into two groups as vaginal delivery and cesarean section in terms of delivery type and were found to be similar in terms of descriptive features. It was determined that 51.4% of the women had episiotomy applied. When the FSFI and sub-dimension mean scores were examined according to the delivery type of women; It was determined that the mean total score of the FSFI was 25.11 ± 5.47 in women who gave birth vaginally and 25.36 ± 5.47 in women who gave birth by cesarean, it was above the cut-off point in both groups and there was no statistically significant difference between the groups. No statistically significant difference was found between the groups in the sub-dimensions of the scale such as sexual desire, arousal, lubrication, orgasm, satisfaction and pain. It was observed that the mean score for the sub-dimension of pain alone was 4.31 ± 1.56 in women who gave birth vaginally and 4.26 ± 1.54 in women who gave birth by cesarean, and the mean scores were below the cut-off point for both births. Sexual desire problems in 62.5% of women in the vaginal delivery group and 37.5% of women in the cesarean section group, 62.4% of women in the vaginal delivery group, arousal problem in 37.6% of women in the cesarean section group, 60.4% of women in the vaginal delivery group. slipping problem in 39.6% of women in cesarean delivery group, 54.3% of women in vaginal delivery group, orgasm problem in 45.7% of women in cesarean delivery group, 51.5% of women in vaginal delivery group and% of women in cesarean delivery group. It was determined that 48.5% of women had satisfaction problem, 55.4% of women in vaginal delivery group and 44.6% of women in cesarean delivery group experienced pain problems, but there was no statistically significant difference between them. It was determined that 61.6% of women in the vaginal delivery group and 38.4% of women in the cesarean delivery group experienced sexual dysfunction according to the total FSFI score. It was determined that women in the vaginal delivery group had a higher rate of sexual dysfunction than women in the cesarean delivery group, but there was no statistically significant difference between them.

In the study by Baksu et al. in which the effect of delivery type on sexual function in primiparous women in the sixth month was examined, it was concluded that women who had vaginal delivery with episiotomy had sexual dysfunction, but those who delivered by cesarean section did not. Contrary to this study, in our study, it was observed that the mean total score of the FSFI was above the cut-off point in both groups, and there was no difference between the groups and sexual dysfunction in general. It was determined that the rate of experiencing sexual dysfunction was similar in both groups. When the three and six-month postpartum scores were compared in those who delivered vaginally with mediolateral episiotomy, it was observed that there was a significant increase in sexual desire and arousal scores in the sixth month after birth. There are study results similar to ours in the literature. In the study of Kahramanoğlu et al. examining the effect of delivery mode on the sexual function of primiparous women at 3, 6, 12 and 24 months, it was determined that the total score average of the FSFI was high and there was no sexual dysfunction in women. After normal vaginal and elective cesarean section 6-24. in a study examining the sexual functions of women in the month, it was concluded that both groups had high total FSFI scores and there was no sexual dysfunction in women. In a study examining the long-term effects of vaginal delivery with mediolateral episiotomy on sexual and pelvic dysfunction and perineal pain in nulliparous women at least five years later; It was concluded that sexual dysfunction and vaginal delivery are not related. The sub-dimensions of the FSFI were compared. In our study, sexual desire, arousal, lubrication, orgasm and satisfaction sub-dimension scores of the two groups were found above the cut-off point, and no statistical difference was found between them. In the studies of Amiri, Kahramanoğlu, Doğan and Hosseini, sexual desire, arousal, lubrication, orgasm and satisfaction sub-dimension scores were above the cut-off point, and the results were parallel to our study. In Baksu's study, it was determined that while the arousal and orgasm sub-dimension scores of the vaginal delivery group with episiotomy were below the cut-off point, women who had cesarean delivery did not have orgasm problems. Except for the results of


Baksu, the results were consistent with our study, and it was determined that sexual desire, arousal, slipperiness, orgasm and satisfaction problems were not high in the women participating in the study. In our study, the pain subscale scores of both groups were very close to the cut-off point, but were below the cut-off point. The pain sub-dimension score of the cesarean delivery group was found to be lower, but there was no statistical difference between the two groups.

According to the results of the study, women who delivered vaginal or cesarean section in the long term after birth were found to be similar in terms of sexual function and sexual dysfunction was not found in general. It was concluded that there was no relationship between the mode of delivery and female sexual function.

COVID-19 PANDEMİSİNDE YENİDOĞAN VE EBELİK YAKLAŞIMI NEONATAL AND MIDWIFERY APPROACH IN COVID-19 PANDEMIC

Yasemin SÖKMEN*

*Öğr. Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü,
Samsun/Türkiye.

 0000-0003-0044-4173

Yazışma Adresi:
Yasemin SÖKMEN
E-Posta: ysmn0006@outlook.com

Gönderim Tarihi : 3 Ekim 2020
Kabul Tarihi : 14 Aralık 2020

ÖZ

Bu çalışmanın amacı, Covid-19 pandemi sürecinde yenidoğan sağlığını geliştirmede ebeler yaklaşımına açıklık getirmektir. Bu derleme mevcut literatüre dayalı olarak Pubmed, Cochrane ve Google Scholar sayfaları üzerinden "(Covid-19 OR Coronavirüs OR SARS-CoV-2) and (pregnancy OR birth OR postpartum OR newborn)" kavramları ile tarama yapılmıştır. Tarama sonucunda elde edilen veriler yorumlayıcı şekilde sunulmuştur. Covid-19 pandemi sürecinde ebelerin özellikle; triyaj uygulaması ile riskli grubu belirlemesi, kişisel koruyucu ekipmanların giyilmesi, izolasyon kurallarına uyulması, Covid-19'un bağlı gelişen komplikasyonların yakından izlenmesi ve gerekli müdahale yapılması sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda ebelerin rehberler doğrultusunda hizmet verilmesi, bakım ve izlemlerin bireyselleştirilmesi ve online teknolojilerden faydalanılması, bilimsel çalışmalar yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Covid-19; SARS-CoV-2; yenidoğan; ebe

ABSTRACT

The aim of this study is to clarify midwifery approaches in improving neonatal health during the Covid-19 pandemic process. Based on the existing literature, this review was searched on Pubmed, Cochrane and Google Scholar pages with the concepts of "(Covid-19 OR Coronavirüs OR SARS-CoV-2) and (pregnancy OR birth OR postpartum OR newborn)". The data obtained as a result of the scanning are presented in an interpretative manner. In the Covid-19 pandemic process, midwives especially; with the triage application, the results of determining the risky group, wearing personal protective equipment, obeying the isolation rules, closely monitoring the complications due to Covid-19 and making the necessary intervention were achieved. In line with these results, it is recommended that midwives provide services in line with the guidelines, individualize care and follow-up, use online Technologies, and conduct scientific studies.

Keywords: Covid-19; SARS-CoV-2; newborn; midwife

GİRİŞ

Covid-19 (Coronavirus Disease 2019), ateş, yorgunluk dispne gibi çeşitli semptomlara neden olan tek sarmallı bir RNA virüsüdür. Sığır, kedi, yarasa olmak üzere birçok evcil ve vahşi hayvanda konakçı olan bu virüsün alfa, beta, gama ve delta türlerinden sadece altı türünün insanda enfeksiyona neden olduğu bilinmektedir. İnsanda enfeksiyona neden olan yedinci türü ise Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinde ortaya çıkmış olup, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından Covid-19 (SARS-CoV-2) olarak adlandırılmıştır (Dashraath et al. 2020; Schwartz and Graham 2020; WHO 2020; National Health Commission of People's Republic of China

2020)

Hayvandan insana ilk Covid-19 enfeksiyonunun Huanan Deniz Ürünleri Pazarı'nda gerçekleştiği bildirilmiştir. Daha sonra insandan insana bulaşın ise damlacık, temas ve aerosol yolla olduğu tespit edilmiştir. Damlacık yoluyla bulaş, enfekte olan bir kişinin öksürmesi veya hapşırmasından sonra yakınındaki bireylerin havayı solumasıyla meydana gelmektedir. Temas yoluyla bulaş, enfekte olan bir kişi tarafından kontamine edilen yüzey veya cisme diğer bireylerin temasından sonra ağız, burun veya gözlere dokunulması ile gerçekleşmektedir. Aerosol yoluyla bulaş ise,

Atf için (How to cite): Sökmen Y. Covid-19 Pandemisinde Yenidoğan ve Ebelik Yaklaşımı. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):56-65..

kapalı bir ortamda enfekte olan kişiden havaya iletilen virüsün, diğer bireyler tarafından solunmasıyla oluşmaktadır (National Health Commission of People Republic of China 2020).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO), dünya genelinde 13 Eylül itibari ile 28.637.952 kişinin Covid-19 ile enfekte olduğu, enfekte olanlardan ise 917.417 kişinin öldüğü bildirilmiştir (WHO 2020). Ülkemizde ise 291.162 kişinin enfekte olduğu, enfekte olanlardan ise 7.056 kişinin öldüğü tespit edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2020). Koronavirüs, Covid-19'dan önce Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği (SARS) ve Ortadoğu Solunum Yetmezliği Sendromu (MERS) olmak üzere iki büyük pandemiye neden olmuştur. SARS ve MERS'e bağlı mortalite oranları sırasıyla %11 ve %34, gebe mortalite oranları sırasıyla %18 ve %25 olarak bildirilmiştir (Dashraath et al. 2020; Schwartz and Graham 2020; Poudel Adhikari et al. 2020) Di Mascio ve ark (2020)'nın yaptığı sistematik derleme ve meta-analiz çalışmasında, SARS, MERS ve Covid-19 tanısı alan gebelerin %39'unun abortus, %24'ünün preterm doğum, %21'inin erken membran rüptürü, %16'sının preeklampsi, %84'ünün sezeryan doğum gerçekleştiği, yenidoğanların ise %57'sinin yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındığı bildirilmiştir. SARS, MERS ve Covid-19 tanısı alan gebelerin %11'inde, sadece Covid-19 tanısı alan gebelerin ise %7'sinde perinatal ölüm gerçekleştiği tespit edilmiştir. Covid-19'a bağlı mortalite oranının yüksek olması nedeniyle önemli bir konudur.

Herkes İçin Sağlık Hedefleri ve Münih Deklerasyonunda ebelerin görevleri açıklanmıştır. Açıklanan görevler arasında, yenidoğan bebeğe bakım verebilme, yenidoğanla ilgili koruyucu önlemler alabilme, anne ve yenidoğanda oluşabilecek riskleri tanımlayabilme ve tıbbi yardım sağlayabilme bulunmaktadır (International Confederation of Midwives (ICM) 2020). Ayrıca, ICM tarafında ebelere Covid-19 pandemi sürecinde kadınların ve yenidoğanların haklarını korunmasının önemli olduğunu bildirmiştir (ICM 2020). Ülkemiz literatüründe, Covid-19 pandemisinde yenidoğana ebelik yaklaşımı ile ilgili sınırlı çalışma bulunduğu için bu derlemenin yapılmasına karar verilmiştir. Elde edilen bilgilerin ebeler tarafından sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırılmasına ve böylece yenidoğan sağlığının geliştirilmesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu kapsamda; PubMed, Cochrane ve Google Scholar sayfaları üzerinden "(Covid-19 OR Coronavirüs OR

SARS-CoV-2) and (pregnancy OR birth OR postpartum OR newborn)" kavramları ile tarama yapılmıştır. Elde edilen veriler yorumlayıcı şekilde sunulmuştur.

YENİDOĞANA COVID-19 BULAŞ YOLLARI

Yenidoğanlar; bağışıklık sisteminin immatür olması, vertikal geçiş olasılığı, vajinal doğumda gayta veya idrar aracılığıyla perinatal temas olasılığı, asemptomatik enfekte olan anne ile yakın temastan dolayı yüksek risk grubundadır (Türk Neonatoloji Derneği 2020). Literatürde, anneden yenidoğana vertikal geçiş olduğu yönde ve olmadığı yönde çalışmalar mevcuttur (Niu ve Yue 2020; Woo et al. 2004; Wanzhou et al. 2020; Dong ve ark 2020; Zeng ve ark 2020; Claudia Alzamora et al. 2020; Khan et al. 2020; Woodward 2020; Fan et al. 2020; Chen et al. 2020; Wang et al. 2020; Li et al. 2020).

Niu ve Yue (2020) enfekte olan anne veya yakınlarının yenidoğana temas etmesi ile Covid-19 enfeksiyonunun bulaştığı bildirmiştir. Ayrıca yenidoğana IgM antikorları plesanta yoluyla geçtiği ve doğum sonra 3-7 gün içinde yenidoğandan alınan kan örneğinde tespit edildiği saptanmıştır (Woo et al. 2004; Wanzhou et al. 2020). Dong ve ark (2020)'nın çalışmasında, doğumdan 2 saat sonra yenidoğandan alınan kan örneğinde IgM tespit edilmesi, yenidoğanın intrauterin dönemde enfekte olduğunu kanıtlamaktadır. Zeng ve ark (2020)'nin çalışmasında, doğumdan hemen sonra yenidoğandan alınan kan örneklerinde Covid-19 ait Ig M antikorları tespit edilmiştir. Benzer bir şekilde Claudia Alzamora ve ark (2020)'nin olgu sunumunda, boğaz kültürü pozitif olan gebenin doğumundan 16 gün sonra yenidoğandan alınan boğaz kültüründe pozitif bulgu saptanmıştır. Yine, şüpheli olan iki yenidoğanın doğum sonra 24 saatte alınan boğaz kültürünün pozitif gelmesi anneden bebeğe bulaş riskini desteklemektedir (Khan et al. 2020). Ayrıca, Çin ve İngiltere'de Covid-19 tanısı alan anneden doğan yenidoğanların 30 saat içinde test sonucu pozitif çıkması da anneden bebeğe bulaş riskini güçlendirmiştir (Woodward 2020).

Yapılan çalışmalarda anneden yenidoğana bulaş ile ilgili farklı sonuçlar bildiren çalışmalarda bulunmaktadır. Fan ve ark (2020)'nin olgu sunumunda, doğumdan hemen sonra yenidoğandan alınan boğaz kültürü, göbek kordon kanı, amniotik mai, anne sütü ve vajinal sürüntüde enfeksiyon bulguları saptanmamıştır. Retrospektif bir çalışmasında ise, Covid-19 tanısı

alan dokuz gebeden alınan amniotik sıvı, kordon kanı, yenidoğan boğaz kültürü ve anne sütü örneklerinde virüs tespit edilmemiştir (Chen et al. 2020) Benzer bir şekilde, Covid-19'lu gebenin doğumundan sonra alınan amniotik sıvı, plasenta örneği, göbek kord kanı, yenidoğanın boğaz kültürü ve gayta örneğinde enfeksiyon bulunmamıştır (Wang et al. 2020). Başka bir çalışmada ise, sezaryen doğumundan sonra yenidoğandan alınan boğaz kültürü test sonucu negatif olarak tespit edilmiştir (Li et al. 2020). Koronavirüsün vajinal doğumla bulaşıp bulaşmadığı hala bilinmemektedir. Fan ve ark (2020)'nın olgu sunumunda, doğumdan hemen sonra alınan vajinal sürüntü de ise enfeksiyon bulgularına saptanmamıştır. Bu alanda yapılan çalışmalar ise halen sınırlıdır. Yapılan çalışmalar doğrultusunda, Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli gebeden doğan yenidoğanların yüksek riskli olarak kabul edilmesi, ebelerin hizmet sunumunda Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Covid-19 Çocuk Hasta Yönetimi ve Tedavi yönetimi protokolüne uygun hizmet sunması gerektiği düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı 2020).

Anneden bebeğe bulaş riskinden dolayı Uluslararası Obstetrik ve Jinekolojik Ultrasonografi Derneği (The International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology-ISUOG) gecikmiş kordon klemplemesi ve ten tene teması önermemekte iken, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kraliyet Koleji (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists-RCOG) gecikmiş kord klemplemesini, Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu (United Nations Population Fund-UNFPA) ise ten tene temasın sürdürülmesini önermektedir (ISUOG 2020; RCOG 2020; UNFPA 2020). Benzer şekilde WHO ve UNFPA anne sütünün faydalarından dolayı annelerin bebeklerini emzirmesine izin vermekte iken, Çin'de yayınlanan rehberde ise, tanı alan ya da şüpheli olan annelerin bebeklerini emzirmemesi istenmektedir (WHO 2020; UNFPA 2020; Wang et al. 2020). Ülkeler arasında farklılıkların bulunmasından dolayı, kanıt değeri yüksek çalışmaların yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

YENİDOĞANDA COVID-19 BELİRTİLERİ

Covid-19 tanısı alan bireylerde görülen semptomlar, baş ağrısı, ateş, öksürük, burun akıntısı, miyalji, yorgunluk, dispne, pnömoni, ishal ve hemoptizidir. Yenidoğanlarda sık görülen sendrom ise ateş, kusma ve dispnedir

(ISUOG 2020). Covid-19 tanısı alan yenidoğanlarda görülen semptomları inceleyen çalışmalara bakıldığında, retrospektif bir çalışmada ise, iki fetüste distress tanılanmış olup, doğum sonrası ilk bir saatte neonatal asfiksi gözlemlenmemiştir (Chen et al. 2020) Covid-19 tanısı alan dokuz gebenin doğum sonu önemde yenidoğan klinik özelliklerini incelendiği başka bir çalışmada, dispne (n= 6), ateş (n= 2), anormal karaciğer fonksiyon testi (n=2), taşikardi (n=1), trombositopeni (n=1) gözlemlendiği, bir yenidoğanın ex olduğu bildirilmiştir (Zhu et al. 2020). Benzer bir çalışmada ise, Covid-19 tanısı alan on yedi gebeden doğan beş yenidoğanda pnömoni teşhis edilmiştir (Khan et al. 2020). Preterm doğum, maternal ve fetal komplikasyonlardan dolayı antenatal dönemde risk saptanan gebelerin ebeler tarafından bilgilendirilmesi, gebelerin yenidoğan yoğun bakım üniteleri bulunan kurumlarda takip edilmesi ve rehberler doğrultusunda sağlık bakım hizmeti sunulması gerekmektedir (Mullins et al. 2020).

YENİDOĞANDA COVID-19 TANI VE TEDAVİSİ

Doğumdan 14 gün önce ve doğum sonrası 28 gün içinde Covid-19 enfeksiyon öyküsü olan anneden doğan yenidoğanlar ile ailede, yenidoğana bakım verenlerde, ziyaretçilerde, yenidoğana bakım veren sağlık personelinde Covid-19 tanısı alan olduğunda yenidoğanın şüpheli, solunum yolu ya da kan örneğinde Covid-19 PCR (Polymerase Chain Reaction-Polimeraz Zincir Reaksiyonu) test sonucu pozitif çıkan yenidoğanın ise kesin vaka olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Ayrıca yenidoğanın tam kan sayımında lökopeni, lenfopeni, trombositopeni, biyokimya test sonucunda karaciğer enzimdeğerlerinde artma, ön arka akciğer grafisinde pnömoni ve batın grafisinde ileus bulguları da Covid-19 pozitifliğini desteklemektedir (Türk Neonatoloji Derneği 2020; Yang et al. 2020).

Covid-19'un bir aşısı veya antiviral bir tedavisi bulunmamaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan Covid-19 algoritmasında sağlık profesyonellerine hidroklorokin ve lopinavir/ritonavir kombinasyonu önerilmekte fakat, bu ilaçların Covid-19 tanısı alan gebelerde kullanılıp kullanılmayacağı ile ilgili bilgi yoktur. Türk Neonatoloji Derneği tarafından oluşturulan rehberde term yenidoğanlarda 0-12 ay boyunca oseltamivir, azitromisi, lopinavir kullanılmasını önermektedir. Ayrıca, ihtiyaca göre oksijen, sıvı-elektrolit, total parenteral nutrisyon desteği,

mekanik ventilasyon, surfaktan, inhale nitrik oksit ve renal replasman tedavi önerilmektedir (Türk Neonatoloji Derneği 2020; T.C. Sağlık Bakanlığı 2020).

ANTENATAL BAKIMDA EBELİK YAKLAŞIMI

Covid-19 pandemisinde ebelerin kanıta dayalı çalışmaları takip etmesi ve hizmet sunumunda rehberlerin dikkate alması önemlidir. Bu süreçte ebelerin normal antenatal bakım hizmetini sürdürmesi, sağlık kurumunda verilen yüz yüze bakım sayısının azaltılması, gebe eğitiminde online teknolojilerden faydalanması, gerekli olan muayenelerde gebeleri sağlık kurumuna davet etmesi, sağlık kurumuna gelen gebelerin sosyal mesafe kuralına uyması konusunda uyarması, enfeksiyon belirtisi veya tanısı olmayan bir kişinin yanında refakat etmesi gerektiğini belirtmesi, gebelerin sağlık kurumuna geldiğinde, antenatal bakım hizmeti aldığı ve sağlık kurumundan ayrıldığında ellerini yıkamasını, öksürme veya hapsirme sırasında dirseğin iç kısmını kullanması, evde kalma gibi önlemlere uyması konusunda gebeleri bilgilendirmesi tavsiye edilmektedir (ICM 2020; RCOG 2020; UNFPA 2020; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and the Royal College of Midwives 2020; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and the Royal College of Midwives 2020; Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) 2020; Narang et al. 2020). Yapılan çalışmalara bakıldığında, antenatal bakım izlemi yapan ebelerin obstetrik ve jinekolojik aciller konusunda dikkatli olması, izlemlerini Alternatif Antenatal Bakım İzlemi doğrultusunda sürdürmesi gerekmektedir (Tablo 1) (ICM 2020; RCOG 2020; UNFPA 2020; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and the Royal College of Midwives 2020; RANZCOG 2020; Narang et al. 2020).

DOĞUM EYLEMİNDE EBELİK YAKLAŞIMI

Sağlık kurumunda çalışan ebelerin maternal ve fetal sağlığı geliştirmesi, daha fazla kişiye nitelikli hizmet sunması için yayınlanan rehberler doğrultusunda ebelere güncel bilgiler verilmesi gerekmektedir. Yayınlanan rehberde, doğum hizmeti veren ebelere yönelik tavsiyeler; sağlık kurumuna başvuran gebelere acil obstetrik triyaj uygulaması yapılması, triyaj uygulamasında gebenin mesleği, seyahat etme ve Covid-19 tanısı alan bireylerle temas etme durumunun sorgulaması, Covid-19 tanısı alan

veya yüksek riskli olanlar mümkünse negatif basınçlı odaya alınması, yoksa tek kişilik odada takip edilmesi, tek kişilik oda mümkün olmadığı zamanlarda, enfeksiyon bulaşma riskini azaltmak için Covid-19 tanısı alan veya enfeksiyon riski yüksek olanların aynı odada takip edilmesi, gebeyi desteklemesi için Covid-19 semptomları gözlenmeyen veya tanı almayan bir kişinin travayda yanına alınması, Covid-19 tanısı alan gebenin bakımından sorumlu ebe sayısının en aza indirilmesi, Covid-19 tanısı alan gebeye bakım veren ebelerin kişisel koruyucu ekipman giyinmesi, doğum odasında kişisel koruyucu ekipmanın yeterli miktarda bulundurulması, bakım ve uygulamalarda kanıta dayalı uygulamalardan faydalanılması, normal spontan vajinal doğum için takip edilen gebelerde yaşam bulgularının sıkı takip edilmesi, Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli gebelerde böbrek fizyolojisi etkilenebileceği için aşırı intravenöz yüklemekten kaçınılması ve aldığı çıkardığı takibinin yapılması, Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli olan gebelere, yenidoğanın akciğer gelişimi sağlamak için order edilen streoidin uygulanması, anneden bebeğe bulaş riskini azaltmak için Covid-19 testi pozitif çıkan gebelere suda doğum yaptırılmaması, Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli gebelerde doğum sürecini hızlandırmak için doğum indüksiyonu kullanılması, sürekli elektronik fetal monitorize ile fetal sağlığın takip edilmesi, oksijen saturasyon düzeyi 94'ün altında olan gebelere oksijen verilmesi, epidural veya spinal anestezi konusunda gebenin bilgilendirilmesi, anne ve yenidoğanda herhangi bir kontraendikasyon yoksa gecikmiş kord klemplemesi ve ten tene temas sürdürülmesi, doğum eylemi esnasında yenidoğana bulaş riskinden dolayı izolasyon tekniklerine uygulanması, çapraz bulaşın önlenmesi için doğum yaptrınan ebe ile yenidoğanla ilgilenen ebenin farklı kişiler olmasına dikkat edilmesi, Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli anneden doğan yenidoğanda Covid-19 semptomları gözlenmediği zaman evde izole edilmesi şartıyla erken taburcu edilmesi, el hijyeni ile ilgili kurallara dikkat edilmesi, tüm yüzeylerin sprey ve temiz bir bezle iyice temizlenip temizlenmediğinin kontrol edilmesi ve kullanılan cihazların tekrar kullanıma hazır hale getirilmesi yönündedir (ICM 2020; UNFPA 2020; Yang et al. 2020; Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and the Royal College of Midwives 2020; Narang et al. 2020).

Tablo 1. Alternatif Antenatal Bakım İzlemi

WHO antenatal izlem önerisi	Alternatif antenatal izlem planı (Covid-19 belirtisi veya risk faktörü varsa, uzaktan temas mevcutsa)
Birinci izlem 12 haftada	Yüz yüze iletişim <ul style="list-style-type: none">• Antenatal bakım plan ve tarihleri oluşturulması• Kan testlerinin yapılması• Risk değerlendirilmesi
İkinci izlem 20. haftada	Uzaktan iletişim <ul style="list-style-type: none">• Risk değerlendirme yapılması
Üçüncü izlem 26. haftada	Uzaktan iletişim <ul style="list-style-type: none">• Risk değerlendirme yapılması
Dördüncü izlem 30. haftada	Yüz yüze iletişim <ul style="list-style-type: none">• Kan testlerinin yapılması• Biyofiziksel profil izlemi• Fetal kalp atımlarının kontrol edilmesi• Abdominal muayene yapılması• Devam eden risk faktörlerinin değerlendirilmesi
Beşinci izlem 34. haftada	Uzaktan iletişim <ul style="list-style-type: none">• Risk değerlendirme yapılması
Altıncı izlem 36. haftada	Yüz yüze iletişim <ul style="list-style-type: none">• Biyofiziksel profil kontrolü,• Kan testleri,• Abdominal muayene• Fetal kalp atım kontrolü,• Devam eden risk faktörlerinin değerlendirilmesi• Doğum planlaması
Yedinci izlem 38. haftada	Uzaktan iletişim (Gebelikte hipertansiyon gibi risk faktörleri yoksa)
Sekizinci izlem 40. haftada	Yüz yüze iletişim <ul style="list-style-type: none">• Biyofiziksel profil kontrolü,• Kan testleri,• Abdominal muayene• Fetal kalp atım kontrolü,• Devam eden risk faktörlerinin değerlendirilmesi• Doğum planlaması

Kaynak: United Nations Population Fund. COVID-19 Technical Brief Package for Maternity Services. New York; 2020.

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE EBELİK YAKLAŞIMI

Yayınlanan rehberlerde yenidoğan yoğun bakım ünitesinde çalışan ebelere verilen tavsiyeler; Covid-19 tanısı alan veya şüpheli olan yenidoğanların üniteye küvöz ile getirilmesi, Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli yenidoğanı tek kişilik, negatif basınçlı odada takip edilmesi, ebelerin kişisel koruyucu ekipmanlarını kullanması, temas ve damlacık izolasyon dikkat edilmesi, çapraz bulaşın önlenmesi için Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli olan yenidoğanlara bakım ve tedavi uygulayan ebelerin ayrılması, yenidoğanın bakım ve tedavisinde kullanılan cihazların kullanım sonrasında steril edilmesi, mekanik ventilasyonun hava çıkışına bakteri/virüs filtresi takılması, Covid-19 tanısı ya da semptomları olmayan annelerin maske

takmak şartıyla emzirmesine izin verilmesi, ebeveynlerin yenidoğana temas etmeden önce ve temas ettikten sonra ellerini yıkaması, Covid-19 test sonucu pozitif ebeveynlerin yenidoğan ziyaretine izin verilmemesi, yenidoğanın transferi söz konusu olduğunda küvöz içinde izolasyon kurallarına uygun şekilde transfer edilmesi, transfer sonrası transfer aracı ve tüm malzemelerin tekrar kullanıma hazır hale getirilmesi, Covid-19'lu yenidoğanlar taburcu edilmeden önce ebeveynlere bilgi formu verilmesi ve 14 gün izole edilmesi konusunda ailenin bilinçlendirilmesi, yenidoğan taburcu edildikten sonra kullanılan malzeme, araç ve gereçlerin tekrar kullanıma hazır hale getirilmesi yönündedir (Türk Neonatoloji Derneği 2020; ISUOG 2020; Government of

Western Australia Department of Health 2020).

DOĞUM SONU DÖNEMDE EBELİK YAKLAŞIMI

Doğum sonu dönem, kadınların fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişiklikleri yaşadığı bir süreçtir. Kadınlar bu değişim sürecine uyum sağlamaya, yeni rollerini öğrenmeye ve yeni beceriler geliştirmeye ihtiyaç duymaktadır (Balkaya 2020). Covid-19'un preterm doğum, erken membran rüptürü, sezaryen doğum, yenidoğanın yoğun bakım ünitesine yatış, neonatal ölüm gibi travmaları bu süreci olumsuz yönde etkilemektedir. Bu yüzden ebelerin kadınları psikolojik yönden desteklemesi ve doğum sonu bakım için geliştirilen Alternatif Doğum Sonu Bakım İzleminde faydalanması gerekmektedir (Tablo 2), (ICM 2020; UNFPA 2020; RCOG 2020). Doğum sonu dönemde yenidoğan sağlığını geliştirilmesi için ebelere; Covid-19 tanısı alan veya yüksek riskli olan lohusalarda anneden bebeğe bulaşı önlemek için izolasyon kurallarına dikkat etmesi, genel sağlık durumu emzirmeye uygun olan annelerin maske takmak, temastan önce ve sonra ellerini yıkamak ve kontamine yüzeyleri temizlemek

şartıyla bebeğini emzirmesine izin vermesi, annenin genel sağlık durumu emzirmeye uygun değil ise süt sağıarak vermeye teşvik etmesi, anne sütünün oda ısısında 4 saat veya buzdolabında 4 gün saklanması, yenidoğanın yoğun bakım ünitesine yatışı veya sevki söz konusu olduğunda anneye bilgi vermesi ve anneden yazılı onam alması, anne ve yenidoğan sağlığını korumak için sağlık kurumuna gelen ziyaretçileri sınırlandırması, ziyaretçilere teknoloji ile iletişime geçmesini belirtmesi, refakatçilerin izolasyon kurallarına uyup uymadıklarının takip etmesi, sağlıklı anne ve yenidoğanda herhangi bir komplikasyon görülmediği zaman vajinal doğumdan 6 saat sonra, sezaryen doğumdan 2 gün sonra erken taburcu etmesi, Covid-19'lu annelerin semptomları kaybolduktan sonra taburcu etmesi ve evde 14 gün izole olması gerektiği konusunda bilgi vermesi, kadınların doğum sonu dönemde demir, folik asit gibi ilaç gereksinimlerinin karşılanarak gereksiz temaslara önlenmesi ve postpartum bakım ve takipte online teknolojilerden faydalanması tavsiye edilmektedir (ICM 2020; UNFPA 2020; Yang et al. 2020; Narang et al. 2020).

Tablo 2. Alternatif Doğum Sonu Bakım İzlemi

WHO doğum sonu izlem önerisi	Alternatif doğum sonu izlem planı
Doğum sonu ilk 24 saat	Yüz yüze iletişim <ul style="list-style-type: none">• Enfeksiyon riski değerlendirilmesi• Sağlık kurumundan taburcu olmadan önce muayene ve taburculuk eğitimi• Sağlık kurumunda ziyaretçi sınırlandırılması• Sağlık durumu iyi olan anne ve yenidoğanları erken taburcu etme
Üçüncü gün (48-72 saat)	Uzaktan iletişim <ul style="list-style-type: none">• Risk değerlendirme yapılması Bireye özgü ihtiyaçların belirlenmesi ve uygulanması
İkinci hafta (7-14 gün)	Yüz yüze iletişim <ul style="list-style-type: none">• Enfeksiyon riskinin değerlendirilmesi• Risk değerlendirme yapılması Bireye özgü ihtiyaçların belirlenmesi ve uygulanması
Altıncı hafta (42. Gün)	Uzaktan iletişim <ul style="list-style-type: none">• Risk değerlendirme yapılması• Kontrasepsiyon ihtiyaçlarının karşılanması Bireye özgü ihtiyaçların belirlenmesi ve uygulanması

Kaynak: United Nations Population Fund. COVID-19 Technical Brief Package for Maternity Services. New York; 2020

SONUÇ VE ÖNERİLER

Yenidoğanların bağışıklık sisteminin immatür olması, anneden yenidoğana vertikal bulaş durumu, vajinal doğumda gayta veya idrar aracılığıyla perinatal temas olasılığı, asemptomatik enfekte olan anne ile yakın temastandolayı riskli bir gruptur. Bu süreçte ebeler tarafından özellikle, riskli gebelerin veya yenidoğanların belirlenmesi, kullanılan araç, gereç ve malzemelerinin ayrılması, hizmet veren ebelerin belirlenmesi, kişisel koruyucu ekipmanlarını giyilmesi, izolasyon kurallarına uyulması, Covid-19'un komplikasyonlarının yakından izlenmesi, ebeveyn dışında ziyaretçi kabul edilmemesi, rehberler doğrultusunda bakım ve hizmet verilmesi, kullanılan tüm malzemelerin işlem sonrasında tekrar kullanıma hazır hale getirilmesi, taburcu olduktan sonra 14 gün izolasyon kuralına uyulması gerektiği

KAYNAKLAR

- Balkaya AN.** Postpartum Dönemde Annelerin Bakım Gereksinimleri ve Ebe-Hemşirenin Rolü. Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2002;6(2):42-9.
- Chen H et al.** Clinical Characteristics and Intrauterine Vertical Transmission Potential of COVID-19 Infection in Nine Pregnant Women: A Retrospective Review of Medical Records. Lancet 2020;395:809-15.
- Claudia Alzamora MC et al.** Severe COVID-19 During Pregnancy and Possible Vertical Transmission. Am J Perinatol 2020;37(8):861-5.
- Dashraath P et al.** Coronavirüs Disease 2019 (Covid-19) Pandemic and Pregnancy. American Journal of Obstetrics 2020;222(6):521-31.
- Di Mascio D et al.** Outcome of Coronavirus Spectrum Infections (SARS, MERS, COVID 1-19) During Pregnancy: A Systematic Review and Meta-Analysis. American Journal of Obstetrics & Gynecology. AJOG MFM 2020;2(2):1-9.
- Dong L et al.** Possible Vertical Transmission of SARS-CoV-2 from an Infected Mother to Her Newborn. JAMA 2020;323(18):1846-8.
- Fan C et al.** Perinatal Transmission of COVID-19 Associated SARS-CoV-2: Should We Worry? Clinical Infectious Diseases 2020:1-3.
- Government of Western Australia Department of Health.** Guidance for Neonatal Services. Avustralya; 2020. https://ww2.health.wa.gov.au/~/_media/Files/Corporate/general%20documents/Infectious%20diseases/PDF/Coronavirus/COVID-19-Guidelines-for-Neonatal-Services.pdf Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Internal Confederation of Midwives.** International Definition of The Midwife. Hollanda; 2017. <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/definitions-files/2018/06/eng->

sonuçlarına ulaşılmıştır. Bu sonuçlar doğrultusunda ebelerin Covid-19 ile ilgili güncel bilgileri takip etmesi, rehberler doğrultusunda hizmet sunulması, antenatal bakım ve doğum sonu izlemleri bireyselleştirmesi ve teknolojilerden faydalanması, literatüre katkı sağlayacak bilimsel çalışmalar yürütmesi, hastalar veya süreç ile ilgili tespit ettiği sorunları gerekli birimlere bildirmesi önerilebilir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Derlemenin yazılması ile ilgili herhangi bir kişisel ve finansal çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZARLARIN KATKISI

YS: Veri toplama, literatür tarama, makale yazımı, kritik okuma.

definition_of_the_midwife-2017.pdf Erişim Tarihi: 13.09.2020

Internal Confederation of Midwives. Women's Rights in Childbirth must be Upheld During the Coronavirus Pandemic. Hollanda; 2020. https://www.internationalmidwives.org/assets/files/news-files/2020/03/icm-statement_upholding-womens-rights-during-covid19-5e83ae2ebfe59.pdf Erişim Tarihi: 13.09.2020

Khan S et al. Association of COVID-19 Infection with Pregnancy Outcomes in Healthcare Workers and General Women. Clinical Microbiology and Infection. 2020;26(6):788-90.

Li Y et al. Lack of Vertical Transmission of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, China. Emerging Infectious Diseases 2020;26(6):1335-6.

Mullins E et al. Coronavirüs in Pregnancy and Delivery: Rapid Review. Ultrasound in Obstetrics & Gynecology 2020;55(5):586-92.

Narang K et al. SARS-CoV-2 in Pregnancy: A Comprehensive Summary of Current Guidelines. Journal of Clinical Medicine 2020;9(5):1521.

National Health Commission of People's Republic of China. Pneumonia Diagnosis and Treatment of 2019-ncov Infection from Chinese NHC and CDC 2020. Chinese; 2020. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/zhengcwj/202001/4294563ed35b43209b31739bd0785e67/files/7a9309111267475a99d4306962c8bf78.pdf> Erişim Tarihi: 13.09.2020

National Health Commission of People's Republic of China. Prevent Guideline of 2019-nCoV. Chinese; 2020. <http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqfkdt/202001/bc661e49b5bc487dba182f5c49ac445b.shtml> Erişim Tarihi: 13.09.2020

Niu Y, Yue H. Wuhan Tongji Hospital Diagnoses First Case of Neonatal Infection With New

- Coronavirus. Chinese; 2020. <http://society.people.com.cn/n1/2020/0205/c1008-31572959.html> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Poudel Adhikari SP et al.** Epidemiology, Causes, Clinical Manifestation and Diagnosis, Prevention and Control of Coronavirus Disease (COVID) During The Early Outbreak Period: A Scoping Review. *Infectious Diseases of Poverty* 2020;9(1):29.
- Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists (RANZCOG),** Coronavirus Disease (COVID-19) in Pregnancy: A Guide for Resource-Limited Environments. 2020. https://ranzcof.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women's%20Health/Global%20Health/RANZCOG-COVID-19-Guide-for-Resource-limited-Environments.pdf Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists.** Coronavirus (COVID-19) Infection and Pregnancy. Londra; 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-05-13-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and The Royal College of Midwives.** Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for health care professionals. Londra; 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-05-13-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Royal College of Obstetricians & Gynaecologists and The Royal College of Midwives.** Guidance for Antenatal and Postnatal Services in the Evolving Coronavirus (COVID19) Pandemic: Information for Health Professionals. Londra; 2020. <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-05-22-guidance-for-antenatal-and-postnatal-services-in-the-evolving-coronavirus-covid-19-pandemic.pdf> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Schwartz DA, Graham AL.** Potential Maternal and Infant Outcomes from (Wuhan) Coronavirus 2019-nCoV Infecting Pregnant Women: Lessons from SARS, MERS, and Other Human Coronavirus Infections. *Viruses* 2020;12(02):194.
- T.C. Sağlık Bakanlığı** Covid-19 Bilgilendirme Sayfası. Türkiye; 2020. <https://covid19.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü.** COVID-19 Rehberi. Ankara; 2020. https://covid19bilgi.saglik.gov.tr/depo/rehberler/COVID-19_Rehberi.pdf?type=file Erişim Tarihi: 13.09.2020
- The International Society of Ultrasound in Obstetrics & Gynecology.** ISUOG Interim Guidance on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) during Pregnancy and Puerperium: Information for Healthcare Professionals-an Update. 2020. <https://www.isuog.org/uploads/assets/dfd2171a-c5ec-4fbc-94f33532c3eda67c/ISUOG-Interim-Guidance-on-COVID-19-Update.pdf> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Türk Neonatoloji Derneği.** Covid-19 (SARS-CoV2) Enfeksiyonu veya Şüphesi Olan Yenidoğan Bebeklere Neonatal ve Perinatal Dönemde Yaklaşım Önerileri. 2020. <https://www.neonatology.org.tr/storage/2020/04/Untitled-attachment-00052.pdf> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- United Nations Population Fund.** COVID-19 Technical Brief Package for Maternity Services. New York; 2020. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/COVID-19_Maternity_Services_TB_Package_04052020_FIN.AL.pdf Erişim Tarihi: 13.09.2020.
- Wang L et al.** Chinese Expert Consensus on The Perinatal And Neonatal Management for The Prevention and Control of The 2019 Novel Coronavirus Infection (First Edition). *Annals of Translational Medicine* 2020;8(3):47.
- Wang X et al.** A Case of 2019 Novel Coronavirus in a Pregnant Woman with Preterm Delivery. *Clinical Infectious Diseases* 2020;71(15):844-6.
- Wanzhou X et al.** Diagnostic Value of Combined Detection of Serum 2019 New Coronavirus IgM and IgG Antibodies in New Coronavirus Infection. *Chinese Journal of Laboratory Medicine* 2020;43:E012-E012.
- Woodward A.** A Pregnant Mother Infected with The Coronavirus Gave Birth, and Her Baby Tested Positive 30 Hours Later. China; 2020. <https://www.msn.com/en-us/health/medical/a-pregnant-mother-infected-with-the-coronavirus-gave-birth-and-her-baby-tested-positive-30-hours-later/ar-BBZGx5B> Erişim Tarihi: 10.09.2020
- Woo PC et al.** Detection of Specific Antibodies to Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS) Coronavirus Nucleocapsid Protein for Serodiagnosis of SARS Coronavirus Pneumonia. *Journal of Clinical Microbiology* 2004;42(5):2306-9.
- World Health Organization.** Novel Coronavirus–China. 2020. Switzerland; 2020. <https://www.who.int/csr/don/12-january-2020-novel-coronavirus-china/en/> Erişim Tarihi: 13.09.2020
- Yang H et al.** Novel Coronavirus Infection and Pregnancy. *Ultrasound in Obstetrics & Gynecology* 2020;55(4):435–7.
- Zeng H et al.** Antibodies in Infants Born to Mothers with COVID-19 Pneumonia. *JAMA* 2020;323(18):1848-9.
- Zhu H et al.** Clinical Analysis of 10 Neonates Born to Mothers With 2019-Ncov Pneumonia. *Translational Pediatrics* 2020;9(1):51–60.

EXTENDED ABSTRACT

Covid-19 is a single-stranded RNA virus that causes a variety of symptoms such as fever, fatigue and dyspnea. The seventh strain of this virus, appeared in Wuhan, China in December 2019 and was named Covid-19 (SARS-CoV-2) by the World Health Organization (WHO). It has been reported that the first Covid-19 infection from animal to human occurred in the Huanan Seafood Market. Human-to-human transmission, on the other hand, has been determined by droplets, contact and aerosol.

Newborns; the immaturity of the immune system, the possibility of vertical transmission, the possibility of perinatal contact through stool or urine in vaginal delivery and close contact with the asymptomatic infected mother are in the high risk group.

In the antenatal period, midwives should continue their normal antenatal care service, benefit from technologies online in pregnancy education, invite pregnant women to the health institution for the necessary examinations, warn pregnant women to comply with the social distance rule, and accompany a person without signs of infection or diagnosis. It is recommended that pregnant women should wash their hands, cough or sneeze on their elbows, and inform them about staying at home when they come to the health institution, receive antenatal care and leave the health institution.

Advice for midwives providing maternity services; emergency obstetric triage application to pregnant women who apply to the health institution, questioning the occupation of the pregnant woman, traveling and contact with individuals diagnosed with Covid-19, taking Covid-19 diagnosis or high risk into a negative pressure room, if possible, or following up in a single room, when a single room is not possible, in order to reduce the risk of infection transmission, those who are diagnosed with Covid-19 or those with a high risk of infection are followed up in the same room and a person with no Covid-19 symptoms is observed or diagnosed to support the pregnant woman, who is diagnosed with Covid-19 midwives who care for pregnant women wear personal protective equipment, sufficient amount of personal protective equipment in the delivery room, use of evidence-based practices, strict monitoring of vital signs, avoidance of excessive intravenous loading because kidney physiology may be affected in pregnant women diagnosed with Covid-19 and received performing the follow-up after removal, applying steroid ordered to pregnant women who are diagnosed with Covid-19 or who are at high risk, not to give birth in water to pregnant women who test positive for Covid-19 in order to reduce the risk of transmission from mother to baby, accelerating the delivery process in pregnant women with Covid-19 diagnosis or high risk to use labor induction for labor, to monitor fetal health with continuous electronic fetal monitor, to inform pregnant women about epidural or spinal anesthesia, delayed cord clamping and skin-to-skin contact if there is no contraindication in the mother and newborn, paying attention to the fact that the midwife who gives birth and the midwife caring for the newborn are different people in order to prevent cross-contamination, at home when Covid-19 symptoms are not observed in newborns who are diagnosed with Covid-19 or born from a high risk mother provided that it is isolated, it is to be discharged early, to pay attention to the rules regarding hand hygiene, to check whether all surfaces are thoroughly cleaned with a spray and a clean cloth, and to make the used devices ready for use.

Recommendations given to midwives working in the neonatal intensive care unit; bringing newborns diagnosed with or suspected Covid-19 to the unit with an incubator, monitoring the newborn with a diagnosis of Covid-19 or high-risk newborn in a single, negative pressure room, midwives using personal protective equipment, paying attention to isolation rules, Covid-19 to prevent cross contamination. Separating midwives who provide care and treatment to newborns diagnosed or with high risk, sterilization of devices used in the care and treatment of newborns after use, inserting a bacteria/virus filter in the air outlet of mechanical ventilation, allowing mothers without Covid-19 diagnosis or symptoms to breastfeed on the condition that they wear a mask. Parents should wash their hands before and after contact with the newborn, parents with positive Covid-19 test results are not allowed to visit the newborn, in case of transfer of the newborn in accordance with the isolation rules in the incubator, post-transfer transfer vehicle and all materials it is in the direction of making the babies ready for use again, giving information form to the parents before discharge of Covid-19 and making the family conscious about isolation for 14 days, making the materials, tools and equipment used after the newborn is ready for use again.

Midwives to improve newborn health in the postpartum period; if the general health condition of the mother is suitable for breastfeeding, wearing a mask, washing her hands before and after

contact, allowing her baby to breastfeed on the condition of cleaning contaminated surfaces, paying attention to isolation rules to prevent transmission from mother to baby in puerperals diagnosed with Covid-19 or with high risk, mother's general health status. Encouraging breastfeeding if not suitable for breastfeeding, keeping breast milk for 4 hours at room temperature or 4 days in the refrigerator, informing the mother and obtaining written consent from the mother when the newborn is admitted to the intensive care unit or referral, visitors visiting the health institution to protect the health of the mother and newborn limitation, informing visitors to communicate with technology, monitoring whether the attendants comply with the isolation rules, early discharge 6 hours after vaginal delivery, 2 days after cesarean delivery when there are no complications in healthy mothers and newborns, mothers with Covid-19 lost symptoms It is recommended that women should be discharged after discharge and be isolated at home for 14 days, prevent unnecessary contacts by meeting the drug needs such as iron and folic acid in the postpartum period and use technologies online in postpartum care and follow-up.

PRE-PERİNATAL DÖNEMDE UYGULANAN 'GEBE MASAJI'NA BİR BAKIŞ* AN OVERVIEW OF 'PREGNANCY MASSAGE' PRACTICE IN THE PRE-PERINATAL PERIOD

Yeliz ÇAKIR KOÇAK**, Ümran SEVİL***

**Araş. Gör. Dr., Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik Bölümü, İzmir/Türkiye.



0000-0002-4470-0231

***Prof. Dr., İstanbul Sağlık ve Teknoloji Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İstanbul/Türkiye.



0000-0002-2189-2488

Yazışma Adresi:

Yeliz ÇAKIR KOÇAK
e-posta: velizcakirkocak@gmail.com

Gönderim Tarihi: 28 Ağustos 2020

Kabul Tarihi: 10 Mart 2021

*Derleme, 17-19 Kasım 2018 tarihlerinde İzmir'de yapılan Uluslararası Ebelik Eğitim Araştırma Geliştirme (EBEARGE) Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuş ve tam metin kitabında yayınlanmıştır.

ÖZ

Kadınlar hayatlarının herhangi bir döneminde masaj terapiden fayda sağlayabileceği gibi gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere özgü spesifik teknikler ile harmanlanmış masaj terapi desteği de alabilirler. Gebelerin pozitif gebelik deneyimi için, prenatal dönemde masaj uygulanması fiziksel ve psikososyal sağlığın yükselmesine katkı sunmaktadır. Gelişmiş ülkelere nazaran Türkiye'de gebe masajı uygulaması toplumda tam olarak kabul görmemiş olsa da meslek profesyonelleri günümüzde bu alanda uzmanlaşmaya başlamıştır. Uluslararası literatürde, gebe masajının düşük ve yüksek riskli gebelere ebe ve hemşireler tarafından uygulandığı, bu uygulamanın obstetri serviserine entegre edildiğini bildiren/gösteren akademik çalışmalar ve uygulama örnekleri bulunmaktadır. Kadınların olumlu gebelik deneyimi için doğum öncesi dönemde yapılan gebe masajı, fiziksel ve psikososyal sağlığın gelişmesine katkı sağlar. Ebeler ve hemşireler, gebelerin temel ihtiyaçlarının karşılanmasında aktif rol almanın yanı sıra kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonrasında takip ve bakım süreçlerinde aktif rol alan mesleğin üyeleridir. Bu durum göz önüne alındığında, gebe masajının uluslararası örneklerde olduğu gibi ülkemizde de mesleki uygulamalar arasında yer alması gerektiği düşünülmektedir. Derleme türünde olan bu çalışma ile gebe masajına ilişkin temel bilgilerin paylaşılması ve ülkemiz için yeni bir uygulama alanı olan 'gebe masajı'na ilişkin meslektaşlarımıza bakış açısı kazandırmak ve farkındalık yaratmak hedeflenmiştir. Çalışmanın, ebelik ve hemşirelik literatürüne katkı oluşturması beklenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ebe; gebe; hemşire; masaj; terapi

ABSTRACT

Women can benefit from massage therapy in any period of their lives, or they can get massage therapy support blended with specific techniques specific to pregnancy, birth and postpartum periods. For the positive pregnancy experience of pregnant women, massage in the prenatal period contributes to the increase in physical and psychosocial health. Compared to developed countries, pregnancy massage practice in Turkey has not been fully accepted exactly in society even though professionals has begun to specialize in this area nowadays. In the international literature, there are academic studies and practice examples indicating that pregnant women massage is applied to low and high risk pregnant women by midwives and nurses, and that this application is integrated into obstetrics services. For the positive pregnancy experience of pregnant women, massage in the prenatal period contributes to the increase in physical and psychosocial health. Midwives and nurses are members of the profession who are active in meeting the basic needs of pregnant women as well as having an active role in the follow-up and care process of women before, during and after birth. Considering this situation, it is thought that pregnant massage should be among the professional practices in our country as in international examples. With this study which is prepared as a review, it is aimed to share the basic information about the pregnant women massage and to give a perspective and creating awareness on our colleagues about 'pregnancy massage', which is a new application area for our country. The study is expected to contribute to the midwifery and nursing literature.

Keywords: Midwife; pregnant woman; nurse; massage; therapy.

Atf için (How to cite): Çakır Koçak Y, Sevil Ü. Pre-Perinatal Dönemde Uygulanan 'Gebe Masajı'na Bir Bakış. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):66-76.

GİRİŞ

Masaj, herhangi bir yaş grubundaki tüm bireylere uygulanabilecek, geleneksel ile modernizmi birleştiren, eller ya da bazı araçlar (tahta, metal, elektronik vb) kullanılarak cilt üzerine farklı teknikler ile müdahale edilmesi sonucu bireylere fayda sağlayan bir yöntemdir. İnsanın varoluşu ile başlayan masaj, en eski sağıltım yöntemidir (Maxwell-Hudson 2005). “Dokunma sanatı” diye anılan masajın ilk uygulamalarının Çin ve Hindistan’da yapıldığı bilinmektedir. Tarih boyunca tüm kültürlerde kullanılan ‘masaj’ kelimesi, “yoğurma” anlamına gelen Yunanca “massein” sözcüğünden dilimize geçmiş olup (Arslan 2012), sözlükte “Deri üzerinden yapılan ovma, basınç uygulama hareketleri” şeklinde tanımlanmıştır (Erkal İlhan ve ark. 2013). Masaj uygulaması, bölgesel olarak yapılabileceği gibi tüm vücuda da uygulanabilmektedir.

Masaj, keyif veren bir deneyimdir. Bununla birlikte tüm bireylerde sağılık üzerinde birçok yararlı etkiye sahiptir. Dolaşımı ve kan basıncını düzenler, kan dolaşımını artırır, vazodilatasyon gerçekleşir bu sayede doku daha fazla kanlanmış olur ve tüm organlara, cilde besinlerin ulaşmasına yardımcı olarak iyileştirici etki gösterir. İspirasyon ve ekspirasyonu düzenler, hızlı ise yavaşlamasına yardım eder. Kasları gevşeterek kaslardaki yanma hissini rahatlatır ve böylelikle kas ağrılarını azaltır. Sindirime yardımcı olur, ayrıca lenf sistemini harekete geçirir ve bu sayede atık maddelerin boşaltımını hızlandırır (Maxwell-Hudson 2005; Rowen 2008; Arslan 2012).

Masaj uygulamasında deri ve derialtı dokusu, dolaşım ve lenf sistemi, kaslar ve iç organlar ile metabolizma mekanik ve sinirsel (refleks) yolla terapötik amaçlı uyarılır. Masaj esnasındaki çeşitli darbe ve ovma teknikleri ile sistematik şekilde manipüle edilen organizmada fizyolojik ve psikolojik etki yaratılır (Arslan 2012). Batıda terapötik/televiyeye yönelik tekniklerin kullanıldığı ilk masaj uygulaması, Per Henrig Ling (1776-1839) tarafından geliştirilen İsveç masajı (klasik masaj) olmuştur. İsveç masajında jimnastik, anatomi ve fizyoloji anlayışı Çin, Yunan ve Mısır sistemlerinden elde edilen bilgilerle birlikte kullanılır (Maxwell-Hudson 2005; Rowen 2008; Podder 2009). Masaj terapötik amaç ile uygulanabileceği gibi genel sağılığın korunmasında da önemli bir uygulamadır (Maxwell-Hudson 2005). Sağılığa

ulaşmak ve sağılıklı kalmak için seçilebilecek en kolay yollardan biri masajdır. İnsanlara iyilik ve

rahatlık hissinden yararlanmak, doğal temaslarını yeniden kurmak için imkan sağılar (Maxwell-Hudson 2005; Rowen 2008).

Derlemede, sağılığın korunması ve sağıltımı için kullanılan masajın bir çeşidi olan, uluslararası alanda uygulanan, gebenin ve fetusun sağılığını geliştirmeyi hedefleyen gebe masajına yönelik temel bilgilerin paylaşılması amaçlanmıştır. Metin içinde, gebelik döneminde sağılığın geliştirilmesi ya da teröpatik amaç ile elle yapılan profesyonel masaj uygulamalarını açıklamak için ‘gebe masajı, gebe masaj terapisi, masaj terapisi’ terimleri kullanılmıştır. Sosyal dokunmanın dışında yer alan bu uygulamaların uygulayıcısı olan, özel uzmanlık eğitimi almış profesyoneller için ‘terapist’ terimi kullanılmıştır. Derleme, gebeler ile en çok temas eden ebe ve hemşirelere ölkemiz için yeni sayılabilecek bu uygulama alanına yönelik profesyonelliğin gelişimi açısından bir bakış açısı ve farkındalık kazandırmak amacı ile yazılmıştır.

GEBE MASAJI

Gebe masajı, gebelik döneminde kadının bedenine yapılan masajdır. ‘Masaj’ yerine ‘Gebe masajı’ ifadesinin kullanılmasının nedeni, masaj uygulaması esnasında ortaya çıkan etkilerin yalnız kadını değil aynı zamanda onunla birlikte aynı bedeni paylaşan bebeği ya da bebeklerini de etkilemesi nedeniyledir. Gebelik döneminde yapılacak masaj uygulamaları esnasında, kadının bedeninde bir canlılığın bulunması ve buna bağılı olarak ortaya çıkan fizyolojik ve psikolojik değişimlerin dikkate alınması gerekmektedir. Aynı zamanda masaj uygulayıcısının gebelik döneminde ortaya çıkabilecek riskler açısından donanımlı olması da bu dönemde gebeliğin sağılıklı devamı ve gerekli durumlarda erken müdahale için önemlidir.

Kadınlar hayatlarının herhangi bir döneminde masaj terapiden fayda sağılayabileceği gibi gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlere özgü spesifik teknikler ile harmanlanmış masaj terapi desteği de alabilirler.

Gebelik döneminde kadına yapılacak masaj, bedenın tümüne ya da herhangi bir bölgesine uygulanabilir. Uygulama şekline, sıklığına ve süresine karar verme sürecinde kadının sağılık öyküsü, tercihleri, çevresel koşullar gibi birçok faktör etkili olmaktadır. Bu dönemdeki kadınlarda aktif fiziksel şikayetlerin (bel ağrısı, ödem gibi) varlığı nedeni ile problemlere çözüm bulma arayışı gebe masajı için yönlendirici olabilmektedir.

Gebelerin pozitif gebelik deneyimi için, prenatal dönemde masaj uygulanması fiziksel ve psikososyal sağlığın yükselmesine katkı sunmaktadır (Field et al. 1999). Dünya Sağlık Örgütü, rehberlerinde masaj uygulamasına yer vermekte ve travay sürecindeki rahatsızlığın azaltılması, ağrının hafifletilmesi ve anne doğum deneyiminin geliştirilmesi için masaj uygulamasının meslek uygulamaları arasında yer almasını önermektedir (World Health Organization, 2016; World Health Organization, 2018).

GEBELİK DÖNEMİNDE UYGULANAN MASAJ TERAPİNİN ANNE VE FETUS İÇİN YARARLARI

Gebelik döneminde uygulanan masaj terapi, kadınların kendilerini iyi hissetmelerini, daha iyimser olmalarını ya da daha etkili çalışmalarını sağlayarak gebeleri destekler. Gebe masajında, terapistin bireyselleştirilmiş dokunuşları ile gebeye eşsiz ve güçlü bir rahatlama ve destek deneyimi sunulur. Bazı çalışmalar göstermektedir ki masaj terapi ile zihin/beden mekanizmaları desteklenerek doğal ağrı kesici etkisi olan endorfin hormonunun salgılanması artar ve adrenalin hormonunun salgılanması azalır. Böylelikle fetus, maternal-fetal dolaşım aracılığı ile annenin stres hormonlarından daha az ve oksitosin ile endorfin salınımından daha çok etkilenir (Osborne 2012; Lang 2018). Gebelik döneminde uygulanan masaj terapinin sağladığı duygusal destek ve fiziksel doyum aracılığı ile ortaya çıkan relaksasyonun aşağıdaki yararlarına dair kanıtlar artmaya devam etmektedir (Şekil 1) (Osborne 2012; Shannon 2016):

- Rahatlamayı destekler,
- Kendini serbest bırakmayı ve iç dünyaya odaklanmayı destekler (alfa beyin dalgalarını artırarak meditasyona benzer etkiler yaratmasının yanında masaj esnasındaki basınç, ritim ve pozisyonlamadaki değişimler, duyuşal sinir yollarını, vücut farkındalığını artırabilen, ağrı ve stres sinyallerini geçersiz kılabilen girdilerle doldurur),
- Stresi azaltır (duygusal destek ve fiziksel yararlarının etkisi ile),
- Ödem, varisli damarlar ve kan basıncının artması durumunda, dolaşım sistemindeki değişikliklerin olumsuz etkilerini azaltır,
- Hemoglobun seviyelerini artırabilecek ve anemiyi önlemeye yardımcı olabilecek

enerji seviyelerini ve kan akışını iyileştirir,

- Fizyolojik döngüyü rahatlatır (hormonal, solunum, sindirim, boşaltım vd),
- Alt ekstremitelere uygulanan düzenli masaj ödemi hafifletmeye ve venöz dönüşü yardımcı olabilir, böylelikle varisli damarların önlenmesine yardımcı olabilir,
- Kas-iskelet sistemindeki gerginlik ve ağrıyı azaltır,
- Dengeyi sağlamaya yardımcı olur,
- Kinestetik/dokunsal farkındalığı geliştirmeye katkıda bulunur.
- Gebenin doğum sürecine aktif katılabilmesi için gerekli esnekliğin ve kinestetik farkındalığın geliştirilmesine katkıda bulunur,
- Gebeyi doğuma hazırlar,
- Travayı kolaylaştırır,
- Doğum ağrısını azaltır,
- Gebelik sonuçlarını iyileştirir (prematür ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğan riskini azaltır)
- İlaç kullanımı ve müdahaleyi azaltır,
- Bebeğin refahını, annenin doğumdan memnuniyetini ve aile oluşumunu iyileştirir.

Prenatal dönemde fetus annesinin duygulanımlarına yanıt verebilmektedir (Soysal ve ark. 2005). Maternal prenatal distrese maruziyet, çocuk döneminde de psikopatoloji görülme riskini artırmaktadır. Monk ve ark. (2016) maternal distresin fetal davranışlara ve plasental genlere etkisini araştırdıkları çalışmalarında 61 kadından veri toplamışlardır. Çalışmada 24-27. gebelik haftalarında anket ile duyuş durum değerlendirmesi ve tükrükte kortisol bakılmış sonra 34-37. haftalarda uzun vadeli hafıza depolamasını düzenleyen DNA metilasyonu yoluyla fetal davranış üzerine etkiler araştırılmıştır. Elde edilen veriler doğrultusunda, kortisolün plasenta aracılığı ile fetusa geçtiği ve gebelerdeki distresin fetusu olumsuz yönde etkilediği (fetal hareketleri ve kalp atım hızını yavaşlattığı) ayrıca plasental genlerde değişiklikler ortaya çıkardığı saptanmıştır (Monk et al. 2016). Bu nedenle gebelik döneminde kadının fiziksel, ruhsal ve sosyal rahatlığı maternal ve fetal açıdan önemlidir (Maxwell-Hudson 2005). Masaj terapi daha sağlıklı anneler ve yenidoğanların olmasına katkıda bulunur (Osborne 2012). Literatürde gebelik, doğum



Şekil 1. Gebe Masajı Uygulama Görüntüleri

Kaynak: Yazar arşivinden (yazılı onam alınmış fotoğraflar, izinsiz kullanılamaz)

eylemi ve doğum sonu dönemlerde “besleyici/doyum veren etkisi olan dokunma (Nurturing touch)” tanımı bulunmaktadır. Gebe masajı, doyum verici etkisi olan anne dokunuşunu ve sağlıklı anne-bebek bağlanmasını destekler (Osborne 2012). Latifses ve ark.nın çalışmasında (2005), baba adaylarına bazı masaj teknikleri öğretilerek, eşlerine gebelik döneminde bölgesel masaj yapmalarının desteklenmesi gerektiği belirtilmektedir (Latifses et al. 2005). Aile içinde anne, baba ve çocukların birbirine rahatça dokunabildikleri bir ortamda büyüyen çocuklar, dokunuştan yoksun bırakılan çocuklara göre daha sağlıklıdır. Bu çocuklar, ağrı ve enfeksiyona karşı daha dayanıklı, daha rahat uyuyan, daha çok arkadaş canlısı ve genellikle daha mutlu bireylerdir (Maxwell-Hudson 2005). Bu nedenle sağlıklı ailelerin olması için henüz gebe iken masaj ile rahatlamının başlatılmasında fayda vardır.

Gebelik döneminde yaşanan fizyolojik ve anatomik değişiklikler nedeni ile sık karşılaşılan problemlerden biri olan ağrı, gebenin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkiler. Gebelik döneminde ortaya çıkan ağrı kronikleşerek başka sağlık sorunlarının ortaya çıkmasına ve devamında sağlık sistemi yükünün artmasına neden olur (Mamuk ve Şahin 2019; Özel ve Tavşanlı 2020). Kimber ve ark. (2008) İngiltere’de, geç gebelikten (28. haftadan itibaren) doğuma kadar geçen sürede fizyolojik değişikliklere bağlı oluşan ağrıyı deneyimleyen gebelerde, müzik ya da masaj terapinin ağrı eşliğine etkisini inceledikleri çalışmada, ebe

terapist takibindeki 30-35. haftalar arasındaki gebeleri masaj terapi, müzik terapi ve plasebo olmak üzere üç gruba ayırmışlardır. Bu çalışmanın sonucunda, masaj ve müzik terapi uygulanan gebe grubunda istatistiksel olarak anlamlı olmasa da ağrı puan ortalamasında azalma saptanmıştır (Kimber et al. 2008).

Yapılan çalışmalarda pre-perinatal dönemde uygulanan masaj terapinin gebeler ve bebekleri üzerinde olumlu etkilerinin olduğu; anksiyetenin ve/veya depresyonun azalması (Field et al. 1999; Field et al. 2004; Field et al. 2008; Field et al. 2009; Field et al. 2012; Gönenç and Terzioğlu 2012), ruh halinin iyileşmesi (Field et al. 1999; Field et al. 2004; Field et al. 2008), öfkenin azalması (Field et al. 2008), daha iyi uyku kalitesi (Field et al. 1999; Çoban and Şirin 2009), bel, sırt ve/veya bacak ağrısının azalması (Field et al. 1999; Field et al. 2004; Field et al. 2008; Çoban and Şirin 2009; Field et al. 2012), daha pozitif doğum deneyimi yaşanması, doğum algısının daha olumlu olması ve doğum ağrısının daha az hissedilmesi (Yeşilçiçek Çalık and Kömürcü 2014; Türkmen and Oran 2020), yorgunluğun azalması (Çoban and Şirin 2009), konforun artması (Türkmen and Oran 2020), stres hormonlarının azalması (Field et al. 1999; Field et al. 2004; Field et al. 2009), prenatal distresin daha az ve prenatal bağlanmanın daha fazla olması (Çakır Koçak ve ark. 2017), fizyolojik alt bacak ödeminin azalması (Çoban and Şirin 2010), travayda daha az komplikasyon gelişmesi (Field et al. 1999), daha iyi neonatal sonuçlar (daha az prematürite

ve düşük doğum ağırlığı, daha iyi uyum sağlama ve motor yanıt gibi) (Field et al. 2004; Field et al. 2009; Field et al. 2012) gibi birçok olumlu etkisinin olduğu saptanmıştır.

Field ve ark. (2009) Amerika'da, gebelik komplikasyonu olmayan, majör depresyonu olan, 16-20. gebelik haftasında, tekiz gebeliği olan, 18-30 yaş grubunda ve partneri ile yaşayan gebelerde gebe masajının etkilerini araştırmışlardır. Çalışmada; düzenli masaj terapi yapılan gebelerin depresyon düzeylerinin masaj yapılmayan gruptaki gebelere göre anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Kontrol grubundaki gebelerin gebelik haftası ilerledikçe bel ağrılarının arttığı ancak masaj terapi grubundaki gebelerin gebelik haftasının ilerlemesine rağmen bel ağrılarının anlamlı olarak azaldığı saptanmıştır. Bunun yanında, araştırmacılar grupların hiçbirinde anksiyete, öfke, uyku bozukluğu ve distres (zorluk/sıkıntı) puanları açısından uygulamanın olumsuz etkilerine ilişkin herhangi bir bulgu saptamamışlardır (Field et al. 2009a).

Ülkemizde farklı türde ve vücudun farklı bölgelerine ebe ve hemşireler tarafından yapılan masajların yararlarına ilişkin çalışmalar bulunmakta olup (Çoban ve Şirin 2009; Coban and Sirin 2010; Gönenç ve Terzioğlu 2012; İldan Çalım and Kavlak 2014; Ozturk Can and Saruhan 2015; Arslan ve ark. 2017; Tektaş ve ark. 2017; Yeşildağ ve Gölbaşı 2018; Türkmen and Oran 2020) Çakır Koçak ve ark.nın (2017) tüm vücuda uygulanan gebe masajının anne ve fetusa etkisini değerlendirdikleri randomize kontrollü deneysel çalışmada, gebe masajının fetusa ve gebeye zarar vermediği gibi masaj grubundaki kadınların genel iyilik halini ve prenatal bağlanmayı arttırdığı, prenatal distresi belirgin bir şekilde azalttığı ayrıca kadınların ilk uygulamadan son uygulamaya kadar tüm masajlardan memnuniyetlerinin oldukça yüksek olduğu saptanmıştır (Çakır Koçak ve ark. 2017). Masaj terapi yaptırmak isteyen birçok gebe, gebe masajının gebeliğin terme ulaşmasında yardımcı olduğunu, bu sayede daha az gebelik komplikasyonu yaşadıklarını ve daha fazla huzur hissettiklerini belirtmektedir (Osborne, 2009).

Çakır Koçak ve ark.nın (2017) çalışmasında, tekrarlı uygulanan gebe masajı sonrasında primipar kadınların masajdan memnuniyetlerine ilişkin görüşlerine yer verilmiştir. Duyusal ve fiziksel rahatlama ile ilgili ifadeler aşağıda yer almaktadır (Çakır Koçak ve ark. 2017):

"Bel ve sırt ağrılarını hafiflettiğini, bedensel olarak rahatlatıldığını, çeşitli nedenlerle kas ve sinirlerin gerginliğini en aza indirdiğini hatta yok ettiğini, çok fazla rahatlatıcı olduğunu düşünüyorum. Bedensel ve zihinsel olarak çok güzel rahatlatıldığını ve doğuma çok iyi hazırladığını düşünüyorum. Bu yüzden çok öneririm." (27 yaş, Lise mezunu, Memur)

"Dinlendirici ve rahatlatıcı. Belimin sol tarafında ağrı, ayaklarımda ve ellerimde şişme vardı. Masaj hafifletti, rahatlattı. Gebelerin zinde hissetmesi için tüm gebelere öneririm." (21 yaş, Ortaokul mezunu, Ev hanımı)

"Gebeye huzur verdiğini, rahatlatıldığını, gevşettiğini, beden ağrılarından arındırdığını, gebeye esneklik kazandırdığını, özellikle ruhsal olarak rahatlatıldığını düşünüyorum. Bebeğin de huzurlu olduğunu düşünüyorum. Gebelerin hem kendilerine hem bebeklerine ayırabilecekleri mükemmel bir zaman. Birbirleriyle bağ kurmaları ve birbirlerini hatırlamaları yönünden önemli..." (29 yaş, Üniversite mezunu, Memur)

"Hem ben hem bebeğim kendimizi rahat hissettik. Gebe masajının tüm gebelere çok fazla etki edeceğini düşünüyorum, benim için öyle oldu. Çok kötü bel ağrısı çekiyordum iki seanslık masajdan sonra ağrılarım hemen hemen kayboldu. Çok faydalı bence, çünkü en büyük sorunumuz sebepsiz ağrılar. Şu an çok huzurluyum, hem ruhen hem de fiziken." (26 yaş, Lise mezunu, Serbest meslek)

"Olumlu etkileri olduğunu düşünüyorum. Bu haftalar fiziksel olarak her şey daha da zorlaşıyor; oturma, uyuma vs. Ama gebe masajı sayesinde vücut gerçekten rahatlıyor ve büyük bir destek sağladığını düşünüyorum. Gebelerin ağrı yaşamaması ve rahatlama için şiddetle öneriyorum. Sadece fiziksel değil psikolojik olarak da tavsiye ediyorum." (27 yaş, Üniversite mezunu, Memur)

Gebede ya da fetusta gelişebilecek risklere ilişkin olarak özenle ve dikkatle yapılan masaj kadın ve bebeği için yararlıdır. Ancak masaj uygulamasından önce mutlaka obstetrisyene danışılmalıdır (Maxwell-Hudson 2005).

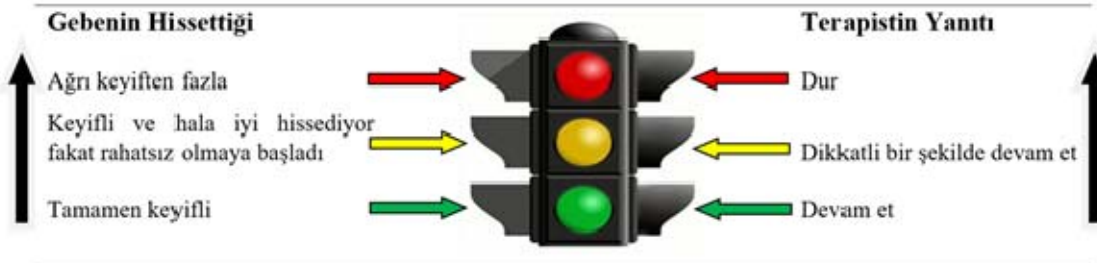
MASAJ UYGULAMASINDA DİKKAT EDİLMESİ GEREKENLER

Perinatoloji uzmanları kadınlara, doğum eylemi için hazırlanırken özellikle gebeliğin son 6-8 haftası içinde, 45-60 dk derin ve sürdürülebilir rahatlama düzeyini deneyimlemelerini önermektedirler. Uzmanların vurguladıkları, bu rahatlama esnasında gebelerin

uykuya dalmamalarıdır (Osborne 2012). Gebe masajı kadınlara bu koşulların sağlanabileceği ideal bir uygulama alanıdır. Bu esnada sürdürülebilir rahatlamayı sağlayabilecek sayısız masaj tekniği vardır (Osborne, 2011; Osborne, 2012). Gebenin ihtiyaç ve talebi öğrenilerek bu kapsamda gebeye özel tekniklerin ya da bazı ortak tekniklerin kullanıldığı uzmanlar tarafından hazırlanmış gebe masajı oturumları/seansları uygulanabilir. Örneğin “Bel ağrısı ve pelvik ağrı oturumu”, “Rahatlama, stresi azaltma ve uykuya yardım oturumu”, “Üst sırt, boyun ve omuz ağrısı oturumu”, “Doğuma hazırlık oturumu” gibi (Osborne 2015). Terapist, gebenin ihtiyacı ve talebine göre kendi oturumunu da uygulamaya geçirebilir. Gebe masajı esnasında kullanılan teknikler gebenin konfor düzeyine ve hangi trimesterde olduğuna bağlı olarak sırtüstü, yarı uzanmış, yan yatış ya da oturma pozisyonlarından birinde uygulanmalıdır. Sırtüstü pozisyonda, Vena cava inferior’a yapılan baskının maternal-fetal dolaşımı olumsuz yönde etkilemesi nedeni ile uygulama süresini uzatmamak için ayrıca dikkat edilmelidir. Gebeye yapılacak masaj esnasında en çok yan yatış pozisyonu önerilmektedir (Osborne 2012, Osborne 2015; Taşkın 2016).

Masaj esnasında bireylerin mahremiyetlerine, üşümelerine ve kendilerini rahat hissetmelerine özen gösterilmelidir. Bedenin gevşemesini sağlayan, hafif hareketler yapılmalıdır. Unutulmamalıdır ki en basit masaj bile büyük bir memnuniyetle karşılanacaktır (Maxwell-Hudson 2005).

Asla varisli damarlara doğrudan masaj yapılmamalıdır (Maxwell-Hudson 2005). Masaj sırasında ağrı oluşmaması için sürtme ovmalarını uygularken dikkatli olunmalıdır (Podder 2009). Bu nedenle terapist, gebeye özel basınç ayarlamasını trafik lambasını çağrıştıran kırmızı, sarı ve yeşil renkler ile uyarı yöntemini kullanarak yapabilir (Şekil 2) (Osborne 2012). Gebe masajına ilk başladığında (ya da uygulama esnasında) gebenin hangi baskı düzeyinde masajdan keyif alıp rahatsızlık hissi oluşmadığını (yeşil) öğrenmek ya da baskı düzeyinin fazla olması nedeni ile rahatsızlık hissi oluşması (sarı) hatta bu rahatsızlık hissini farketmeyip baskıya devam ederse ağrı ortaya çıkması (kırmızı) durumunda terapistin doğru yönelmesi için bu yöntem kullanılabilir.



Şekil 2. Basınç/Ağrı Seviyesi Belirlemede Gebe ve Terapist İçin Renk Metodu

MASAJ KONTRENDİKASYONLARI VE KOMPLİKASYONLARI

Masajın sağlığı korumak ve geliştirmenin yanında birçok hastalık üzerine de olumlu etkisi vardır. Ancak buna rağmen uygulanmaması gereken bazı durumlar da bulunmaktadır. Gebelik döneminde masaj uygulaması söz konusu olduğunda olası riskler ve tehlikeler göz ardı edilmemelidir. Terapistin, her bir birey için neyin uygun olduğunu dikkatlice seçebilmesi için çeşitli teknik türlerinin beklenen etkilerini anlaması hayati önem taşımaktadır. Eğitimli terapistler bu durumlar hakkında yeterince bilgiye sahiptirler. Gebe masajı uygulayacak terapistin, gebeliğin başlangıcından doğum sonu döneme kadar devam eden değişikliklerin yanı sıra anatomi ve

fizyoloji hakkında da bilgi sahibi olmasının hayati önemi vardır. Doğum öncesi masajın güvenliği terapistin uygulamalı bilgisine bağlıdır. Olası bir problemle karşılaşılması durumunda, sadece minimal perinatal bilgiye sahip bir terapist süreç ile etkin bir şekilde başetmekte zorlanabilir. Terapist dikkatle ve uzmanlıkla teknikleri uygulamalı ve bebeğe zarar verme, abortus veya doğum kusuruna neden olacak hiçbir şeyin yapılmaması konusunda dikkatli olmalıdır (Podder 2009; Osborne 2012; Shannon 2016). Genel görüş ilk trimesterde daha yaygın olan herhangi bir gebelik kaybının masaj prosedürleri ile olası ilişkisinin önlenmesi için bu dönemde gebeye masaj yapılmaması yönündedir. Ancak uygun ilkeler takip edildiğinde, masajın ilk üç aylık dönemdeki gebeler için güvensiz

olduğu iddiasını destekleyen hiçbir kanıt yoktur (Osborne 2012).

Masaj dikkatli yapılmaz ise bir enfeksiyonun yayılması ve ağrıyan bir bölgede istenmeyen tepki oluşmasına neden olabilir. Bu sebeple aşağıdaki durumların herhangi birinden şikayeti olan bir kişiye masaj yapılmamalıdır (Podder 2009; Maxwell-Hudson 2005; Osborne 2012; Shannon 2016).

- ✓ Yeni yemek yemiş bireyler,
- ✓ Bulaşıcı herhangi bir hastalığı olanlar (özellikle solunum yolu ya da temas ile bulaşma riski olan),
- ✓ Yüksek ateşi olan,
- ✓ Tromboz veya flebit gibi yangılı bir durumu olan,
- ✓ Kronik hastalığı olan (gestasyonel diyabet, hipertansiyon gibi bazı kronik hastalık durumlarında bu durumlara özel eğitim almış terapistler masaj yapabilir)
- ✓ Vajinal kanama veya lekelenme
- ✓ Düşük tehdidi
- ✓ Erken doğum
- ✓ Plasental disfonksiyon
- ✓ Eklampsi (toksemi)
- ✓ Anormal fetal kalp atışı veya hareketi
- ✓ Derin ven trombozu

Bazı kadınlarda vulvar variköz venler oluşabilir. Bu durum gebenin cilt yapısını etkiler ayrıca bacaklarda ve pelvik bölgede trombüs (kan pıhtıları) gelişebilir. Trombüs vulvar variköz venler dışında gebe uterusun büyümesi sonucu alt ekstremitelerde basınç artması nedeni ile de gelişebilir. Gebeler genellikle bu değişiklikleri fark etmez ve bu durum riski daha da artırır. Gelişebilecek bu tür riskli durumlara karşı gebeye masaj uygulayan profesyonelin farkındalığı önemlidir ve bu farkındalık son derece yüksek olmalıdır (Osborne 2012). Bu nedenlerle gebe masajı öncesi gebe muayenesinin dikkatli bir şekilde yapılması gerekir. Ayrıca masaj esnasında ağrı oluşmaması için sürtme ovmaları uygulanırken dikkatli olunmalıdır (Podder 2009).

Yüksek riskli gebelik varlığında [kalp ve solunum sorunları (astım ve solunum alerjileri dahil), enfeksiyonlar ve ateş, çoğul gebelikler, diyabet, plasental anomaliler, bağ dokusu hastalıkları, infertilite tedavisi gören kadınlar, travma ve cinsel istismardan kurtulan kadınlar) bu koşullara özel hazırlanmış masaj terapi protokollerinin uygulanması önerilmektedir (Osborne 2011; Osborne 2012).

Gebelik ve doğum sonrası dönemde masajın yan etkileri ile maternal ya da fetal

komplikasyonlara ilişkin çok az araştırma vardır (Fogarty et al. 2019). Gebeliğe özgü olarak ise, bazı tetik noktalara (Dalak 6 ve 9, Böbrek 3, Karaciğer 3, Mide 36, Mesane 60, 67, 31, 32, Safra Kesesi 21, Kalın Bağırsak 4) bası uygulaması sonucu doğum süresinin kısaltıldığı literatürde belirtilmektedir (Kazemzadeh et al. 2014; Shannon 2016). Bu nedenlerle pre-perinatal dönemde istenmedik sonuçların ortaya çıkmaması açısından profesyonel eller tarafından doğru zamanda doğru teknikler kullanılarak gebeye masaj yapılması önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü de rehberinde gebelere masaj uygulanması konusunda sağlık profesyonelinin özel eğitim alması gerektiğini belirtmektedir (World Health Organization, 2016). Ebe ve hemşireler gebelik sürecini çok iyi bildikleri için riskli durumlara karşı farkındalık açısından avantajlı profesyonellerdir.

Ülkemizde sınırlı sayıda ve farklı içerikte eğitimler bulunmakla birlikte temel masaj eğitimi için T.C. Milli Eğitim Bakanlığı Hayat Boyu Öğrenme Genel Müdürlüğü ile Türkiye Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Derneği tarafından verilen sertifikalı eğitimler mevcuttur. Bu eğitimler sonucunda yetişkin bireye masaj yapma bilgi ve becerisi kazanan masör ve masözler (masaj terapistleri) tüm vücutta temel masaj teknikleri ile masaj yapabilmektedir. Ancak her masaj terapisti gebe masajı konusunda uzmanlaşmış değildir. Bunun yanında ebelik ve hemşirelik lisans eğitiminde temel mesleki becerilerin kazandırıldığı dersler bulunmaktadır. Bu derslerde bölgesel masaj uygulamalarına ilişkin temel bilgiler verilmekle birlikte her lisans programı bu konuda beceri kazandıramamaktadır. Özel bir süreç olan gebelik döneminde tüm vücut masajı yapabilmek için ayrıca bir gebe masajı eğitiminin alınması gerekmektedir. Gebe masajı eğitimi de temel masaj eğitimine benzer şekilde farklı eğitim saatleri ve farklı teknikleri içeren uygulamalı eğitim programları ile verilmektedir. Yurt dışında özel sertifika programları bulunan gebe masajı eğitimleri, ülkemizde doğuma hazırlık eğitici eğitimi programlarının içinde bölgesel masaj eğitimleri olarak yer almaktadır. Ebe ve hemşireler gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde ortaya çıkan ve çıkabilecek değişimlere ilişkin lisans eğitimlerinde çok detaylı bilgiler ile donatıldıkları için gebe masajı terapisini (kurs ve sertifikalı eğitimler sonrası) uygulayabilecek güvenilir ellerdir. Ebe ve hemşireler tarafından gebelere bölgesel (el, ayak, bel, sırt masajı gibi) masaj yapılarak etkilerinin değerlendirildiği

araştırmalarda da olumlu sonuçların olduğu görülmektedir (Çoban ve Şirin 2009; Coban and Sirin 2010; Gönenç ve Terzioğlu 2012; Ozturk Can and Saruhan 2015; Arslan ve ark. 2017; Tektaş ve ark. 2017; Yeşildağ ve Gölbaşı 2018; Türkmen and Oran 2020).

Maxwell-Hudson (2005) kırsal kesimlerde masözlerin, genellikle köyün ebeleri olduğunu belirtmiştir (Maxwell-Hudson 2005). Ebe ve hemşirelerin kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönemde izlem ve bakım sürecinde aktif rollerinin olmasının yanında, gebelerin temel gereksinimlerinin karşılanmasında da etkin olan meslek üyeleri olduğu göz önünde bulundurulduğunda, uluslararası örneklerde (Nabb et al. 2006) olduğu gibi ülkemizde de gebe masajının mesleki uygulamalar arasında yer alması gerektiği düşünülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Gebe masajının birçok olumlu etkisine rağmen, uygulanmaması gereken bazı durumlar da vardır. Eğitimli terapistler bu durumlar hakkında yeterince bilgiye sahiptirler. Gebe masajı uygulanmadan önce mutlaka obstetrisyene danışılması gerektiği unutulmamalıdır. Derlemede sunulan bilgiler doğrultusunda gebe masajına ilişkin farkındalık yaratılmak istenmektedir. Bu farkındalık ile ülkemizdeki sağlık profesyonelleri için yeni sayılabilecek bir uygulama alanı olan gebe masajı konusunda profesyonelleşme ve uygulama alanına aktarma ile gebelerin ve toplumun gelişimine katkı sağlanacağı

KAYNAKLAR

Arslan GG ve ark. Hemşirelik Bakımında El Masajı Uygulaması ve Yapılan Çalışmaların Sistematik Analizi. İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Sağlık Bilim Fakültesi Dergisi. 2017;2(1):15-20.

Arslan N. Tarihten Bugüne Masaj ve Masaj Uygulamaları. 1. Baskı. İstanbul: İkinci Adam Yayınları; 2012. p.1-228.

Çoban A, Şirin A. Effect of Foot Massage to Decrease Physiological Lower Leg Oedema in Late Pregnancy: Randomized Controlled Trial in Turkey. Int J Nurs Pract. 2010;16(5):454-60.

Çakır Koçak Y ve ark. Gebe Masajının Gebe ve Fetus Üzerine Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma. Ege Üniversitesi Bilimsel Araştırma Projeleri Koordinasyon Birimi, Proje no:16-ASYO-17; 2017. p.1-126.

Çoban A, Şirin A. Alt Ekstremitelerde Fizyolojik Ödemi Olan Gebelere 5 Gün Süre ile Uygulanan Ayak Masajının Ödem Derecesi, Ağrı, Yorgunluk ve

düşünülmektedir. Yapılmış olan çalışmadan elde edilen deneyimler neticesinde genel masaj tekniklerine ilişkin terapist eğitimi alınması ve sonra gebe masajı eğitimi alınarak uygulayıcı olunması önerilmektedir.

Her ebe ve hemşire tüm vücut gebe masajı yapamaz, ancak uzman olan kişiler gebe masajı yapabilir. Bu alanda uzmanlaşan ebe ve hemşirelerin eğiteceği gebeler bölgesel olarak uygulanabilen bazı teknikleri kendi kendilerine yapabilecek ya da babalar eşlerini bu sayede gebelik döneminde destekleyebilecektir. Ebelik ve hemşirelik lisans eğitim müfredatlarında yer alan programlarda masaja yönelik beceri eğitimi yer almamaktadır. Bu bağlamda müfredatta seçmeli ders olarak uygulamalı masaj terapinin yer alması önerilebilir.

TEŞEKKÜR

Gebe masajı uygulaması esnasında tekniklerin fotoğraflanmasına ve yayında kullanımına izin veren gebelerimize teşekkür ederiz.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında çıkar çatışması yoktur.

YAZAR KATKI DÜZEYLERİ

YÇK: Fikir, tasarım, veri toplanması ve/veya işlenmesi, analiz ve/veya yorum, literatür taraması, kaynaklar, yazının yazılması; ÜS: Tasarım, denetleme, literatür taraması, kaynaklar, içeriğin eleştirel incelenmesi.

Uykusuzluk Üzerine Etkisi. Genel Tıp Dergisi. 2009;19(2):51-6.

Erkal İlhan S ve ark. Sağlık Bilimleri Sözlüğü. Erkal İlhan S, Sançar B, editörler. 1. Baskı. Ankara: Alter Yayınevi;2013. p.264.

Field T et al. Massage Therapy Effects on Depressed Pregnant Women. J Psychosom Obstet Gynecol. 2004;25(2):115-22.

Field T et al. Pregnancy Massage Reduces Prematurity, Low Birthweight and Postpartum Depression. Infant Behav Dev. 2009b;32(4):454-60.

Field T et al. Yoga and Massage Therapy Reduce Prenatal Depression and Prematurity. J Bodyw Mov Ther. 2012;16(2):204-9.

Field T et al. Massage Therapy Reduces Pain in Pregnant Women, Alleviates Prenatal Depression in Both Parents and Improves Their Relationships. J Bodyw Mov Ther. 2008;12(2):146-50.

- Field T et al.** Pregnant Women Benefit from Massage Therapy. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* 1999;20(1):31-8.
- Fogarty S et al.** The Side Effects and Mother or Child Related Physical Harm from Massage during Pregnancy and the Postpartum Period: An Observational Study. *Complement Ther Med.* 2019;42(September 2018):89-94.
- Gönenç İM, Terzioğlu F.** Doğum Ağrısının Yönetiminde Kullanılan Masaj ve Akupressürün Gebelerin Anksiyete Düzeyine Etkisi. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi.* 2012;1(3):129-43.
- Hidayati H et al.** Effects of Endorphin Massage on β -endorphin Level and Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) Score in Women with Postpartum Blues. *Cukurova Medical Journal* 2014;39(3):512-6.
- İldan Çalm S, Kavlak O.** The Effect of Uterine Massage During Early Postpartum Period on Uterus Involution and Amount of Lochia Rubra. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences.* 2014;3(4):1005-18.
- Kazemzadeh R et al.** Effect of Acupressure at the SP6 and LI4 Points on the Intensity of Labor Pain and Delivery Length. *J Ardabil Univ Med Sci.* 2014;14(2):158-67.
- Kimber L et al.** Massage or Music for Pain Relief in Labour: A Pilot Randomised Placebo Controlled Trial. *Eur J Pain.* 2008;12(8):961-9.
- Lang C.** Doğum Öncesi ve Sonrası Dönemde Bağlanmanın Güçlendirilmesi. Üzel N, Özbalcı S, Beyazova U, çeviri editörleri. *Bağlanma.* 1. Baskı. Ankara: Modern Tıp Kitabevi; 2018. p.1-110.
- Mamuk R, Şahin NH.** Gebelik İlişkili Bel Ağrısı. *SAUHSD.* 2019;2(3):13-25.
- Maxwell-Hudson C.** Bütün Yönleriyle Masaj. Gökçeoğlu, N, çeviri yazarı. 2. Baskı. Ankara: Dost Kitabevi Yayınları; 2005. p.1-140.
- Monk C et al.** Distress During Pregnancy: Epigenetic Regulation of Placenta Glucocorticoid-Related Genes and Fetal Neurobehavior. *Am J Psychiatry.* 2016;173(7):705-13.
- Nabb MTM et al.** Does Regular Massage from Late Pregnancy to Birth Decrease Maternal Pain Perception during Labour and Birth?-A Feasibility Study to Investigate a Programme of Massage, Controlled Breathing and Visualization, from 36 Weeks of Pregnancy until Birth. *Complement Ther Clin Pract.* 2006;12(3):222-31.
- Osborne C.** Deep Tissue Sculpting Sheets. A Technical and Artistic Manual for Therapeutic Bodywork Practitioners. 2nd ed. California USA: Body Therapy Associates; 2011. p.239.
- Osborne C.** Pre- and Perinatal Massage Therapy: A Comprehensive Guide to Prenatal, Labor, and Postpartum Practice. 2nd ed. Philadelphia, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2012. p.1-203.
- Osborne C.** Pre- and Perinatal Massage Therapy Certification Workshop Student Guide. Special ed. Boston, USA: Cortiva Institute; 2015. p.1-48.
- Ozturk Can H, Saruhan A.** Evaluation of The Effects of Ice Massage Applied to Large Intestine 4 (Hegu) on Postpartum Pain During The Active Phase of Labor. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(1):129-39.
- Özel İE, Tavşanlı NG.** Gebelikte Ağrının Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Int Anatolia Acad Online J Heal Sci.* 2020;6(2):134-50.
- Podder T.** Her Yaş İçin Masaj Etkileri-Teknikleri. Yavuz, S, Çeviri yazarı. 1. Basım. İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi; 2009. p.1-171.
- Rowen B.** Masaj Rahatlama İçin Dokunma Terapisi. Alkan, H, çeviri yazarı. 1. Basım. İstanbul: Alfa Yayınları; 2008. p.1-96.
- Shannon A.** The Whole Nine Months Massage in Pregnancy. Australia: 2016. p.1-15. https://www2.massageaustralia.com.au/wp-content/uploads/2016/02/the_whole_nine_months_massage_in_pregnancy.pdf Erişim Tarihi: 22.07.2020
- Soysal AŞ ve ark.** Bebeklik Dönemindeki Bağlanma Sürecine Genel Bir Bakış. *Klin Psikiyatri Dergisi.* 2005;8(2):88-99.
- Taşkın L.** Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. Genişletilmiş 13. Baskı. Ankara: Akademisyen Kitabevi; 2016. p.4-16.
- Tektaş E et al.** Vajinal Doğumda Ağrının Azaltılmasına Yönelik Uygulanan Nonfarmakolojik Yöntemler ve Masajın Etkisi: 2000-2015 Yılları Tez Sonuçları. *Sağlık Bilim ve Meslekleri Dergisi.* 2017;4(1):64-70.
- Türkmen H, Tuna Oran N.** Massage and Heat Application on Labor Pain and Comfort: A Quasi-Randomized Controlled Experimental Study. *Explore.* 2020; Available (In Press, Corrected Proof):1-8. doi: 10.1016/j.explore.2020.08.002
- World Health Organization, 2016.** WHO Recommendations on Antenatal Care for a Positive Pregnancy Experience. Geneva. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/ Erişim Tarihi: 21.07.2020.
- World Health Organization, 2018.** Intrapartum Care for a Positive Childbirth Experience. <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/260178/1/9789241550215eng.pdf?ua=1%0Ahttp://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/en/> Erişim Tarihi: 21.07.2020.
- Yeşilçiçek Çalık K, Kömürcü N.** SP6 Noktasına Akupresür Uygulanan Gebelerin Doğum Eylemine ve Akupresür Uygulamasına İlişkin Görüşleri. *Marmara Üniversitesi Sağlık Bilim Enstitüsü Dergisi.* 2014;4(1):29-37.
- Yeşildağ B, Gölbaşı Z.** Doğum Ağrısının Yönetiminde Nonfarmakolojik Yöntemlerin Etkinliğini Değerlendiren Lisansüstü Tez Çalışmalarının İncelenmesi. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi.* 2018;8(3):104-11.

EXTENDED ABSTRACT

Massage, which starts with the existence of humanity and is called “the art of touch”, is the oldest method of treatment. In the review, it is aimed to share basic information about pregnant massage, which is a type of massage used for health protection and treatment, which is applied internationally and aims to improve the health of pregnant and fetus. The review has been written with the aim of providing a perspective and awareness to the midwives and nurses who have the most contact with pregnant women in terms of the development of professionalism for this relatively new application area.

Women can benefit from massage therapy in any period of their lives, or they can get massage therapy support blended with specific techniques specific to pregnancy, birth and postpartum periods. Pregnancy period is important due to the presence of one (or more) individuals in the woman's body and the physiological and psychological changes that occur accordingly. It can respond to the emotions of the mother of the fetus in the prenatal period, and exposure to maternal prenatal distress increases the risk of psychopathology in the pediatric period. For this reason, the physical, mental and social comfort of the woman is important in maternal and fetal terms during pregnancy. For the positive pregnancy experience of pregnant women, massage in the prenatal period contributes to the increase in physical and psychosocial health. With massage therapy, the secretion of endorphin hormone, which is a natural pain-relieving effect, increases and the secretion of the adrenaline hormone decreases. Evidence continues to grow that with the effect of pregnant massage, many women feel better, more optimistic, their anxiety decreases, relaxation increases, their mood improves, their inner world improves better, their sleep quality increases, their physiological cycles relax (hormonal, respiration, digestion, excretion etc.), and it reduce tension and pain in the musculoskeletal system, edema decreases, helps venous return, decrease stress hormones, helps maintain balance, contributes to developing kinesthetic / tactile awareness, supports birth, reduces birth pain, improves pregnancy outcomes. Some studies show with the pregnancy massage, which has been found to have many more positive effects, the fetus is also less affected by the mother's stress hormones and more affected by the release of oxytocin and endorphins through the maternal-fetal circulation.

Compared to developed countries, pregnancy massage practice in Turkey has not been fully accepted exactly in society even though professionals has begun to specialize in this area nowadays. Massage is applied for the purpose of preconception and therapy during pregnancy in many countries of the world. In the international literature, there are academic studies and practice examples indicating that pregnant women massage is applied to low and high risk pregnant women by midwives and nurses, and that this practice is integrated into obstetrics services. There are studies on the benefits of massages performed by midwives and nurses in different types and parts of the body in our country. However, the study testing the maternal and fetal effects of the whole body massage during pregnancy is very low compared to the international literature.

Massage therapy applied during pregnancy has many benefits for improving fetal health, supporting attachment, reducing prenatal distress, providing physical relaxation, reducing anxiety, fear and physical complaints such as pain of pregnant women, as well as increasing the quality of care. Pregnant women massage has social benefits besides individual benefits. However, obstetrician should be consulted before massage.

The therapist may apply the pregnant massage sessions prepared by the experts, or they can implement their own sessions according to the needs and demands of the pregnant woman. The techniques used during pregnancy massage should be handled in one of the supine, half-lying, side-lying or sitting positions, depending on the comfort level of the pregnant woman and the trimester who is in. Attention should be paid to individuals' privacy, not getting cold also feeling comfortable during the massage. When it comes to massage practice during pregnancy, possible risks and dangers should not be ignored. In some cases, massage practicing is not recommended due to its risks. I think that it is also vital that the therapist understand the anticipated effects of various types of techniques so that they can choose carefully what is appropriate for each individual. It is vital for the therapist who will handle the pregnant massage to have knowledge of the anatomy and physiology as well as the ongoing changes from the beginning of pregnancy to the postpartum period. For these reasons, it is important that massage to the pregnant woman by using the right techniques at the right time in the pre-perinatal period to avoid unwanted results. Trained therapists have enough information about these conditions.

The World Health Organization refers too that the healthcare professional should receive special training on the application of massage to pregnant women. There are limited numbers and distinct types of training programs in our country and not all massage therapists specialize in pregnant massage. In addition, there are courses in midwifery and nursing undergraduate education that provide basic professional skills. These courses provide basic information about regional massage applications but not every undergraduate program doesn't give the professionals massage skills. To be able to perform a full body massage during pregnancy which is a special process, it is also necessary to receive a pregnancy massage training. Midwives and nurses are members of the profession who are active in meeting the basic needs of pregnant women as well as having an active role in the follow-up and care process of women before, during and after birth. Considering this situation, it is thought that pregnant massage should be among the professional practices in our country as in international examples.

With this study which is prepared as a review, it is aimed to share the basic information about the pregnant women massage and to give a perspective and creating awareness on our colleagues about 'pregnancy massage', which is a new practicing area for our country. The study is expected to contribute to the midwifery and nursing literature.

DOĞUM SONRASI BAKIM VE EV ZİYARETLERİNİN ÖNEMİ*
THE IMPORTANCE OF POSTNATAL CARE AND HOME VISITS**Fatma BAY** , Nebahat ÖZERDOĞAN*****

** Öğr. Gör., KTO Karatay Üniversitesi,
Sağlık Bilimleri Yüksekokulu, Ebelik
Bölümü, Konya/Türkiye.



0000-0001-8840-1279

***Prof. Dr., Eskişehir Osmangazi
Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,
Ebelik Bölümü, Eskişehir/Türkiye.



0000-0003-1322-046X

Yazışma Adresi:

Fatma BAY

e-posta: fatma.bay@karatay.edu.tr

Gönderim Tarihi : 21 Eylül 2020**Kabul Tarihi :** 10 Mart 2021

*12-13 Eylül 2020 tarihli I. Ulusal Kadın
Sağlığı Kongresi'nde poster bildiri olarak
sunulmuştur.

ÖZ

Doğumdan sonra 42. güne kadar geçen dönem hem anne hem de yenidoğan sağlığı için oldukça önemlidir. Her ikisinin de savunmasız olduğu bu zaman aralığındaki bakım eksikliği, hastalık ve ölüm riskini artırabilmektedir. Doğum sonu bakımın gerekliliğinden yola çıkılarak hazırlanan bu derlemenin amacı; doğum sonrası bakım ve ev ziyaretlerinin önemini ve ebelerin bu dönemdeki bakım sorumluluklarını açıklamak ve sorunların çözümü için önerilerde bulunmaktır. Doğum sonrası dönemde sağlık profesyonelleri tarafından yapılan ev ziyaretleri ile emzirme, ten tene temas, vücut hijyenini sağlamak için yapılan uygulamalar (örn: el yıkama, banyo v.b), göbek kordonu ve cilt bakımı, temel anne ve yenidoğan bakımıyla ilgili diğer uygulamalar iyileştirilebilmektedir. Ev ziyaretleri yalnızca fiziksel problemlerin değil, aynı zamanda maternal ruh sağlığı, aile koşulları ve ev ortamının değerlendirilmesi içinde iyi bir fırsat sağlayabilmektedir. Aynı zamanda; aile planlaması, beslenme, hijyen ve cinsiyete dayalı şiddet konularında danışmanlık ta verilebilmektedir. Bu önemli görevler yerine getirilirken yargılayıcı olumadan aileyi destekleyici bir rol üstlenildiğinde ve bakım bireyselleştirildiğinde ailenin sağlık ve refahıyla ilgili hedeflenen sonuçlara ulaşmak kolaylaşmaktadır. Doğum sonu dönem; içerdiği riskler ve kadınların en çok bakım desteğine ihtiyaç duydukları dönemlerden biri olması nedeniyle önem verilmesi gerekirken, ihmal edilen bir dönem olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle anne ve bebek ölüm oranları üzerindeki etkisine karşın koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince dikkate alınmadığı görülmektedir. Bu nedenle; doğum sonrasında bakımın sürekliliğinin sağlanması için bakım hizmetlerinin düzenli verilmesini sağlayacak sağlık hizmetlerinin planlanması ve hayata geçirilmesine ihtiyaç vardır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebe istihdamının artırılması ve bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik evde bakımla entegre ebelik bakım modellerinin hayata geçirilmesi, doğum sonu bakım hizmetlerinin iyileştirilmesini sağlayacak önemli adımlardan biri olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Bakım; doğum sonu; ebelik; ev ziyaretleri

ABSTRACT

The period until the 42nd day after birth is very important for both mother and newborn health. Lack of care in this period of time, both of which are vulnerable, may increase the risk of disease and death. The purpose of this review, explain the importance of postpartum care, home visits and to explain the care responsibilities of midwives in this period and to make suggestions for solving problems. Home visits, breastfeeding, skin to skin contact, bath time, hygiene education, umbilical cord care, skin care, basic mother and newborn care applications can improve. Home visits can be a good opportunity not only for physical problems but also for evaluating maternal mental health, family conditions and home environment. Same time; It should also include counseling on family planning, nutrition, hygiene and gender-based violence. Do not be judgmental in performing these important tasks. The health and well-being of the family can be enhanced when a supportive role is played and / or care is individualized. Postpartum is a period that should be given importance because of the risks involved and the period when women need care support the most. Unfortunately, it is thought-provoking that it appears as the most neglected period. Despite its effect on maternal and infant mortality rates, it is seen that preventive health services are not taken into account adequately. Therefore; in order to ensure the continuity of postnatal care, health services that will provide regular care services need to be planned and implemented. Increasing midwife employment in primary health care services and implementing midwifery care models to ensure continuity of care will be one of the important steps to improve postpartum care services.

Keywords: Care; home visits; midwifery; postpartum

Atıf için (How to cite): **Bay F, Özdoğan N.** Doğum Sonrası Bakım ve Ev Ziyaretlerinin Önemi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2021;4(1):77-90.

GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), doğumdan sonra 42. güne kadar geçen dönemin hem anne hem de yenidoğan sağlığı için çok önemli olduğunu bildirmektedir (Naohiro et al. 2017; Warren et al. 2006). Her ikisinin de savunmasız olduğu bu zaman aralığındaki bakım eksikliği, hastalık ve ölüm riskini artırabilmektedir. Aynı zamanda bu dönemdeki bakım eksikliğine bağlı; kadın, yenidoğan ve çocukların gelişimini olumlu etkileyen sağlık davranışlarını teşvik etmek ve geliştirmek için önemli fırsatlar kaçırılmaktadır (Warren et al. 2006).

Birleşmiş Milletler Örgütü verilerine göre; 2000 yılından 2017 yılına kadar, Dünya'daki anne ölüm oranı %38 gerileyerek 100.000 canlı doğumda 342'den 211 kişiye düşmüştür. Bu durum yıllık ortalamanın yüzde 2,9 oranında azalması anlamına gelmektedir. Bu düşüş önemli olmakla birlikte Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'ne ulaşabilmek için olması gereken yıllık yüzde 6,4 oranının yarısından daha azdır (Unicef 2019a). Dünya'da 2018 yılında 2,5 milyon çocuğun yaşamlarının ilk ayında öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin çoğunluğu doğum sonrası ilk haftada yaşanmaktadır. Yaklaşık bir milyon yenidoğan yaşamlarının ilk gününde, yaklaşık bir milyonu da kalan altı gün içinde kaybedilmektedir. Neonatal ölüm oranı, 2018'de 1000 canlı doğumda 18'e düşmesine karşın, yenidoğan bakımına odaklanmadaki kritik önem azalmamıştır (Unicef 2019b). Sağlık Bakanlığı 2018 Sağlık İstatistikleri Yıllığı'na göre; ülkemizde bin canlı doğumda neonatal ölüm hızı 3,9 ve anne ölüm oranı da yüz bin canlı doğumda 13,6 olarak bildirilmektedir (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni 2019).

Doğum sonrası 42 gün, hem anne hem de yenidoğanın hayatına sağlıklı devam etmesi için kritik öneme sahip olmasına rağmen, bakım sürekliliğinin en düşük olduğu zaman aralığıdır (Sacks and Langlois 2016). Dünya'daki kadınların yarısından daha fazlası, doğumdan sonraki 2 gün içinde bakım ziyareti almamaktadır (WHO/Jhpiego 2015; Zeren ve Gürsoy 2018). Türkiye 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması (2019) raporuna göre; Türkiye'de doğum sonrası kadınların %79'u, yenidoğanların ise %68'i postpartum ilk 2 gün içinde bakım almıştır (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2019). Alınan bu bakımın büyük oranda hastanede sağlandığı düşünülmektedir.

Günümüzde risklerine rağmen babalara daha fazla katılım imkanı sağlaması, aile merkezli bir yaklaşıma olanak vermesi, anne için daha iyi dinlenme ve uyku olanağı sağlaması, yenidoğanların daha az enfeksiyona maruz kalması nedeniyle erken taburculuk uygulaması teşvik ve tercih edilmektedir. Ancak erken taburculuk uygulamasında anne ve yenidoğan sağlığı için bakımın sürekliliği nitelikli postpartum dönem sağlık hizmetleri ile desteklenmediği durumda, maternal ve neonatal morbidite nedenlerinin tespit edilmesi ve önlenmesinde gecikmeler yaşanabilmektedir (Benahmed et al. 2017). Bu nedenle erken taburculuk uygulaması, anne ve yenidoğan sağlığı için risklerin zamanında tespit edilebilmesi için ev ziyaretleri ile desteklenmelidir.

Anne ve bebek ölümlerinin daha çok doğumdan sonraki ilk günlerde meydana geldiği göz önüne alındığında, doğum sonrası erken dönem hem yenidoğanın hem de annenin sağlığını ve yaşamını iyileştirmek için müdahale edilebilecek ideal bir zamandır (Sines et al. 2007). Bu nedenle DSÖ 2015 yılında yayınladığı "Anne ve Yenidoğanlar için Postnatal Bakım Kılavuzu'nda" en iyi uygulamalar olarak "ev ziyaretleri ve sağlık tesislerinde doğum sonrası bakımı güçlendirin" tavsiyesini 2006 yılındaki kılavuzunda olduğu şekliyle, değişiklik yapmadan korumuştur (WHO/Jhpiego 2015). Doğum sonu bakımın gerekliliğinden yola çıkılarak hazırlanan bu derlemenin amacı; doğum sonrası bakım ve ev ziyaretlerinin önemini ve ebelerin bu dönemdeki bakım sorumluluklarını açıklamak ve sorunların çözümü için önerilerde bulunmaktır.

DOĞUM SONRASI DÖNEME NİÇİN ODAKLANMALIYIZ?

Dünya Sağlık Örgütü "her gebe kadının ve yenidoğanın; doğum ve doğum sonrası dönemde kaliteli bakım aldığı" bir dünyayı öngörmektedir (WHO 2018). Çünkü, tüm kadınların doğum öncesi, sırası ve sonraki haftalarda vasıflı bakıma ve desteğe ihtiyacı vardır (WHO 2019).

Anne ölümleri, gebelik, doğum ve doğum sonu dönemde gebeliğe bağlı komplikasyonlardan kaynaklanan ölümlerdir. Bu ölümlerin çoğu önlenebilir veya tedavi edilebilir nedenlerle ilişkilidir. Gebelik, doğum veya doğum sonu dönemde gerçekleşen anne ölümlerinin %75'i; kanama, enfeksiyon,

hipertansiyon, doğum komplikasyonları veya güvensiz küretaj nedeniyle oluşmaktadır (Say et al. 2014). Anne ölümlerinin meydana gelme zamanı incelendiğinde; Kassebaum ve arkadaşlarının küresel düzeyde anne ölümlerinin zamanlamasını belirlemek için 142 çalışmayı dahil ettikleri sistematik incelemede, anne ölümlerinin yaklaşık dörtte birinin antepartum dönemde, diğer bir çeyreğinin intrapartum ve akut postpartum dönemlerde (doğumdan sonraki 24 saate kadar), üçte birinin postpartum dönemin 24. saati ile 42. günleri arasında ve %12'sinin geç postpartum dönemde (doğumdan 43 gün ila 1 yıl sonra) meydana geldiğini belirlemiştirlerdir (Kassebaum et al. 2014). Yenidoğan ölümleri ise yüksek oranda perinatal nedenlerden kaynaklanmaktadır. Doğum sonu 28 gün içinde gerçekleşen yenidoğan ölümlerinin, doğumda kaliteli bakım eksikliği veya doğumdan hemen sonra ve yaşamın ilk günlerinde vasıflı bakım ve tedavi eksikliği ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (WHO 2020). Bu sonuçlar anne ve yenidoğan sağlığı için postpartum süreçteki bakım ve destek hizmetlerinin önemini ortaya koymaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü; “omplike olmayan bir vajinal doğumdan sonra, sağlıklı anne ve yenidoğanın, en az 24 saat boyunca sağlık kurumunda bakım almasını” önermektedir (WHO/Jhpiego 2015). Sağlık Bakanlığı Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi (2014) normal doğumlarda 24 saat, sezaryen sonrası ise 48 saat hastanede takibin yapılması gerektiğini belirtmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014). Doğum sonrası bakımın hastanede kısa süreli ve yetersiz verilmesi, fiziksel, sosyal ve duygusal desteğin eksikliği, ailelerin yaşadığı doğum sonrası bakım memnuniyetsizliğini artırmaktadır. Bakıma yetersiz ulaşım, ebeveynleri alternatif bakım talep etme arayışlarına yönlendirmekte, sağlık ve tıbbi bakım sistemlerinden çekilmelerine ve sonrasında gelişen problemler nedeniyle tekrar hastaneye dönmelerine yol açabilmektedir. Barimani ve Vikström (2015), doğumdan sonraki ilk iki haftada, annelerin % 17'sinin bebek sağlığı, doğum sonrası komplikasyonlar veya emzirme sorunları nedeniyle sağlık kurumlarından acil yardım talebinde bulunduğunu bildirmiştir (Barimani and Vikström 2015).

Kadınların doğum sonu sürece hazır olmaması bazı sorunların yaşanmasına zemin hazırlamaktadır. Bu sorunlar; emzirmenin erken sonlandırılması, anne ve yenidoğanlar için daha fazla hastaneye yatış, annenin bebek ve kendi öz

bakımı konusunda güven eksikliği, doğum sonu bakım memnuniyetsizliği, yenidoğan sarılığı konusunda bilgi eksikliği, emzirmenin yetersiz olması, tespit edilemeyen kalp sorunları ve/veya postpartum depresyon olabilmektedir (Johansson et al. 2010). Aynı zamanda annede ortaya çıkabilecek doğum sonrası ruhsal hastalıklar üç farklı şekilde (annelik hüznü, doğum sonrası depresyon ve doğum sonu psikoz) görülebilmektedir (Bulut, 2018). Ebeveynlik anne ile birlikte babayı da etkileyen stresli bir deneyim olması nedeniyle postpartum paternal depresyon riski de doğum sonu dönemi önemli kılmaktadır (Aksu ve Vefikuluçay 2019).

Postpartum dönem, kadınlar ve aileleri için fiziksel, psikolojik ve sosyal açıdan değişikliklerin yaşandığı, uyum sağlamayı gerektiren bir geçiş sürecidir. Bu süreçte ebeler tarafından yapılan ev ziyaretleri; anne ve yenidoğanın değerlendirilmesi, sağlık eğitimi, yenidoğanın beslenmesi, duygusal bakım uygulamalarına ilişkin destek ve gerektiğinde diğer sağlık profesyonellerine yönlendirme için fırsatlar sunmaktadır. Doğum sonrası döneme erken müdahale, kadınlar, bebekler ve ailelerin sağlık sorunlarının kronik hale gelmesini önleyebilmektedir (Naohiro et al. 2017).

Bir toplumda anne ve çocukların sağlık göstergeleri sadece ana-çocuk sağlığı hizmetlerini değil aynı zamanda ülkelerin gelişmişliğini, sosyoekonomik ve çevre koşullarının düzeyini de göstermektedir. Bu nedenle sağlıklı toplum oluşturabilmek, ekonomik ve sosyal kalkınmadan gerçekten bahsedebilmek için risklerden en çok etkilenen grup olan anne ve çocuk sağlığının öncelikle ele alınması ve iyileştirmelerin yapılması gerekmektedir (Ergin ve ark. 2010).

DOĞUM SONRASI BAKIM İÇİN EV ZİYARETLERİ; NE, NEREDE, NE ZAMAN, KİM TARAFINDAN YAPILMALI?

Doğum sonrası süreçte sağlık profesyonelleri tarafından yapılan ev ziyaretleri ile emzirme, ten tene temas, vücut hijyenini sağlamaya yönelik uygulamalar (örn: el yıkama, banyo v.b), göbek kordonu ve cilt bakımı, temel anne ve yenidoğan bakımıyla ilgili diğer uygulamalar iyileştirilebilmektedir. Anne ve yenidoğan için riskli durumlar ve sağlık kurumuna ne zaman başvuru yapılması gerektiğine dair danışmanlık sağlanabilmektedir. Ev ziyaretleri yalnızca fiziksel problemlerin değil, aynı zamanda annenin ruh sağlığı, aile

ilişkileri ve ev ortamının değerlendirilmesi için de bir fırsat olabilmektedir. Ev ziyaretlerinde görev alan sağlık profesyonelleri, görevlerini yerine getirirken yargılayıcı olmadan destekleyici bir rol üstlendiklerinde, ulaşılması beklenen hedeflerle aile standartları arasında uygunluk sağlandığında, hizmetlerin beklenen sonucu vermesi kolaylaşmaktadır (Naohiro et al. 2017). Doğum sonrası bakım aynı zamanda; aile planlaması, anne ruh sağlığı, beslenme, hijyen ve cinsiyete dayalı şiddet konularında danışmanlığı

da içermelidir (WHO/Jhpiego 2015). İngiltere Ulusal Sağlık ve Klinik Mükemmellik Enstitüsü (The National Institute for Health and Care Excellence-NICE) (2006) “Doğumdan Sonra 8 Hafta Boyunca Postnatal Bakım Kılavuzu” kadınlara doğum deneyimleri ve eylem sırasında aldıkları bakım hakkında konuşma fırsatının verilmesi gerektiğini de belirtmektedir (NICE 2006). Anne ve yenidoğan için DSÖ kılavuzlarının doğum sonrası bakım tavsiyeleri Tablo 1 ve 2 de belirtilmiştir.

Tablo 1. Yenidoğanlarda Doğum Sonrası Bakım: Yeni DSÖ Kılavuzlarına Dayalı Tavsiye ve Eylemler

Tavsiye	Eylemler
Bebeğin değerlendirilmesi	Yenidoğan tehlike işaretleri yönünden değerlendirilmelidir. Bunlar; iyi beslenememesi, kasılma öyküsü, hızlı nefes alma (dakikada ≥ 60 solunum hızı), şiddetli göğüs çekilmeleri, ateş (sıcaklık $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$), düşük vücut sıcaklığı (sıcaklık $\leq 35.5^{\circ}\text{C}$), yaşamın ilk 24 saatinde sarılık veya herhangi bir günde avuç içi ve ayak tabanı sarı olan bebeklerdir. Bu belirtiler olursa sevk edilmelidir.
Sadece emzirme	Tüm bebekler 6 aya kadar sadece emzirilerek beslenmelidir. Her doğum sonrası ziyarette annelere danışmanlık yapılmalı ve emzirmeye destek sağlanmalıdır.
Kord bakımı	Yenidoğan mortalitesi yüksek ortamlarda doğanlar için, yaşamın ilk haftasında göbek kordonuna günlük klorheksidin uygulanması önerilir. Sağlık kurumlarında ve evde doğan, düşük mortalite riski olan yenidoğanlarda, temiz, kuru kordon bakımı yeterlidir.
Yenidoğan için doğum sonrası diğer bakım girişimleri	Banyo doğumdan 24 saat sonraya ertelenmelidir. Kültürel nedenlerden dolayı bu mümkün değilse, banyo en az 6 saat ertelenmelidir. Bebeğin ortam sıcaklığına uygun şekilde giydirilmesi önerilir. Bu, yetişkinlere göre bir ila iki kat giysi ve şapka kullanımı anlamına gelir. Anne ve bebek birbirinden ayrılmamalı ve 24 saat aynı odada kalmalıdır. Yenidoğan ile iletişim ve oyun teşvik edilmelidir. Bağışıklama mevcut DSÖ kurallarına göre desteklenmelidir. Preterm ve düşük doğum ağırlıklı bebekler en kısa sürede tanımlanmalı ve mevcut DSÖ kurallarına göre özel bakım sağlanmalıdır.

Kaynak: WHO/Jhpiego 2015

Doğum sonu izlem ve bakımı sağlamaya yönelik temaslar, içeriği ve sağlık profesyoneline bağlı olarak evde veya sağlık tesisinde yapılabilir (WHO/Jhpiego 2015). İdeal olarak doğum öncesi dönemde veya doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede kadınla birlikte hazırlanmış, kişiselleştirilmiş bir doğum sonrası bakım planı hazırlanmalıdır. Kadınlara kendilerinin ve bebeklerinin sağlığını ve iyiliğini arttırmaya yönelik, problemleri tanımlayabilecek ve yanıtlayabilecek, en erken sürede bilgi verilmesi gerekmektedir (NICE 2006).

Bebeğin tam klinik muayenesi doğum sonrası ilk bir saat içerisinde yapılmalı ve taburcu olmadan önce de tekrar kontrol

edilmelidir. Evde doğumlarda, doğumdan sonraki ilk temas, postpartum 24 saat içerisinde mümkün olduğunca erken yapılmalıdır. Aynı zamanda evde doğum yapmış annelere, 24-48 içinde ekstra bir ziyaret daha sağlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü ilk gün (24 saat), 3. Gün (48-72 saat), 7-14. günler arası ve 6 hafta sonra olmak üzere her anne ve bebeğe toplam dört doğum sonrası ziyaret önermektedir (WHO/Jhpiego 2015). Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2014 yılında yayınlamış olduğu Doğum Sonrası Bakım Rehberinde; doğum sonu hastanede 3, evde 3 olmak üzere toplamda 6 kez yapılmasını önermektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014).

Tablo 2. Annelerin Doğum Sonrası Bakımı: Yeni DSÖ Kılavuzlarına Dayalı Tavsiye ve Eylemleri

Tavsiye	Eylemler
Annenin değerlendirilmesi	Doğumdan sonraki ilk 24 saat: Kadınların; düzenli olarak vajinal kanama, uterus kasılması, fundal yüksekliği, sıcaklık ve kalp atış hızının (nabız) değerlendirilmesi gerekir. Tansiyon doğumdan kısa bir süre sonra ölçülmelidir. Normal ise, ikinci kan basıncı ölçümü 6 saat içinde yapılmalıdır. Mesanenin 6 saat içinde boşaltıldığından emin olunmalıdır.
	24 saati takip eden süreler: Her doğum sonrası ziyarette, genel refah ve aşağıda belirtilen bulgular ile ilgili değerlendirme yapılmaya devam edilmelidir: idrar yapabilme ve kaçırma, bağırsak fonksiyonu, perineal yaraların iyileşme durumu, perineal ağrı, hijyen, baş ağrısı, yorgunluk, sırt ağrısı, meme ağrısı, uterus hassasiyeti ve loşia.
	Emzirme her doğum sonrası ziyarette değerlendirilmelidir.
	Doğum sonrası her ziyarette, kadınlara duygusal durumları, sosyal destekleri, günlük meselelerle başa çıkma stratejileri hakkında sorular sorulmalıdır. Tüm kadınlar ve ailesi/eşi, kadının normal düzeninin dışındaki herhangi bir ruh halindeki, duygusal durumundaki ve davranışındaki değişiklikten, sağlık uzmanlarına bahsetmeleri için teşvik edilmelidir.
	Doğumdan sonra 10-14 gün içinde, tüm kadınlara hafif ve geçici şekilde yaşanabilen doğum sonrası depresyonun (maternal blues) teşhis edilebilmesi için sorular sorulmalıdır. Semptomlar ayırt edilemedi ise, kadının doğum sonrası depresyon ihtimali ortadan kaldırılmaya kadar psikolojik durumunun kontrolüne devam edilmeli ve semptomlar devam ederse, değerlendirilmelidir.
	Kadınlar, aile içi istismarın riskleri, belirti ve semptomları için gözlenmelidir.
	Kadınlara öneri alma ve sorunları için kiminle iletişim kurulacağı söylenmelidir.
	Tüm kadınlara, doğumdan sonra 2-6 hafta içinde, genel sağlık değerlendirmesinin bir parçası olarak cinsel sağlık durumu ve olası yetersizlikler sorulmalıdır.
	Tüm kadınlara doğumdan sonra fizyolojik iyileşme süreci hakkında bilgi verilmeli ve bazı sağlık sorunlarının yaygın olduğu söylenmeli, özellikle doğum sonrası kanama, preeklampsi/eklampsi, enfeksiyon ve tromboembolizm gibi hastalıkların belirti ve işaretlerine dikkat ederek, sağlıkla ilgili endişelerini mutlaka bir sağlık uzmanına bildirmesi tavsiye edilmelidir.
	Kadınlar beslenme konusunda bilgilendirilmelidir.
Danışmanlık	Kadınlar hijyen konusunda, özellikle el yıkama konusunda bilgilendirilmelidir.
	Kadınlar doğum aralığı ve aile planlaması konusunda bilgilendirilmelidir. Doğum kontrol seçenekleri tartışılmalı ve istenirse doğum kontrol yöntemleri sağlanmalıdır. Kadınlar prezervatif kullanımı da dahil olmak üzere daha güvenli cinsel ilişki konusunda bilgilendirilmelidir.
	Tüm kadınlar doğumdan sonra en uygun zamanda mobilize olmaya, hafif egzersizler yapmaya ve doğum sonrası dönemde dinlenmeye zaman ayırmaya teşvik edilmelidir.
Demir ve folik asit takviyesi	Demir ve folik asit takviyesi doğumdan sonra en az 3 ay sağlanmalıdır.
Profilaktik antibiyotikler	Vajinal doğum sırasında üçüncü veya dördüncü derece perineal yırtığı olan kadınlarda yara komplikasyonlarının önlenmesi için antibiyotik kullanımı önerilmektedir.
	Endometritin önlenmesi için vajinal doğum yapan düşük riskli kadınların tümünde rutin antibiyotik kullanımı konusunda yeterli kanıt yoktur.
Psikososyal destek	Postpartum depresyon riski yüksek kadınlar psikososyal yönden eğitilmiş bir kişinin desteğini alma konusunda yönlendirilmelidir. Doğum sonrası depresyon riskini azaltmak için tüm kadınlara rutin eğitim önermek veya basılı eğitim materyalinin rutin dağıtımını tavsiye etmek için yeterli kanıt yoktur.
	Sağlık profesyonelleri, kadınlara doğum deneyimlerini tartışma fırsatı vermelidir.
	Bebeği kaybeden bir kadın ek destekleyici bakım almalıdır.

Kaynak: WHO/Jhpiego 2015

Tablo 3. Türkiye’de doğum sonrası dönemde uygulanan izlem, muayene/müdahale ve bakım/danışmanlık hizmetleri

Lohusanın Değerlendirilmesi	Muayene/Müdahale	Bakım ve Danışmanlık
Lohusanın doğumu takip eden ilk 0-1 saatler arasında yapılan birinci izlemi (Hastane)		
<ul style="list-style-type: none"> Annenin genel durumu, Annenin refah durumu (halsiz, yorgun, vb) ve yakınmaları (ağrı, üşüme, vb), Doğum öncesi ve doğum hakkında tutulan kayıtların incelenmesi, Anne ve eşinin doğum ve doğum sonrası duyguları, Risk tespiti, 	<ul style="list-style-type: none"> Bilinç durumu, Vital bulguları (15 dakikada), Kanamama ve uterus involusyonu, Normal doğum sonrası perine (vajinal-rektal) muayenesi, Fazla ağrısı olan hastayı hematoma açısından değerlendirme, Gebeliğe bağlı sistemik hastalık veya doğum ile ilgili komplikasyon mevcut ise nedene yönelik tetkik ve tedavi, Lohusanın aile içi şiddet durumu, 	<p>Normal doğumdan hemen sonra, hastanın anestezi almasını gerektirecek bir komplikasyon yoksa, oral beslenmeye geçilebilir.</p> <p>Sezaryenle doğumda ise oral beslenmeye geçmek için 4-8 saat beklemek gerekir.</p> <p>Genel vücut hijyenini sağlanmalıdır (perine bakımı vb.).</p> <p>Mümkün olan en kısa zamanda emzirmeye başlanmalı, annenin bebeğini emzirmesine yardım edilmeli ve emzirme eğitimi verilmelidir.</p>
Lohusanın doğumu takip eden ilk 1-6 saatleri arasında izlemi ikinci izlem (Hastane)		
<ul style="list-style-type: none"> Annenin genel durumu, Annenin refah durumu (halsiz, yorgun, vb) ve yakınmaları (ağrı, üşüme, vb), Doğum öncesi ve doğum hakkında tutulan kayıtların incelenmesi, Anne ve eşinin doğum ve doğum sonrası duyguları, Baş ağrısı (Kan basıncı-Preeklamsi varlığı veya gelişme ihtimali- Spinal doğum), baldır kısmında ağrı var mı? (Tromboflebit riski) Ağrı var mı? (Analjezik uygulama-oral veya pareteral), Titreme ve üşüme durumları var mı? (Ortamın ısısı-örtü), İdrarını yapmış mı? (İdrar retansiyonu- Sonda uygulaması), Anesteziye bağlı hipotansiyon riskine karşı lohusa yalnız ayağa kalkmamalı, Risk tespiti, 	<ul style="list-style-type: none"> Doğum sonu izleme eş ve yakınlarının dahil edilmesi, Bilinç durumu, Vital bulguları, Kanamama ve uterus involusyonu, Gebeliğe bağlı sistemik hastalık veya doğum ile ilgili komplikasyon mevcut ise nedene yönelik tetkik ve tedavi, Emzirmeyi değerlendirme, emzirme eğitimi esnasında meme muayenesi, İmmünizasyon; yapılmamışsa tetanoz ve kan grubu uygunsuzluğu olanlarda anti-D Ig immünizasyonu, Lohusanın aile içi şiddet durumu, 	<p>Normal doğum yapanlarda perine bakımı yapılmalıdır. Doğumu takip eden iki saat içinde idrar yapmaya teşvik edilmelidir (Eğer anne postpartum 6 saat içinde idrar yapamamış ise ılık duş veya banyo, gerekirse kateterizasyon)</p> <p>Mümkün olan en kısa süre içerisinde mobilizasyon, normal doğumdan hemen sonra, hastanın anestezi almasını gerektirecek bir komplikasyon yoksa, oral beslenmeye geçilmelidir.</p> <p>Sezaryenle doğumda ise oral beslenmeye geçmek için 4-8 saat beklemek gerekir.</p> <p>Genel vücut hijyeni sağlanmalı (perine bakımı vb.) ve anne yapması için teşvik edilmelidir.</p> <p>Annenin bebeğini emzirmesine yardım edilmelidir. Bebek bakımı eğitimi verilmelidir.</p>

Lohusanın doğumu takip eden ilk 6-24 saatleri arasında üçüncü izlemi (Hastane)

<ul style="list-style-type: none">• Annenin genel durumu ,• Annenin refah durumu (halsiz, yorgun, vb) ve yakınmaları (ağrı, üşüme, vb),• Doğum öncesi ve doğum hakkında tutulan kayıtların incelenmesi,• Risk tespiti,	<ul style="list-style-type: none">• Bilinç durumu,• Vital bulguları; kan basıncı, nabız, solunum sayısı, ateş,• Kanama ve uterus involusyonu,• Genel vücut muayenesi (meme, karın muayenesi, bacaklarda ödem, tromboflebit vb),• Gebeliğe bağlı sistemik hastalık veya doğum ile ilgili komplikasyon mevcut ise nedene yönelik tetkik ve tedavi,• Normal doğum yapan annelerde epizyotomi, perine, hematoma değerlendirilmesi,• Sezaryen olan annelerde insizyon hattı ve batın muayenesini değerlendirme,• Lohusanın aile içi şiddet durumu,	<p>Sağlık personeli, hastaneden ayrılmadan önce anne ve bebeğin durumunun iyi olduğundan emin olmalı ve taburculuktan sonra da düzenli aralıklarla doğum sonu bakım almasını önermelidir.</p> <p>Normal doğum yapan annelerde perine bakımı, idrar takibi yapılmalıdır.</p> <p>Annenin en yakın sürede mobilize olması sağlanmalıdır.</p> <p>Annenin psikolojik durumu değerlendirilmelidir (Risk var ise “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği”ni uygulayınız.)</p> <p>Annenin genel vücut hijyeni sağlanmalı ve yapması için teşvik edilmelidir.</p> <p>Doğum sonu dönemde primer veya sekonder kanama ya da puerperal sepsis riskini arttıran durumların varlığı kontrol edilmelidir.</p> <p>Lohusa acilen sağlık kuruluşuna başvurması gereken tehlike işaretleri konusunda bilgilendirilmelidir.</p> <p>Anne-bebek ilişkisi değerlendirilmelidir.</p> <p>Annenin bebeğini emzirmesine yardım edilmelidir.</p> <p>Doğum sonu lohusanın Demir ve D vitamini desteği alması sağlanmalıdır.</p> <p>Döneme özgü konularda lohusaya danışmanlık verilmelidir.</p> <p>Sezaryen olan annelere sütürlerin alınacağı tarih belirtilmelidir.</p> <p>Olağan dışı durumlarda hizmet alınacak sağlık kuruluşları hakkında anne, eş ve aile üyeleri bilgilendirilmelidir.</p>
---	--	--

Lohusanın doğumu takip eden 2.-5. günler arasında dördüncü izlem (Evde veya Sağlık Kuruluşunda)

<ul style="list-style-type: none">• Annenin genel durumunu değerlendirme,• Anne hakkında bilgi sahibi olunmadığı durumlarda doğum hakkında bilgi alma,• Annenin refah durumu, uyku ve dinlenme aralıkları, uyum sorunları, yorgunluk veya halsizlik durumu,	<ul style="list-style-type: none">• Vital bulgular,• Varsa önceki kayıtların kontrolü,• Karın muayenesi yaparak fundal yükseklik kontrolü,• Perine muayenesi,• Vajinal akıntıyı değerlendirme,	<p>Annenin kişisel hijyeni değerlendirilmeli, gerekli konularda danışmanlık sağlanmalıdır.</p> <p>Sezaryen olan annelere sütürlerinin alınma tarihi hatırlatılmalıdır.</p> <p>Gerekli durumlarda anti D immunglobulin uygulanmalıdır.</p> <p>Fiziksel aktivite, pelvik tabanı güçlendirme egzersizleri konusunda bilgilendirilmelidir.</p> <p>Demir ve D vitamini desteğine devam sağlanmalıdır.</p> <p>Fizyolojik süreç, dinlenmeye zaman ayırma, bebeğin bakımı için yardım alma, duygularını paylaşabileceği birileriyle konuşma ve öz bakımın önemi konularında bilgilendirilmelidir.</p> <p>Duygusal durum ve başa çıkma stratejileri konusunda konuşulmalıdır.</p> <p>Anne sütü konusunda bilgilendirilmelidir.</p>
---	--	---

<ul style="list-style-type: none">• Annenin yakınmaları hakkında bilgi edinme: Kanama, idrar problemleri, meme ve emzirme problemleri, ağrı, bağırsak problemi vb.,• Annenin psikolojik durumunu değerlendirme,	<ul style="list-style-type: none">• Sezaryen olan anneleri insizyon bölgesi ve anestezi komplikasyonları yönünden değerlendirme,• Emzirmeyi değerlendirme,• Risk tespiti,• Anne-bebek ilişkisi,• Lohusanın aile içi şiddet durumu,	<p>Anneye beslenme eğitimi verilmelidir.</p> <p>Doğum sonrası fertilizasyonun düzenlenmesi, aile planlaması, cinsel sağlık, dönemle ilgili konularda bilgilendirilmelidir.</p> <p>Tehlike işaretleri konusunda anne, eş ve aileye bilgi verilmelidir.</p>
Lohusanın doğumu takip eden 13.-17. günler arasında beşinci izlemi (Evde veya Sağlık Kuruluşunda)		
<ul style="list-style-type: none">• 4. izlemdaki lohusa değerlendirme basamakları uygulanacaktır.	<ul style="list-style-type: none">• 4.izlemdaki lohusa muayene/müdahale basamakları uygulanacaktır.	<p>4.izlemdaki sutürların alınması ve anti D uygulanması dışındaki tüm basamaklar uygulanmalıdır.</p> <p>6.izlemden eşinin de yanında olması söylenmelidir.</p>
Lohusanın doğumu takip eden 30.-42. günler arasında altıncı izlemi (Evde veya Sağlık Kuruluşunda)		
<ul style="list-style-type: none">• 4. izlemdaki lohusa değerlendirme basamakları uygulanacaktır.	<ul style="list-style-type: none">• 4.izlemdaki lohusa muayene/müdahale basamakları uygulanacaktır.• Gebelik sırasında alınmadı ise smear alınması	<p>4.izlemden sutürların alınması ve anti D uygulanması dışındaki tüm basamaklar uygulanmalıdır.</p> <p>Cinsel ilişkiye dair endişeler varsa giderilmelidir.</p> <p>Gebelikler arası sürenin en az 2 yıl olması ve aile planlaması danışmanlığı verilmelidir.</p> <p>Annenin psikolojik durumu değerlendirilmelidir (Risk var ise “Edinburgh Postpartum Depresyon Ölçeği”ni uygulayınız.).</p>

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu 2014

Ulusal Sağlık ve Bakım Mükemmellik Enstitüsü (NICE) her kadın için bakım hizmetini koordine edici bir sağlık uzmanının tanımlanması gerektiğini belirtmektedir. Kadının ve bebeğin değişen ihtiyaçlarına bağlı olarak, bu profesyonelin zaman içinde değişmesi söz konusu olabilecektir (NICE 2006). Toplum sağlığı konusunda eğitim almış ebelerin, önleyici bakımı teşvik etmek ve iyileştirici yeni doğan bakımı sağlamak için yapmış oldukları ev ziyaretlerinin, perinatal ve yenidoğan ölümlerini azaltmada etkili olduğu gösterilmiştir (Baqui et al.2009).

TÜRKİYE'DE VE FARKLI ÜLKELERDE DOĞUM SONRASI BAKIM HİZMETLERİ NASIL UYGULANIYOR?

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen Doğum Sonu Bakım Rehberine göre doğum sonrası dönemde uygulanan izlem, muayene/müdahale ve bakım/danışmanlık hizmetleri Tablo 3'de verilmiştir.

Türkiye 2018 Nüfus ve Sağlık Araştırması (2019) raporuna göre; araştırmadan önceki 2 yıl içinde doğum yapan kadınların; %71'inin doğumu takip eden ilk 24 saat içinde postpartum kontrolleri yapılırken, %79'unun ilk 2 gün içinde, %96'sının 41 gün içinde doğum sonrası bakım aldığı bildirilmektedir. Kadınların sadece %5'inin doğum sonrası bakım almadığı belirtilmiştir. Doğum sonrası bakım oranı, dördüncü-beşinci doğumlarda %90'a düşmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2019). Doğum sonrası bakımın nasıl yapıldığı konusunda yeterli bilgi verilmezken, kapsamı ve yeterliliği konusunda endişeler bulunmaktadır.

Aynı rapora göre; araştırmadan önceki 5 yıl içinde bir sağlık kuruluşunda vajinal doğum yapan kadınların %12,3'ü yirmi dört saatten daha az süre hastanede kalmıştır. Rapor sonuçlarına göre; araştırmadan önceki 2 yılda doğum yapan kadınların %59'u doğum sonrası bakımı bir doktordan alırken, %20'sinin bu bakımı bir hemşire veya ebeden aldığı bildirilmektedir. Yenidoğanın doğum sonu bakımı ile ilgili; %68'inin doğum sonrası ilk iki gün içerisinde bakım aldığı, bu bebeklerin %62'si doktordan bakım alırken, %6'sının hemşire veya ebeden bakım aldıkları belirtilmektedir (Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü 2019).

Diğer ülkelerdeki postpartum bakım modelleri incelendiğinde İsveç'te doğum sonrası iki hafta boyunca annelere ve yenidoğanlara

sağlanan profesyonel destek, doğum öncesi, doğum ve doğum sonu dönem konularında uzman olan ebe ve çocuk sağlığı alanında yetişmiş hemşireler tarafından verilmektedir (Barimani et al. 2014). Wise (2019) tarafından bildirilen rapora göre; İngiltere Ulusal Kadın Doğum Vakfı (UK National Childbirth Trust-NCT)'nin yapmış olduğu araştırmada, yeni annelerin %31'i verilen bakım hizmetlerinde zamanın çoğunun bebelere ayrıldığını, kendi sorunları için ayrılan zamanın 3 dk'dan daha az olduğunu, %16'sı ise kendilerine hiç zaman verilmediğini belirtmişlerdir. Annelerin dörtte biri ise kendilerine duygusal ya da zihinsel sağlıkla ilgili soruların sorulmadığını bildirmişlerdir (Wise 2019).

Warren (2015)'in Doğu ve Güney Afrika'daki doğum sonrası bakım modellerinin kalitesini ve etkisini araştıran çalışmasında; Afrika'daki pek çok toplulukta anne ve bebeklerin, doğumdan sonraki bir ay boyunca, bir inziva dönemi gibi sürekli evde kaldıkları ve sağlık hizmetlerine ulaşamadıkları bildirilmektedir. Doğum sonu bakım almayı engelleyen nedenler; önemi, farkındalığı ve yararları hakkındaki yanlış bilinenler, sağlık hizmeti ve/veya nakliye maliyeti, sağlık hizmetlerine ulaşımındaki sorunlar/uzaklık, algılanan sağlık hizmetinin kalitesinin düşüklüğü ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının olumsuz ya da yetersiz tutumu olarak bildirilmektedir (Warren 2015).

Avustralya'daki kadınların doğum sonu bakım deneyimleri, büyük ölçüde, kamu ve özel sektör aracılığı ile ülkenin tabakalı sağlık sistemine göre şekillendirilmektedir. Yalnızca kamuda doğum yapan kadınlar, doğum sonu ilk 10 gün içinde bir sağlık uzmanından ev ziyareti veya telefon görüşmesi yoluyla hizmet alma hakkına sahiptirler. Zadoroznyj et al. (2015) Avustralya'nın Queensland eyaletinde 1100 anne ile yapmış oldukları çalışmada; annelerin önemli bir kısmının sağlık profesyonellerinden yetersiz emzirme desteği aldıklarını bildirmiştir (Zadoroznyj et al. 2015).

Düşük gelirli ülkelerdeki doğumların neredeyse yarısı uzman bir kişi olmadan gerçekleşmektedir ve çok az sayıda anne-bebek sağlık personeli ile postnatal temasta bulunmaktadır. Sitrin et al. (2013) çalışmalarında; toplum temelli anne ve yenidoğan bakım programlarını içeren doğum sonrası ev ziyaretlerini Bangladeş, Malavi ve Nepal'de incelemiştir. Bu ülkelerdeki pilot

uygulama alanlarından elde edilen sonuçlar, gebelik sırasında ve doğumdan sonraki üç gün içinde ev ziyareti yapabilmenin, mevcut toplum sağlığı sistemlerini kullanarak başarıldığını göstermiştir. Aynı zamanda bu çalışmada sağlık çalışanlarının gebeleri tespit etmelerini, ziyaret etmelerini destekleyen, ev ve hastane doğumlarından haberdar edilmelerini sağlayan yaklaşımlarla geliştirilen programların, doğum sonrası ziyaret erişimini artırabileceği bildirilmiştir (Sitrin et al. 2013).

DOĞUM SONU BAKIMDA EV ZİYARETLERİNİN İYİLEŞTİRİLMESİ VE DESTEKLENMESİ İÇİN ATILABİLECEK ADIMLAR NELERDİR?

Ülkemizde postpartum evde bakım hizmetleri ile ilgili sınırlı sayıda araştırma bulunmaktadır (Duman 2009). Sağlık Bakanlığı Doğum Sonrası Bakım Rehberi'ne uygun şekilde bakımın verilmesi, taburculuk öncesi annelerin izlem konusunda yeterli düzeyde bilgilendirilmeleri, hizmetlerin iyileştirilmesi için önemli bir adım olacaktır. Türkiye'de 2010 yılı sonunda tüm illerde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmiştir. Soysal ve arkadaşlarının (2016) yapmış oldukları çalışmaya göre; Aile Sağlığı Merkezlerinde (ASM) çalışan personelin sayıca yetersiz olması, etkili, verimli, kaliteli birinci basamak hizmeti verilmesini engellemektedir. Aynı zamanda "aile sağlığı çalışanı" olarak farklı meslek üyelerinin görevlendirilmesi ve görev tanımlarının yeterli yapılmaması, doğum sonrası bakım hizmetlerinin aksamasına yol açabilmektedir. Gezici sağlık hizmetlerinin ASM çalışanının yoğunluğu nedeniyle yapılamaması ve kesintiye uğraması, ev ziyaretlerinin aksamasına neden olabilmektedir (Soysal ve ark. 2016). Doğum sonrası ev ziyaretleri ile ailenin değerlendirilmesi, klinik ortamda mümkün olmayan bir bakış açısı ile aile ve bireyleri gözleme şansını vererek, şiddet vakalarının tespit edilmesini veya aile bireyleri arasında güvenilir bir ilişkinin kurulmasını sağlayabilir (Şahin ve ark. 2018). Bu nedenle ülkemizde Aile Hekimliği uygulamasına geçilmeden uygulanmakta olan ev ziyaretlerinin yeni sisteme entegre edilmesi, ev ziyaretlerinin öneminin topluma tanıtımının tam anlamıyla yapılması, ev ziyaretleri sırasında sağlık personelinin güvenliğinin sağlanması ve bununla ilgili eksikliklerin giderilerek bir an önce hayata

geçirilmesi, doğum sonu gibi önemli bir dönemin değerlendirilmesi açısından önem arz etmektedir.

Gebenin antenatal izleminde doğum sonrası ev ziyaretlerinin planlanması, doğum bilgisinin hızlı bir şekilde aile sağlığı çalışanına ulaşması ve doğum sonrası bakım planının derhal uygulamaya konulmasını içeren bir programın hayata geçirilmesi, bu programın uygulanabilmesi için yeterli ve doğum sonrası bakımı tam anlamıyla uygulayabilecek ebe istihdamının artırılması gerekmektedir. Sağlık çalışanı sayısındaki eksiklikler nedeniyle ev ziyaretleri yapılamadığında doğum sonu bakımda web destekli projelerin kullanılması faydalı olabilmektedir. DSÖ'de cep telefonu tabanlı destek programlarının yararlı olabileceğini bildirmektedir (WHO/Jhpiego 2015). Video konferans yöntemi ile görüşme sağlanarak anne ve yenidoğan hakkında bilgi alınabilir hatta emzirmenin değerlendirilmesi söz konusu olabilir. Cep telefonuna yüklenecek bir program sayesinde anne ve ebelerin anlık görüşme sağlayabilmesi, gerekli bilgilerin bu program ile her zaman anne için ulaşılabilir olması sağlanabilecektir.

Aynı zamanda NICE'nin "Doğumdan Sonra 8 Hafta Boyunca Postnatal Bakım Kılavuzu"; ebeveynlik için bir rehber olabilecek ve bir çocuğun hayatının ilk 5 yılındaki bakımını içeren "Beşinci Doğum" (Birth to five) isimli kitapçığın doğumdan sonraki 3 gün içinde tüm kadınlara verilmesi gerektiğini bildirmektedir (NICE 2006). Beşinci doğum kitabına web üzerinden

<https://www.publichealth.hscni.net/publications/birth-five> adresinde online şekilde ulaşılabilir. Tüm soruları yanıtlayabilecek doğum sonu bakım kitabı veya web tabanlı programlar, annelerin doğru kaynaktan bilgi almasını sağlayabilecektir.

Ev ziyareti programlarının özellikle kadınların sağlık sonuçları üzerinde önemli bir etkisinin olabilmesi için, doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçte üreme ve perinatal bakım sürekliliğinin olması önemlidir (Handler et al. 2019). Bakımda sürekliliği sağlayacak ebelik bakım modellerinin ülkemizde verilen obstetrik hizmetlere entegre edilmesi; ebe kadrolarının daha verimli değerlendirilerek, bakımın kalitesinin artmasına ve anne yenidoğan sağlığının gelişmesine katkı sağlayacaktır.

SONUÇ

Doğum sonu dönem; içerdiği riskler ve kadınların en çok bakım desteğine ihtiyaç duydukları dönem olması nedeniyle önem verilmesi gerekirken, en çok ihmal edilen dönemlerden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Özellikle anne ve bebek ölüm oranları üzerindeki etkisine karşın bu dönemdeki koruyucu sağlık hizmetlerinin yeterince dikkate alınmadığı görülmektedir. Doğum sonrasında bakımın sürekliliğinin sağlanması için bakım hizmetlerinin düzenli verilmesini sağlayacak sağlık hizmetlerinin planlanması ve hayata geçirilmesine ihtiyaç vardır.

Aile Hekimliği sisteminde ev ziyaretleri yeterince yapılamamaktadır. Bu sorunun çözümü için; ev ziyaretlerinin önemini topluma anlatılması, ev ziyaretleri sırasında sağlık personelinin güvenliğinin sağlanarak, eksikliklerin giderilmesi ve uygulamanın eski

sistemde olduğu gibi uygulanabilirliğinin sağlanması önem arz etmektedir. Aynı zamanda, birinci basamak sağlık hizmetlerinde ebe istihdamının artırılması ve bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik ebelik bakım modellerinin hayata geçirilmesi, doğum sonu bakım hizmetlerinin iyileştirilmesini sağlayacak önemli adımlardan biri olacaktır.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Kişisel durumumuz ve bilimsel çalışmanız arasında mevcut veya potansiyel bir çıkar çatışması bulunmamaktadır.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYLERİ

FB: literatür tarama ve makale yazma.
NÖ: kritik okuma

KAYNAKLAR

- Aksu A, Vefikuluçay DY.** Postpartum Dönemde Göz Ardı Edilen Bir Sorun: Paternal Depresyon. *Türkiye Klin J Nurs Sci* [Internet] 2019;11(3):324–30. doi.org/10.5336/nurses.2019-65220
- Baqi AH et al.** Effect of Timing of First Postnatal Care Home Visit on Neonatal Mortality in Bangladesh: A Observational Cohort Study. *BMJ* 2009;339(7718):445–8. doi.org/10.1136/bmj.b2826
- Barimani M, Vikström A.** Successful Early Postpartum Support Linked to Management, Informational, and Relational Continuity. *Midwifery* [Internet] 2015;31(8):811–7. http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2015.04.009
- Barimani M et al.** Professional Support and Emergency Visits During The First 2 Weeks Postpartum. *Scand J Caring Sci* 2014;28(1):57–65. doi.org/10.1111/scs.12036
- Benahmed N et al.** Vaginal delivery: How Does Early Hospital Discharge Affect Mother and Child Outcomes? A Systematic Literature Review. *BMC Pregnancy Childbirth* 2017;17(1):1–14. doi.org/10.1186/s12884-017-1465-7
- Bulut A ve ark.** Postpartum Süreçte Kadının Kendi Sağlığını Etkileyen Durumlara İlişkin Bilgi ve Tutumları. *FNG & Bilim Tıp Dergisi* 2016;2(2):90–9. doi: 10.5606/fng.btd.2016.018
- Duman NB.** Postpartum Erken Taburculuk Sonrası Evde Bakım. *TAF Prev Med Bull* 2009;8(1):73–82.
- Ergin F ve ark.** Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Bakım Hizmetlerinin Nicelik Ve Niteliği. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilim Derg* 2010;13(4):1–9.
- Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü.** Nüfus ve Sağlık Araştırması 2018 [Internet]. http://www.hips.hacettepe.edu.tr/tnsa2018/rapor/TNSA_2018_anarapor.pdf Erişim Tarihi:28.11.2019

- Handler A et al.** Universal Early Home Visiting: A Strategy for Reaching All Postpartum Women. *Matern Child Health J* [Internet] 2019;23(10):1414–23. doi.org/10.1007/s10995-019-02794-5
- Johansson K et al.** First-time Parents' Experiences of Home-Based Postnatal Care in Sweden. *Ups J Med Sci* 2010;115(2):131–7. doi.org/10.3109/03009730903431809
- Kassebaum NJ et al.** Global, regional, and National Levels and Causes of Maternal Mortality During 1990–2013: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384:980–1004. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60696-6
- Naohiro Y et al.** Schedules for Home Visits in the Early Postpartum Period. *Cochrane Database Syst Rev* Sched 2017;(8). doi:10.1002/14651858.CD009326.pub3.www.cochranelibrary.com
- NICE.** Postnatal care up to 8 weeks after birth. *NICE Clin Guidel* 2006;CG37(July 2006):30.
- Sacks E, Langlois EV.** Postnatal care : Increasing Coverage, Equity, and Quality. *Publ Online* 2016;4(16):442–3. doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30092-4
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2018 Haber Bülteni** [Internet].https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/33116,haber-bulteni---201830092019pdf.pdf?0 Erişim Tarihi:18/11/2019
- Say L et al.** Global Causes of Maternal Death: A WHO Systematic Analysis. *The Lancet Global Health* 2014;2(6): e323–e33.
- Şahin NE ve ark.** Aile İçi Şiddetin Önlenmesi için Bir Model Önerisi : Halk Sağlığı Hemşiresinin Ev Ziyareti ile Aile İzlemi. *HUHEMFAD-JOHUFON* 2018;5(3):247–59.doi: 10.31125/hunhemsire.501028

- Sines BE et al.** Postnatal Care: A Critical Opportunity to Save Mothers and Newborns. *Popul Ref Bur* 2007;1-8.
- Sitrin D et al.** Reaching Mothers and Babies with Early Postnatal Home Visits: The Implementation Realities of Achieving High Coverage in Large-Scale Programs. *PLoS One* 2013;8(7).doi.org/10.1371/journal.pone.0068930
- Soysal A ve ark.** Türkiye’de Aile Hekimliği Sistemi ve Diyarbakır Halkının Aile Hekimliği Sistemine Olan Memnuniyet Ölçüleri. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilim Fakültesi Derg* 2016;6(10):76-88.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu.** Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi [Internet].
http://www.ghbook.ir/index.php?name=فرهنگ و رسانه های نوین
&option=com_dbook&task=readonline&book_id=13650&page=73&chckhashk=ED9C9491B4&Itemid=218&lang=fa&tmpl=component Erişim Tarihi: 18/11/2019
- Unicef. UNICEF Data:** Monitoring The Situation of Children and Women, Maternal mortality September 2019. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/mate>. Erişim Tarihi: 18/10/2019
- Unicef. UNICEF Data:** Monitoring the situation of children and women, Newborn care October 2019. <https://data.unicef.org/topic/maternal-health/newb>. Erişim Tarihi: 18/10/2019
- Warren C.** Exploring the Quality and Effect of Comprehensive Postnatal Care Models In East And Southern Africa [Internet]. *International Journal for Quality in Health Care Advance Access* 2015. http://icrh.org/sites/default/files/Warren_DoctoralThe sis_FINAL.pdf
- Warren C et al.** “Postnatal Care.” Opportunities for Africa’s Newborns: Practical Data, Policy and Programmatic Support for Newborn Care in Africa. Ed. Joy Lawn & Kate Kerber. Geneva, Switzerland: WHO on behalf of The Partnership for Maternal, Newborn and Child Health 2006.p.79-90.
- Wise J.** Postnatal Checks for New Mothers Need to be Properly Funded , Charity Tells Government. *BMJ* 2019;366. <http://dx.doi.org/doi:10.1136/bmj.15438>
- World Health Organization (WHO/Jhpiego).** Postnatal Care for Mothers and Newborns Highlights from the World Health Organization 2013 Guidelines. *Postnatal Care Guide* [Internet]. 2015;(April):1-8. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/publications/WHO-MCA-PNC-2014-Briefer_A4.pdf
Erişim Tarihi: 19.12.2020
- World Health Organization (WHO).** Maternal Health. 19 September 2019. <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/maternal-mortality> Son Erişim:06.11.2019.
- World Health Organization (WHO).** Newborns: improving survival and well-being. 19 September 2020. [https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/newborns-reducing-mortality#:~:text=thermal protection \(e.g. promoting skin,have an HIV-infected mother](https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/newborns-reducing-mortality#:~:text=thermal protection (e.g. promoting skin,have an HIV-infected mother) Erişim Tarihi: 20.12.2020
- World Health Organization (WHO).** Quality, Equity, Dignity: The Network to Improve Quality of Care for Maternal, Newborn and Child Health – Strategic Objectives 2018.p.5-10. <http://apps.who.int/bookorders.%0Ahttp://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272612/9789241513951eng.pdf?ua=1doi.org/10.1053/jlts.2000.8508> Erişim Tarihi: 19.12.2020
- Zadoroznyj M et al.** “I really Needed Help”: What Mothers Say About Their Post-Birth Care in Queensland, Australia. *Women and Birth* [Internet] 2015;28(3):246-51. <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2015.03.004>
- Zeren F, Gürsoy E.** Dünya Sağlık Örgütü’nün Anne ve Yenidoğan için Postpartum Bakım Önerileri. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilim Derg* 2018;7(4):95-102.

EXTENDED ABSTRACT

The period until the 42nd day after birth by the World Health Organization (WHO) is very important for both maternal and newborn health. Lack of care during this time, when both are vulnerable, can increase the risk of illness and death. It also depends on the lack of care in this period; Important opportunities may be missed to encourage and develop health behaviors that positively affect the development of women, newborns and children. According to the estimates of the United Nations Organization, from 2000 to 2017, the maternal mortality rate in the world fell by 38%, from 342 to 211 people per 100,000 live births. This means that the annual average decreases by 2.9 percent. Although this decline was important for Sustainable Development Goals less than half of the 6.4 percent annual rate that would have to be achieved. According to the Ministry of Health 2018 Health Statistics Yearbook; In our country, the neonatal mortality rate is 3.9 per 1000 live births and the maternal mortality rate is 13.6 per 100 thousand live births. 11% to 17% of maternal deaths occur during delivery and 50% to 71% in the postpartum period. Neonatal deaths are mostly caused by perinatal causes. Although 42 days after birth is critical for the healthy survival of both mother and newborn, it is the time period when continuity of care is the lowest. According to the health statistics yearbook (2018) report; 79% of women in Turkey after birth, newborns, while 68% received postpartum care within two days.

The fact that women are not ready for the postpartum period paves the way for some problems. These problems; Early termination of breastfeeding, more hospitalizations for mothers and newborns, lack of confidence in the mother's baby and self-care, postpartum care dissatisfaction, lack of knowledge about neonatal jaundice, inadequate breastfeeding, undetected heart problems and / or postpartum depression. Health indicators of mother and children in a society show not only maternal and child health services, but also the development of countries, the level of socioeconomic and environmental conditions. For this reason, in order to create a healthy society and really talk about economic and social development, mother and child health, which is the group most affected by risks, should be addressed first and improvements should be made. Home visits; It can improve breastfeeding, skin-to-skin contact, bath time, hygiene education (eg hand washing and water quality), umbilical cord care, skin care, basic maternal and newborn care practices. At the same time, the risky situations for the mother and the newborn are explained and consultancy can be provided about when to go to the health institution. Home visits can be an opportunity to evaluate not only physical problems but also maternal mental health, family conditions and home environment. The health and well-being of the newborn can be improved by assuming a non-judgmental supportive role and / or ensuring that the goals are in line with family standards. Postnatal care also includes; It should include counseling on family planning, maternal mental health, nutrition, hygiene and gender-based violence. Contacts for postpartum follow-up and care can be made at home or in a healthcare facility, depending on the content and the healthcare professional. A full clinical examination of the baby should be done within the first hour after birth and should be checked again before discharge. In home births, the first contact after birth should be made as early as possible within 24 hours postpartum. Also, mothers who have given birth at home should be provided with an extra visit within 24-48.

The World Health Organization recommends a total of four postpartum visits to each mother and child on the first day (24 hours), 3. day (48-72 hours), 7-14. days and 6 weeks later. Home visits by midwives trained in community health to encourage preventive care and provide remedial newborn care have been shown to be effective in reducing perinatal and neonatal deaths. Providing care in accordance with the Ministry of Health Postnatal Care Guide and informing the mother about follow-up before discharge will be an important step. Evaluating the family with postpartum home visits can provide the opportunity to observe the family and individuals with a perspective that is not possible in the clinical setting, and can provide the detection of violence cases or the establishment of a reliable relationship between family members. For this reason, it is necessary to integrate home visits, which are implemented before the implementation of Family Medicine in our country, into the new system, and to fully promote the importance of home visits to the society. At the same time, it is important to ensure the safety of healthcare personnel during home visits and to eliminate the deficiencies related to this and to implement them as soon as possible, in terms of evaluating an important period such as the postpartum period. It is necessary to implement a program that includes planning the postnatal home visits of the pregnant woman in antenatal follow-up, providing birth information to the family health worker quickly and putting into effect the postnatal care plan immediately, and increasing the

employment of midwives who will be able to fully implement the postnatal care. It may be beneficial to use web-supported projects in postpartum care due to the shortage of healthcare professionals. WHO reports that mobile phone-based support programs can be useful. It is important to have reproductive and perinatal care continuity in the prenatal, parturition and postnatal period so that home visit programs can have a significant impact on the health outcomes of women. Integrating midwifery care models that will ensure continuity in care with obstetric services provided in our country; By making more efficient use of midwife staff, it will contribute to increase the quality of care and the development of maternal newborn health.

PRİMİPAR VE MULTİPAR GEBELERDE ALGILANAN STRES VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN İNCELENMESİ*

INVESTIGATION OF PERCEIVED STRESS AND AFFECTING FACTORS IN MULTIPAR AND PRIMIPAROUS PREGNANCIES

Dilek KALOĞLU BİNİCİ**, Sevinç KÖSE TUNCER***

ÖZ

**Arş. Gör. Artvin Çoruh Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Artvin/Türkiye.



0000-0002-1142-1148

***Dr. Öğr. Üyesi, Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Erzincan/Türkiye.



0000-0002-2598-6182

Yazışma Adresi:

Dilek KALOĞLU BİNİCİ

e-posta: dkaloglu@artvin.edu.tr

Gönderim Tarihi: 8 Ekim 2020

Kabul Tarihi : 22 Aralık 2020

Amaç: Bu çalışma multipar ve primipar gebelerde algılanan stres ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma tanımlayıcı tipte olup, araştırmanın örneklemini Kasım 2016 – Nisan 2017 tarihleri arasında, Sağlık Bakanlığı Artvin Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğine başvuran olasılıksız rastlantısal yöntem ile araştırmaya alınma kriterlerini sağlayan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 150 gebe oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında "Gebe Bilgi Formu" ve "Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği" kullanılmıştır. Verilerin analizinde sayılar, yüzdelikler, en az ve en çok değerler ile ortalama ve standart sapmaların yanı sıra istatistiksel Shapiro Wilk Testi, Cronbach α katsayısı, Mann Whitney-U testi, Kruskall Wallis Analizi ve Spearman korelasyon analizi testleri kullanılmıştır.

Bulgular: Multipar gebelerin Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği'nden aldıkları toplam puan ortalamalarının 1.72 ± 0.48 , primipar gebelerin 2.28 ± 0.90 olduğu ve puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p < 0.05$). Primipar gebelerde aile tipi ve gebeliğin planlı olması, multipar gebelerde ise eşle uyum, yaş ve tercih edilen doğum şekli ile Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçek toplam puan ortalamaları arasındaki ilişkinin anlamlı olduğu bulunmuştur ($p < 0.05$).

Sonuç: Primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin multipar gebelerden daha fazla olduğu saptanmıştır. Gebelikte pek çok faktör algılanan stresi etkilemektedir. Bu nedenle prenatal dönemde sağlık profesyonelleri tarafından gebeler obstetrik değerlendirmenin yanında demografik, kültürel ve psikososyal yönden de değerlendirilmesi, multidisipliner yaklaşım ve bakım için desteklenmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Algılanan stres; gebelik, multipar; primipar.

ABSTRACT

Aim: The study was carried out to determine the perceived stress and the factors affecting the multiparous and primiparous pregnant women.

Material and Method: The study was descriptive and its universe consisted of 150 pregnant women who met criterion of unqualified random sampling, accepted to participate in the research and applied to the Polyclinic of Obstetrics and Gynecology at Artvin State Hospital of Ministry of Health between November 2016 and April 2017. The "Pregnancy Information Form" and "Antenatal Perceived Stress Inventory" were used to collect the data. A priori power analysis was performed to determine the sample size. In the analysis of the data, the numbers, percentages, mean and mean values with minimum and maximum values, statistical Shapiro Wilk test, Cronbach α coefficient, Mann Whitney-U test, Kruskall Wallis analysis and Spearman correlation analysis tests were used in addition to standard deviations.

Results: It was determined that the mean score of the total scores of the primiparous pregnant women gained from "Antenatal Perceived Stress Inventory" was 2.28 ± 0.90 and score of multiparous pregnant women was 1.72 ± 0.48 and the difference was statistically significant. There was a significant relationship between the planning of pregnancy and family type in primiparous pregnant women and the scale total score average. On the other hand, in multiparous pregnant women a statistically significant relation was found between the spouse harmony, age, planned delivery method and total score average of the scale ($p < 0.05$).

Conclusion: It was determined that the perceived stress is higher in primiparous pregnant women than in multiparous pregnant women. Many factors affect perceived stress during pregnancy. For this reason, it is recommended that pregnant women should be evaluated in terms of demographic, cultural and psychosocial aspects as well as obstetric evaluation and supported for multidisciplinary approach and care by healthcare professionals during prenatal period.

Key words: Perceived stress ;pregnant, multipar; primipar.

*Multipar ve Primipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi adlı tez çalışmasından türetilmiş ve 14-17 Şubat 2019 tarihinde 3. Uluslararası Gebelik, Doğum ve Lohusalık Kongresi'nde Poster bildirisi olarak sunulmuştur.

Atf için (How to cite): Kaloğlu Binici D, Köse Tuncer S. Primipar ve Multipar Gebelerde Algılanan Stres ve Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020;3(3):189-202.

GİRİŞ

Kadın yaşamında fizyolojik, psikolojik ve sosyal değişimlerle birlikte hayatın en önemli gelişimsel dönemlerden biri olan gebelik (Arslan ve ark. 2018), olgunluk, mutluluk, kendini gerçekleştirme gibi olumlu duygularla birlikte (Özorhan ve ark. 2014), gebeliğin önemli komplikasyonları olduğu bilinen depresyon, anksiyete (Lewis et al. 2016), stres, endişe, kaygılı bekleyiş, üzerinde aşırı bir yüklenme gibi olumsuz psikolojik değişikliklerin yaşanabileceği bir dönem olarak görülebilmektedir (Çalık ve Aktaş 2011). Gebelik sırasında meydana gelen bu değişimler, gebenin yanında gebenin eşi/partneri ve diğer aile üyeleri için biyo-psiko-sosyal uyum gerektirmektedir (Toker 2018). Kadının kişisel deneyimleri, inanç ve tutumları, çocukluk anıları, annesiyle olan ilişkileri, benlik kavramı, eğitim düzeyi, yaşam felsefesi, aile ilişkileri, aile ve iş yaşamındaki rollerin değişmesi, annelik rolüne uyum sağlamaya çalışması, ailenin sosyo-ekonomik durumu, ailedeki çocuk sayısı, gebeliğin istenen veya istenmeyen bir gebelik olması gibi nedenler uyum sürecini etkilemekte (Ölçer ve Oskay 2015, Taşkın 2016), kaygı ve stres oluşumuna neden olmaktadır (Atasever ve Çelik 2018). Kadınların yaşadığı stres verici yaşam olayları araştırıldığında; ilk beş sıranın ilk sırasında gebeliğin (%53.5) yer aldığı bildirilmiştir (Bayık ve ark. 2006). Yapılan başka bir çalışmada gebelerin gebelik boyunca stres yaşadığını belirtmektedir (Yali and Lobel 2002). Yıldız Çiltaş ve Köse Tuncer (2019) çalışmasında gebelerde distressin önemli düzeyde olduğu ve gebelerin yaş grubu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, eş eğitim düzeyi, gebelik sayısı, düşük/küretaj sayısı, canlı doğum sayısı, aile için planlanan çocuk sayısı, önceki doğumlarında ve doğum sonu dönemde yaşanan sağlık problemi gibi çeşitli faktörlerden de etkilendiği bildirilmiştir (Yıldız Çiltaş ve Köse Tuncer 2019).

Geçiş ve uyum dönemi olarak görülen gebeliğin (Yali and Lobel 1999) kadınlarda ne derecede stresli olarak algılandığı kişiden kişiye büyük farklılıklar gösterebilmekte (Elkin 2015), gelişen stresin sebepleri ve algılanması primipar ve multipar gebelerde de farklı olabilmektedir (Genç Koyuncu ve ark. 2020). Primipar gebeler, tanımlayamadığı birçok yeni duyguyu bir arada yaşayarak doğum anında karşılaşabileceği olayları tahmin edememektedir (Üst Demet ve Pasinlioğlu 2015). Prenatal dönemde yaşanan stresle etkin bir şekilde başa çıkılamamasının doğum sonrası depresyon nedeniyle (Kabukcu ve

ark. 2019) etkin emzirmenin sağlanamaması, bebek davranışlarının olumsuz algılanması ve bazı sağlık sorunlarına neden olabileceği belirtilmiştir (Dennis and McQueen 2007). Ayrıca stresli bir gebelik dönemi geçiren kadınların bulantı-kusma, doğum korkusu, sezaryen doğum oranı, bakteriyel vajinozis görülme oranı ve doğum esnasında epidural anestezi gereksiniminin daha fazla olduğu belirtilmektedir (Atasever ve Çelik 2018). Bütün bu bilgiler, olumlu gebelik sürecinin yaşanması için erken dönemde stres etmeninin belirlenmesi ve yönetilmesi konusunda gebelerin desteklenmesini gerekli kılmaktadır. Belirlenen faktörlerin prenatal bakım kapsamındaki doğum öncesi izlemlerde rol alan sağlık profesyonelleri tarafından bilinmesi ile sağlığı koruyucu ve geliştirici hizmet kapsamında doğrudan kadın, bebek ve çocuk sağlığı dolaylı olarak toplum sağlığının desteklenmiş olacağı düşünülmektedir. Bu araştırma primipar ve multipar gebelerde algılanan stres düzeyini ve etkileyen faktörleri belirlemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Türü: Araştırma tanımlayıcı tipte bir araştırmadır.

Araştırmanın Yer ve Zamanı: Araştırma Sağlık Bakanlığı-Artvin Devlet Hastanesi Doğum ve Kadın Hastalıkları Polikliniğinde Kasım 2016–Nisan 2017 tarihleri arasında yapılmıştır.

Evren ve Örneklem: Araştırmanın evrenini belirtilen tarihler arasında hastanenin polikliniklerine başvuran ve araştırma kriterlerini taşıyan gebeler oluşturmaktadır. Bu çalışmada örneklem büyüklüğünü belirlemek için priori güç analizi yapılmış, yapılan güç analizinde Cohen'in standart etki büyüklükleri referans alınmıştır (Çapık 2014). Bu durumda çalışmada algılanan stres puanlarının karşılaştırılacağı bağımsız gruplarda t testi için, her grupta 64 katılımcı olmak üzere 128 katılımcı ile çalışmanın yürütülmesi durumunda 0.05 anlamlılık düzeyinde % 95 güven aralığında % 80'inin güce ulaşabileceği belirlendi. Veri kayıpları olabilme ihtimaline karşı bu sayıya ayrıca % 17 yedek örneklem dâhil edilerek toplam 150 gebeden veri toplanmıştır.

Veri Toplama Araçları

Gebe Bilgi Formu; Literatür doğrultusunda (Taşkın 2016, Furber et al. 2009) hazırlanan bu form gebelerin sosyo-demografik ve obstetrik özelliklerini (yaş, eğitim, meslek, eş eğitimi, gelir, aile tipi, gebelik sayısı, yaşayan çocuk sayısı, gebelik haftası vb.) belirleyebilecek türde toplam 36 sorudan oluşmaktadır.

Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeği - Antenatal Perceived Stress Inventory-DÖASÖ: Razurel ve ark. (2014) tarafından ilk çocuklarını bekleyen kadınlarda stres kaynağı olabilecek faktörleri belirleyerek, prenatal dönemde algılanan stresi değerlendirmek için İsveç’de geliştirilmiştir (Razurel et al. 2014). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2018 yılında Atasever ve Sis Çelik tarafından yapılmıştır (Atasever ve Sis Çelik 2018).

Ölçek 36-39. gebelik haftasındaki gebelere uygulanmaktadır. 5’li likert tipinde (çok fazla=5 puan, çok=4 puan, oldukça=3 puan, biraz=2 puan, hiç=1 puan) olan ölçek toplam 12 maddeden ve 3 alt boyuttan oluşmaktadır. Gebelik döneminde algılanan stres puanı ölçek madde puanlarının toplanması ve madde sayısına bölünmesi ile elde edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 1, en yüksek puan ise 5 ‘tir. Ölçekten alınan toplam puanın artışı gebeler tarafından algılanan stres düzeyinin arttığını göstermektedir.

“Medikal ve obstetrik riskler / fetal sağlık (medical and obstetric risks/fetal health)” alt boyutu 3 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 8, 9 ve 10. maddelerdir.

“Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler (psychosocial changes during pregnancy)” alt boyutu 5 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 1, 2, 3, 5 ve 7. maddelerdir.

“Doğum beklentisi (prospect of childbirth)” alt boyutu 4 maddeden oluşmaktadır. Bu maddeler 4, 6, 11 ve 12. maddelerdir.

Alt boyutların puanı hesaplanırken her bir alt boyutta yer alan madde puanları toplanır ve madde sayısına bölünür. 1-5 puan arasında her bir alt boyutun ortalama puanı elde edilir.

Razurel ve ark. (2014) tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre ölçeğin toplam Cronbach’s alfa katsayısının 0.75 olduğu belirlenmiştir (Razurel et al. 2014). Atasever ve Sis Çelik (2018) tarafından yapılan geçerlilik güvenilirlik analizi sonucuna göre ise; ölçeğin toplam Cronbach’s alfa katsayısının 0.70 olduğu tespit edilmiştir (Atasever ve Sis Çelik 2018). Bu çalışma da Cronbach’s alfa katsayısının 0.84 olduğu belirlenmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada elde edilen veriler, araştırmacılar tarafından bilgisayar ortamına aktarılarak lisanslı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences)

17.0 programı kullanılmıştır. Araştırma verilerinin analizinde testlerin normal dağılım göstermesi durumunda parametrik testlerden t testi ve One Way ANOVA testi; normal dağılıma uymayan veriler için ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal-Wallis testi uygulanmıştır.

Etik Boyut: Bu çalışmada Helsinki Deklarasyonu Prensipleri’ne uyulmuş ve çalışma bu ilkelere uygun olarak yapılmıştır. Araştırmaya başlamadan önce Atasever ve Sis Çelik’ten ‘Doğum öncesi Algılanan Stres Ölçeği’ için kullanma izni, Erzincan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Etik Kurulu’ndan (06.10.2016 tarih ve 6 sayılı) ve Artvin Devlet Hastanesi’nde yapılabilmesi için (28.11.2016 tarih, 10833878/3445 sayılı) onay alınmıştır. Araştırmaya başlamadan önce, araştırmacılar tarafından gebelere araştırma hakkında bilgi verilerek, bireysel bilgilerinin korunacağı belirtildi ve gönüllülük ilkesi doğrultusunda sözel onamları alındı.

Araştırmanın Sınırlılıkları ve Genellenebilirliği: Araştırma sonuçları araştırmaya katılmayı kabul eden gebelerin verileri ile sınırlıdır ve araştırma kapsamına alınan gebelere genellenebilir.

BULGULAR

Araştırmanın bulguları primipar ve multipar gebelerin sosyodemografik/obstetrik özelliklerine ve Doğum Öncesi Algılanan Stres Ölçeğine göre ilişkin bulgular olarak ele alınmıştır. Tablo 1’de primipar gebelerin; yaş ortalaması 28.47±3.70’dir. Bunların %29.7’si üniversite eğitimi almış, %79.7’si çalışmamakta, %94.6’sı eşleriyle uyumlu, %83.8’i sosyal güvenceye sahip, %79.7’si çekirdek ailede yaşamakta ve %2.7’si kötü gelir düzeyindedir. Eşlerinin yaş ortalaması 29.41±4.92’dir. Bunların %52.7’si üniversite eğitimi almış ve %91.9’u çalışmaktadır. Multipar gebelerin; yaş ortalaması 29.76±4.9’dir. Gebelerin %17.1’i üniversite eğitimi almış, %82.9’u çalışmamakta, %88.2’si eşleriyle uyumlu, %88.2’si sosyal güvenceye sahip, %75.0’ı çekirdek ailede yaşamakta ve kötü gelir düzeyinde kimse bulunmamaktadır. Eşlerinin yaş ortalaması 34.13±5.70’dir. Bunların %27.6’sı üniversite eğitimi almış ve %84.2’si çalışmaktadır.

Tablo 1. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerinin Dağılımı

Demografik Özellikler	Primipar		Multipar			
	S	%	S	%		
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	-	-	2	2.6	
	Okur- yazar	2	2.7	4	5.3	
	İlköğretim	31	41.9	30	39.5	
	Lise	19	25.7	27	35.5	
	Üniversite	22	29.7	13	17.1	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	15	20.3	13	17.1	
	Çalışmıyor	59	79.7	63	82.9	
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	1	1.4	3	3.9	
	İlköğretim	10	13.5	28	36.8	
	Lise	24	32.4	24	31.6	
	Üniversite	39	52.7	21	27.6	
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	68	91.9	64	84.2	
	Çalışmıyor	6	8.1	12	15.8	
Eşle Uyumlu Olma	Uyumlu	70	94.6	67	88.2	
	Bazen uyumlu	4	5.4	9	11.8	
	Uyumsuz	-	-	-	-	
Sosyal Güvence	Var	62	83.8	67	88.2	
	Yok	12	16.2	9	11.8	
Aile Tipi	Çekirdek aile	59	79.7	57	75.0	
	Geniş aile	15	20.3	19	25.0	
Algılanan Gelir Durumu	Kötü	2	2.7	-	-	
	Orta	50	67.6	62	81.6	
	İyi	22	29.7	14	18.4	
	Min-Max	Ort.	SS.	Min-Max	Ort.	SS.
Yaş	18-39	28.47	3.70	15-39	29.76	4.97
Eş Yaşı	19-42	29.41	4.92	25-54	34.13	5.70

Tablo 2. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerinin Dağılımı

Obstetrik Özellikler	Primipar		Multipar		
	S	%	S	%	
Önceki Doğum Şekli	Normal	-	-	37	49.3
	Sezaryen	-	-	38	50.7
Önceki Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama	Evet	5	6.8	16	21.1
	Hayır	69	93.2	60	78.9
Önceki Doğumlarda Doğum Problemleri Yaşama	Evet	-	-	8	10.5
	Hayır	-	-	68	89.5
Gebeliğin Planlanması	Evet	60	81.1	57	75.0
	Hayır	14	18.9	19	25.0
Tercih Edilen Doğum Şekli	Normal doğum	56	75.7	41	53.9
	Sezaryen	18	24.3	35	46.1
Destek Olacak Kişiler	Eş	68	91.9	61	82.4
	Akrabalar	6	8.1	13	17.6
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme Durumu	Evet	70	94.6	75	98.7
	Hayır	4	5.4	1	1.3
Bebegin Beklenen Cinsiyette Olması	Evet	64	86.5	58	76.3
	Hayır	10	13.5	18	23.7
Gebeliğin Gelecek Planlarını Etkileyeceğini Düşünme	Etkileyeceğini düşünen	13	17.6	12	15.8
	Etkilemeyeceğini düşünen	57	77.0	58	76.3
	Kararsız	4	5.4	6	7.9
Planlanan Çocuk Sayısı	İki	56	75.7	46	60.5
	Üç	18	24.3	30	39.5

Tablo 2’te, Primipar gebelerin %81.1’i planlı gebelik ve %75.7’si normal doğumu tercih etmekte, %91.9’una destek olacak kişi eşi, %94.6’sı gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitmiş, %86.5’inin bebek cinsiyeti beklendiği gibi, %77’si hamileliğin gelecek planlarını etkilemeyeceğini düşünmekte ve %24.3’ü üç çocuk planlamaktadır. Multipar gebelerin %49.3’ü normal doğum yapmış, %21.1’i önceki gebelikte sağlık problemi ve %10.5’i de önceki doğumlarda doğum problemi yaşamıştır. Gebelerin % 75’inin gebeliği planlı, %53.9’u normal doğumu tercih etmekte, %82.4’üne destek olacak kişi eşi, %98.7’si gebelik boyunca düzenli sağlık kontrollerine gitmiş, %76.3’ünün bebek cinsiyeti beklendiği gibi, %76.3’ü hamileliğin gelecek planlarını etkilemeyeceğini düşünmekte ve %39.5’i üç çocuk planlamaktadır.

Tablo 3’de primipar gebelerde, aile tipi haricindeki tüm demografik değişkenler açısından DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Aile tipine göre ise DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Geniş ailede yaşayanların stres ölçeği puan ortalaması daha yüksektir.

Multipar gebelerde, eşle uyum ve yaş haricindeki tüm demografik değişkenler açısından DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı değildir ($p>0.05$). Eşle uyuma göre DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$). Eşle bazen uyumlu olanların puan ortalaması daha yüksektir. Multipar gebelerde DÖASÖ toplam puanı ile yaş

arasında ise istatistiksel olarak pozitif yönlü, düşük düzeyli ilişki vardır ($p<0.05$). Yaş arttıkça DÖASÖ toplam puanı da artmaktadır.

Tablo 4’te obstetrik özellikleri açısından primipar gebelerde, gebeliğin planlanmasına göre DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$). Gebeliği planlı olanlarda puan ortalaması daha yüksektir. Diğer değişkenler açısından primipar gebelerde anlamlı fark olan bir değişken bulunmamaktadır ($p>0.05$). Multipar gebelerde ise, obstetrik özelliklerine göre tercih edilen doğum şekline göre DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$). Normal doğumu tercih edenlerin puan ortalaması da yüksektir. Multipar gebelerde, diğer değişkenler açısından anlamlı fark olan bir değişken bulunmamaktadır ($p>0.05$).

Tablo 5’te “Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık” alt boyutu puan ortalamasının primipar gebelerde 2.29 ± 1.26 multipar gebelerde 1.74 ± 0.48 olduğu, “gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler” alt boyutu puan ortalaması primipar gebelerde 2.13 ± 1.27 , multipar gebelerde 1.64 ± 0.48 , “doğum beklentisi” alt boyutu puan ortalamasının primiparlarda 2.49 ± 1.31 , multipar gebelerde 1.88 ± 0.98 olduğu saptanmıştır. Primipar gebelerin DÖASÖ’ den aldıkları toplam puan ortalamasının 2.28 ± 0.90 , multipar gebelerin 1.72 ± 0.48 olduğu saptanmıştır. Primipar ve multipar gebelerin doğum öncesi algılanan stres ölçeği toplam ve alt boyutu puan ortalamaları karşılaştırıldığında puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel açıdan önemli/anlamlı olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$).

Tablo 3. Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eğitim Düzeyi	Okur-yazar değil	-	-	1.63	0.18	-	-	1.38	0.18	-	-	1.75	1.06	-	-	1.46	0.29
	Okur- yazar	1.38	0.18	1.38	0.14	2.38	0.53	1.56	0.24	2.00	0.00	1.25	0.50	1.83	0.24	1.42	0.14
	İlköğretim	1.68	0.75	1.74	0.55	1.76	0.70	1.75	0.47	1.94	1.06	2.03	0.85	1.76	0.62	1.80	0.43
	Lise	1.76	0.91	1.72	0.41	1.79	0.98	1.58	0.56	2.13	1.14	1.76	0.99	1.86	0.88	1.65	0.40
	Üniversite	1.64	0.58	1.92	0.54	1.58	0.79	1.62	0.45	1.81	0.73	2.08	1.30	1.68	0.56	1.80	0.56
	Test ve p değeri	x ² KW =0.946 p=0.814		x ² KW =4.836 p=0.305		x ² KW =4.970 p=0.174		x ² KW =3.985 p=0.408		x ² KW =0.884 p=0.829		x ² KW =4.823 p=0.306		x ² KW =1.298 p=0.730		x ² KW =5.209 p=0.266	
Gebenin Çalışma Durumu	Evet	1.75	0.71	1.87	0.43	1.54	0.70	1.62	0.45	1.88	0.79	2.12	1.10	1.70	0.60	1.78	0.49
	Hayır	1.64	0.71	1.72	0.49	1.78	0.87	1.65	0.50	1.96	0.98	1.85	0.96	1.78	0.69	1.71	0.43
	Test ve p değeri	U=511.000 p=0.235		U=307.500 p=0.152		U=522.000 p=0.293		U=409.000 p=0.994		U=609.000 p=0.967		U=352.000 p=0.410		U=573.500 p=0.655		U=368.500 p=0.570	
Eşin Eğitim Düzeyi	Okur-yazar	1.25	.	1.42	0.14	2.00	.	1.83	0.14	2.00	.	1.67	1.15	1.67	.	1.61	0.29
	İlköğretim	2.20	1.36	1.76	0.58	2.38	1.12	1.71	0.58	2.55	1.54	2.07	0.96	2.33	1.14	1.79	0.53
	Lise	1.56	0.45	1.64	0.35	1.64	0.79	1.50	0.36	1.85	0.45	1.67	0.94	1.65	0.45	1.56	0.25
	Üniversite	1.62	0.56	1.89	0.48	1.56	0.68	1.71	0.50	1.82	0.91	1.95	1.05	1.66	0.55	1.81	0.46
	Test ve p değeri	x ² KW =1.962 p=0.580		x ² KW =5.134 p=0.162		x ² KW =7.062 p=0.070		x ² KW =4.245 p=0.236		x ² KW =2.388 p=0.496		x ² KW =3.498 p=0.321		x ² KW =4.237 p=0.237		x ² KW =3.782 p=0.286	
Eşin Çalışma Durumu	Çalışıyor	1.68	0.73	1.79	0.50	1.68	0.81	1.68	0.49	1.92	0.95	1.92	1.03	1.74	0.67	1.75	0.46
	Çalışmıyor	1.63	0.44	1.50	0.26	1.88	0.98	1.50	0.46	2.08	0.38	1.75	0.66	1.85	0.55	1.53	0.26
	Test ve p değeri	U=185.000 p=0.700		U=254.000 p=0.059		U=171.500 p=0.513		U=298.500 p=0.216		U=148.500 p=0.253		U=379.000 p=0.941		U=153.500 p=0.316		U=273.000 p=0.112	

*p<0.05

Tablo 3. (Devam) Primipar ve Multipar Gebelerin Demografik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Demografik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Eşle Uyum	Uyumlu	1.64	0.60	1.71	0.47	1.66	0.75	1.59	0.41	1.89	0.86	1.78	0.92	1.71	0.56	1.66	0.37
	Bazen uyumlu	2.25	1.85	1.97	0.59	2.44	1.60	2.06	0.78	2.75	1.55	2.78	1.00	2.42	1.67	2.15	0.67
	Test ve p değeri	U=139.000 p=0.980		U=220.000 p=0.182		U=88.000 p=0.206		U=169.000 p=0.031*		U=85.000 p=0.171		U=131.500 p=0.005*		U=101.000 p=0.350		U=157.500 p=0.020*	
Sosyal Güvence	Var	1.72	0.74	1.72	0.46	1.74	0.86	1.65	0.49	1.95	0.97	1.90	0.98	1.78	0.71	1.72	0.43
	Yok	1.44	0.43	1.92	0.66	1.48	0.48	1.61	0.47	1.83	0.58	1.89	1.08	1.57	0.26	1.72	0.52
	Test ve p değeri	U=266.000 p=0.112		U=255.500 p=0.451		U=323.000 p=0.465		U=296.000 p=0.928		U=358.000 p=0.831		U=292.500 p=0.881		U=355.000 p=0.802		U=279.000 p=0.716	
Aile Tipi	Çekirdek aile	1.61	0.53	1.82	0.50	1.59	0.74	1.65	0.48	1.80	0.75	1.96	0.99	1.66	0.53	1.76	0.47
	Geniş aile	1.95	1.16	1.51	0.34	2.13	0.99	1.63	0.52	2.47	1.30	1.68	0.95	2.11	0.98	1.60	0.33
	Test ve p değeri	U=414.000 p=0.695		U=334.000 p=0.011*		U=256.500 p=0.011*		U=512.000 p=0.719		U=311.000 p=0.066		U=449.500 p=0.252		U=284.500 p=0.033*		U=419.500 p=0.142	
Gelir Durumu	Kötü	1.50	0.71	-	-	1.50	0.35	-	-	1.50	0.71	-	-	1.54	0.53	-	-
	Orta	1.78	0.82	1.75	0.51	1.74	0.89	1.68	0.51	1.94	0.90	1.91	0.99	1.79	0.73	1.73	0.45
	İyi	1.47	0.29	1.73	0.40	1.64	0.68	1.52	0.39	1.95	1.00	1.82	0.99	1.67	0.50	1.65	0.37
	Test ve p değeri	x ² KW =2.016 p=0.365		U =413.500 p=0.779		x ² KW =0.022 p=0.989		U =360.500 p=0.317		x ² KW =0.528 p=0.768		U=407.000 p=0.707		x ² kw =0.236 p=0.888		U=394.500 p=0.595	
Yaş Ortalaması	r ve p değeri	r=0.074 p=0.531		r=0.300 p=0.009*		r= -0.109 p=0.354		r=0.162 p=0.163		r=0.095 p=0.420		r=0.159 p=0.169		r=0.028 p=0.814		r=0.245 p=0.033*	
Eş Yaş Ortalaması	r ve p değeri	r=0.030 p=0.803		r=0.231 p=0.045*		r= - 0.239 p=0.040*		r=0.046 p=0.694		r= - 0.019 p=0.873		r=0.219 p=0.058		r= - 0.141 p=0.230		r=0.215 p=0.063	

*p<0.05

Tablo 4. Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler	Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık		Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ						
	Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Önceki Doğum Şekli	Normal	-	-	1.78	0.52	-	-	1.75	0.49	-	-	1.88	-	-	-	1.80	0.48
	Sezaryen	-	-	1.70	0.45	-	-	1.51	0.41	-	-	1.93	1.00	-	-	1.63	0.37
	Test ve p değeri	-	-	U=626.500 p=0.408		-	-	U=498.000 p=0.027		-	-	U=673.000 p=0.742		-	-	U=543.000 p=0.088	
Önceki Gebelikte Sağlık Problemi Yaşama	Evet	1.50	0.35	1.83	0.56	1.70	0.62	1.59	0.70	1.80	1.04	1.97	0.92	1.72	0.53	1.73	0.54
	Hayır	1.69	0.73	1.72	0.47	1.70	0.83	1.66	0.42	1.94	0.92	1.88	1.00	1.75	0.67	1.72	0.41
	Test ve p değeri	U=157.500 p=0.741		U=441.000 p=0.613		U=158.000 p=0.751		U=382.000 p=0.205		U=148.000 p=0.583		U=427.500 p=0.487		U=172.000 p=0.991		U=443.500 p=0.640	
Önceki Doğumlarda Doğum Problemleri Yaşama	Evet	-	-	1.66	0.42	-	-	1.47	0.47	-	-	1.75	0.65	-	-	1.57	0.27
	Hayır	-	-	1.75	0.49	-	-	1.67	0.49	-	-	1.91	1.01	-	-	1.74	0.45
	Test ve p değeri	-	-	U=243.500 p=0.623		-	-	U=206.000 p=0.257		-	-	U=268.500 p=0.951		-	-	U=219.500 p=0.372	
Gebeliğin Planlanması	Evet	1.69	0.71	1.74	0.48	1.72	0.83	1.72	0.49	1.96	0.92	1.89	0.96	1.77	0.66	1.75	0.44
	Hayır	1.25	0.25	1.75	0.52	1.17	0.14	1.42	0.43	1.33	0.58	1.89	1.07	1.25	0.14	1.63	0.44
	Test ve p değeri	U= 50.500 p=0.116		U= 532.500 p=0.912		U= 55.000 p=0.151		U= 338.000 p=0.013*		U= 61.000 p=0.194		U= 531.000 p=0.896		U= 27.500 p=0.030*		U= 442.500 p=0.233	
Tercih Edilen Doğum Şekli	Normal doğum	1.63	0.70	1.76	0.50	1.67	0.86	1.76	0.53	1.92	0.88	1.99	1.10	1.72	0.68	1.81	0.48
	Sezaryen	1.83	0.74	1.73	0.47	1.81	0.68	1.51	0.40	1.97	1.05	1.79	0.82	1.85	0.60	1.61	0.36
	Test ve p değeri	U= 387.000 p=0.132		U= 687.000 p=0.746		U= 409.000 p=0.224		U= 516.000 p=0.033*		U= 502.500 p=0.984		U= 679.500 p=0.681		U= 92.000 p=0.157		U= 526.500 p=0.046*	

*p<0.05

Tablo 4. (Devam) Primipar ve Multipar Gebelerin Obstetrik Özelliklerine Göre DÖASÖ Toplam Puan ve Alt Boyut Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Obstetrik Özellikler		Medikal ve Obstetrik Riskler/Fetal Sağlık				Gebelikte Psikososyal Değişiklikler				Doğum Beklentisi				Toplam DÖASÖ			
		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Primipar (n=74)		Multipar (n=76)	
		Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.	Ort.	SS.
Gebelik Boyunca Düzenli Sağlık Kontrollerine Gitme	Evet	2.27	1.25	1.72	0.45	2.10	1.25	1.64	0.48	2.39	1.23	1.85	0.96	2.23	0.85	1.71	0.47
	Hayır	2.56	1.66	3.25	0.00	2.75	1.67	2.25	0.00	4.25	1.50	4.00	0.00	3.07	1.44	2.87	0.00
	Test ve p değeri	U=115.000 p=0.572		U=0.000 p=0.026		U=108.50 p=0.466		U=6.000 p=0.184		U=51.000 p=0.031		U=3.500 p=0.105		U=84.000 p=0.192		U=4.000 p=0.133	
Bebeğin Beklenen Cinsiyette Olması	Evet	1.71	0.85	1.70	0.48	1.94	0.97	2.00	1.02	1.76	0.69	1.78	0.45	1.68	0.74	1.78	0.51
	Hayır	1.65	0.63	1.47	0.48	1.90	0.57	1.56	0.78	1.67	0.48	1.53	0.34	1.65	0.52	1.63	0.39
	Test ve p değeri	U= 05.000 p=0.810		U= 340.500 p=0.024*		U= 298.000 p=0.717		U= 383.500 p=0.079		U=313.000 p=0.912		U=329.500 p=0.018*		U= 12.000 p=0.897		U= 436.000 p=0.284	
Gebeliğin Gelecek Planlarını Etkileyeceğini Düşünme	Etkileyeceğini düşünen	2.21	1.22	1.54	0.30	2.15	1.31	1.67	0.98	2.19	1.10	1.60	0.44	2.13	1.20	1.71	0.49
	Etkilemeyeceğini düşünen	1.55	0.60	1.66	0.53	1.83	0.72	1.91	0.98	1.62	0.42	1.73	0.45	1.54	0.41	1.75	0.50
	Kararsız	2.13	1.36	1.75	0.39	2.63	1.70	2.25	0.99	2.21	1.02	1.81	0.39	2.13	1.30	1.79	0.37
Test ve p değeri	$\chi^2_{KW} = 3.836$ p=0.147		$\chi^2_{KW} = 1.380$ p=0.502		$\chi^2_{KW} = 1.062$ p=0.588		$\chi^2_{KW} = 2.297$ p=0.317		$\chi^2_{KW} = 4.020$ p=0.134		$\chi^2_{KW} = 2.466$ p=0.291		$\chi^2_{KW} = .416$ p=0.110		$\chi^2_{KW} = 0.529$ p=0.768		
Planlanan Çocuk Sayısı	İki	2.26	1.22	1.71	0.43	2.25	1.34	1.63	0.42	2.57	1.31	1.85	1.06	2.34	0.90	1.70	0.45
	Üç	2.36	1.42	1.79	0.56	1.75	0.97	1.67	0.58	2.25	1.32	1.91	0.87	2.10	0.89	1.75	0.53
	Test ve p değeri	U=475.500 p=0.714		U=669.500 p=0.824		U=409.000 p=0.226		U=678.500 p=0.901		U=415.000 p=0.247		U=626.500 p=0.483		U=402.500 p=0.201		U=655.000 p=0.896	

*p<0.05

Tablo 5. Primipar ve Multipar Gebelerin Stres Ölçeği Toplam ve Alt Boyutlarından Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçek Alt Boyutları	Primipar (n=74)		Multipar (n=76)		Test ve P Değeri
	Ort.	SS.	Ort.	SS.	
Medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık	2.29	1.26	1.74	0.48	t=3.514 p=0.001
Gebelik esnasındaki psikososyal değişiklikler	2.13	1.27	1.64	0.48	t=3.98 p=0.002
Doğum beklentisi	2.49	1.31	1.88	0.98	t=3.252 p=0.001
Toplam puan	2.28	0.90	1.72	0.48	t=4.688 p=0.000

TARTIŞMA

Yapmış olduğumuz çalışmada primipar ve multipar gebelerin ve eşlerinin eğitim düzeyinin yüksek olması gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği bulunmuştur. Doğum öncesi bakım alma oranlarının artması, gebelerin bilinçli hale gelmesi, ihtiyaç duyduğu bilgi ve sağlık hizmetine daha kolay ulaşması, stresin azalmasında önemli rol oynamaktadır. Benzer çalışmalarda eğitim düzeyinin gebelerde kaygı düzeyini (Kaplan ve ark. 2007, Akbaş ve ark. 2008) psikososyal sağlığı (Körükçü ve ark. 2017) ve stresle başa çıkmayı etkilemediği bulunmuştur (Elkin 2015). Çapık ve ark. (2015) çalışmasında gebe eşlerinin eğitim durumlarının gebelerdeki stresi etkilemediğini belirtmiştir (Çapık ve ark. 2015). Yapılan çalışmalar araştırma bulgularımız ile paralellik göstermektedir.

Gebelerin (primipar ve multipar) çalışma durumu doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Bu durumun bölgedeki ailelerin köy gelirlerinin yüksek olması ve ekonomik sıkıntı yaşamamalarının etkili olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızla benzerlik gösteren araştırmalar çalışma durumu ile kaygı, anksiyete, psikososyal sağlık ve gebelik sorunları arasında anlamlı bir ilişki olmadığını belirtmektedir (Kaplan ve ark. 2007, Körükçü ve ark. 2017). Ayrıca çalışma durumu gebelerin distress düzeyini de etkilemediği belirtilmiştir (Yıldız Çiltaş ve Köse Tuncer 2019).

Primipar gebelerin eşle uyumuna göre DÖASÖ toplam puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı ($p>0.05$) saptanırken eşiyile bazen uyumlu olan multipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda primipar gebelerin eş ile uyumları multipar gebelere göre yüksek olduğu görülmektedir. Dolayısıyla gebenin eşi ile olan uyumu ilişkilerini, gebeliğin kabulünü ve

algılanan desteği etkilediği düşünülmektedir. Gebe kadınların eşlerinden etkili destek algılaması kaliteli bir ilişkiye sahip olmalarının sonucu olarak görülmektedir (Rini et al. 2006). Bu desteğin yetersizliğinde ise gebelikteki emosyonel değişiklikler, anksiyete ve depresyon yaşama durumunu artırmaktadır (Şahin ve Kılıçarslan 2010).

Gebeler aile tipine göre karşılaştırıldığında primipar gebelerin psikososyal değişiklikler alt boyutu ve DÖASÖ toplam puanı, multipar gebelerin ise medikal ve obstetrik riskler/fetal sağlık alt boyut puan ortalamaları arasındaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 6). Primipar gebelerin geniş ailede, multipar gebelerin ise çekirdek ailede yaşaması stres düzeyini etkilediği bulunmuştur. İnsani yaşam standartlarını artıran eğitim seviyesi ve çalışma oranı primipar gebelerde ve eşlerinde yüksektir. Değişen ve gelişen yaşam standartları kişileri ve toplumu etkileyerek çekirdek aile yapısını tercih etmeye yöneltmiştir. Türkiye’de çekirdek aile yapısının arttığı Türkiye Aile Yapısı Araştırması 2013 çalışmasında da saptanmıştır (Coşkun ve ark. 2020). Ayrıca geniş ailede yaşayan primipar gebelerin gebeliği süresince kendisini ifade etme ve bağımsız karar vermede yaşadığı sorun onlarda stres seviyesini artırmaktadır. Tortumluoğlu ve ark.’nın (2003) çalışmasında ailedeki birey sayısının artması gebenin eşi ile arasındaki duygusal ve fiziksel bağların olumsuz şekilde etkilendiği belirtilmiştir (Tortumluoğlu ve ark. 2003). Alanyazında aile tipinin gebelikte psikososyal sağlık durumu ve gebeliğe uyum üzerine etkisi olduğu ifade edilmiştir (Demirbaş ve Kadioğlu 2014, Körükçü ve ark. 2017). Yukarıdaki çalışmalar primipar gebelerin sonuçları ile aynı doğrultuda olurken multipar gebelerde algılanan stresin çekirdek ailede yaşayanlardan daha yüksek olması bu gruptaki kadınlarda geleneksel geniş aile yapısı anlayışının

benimsenmesi ile bulunduğu ortama rahatlıkla uyum sağlaması şeklinde açıklanabilir.

Primipar ve multipar gebeler yaş durumuna göre karşılaştırıldığında multipar gebelerde yaş arttıkça doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda multipar gebelerin yaş ortalaması primipar gebelerin yaş ortalamasından daha fazladır. Yaş ile birlikte gebelik ve fetüs ile ilgili komplikasyonların, aynı zamanda gebelerde tükenmişlik düzeyinin artması nedeni ile algılanan stresin artması beklenen bir sonuç olarak düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada anksiyete ile anne yaşı ve parite arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (Perkin et al. 1993). Prost ve ark (2012) gebelikte distres düzeyinin artmasına risk faktörü olarak ileri yaşı belirtmişlerdir (Prost ve ark. 2012). Çalışmamızın sonucundan farklı olarak 24 yaş ve altında olan gebelerin doğum öncesi algılanan stres düzeyinin yüksek olduğu belirtilmiştir (Sis Çelik ve Atasever 2020).

Gebeliği planlı olan primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu durum primipar gebelerin ilki deneyimlemesi, bebeğe bir şey olacağı kaygısının daha fazla olması, gebeliğe ve fetüse daha çok önem verilmesi gibi düşüncelerin daha fazla strese neden olabileceği düşünülmektedir. Yanikkerem ve ark (2013) ise plansız gebeliklerde depresyon düzeyinin yüksek olduğunu saptamıştır. Bu durum ise gebelik, doğum ve çocuk sayısının fazla olmasına bağlanmıştır (Yanikkerem ve ark. 2013).

Normal doğumu tercih eden multipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Multipar gebelerin daha önceden doğumu deneyimledikleri için düzenli kontrollere gitmeler de önceki deneyimlerinden dolayı streslerinin azalmadığı söylenebilir. Doğum korkusunun temel nedeni ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum deneyimi olduğu belirtilmiştir (Aksoy 2015, Çiçek ve Mete 2015). Gebelerin doğuma ilişkin korkuları ve etkileyen faktörleri inceleyen bir çalışmada bir defa doğum yapanlar ve birden fazla doğum yapanlar arasında korku puanları açısından istatistiksel olarak bir fark saptanmamıştır (Şahin ve ark. 2009).

Primipar ve multipar gebelerde bebeğin beklenen cinsiyette olması gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Primiparların hiç çocuk sahibi olmamalarından dolayı bebeğin cinsiyeti fark etmezken, multiparların ise yaşayan çocuğunun

cinsiyetinden farklı cinsiyette bir çocuk isteyebilecekleri düşüncesi ile stres düzeylerini etkilemiştir diyebiliriz. Dağlar ve Naim (2014) bebeğin ailenin beklediği cinsiyette olması ile anksiyete ve depresyon puan ortalamaları karşılaştırıldığında aralarında anlamlılık saptanmamıştır (Dağlar ve Naim 2014).

Primipar ve multipar gebelerde gebeliğin gelecek planlarını etkileyeceğini düşüncesi gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini etkilemediği belirlenmiştir. Çalışmamızda bu durumun gebelerimizin istemli ve planlı bir gebelik yaşadıklarından dolayı olduğu düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada gebeliğin şuanda veya gelecekteki hedefleri etkileme durumu ile distres ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlılık belirlenmiştir (Yıldız Çiltaş ve Tuncer Köse 2019).

Primipar gebelerin DÖASÖ' den aldıkları toplam puan ortalamasının 2.28 ± 0.90 , multipar gebelerin 1.72 ± 0.48 olduğu saptanmıştır. Primipar ve multipar gebelerin DÖASÖ toplam puan farkı istatistiksel olarak anlamlı olduğu saptanırken ($p < 0.05$, Tablo 5), primipar gebelerin doğum öncesi algıladıkları stres düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızda geniş aile tipi ve gebeliğin planlı olması primipar gebelerde doğum öncesi algıladıkları stres düzeyini artıran faktörlerdir. Literatürde ilk gebeliği olan gebelerde kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu (Akbaş ve ark. 2008), anksiyete ve depresyon açısından riskli grup olarak değerlendirilmiştir (Lee ve ark. 2007)

SONUÇ VE ÖNERİLER

Primipar gebelerin doğum öncesi algılanan stres düzeyi multipar gebelere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Primipar gebelerin geniş aile ve planlı gebelik durumu, multipar gebelerde ise yaş, eşle bazen uyumlu olma ve normal doğumu tercih etmek stres düzeyini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. Bu faktörlere dayanarak prenatal izlemlerde sağlık profesyonelleri tarafından gebeleri obstetrik değerlendirmenin yanında kültürel ve demografik özelliklerinin de değerlendirilmesi, gebeleri daha yakından takip için ev izlemlerinin artırılması, primipar gebelerin annelik rolü için bilgi ve deneyiminin yeterlilik açısından sorgulanması ve duruma göre eğitim verilmesi ile desteklenmesi önerilir. Ayrıca gebelerin algıladıkları stres düzeyini düşürmek için eşleri ile beraber eğitim ve danışmanlık hizmeti verilmesi, ikincil doğum korkusu diye tanımlanan önceki doğum

deneyimlerinin pozitif doğum deneyimine dönüştürülmesi için gebelere doğum süresince yeterli ve kaliteli bakım sağlanması önerilmektedir.

ÇIKAR ÇATIŞMASI

Yazarlar arasında herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

KAYNAKLAR

- Akbaş E ve ark.** Gebelikte Sosyodemografik Değişkenlerin Kaygı ve Depresyon Düzeyleriyle İlişkisi. Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi 2008; 45(3):85-91.
- Aksoy AN.** Doğum Korkusu: Literatür Taraması. Ordu Tıp Dergisi 2015; 2:161-5.
- Arslan S ve ark.** Kadınların Gebeliği Algılama Durumu ve Bunu Etkileyen Faktörler. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2018; 6(1):179-92.
- Atasever İ, Sis Çelik A.** Prenatal Stresin Ana-Çocuk Sağlığı Üzerine Etkisi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2018; 21(1):60-8.
- Atasever İ, Sis Çelik A.** The Validity and Reliability of The Antenatal Perceived Stress Inventory Turkish Version: A Methodological Study. Health Care for Women International 2018;39(10):1140-57.
- Bayık A ve ark.** Kadınların Stres Verici Yaşam Olaylarıyla Karşılaşma Durumları. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2006; 9(2):1-12.
- Coşkun AM, Arslan S, Okcu G.** Gebe Kadınlarda Gebelik Algısının Stres, Demografik ve Obstetrik Özellikler Açısından İncelenmesi. HEAD 2020;17(1):1-8.
- Çapık A ve ark.** Gebelerde Distres Düzeyinin Belirlenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 18(3):196-203.
- Çapık C.** İstatistiksel Güç Analizi ve Hemşirelik Araştırmalarında Kullanımı: Temel Bilgiler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014; 17(4):268-74.
- Çiçek Ö, Mete S.** Sık Karşılaşılan Bir Sorun: Doğum Korkusu. DEUHF ED 2015; 8(4): 263-8.
- Dağlar G, Naim N.** Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Anksiyete ve Depresyon Düzeyi ile İlişkisi. Cumhuriyet Tıp Dergisi 2014; 36(4):429-41.
- Demirbaş H, Kadioğlu H.** Prenatal Dönemdeki Kadınların Gebeliğe Uyumu ve İlişkili Faktörler. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2014; 4(4):200-6.
- Dennis CL, McQueen K.** Does Maternal Postpartum Depressive Symptomatology Influence Infant Feeding Outcomes? Acta Paediatrica 2007; 96(4):590-4.
- Elkin N.** Gebelerin Stresle Başa Çıkma Tarzları ve Bunları Etkileyen Faktörler. Mersin Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi 2015; 8(1):22-31.
- Furber CM et al.** A Qualitative Study of Mild to Moderate Psychological Distress during Pregnancy.

YAZARLARIN KATKI DÜZEYİ

Bu çalışma Erzincan Binali Yıldırım Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi'nde Yüksek Lisans Tezi olarak sunulmuştur. DKB; literatür tarama, veri toplama, makale yazma. SKT; makale yazma, kritik okuma.

International Journal of Nursing Studies 2009; 46(5):669-77.

Genç Koyucu R, Ülkar D, Erdem B. Primipar ve Multipar Gebelerin Gebelik Streslerinin Karşılaştırılması. İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi 2020, 8(3): 652-663.

Kabukcu C ve ark. Predictors of Prenatal Distress and Fear of Childbirth among Nulliparous and Parous Women. Nigerian Journal of Clinical Practice 2019; 22(12):1635-43.

Kaplan S ve ark. Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2007; 10(1):113-21.

Körükcü Ö ve ark. Gebelikte Psikososyal Sağlık Durumu ile Doğum Korkusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Clin Exp Health Sci 2017; 7:1-6.

Lee AM et al. Prevalence, course, and risk factors for antenatal anxiety and depression. Obstet Gynecol. 2007; 110: 1102-12.

Lewis A et al. Prenatal Maternal Mental Health and Fetal Growth Restriction: A Systematic Review. Journal of Developmental Origins of Health and Disease 2016; 7(4):416-28.

Ölçer Z, Yeşiltepe Oskay U. Yüksek Riskli Gebelerin Yaşadığı Stresörler ve Stresle Baş Etme Yöntemleri. Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi 2015; 12(2):85-92.

Özorhan EY ve ark. Gebelikte Ruh Sağlığı. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Hemşirelik E-Dergisi 2014; 2(3):34-42.

Perkin M et al. The Effect of Anxiety and Depression during Pregnancy on Obstetric Complications. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology 1993; 100(7):629-34.

Prost A ve ark. Predictors of Maternal Psychological Distress in Rural India: A Cross-Sectional Community-Based Study. Journal of Affective Disorders 2012; 138(3): 277-286.

Razurel C et al. Validation of The Antenatal Perceived Stress Inventory. Journal of Health Psychology 2014; 19(4):471-81.

Rini C et al. Effective Social Support: Antecedents and Consequences of Partner Support during Pregnancy. Personal Relationships 2006; 13(2):207-29.

Sis Çelik A, İ Atasever. Gebelerde Algılanan Stres Düzeylerinin ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi.

Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2020; 23(2):267-76.

Şahin EM, Kılıçarslan S. Son Trimester Gebelerin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Bunları Etkileyen Etmenler. Medical Journal of Trakya University/Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2010; 27(1):51-8.

Şahin N ve ark. Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler. Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2009; 40(2):57-62.

Taşkın L. Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği. 15. Baskı, Ankara, Reaksiyon Matbaacılık 2016. p.113-31

Toker E. Doğum Öncesi Dönem 1. Coşar Çetin F, Yeşilçiçek Çalık K, editör. Gebelikte Sosyo-Psikolojik Değişiklikler ve Adaptasyon. 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi. 2018. p.149-67.

Tortumluoğlu G ve ark. Gebelerin Aile Ortamını Algılamaları ile Öz Bakım Gücü Arasındaki İlişki. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2003; 6(1):24-36.

Üst ZD, Pasinlioğlu T. Primipar ve Multipar Gebelerde Doğum ve Postpartum Döneme İlişkin

Endişelerin Belirlenmesi. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi 2015; 2(3):306-17.

Yali AM, Lobel M. Coping and Distress in Pregnancy: An Investigation of Medically High Risk Women. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology 1999; 20(1):39-52.

Yali AM, Lobel M. Stress-Resistance Resources and Coping in Pregnancy. Anxiety, Stress & Coping 2002; 15(3):289-309.

Yanikkerem E, Ay S, Piro N. Planned and Unplanned Pregnancy: Effects On Health Practice And Depression During Pregnancy. Journal Of Obstetrics and Gynaecology Research 2013, 39(1):180-187.

Yeşilçiçek Çalık K, Aktaş S. Gebelikte Depresyon: Sıklık, Risk Faktörleri ve Tedavisi Depression in Pregnancy: Prevalence, Risk Factors and Treatment. Psikiyatrik Güncel Yaklaşımlar [Current Approaches in Psychiatry] 2011;3(1):142-62.

Yıldız Çiltaş N, Köse Tuncer S. Gebelikte Distresin Tanımlanması: Erzincan Örneği. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2019; 7(1):15-24.

EXTENDED ABSTRACT

Pregnancy is one of the most important developmental stages in women's life, together with physiological, psychological and social changes. Pregnancy can be seen as a period in which negative psychological changes such as depression, anxiety, stress, anxiety, anxious anticipation, and overload, which are known to be important complications of pregnancy, can be experienced along with positive emotions such as maturity, happiness and self-realization. These changes during pregnancy require biopsychosocial adaptation for the pregnant wife / partner and other family members. Factors such as women's personal experiences, beliefs and attitudes, childhood memories, relations with their mother, education level, changing roles in family and work life, trying to adapt to the motherhood role, and the socio-economic status of the family affect the adjustment process and cause anxiety and stress. A study indicates that pregnant women experience stress during pregnancy. How stressful pregnancy is perceived as a transition and adaptation period in women may vary greatly from person to person, and the reasons and perception of the developing stress may also be different in primipara and multiparous pregnant women. Primiparous pregnant women cannot predict the events they may encounter at the time of delivery by experiencing many new emotions that they cannot define.

It has been stated that the inability to effectively cope with the stress experienced in the prenatal period may cause inability to provide effective breastfeeding due to postpartum depression, negative perception of infant behavior and some health problems. In addition, it is stated that women who have had a stressful pregnancy period are nausea-vomiting, fear of birth, cesarean delivery rate, bacterial vaginosis rate and need for epidural anesthesia during delivery.

All this information necessitates the support of pregnant women in identifying and managing the stress factor in the early period in order to experience a positive pregnancy process. With the knowledge of the determined factors by health professionals involved in prenatal follow-ups within the scope of prenatal care, it is thought that the health of women, babies and children will be supported directly within the scope of preventing and improving health services. With this in mind, this study was planned to determine the perceived stress level and the factors affecting it in primipara and multiparous pregnant women in the third trimester.

The study was descriptive and its universe consisted of 150 pregnant women who met criterion of unqualified random sampling, accepted to participate in the research and applied to the Polyclinic of Obstetrics and Gynecology at Artvin State Hospital of Ministry of Health between November 2016 and April 2017. The "Pregnancy Information Form" and " Antenatal Percieved Stress Inventory " were used to collect the data. A priori power analysis was performed to determine the sample size. In the analysis of the data, the numbers, percentages, mean and mean values with minimum and maximum values, statistical Shapiro Wilk test, Cronbach α coefficient, Mann Whitney-U test, Kruskal Wallis analysis and Spearman correlation analysis tests were used in addition to standard deviations. It was determined that the mean score of the total scores of the primiparous pregnant women gained from "Antenatal Percieved Stress Inventory" was 2.28 ± 0.90 and score of multiparous pregnant women was 1.72 ± 0.48 and the difference was statistically significant. There was a significant relationship between the planning of pregnancy and family type in primiparous pregnant women and the scale total score average. On the other hand, in multiparous pregnant women a statistically significant relation was found between the spouse harmony, age, planned delivery method and total score average of the scale ($p < 0.05$).

In primipara and multiparous pregnant women a statistically significant relation wasn't found between education level of the pregnant woman and spouse, employment status of the pregnant and spouse, social security, income status, spouse age, previous mode of delivery, health problems in previous pregnancy, birth problems in previous births, going to regular health checks during pregnancy, the baby is of the expected gender, thinking that pregnancy will affect your future plans and total score average of the scale ($p > 0.05$).

As a result; It was found that the stress level perceived by primipara pregnant women before delivery was higher than multiparous pregnant women. Many factors (planning of pregnancy, family type, spouse harmony, age, planned) affect perceived stress during pregnancy. For this reason, it is recommended that pregnant women should be evaluated in terms of demographic, cultural and psychosocial aspects as well as obstetric evaluation and supported for multidisciplinary approach and care by healthcare professionals during prenatal period.