



**KADIN
SAĞLIĞI
HEMŞİRELİĞİ
DERNEĞİ**

Derginin Sayısı ve ISSN No: 2458-7621

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERGİSİ KASHED

**JOURNAL OF WOMEN'S HEALTH NURSING
JOWHEN**

YIL (YEAR) 4

CİLT(VOLUME) 1

MAYIS (MAY) 2018

www.kshddergisi.com

KADIN SAĞLIĞI HEMŞİRELİĞİ DERNEĞİ YAYIN ORGANI

Değerli Meslektaşlarımız ve okuyucularımız,

Kadın sağlığının kapsamı ve kadın sağlığı konusunda dünya çapında öncelikler değişmektedir. Geçtiğimiz on yılda, Küresel Sağlık Topluluğu (Global Health Community) da dikkatini kadınların sağlığına kaydırmıştır. Bu vizyon, kadın sağlığı kavramında yaşam boyu yaklaşımın giderek kabul görmesini ve bulaşıcı olmayan hastalıkların dünya çapındaki kadınların morbidite ve mortalitesine katkısının anlaşılmasını sağlamıştır. Genişletilmiş kadın sağlığı kavramı, kadınları üreme yıllarının ötesinde ve erkeklerle paylaştıkları ancak biyolojik, cinsiyet ve diğer sosyal belirleyiciler nedeniyle özellikle kadınları olumsuz etkileyen sağlık sorunlarını içermektedir. Gerek Binyıl Kalkınma Hedefleri (BKH), gerek 2030 yılına kadar sürecek olan Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri (SKH) kadınların, yeni doğanların, ailelerin, toplulukların, ulusların ve küresel toplumun refahına katkıda bulunmayı amaçlamaktadır. Hemşireler bu hedeflere yönelik olarak sürekli bilgi ve becerileri artırarak toplumsal sorumluluk ve görevlerini sürdürmelidir.

Bu sayımızda kadın sağlığı ve Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri açısından önemli konulara yer verdik:

Doğum sonu dönemde annelerin beklentileri, 0-12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar ve tutumları, prenatal tanı testleri sonrasında riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşleri, premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesi, infertilite tedavisi gören kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörlere ilişkin araştırma makaleleri,

Gebelik öncesi danışmanlık: hemşire ve ebelerin sorumlulukları, aile planlaması yöntemlerinde güncel gelişmeler, fekal inkontinans ve hemşirelik yaklaşımı başlıklı derleme yazıları ile karşınızdayız.

Bakıma ve kadın sağlığına katkılar sağlayacağını düşündüğümüz bu yazıları ilgiyle okuyacağınızı umarız.

KASHED dergisini DergiPark sistemi içinde tüm sayılarına ve arşivine bu sayfadan ulaşabilmektedir (<http://dergipark.gov.tr/kashed>)

İlgi ve paylaşımlarınızla güçleneceğimize inanıyoruz, katkılarınız için şimdiden teşekkür Saygılarımızla.

Editör

Prof.Dr. Nevin HOTUN ŞAHİN

İÇİNDEKİLER

Araştırmalar	Sayfa Sayısı
Prenatal Tanı Testleri Sonrasında Riskli Gebelik Tanısı Alan Gebelerin Sürece Yönelik Görüşleri Yeliz DOĞAN MERİH, Feriha İLİTER, Dilek COŞKUNER POTUR, Ayşegül ALIOĞULLARI	1-19
Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor? Çiğdem Gülşen, Yeliz Doğan Merih	20-34
0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar ve Tutumlarının Belirlenmesi Selver GÜLER, Sezer AVCI, Feride YİĞİT, Tülay ORTABAĞ	35-50
Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel Yaşam Kalitesi Hatice KAHYAOĞLU SÜT, Burcu KÜÇÜKKAYA	51-68
İnertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler Birsen ALTAY , Nazlı BALTACI , İlknur AYDIN AVCI, Nahide AYDIN	69-85
Derlemeler	
Fekal İnkontins ve Hemşirelik Yaklaşımı Çiğdem BİLGE, Nezihe Kızılkaya BEJİ	86-99
Gebelik Öncesi Danışmanlık: Hemşire ve Ebelerin Sorumlulukları Keziban AMANAK	100-108
Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler Neslihan DEĞERLİ KODAZ , Kamile ALTUNTUĞ, Emel EGE	109-130

Prenatal Tanı Testleri Sonrasında Riskli Gebelik Tanısı Alan Gebelerin Sürece Yönelik Görüşleri

Yeliz DOĞAN MERİH*, Feriha İLİTER**, Dilek ÇOŞKUNER POTUR***, Ayşegül ALIOĞULLARI****

Amaç: Çalışmada, riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşlerini belirleyerek, belirlenen ihtiyaçlar dahilinde etkin hemşirelik süreçlerini geliştirmek ve sunulan hizmet basamaklarını iyileştirmek amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışma, İstanbul'da bir Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Ocak - Mayıs 2015 tarihleri arasında tanımlayıcı gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, prenatal tanı sonrası riskli gebelik tanısı ile perinatoloji polikliniğine başvuran ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş 285 gebe oluşturmuştur. Çalışmada veri toplama aracı olarak, katılımcıların bireysel, sosyo-demografik özelliklerini, gebelik öykülerini ve riskli gebelik sürecine yönelik görüşlerini belirlemek için araştırmacılar tarafından geliştirilen 30 soruluk veri formu ve prenatal bağlanma ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programı dahilinde yüzdeler hesaplanmıştır, t test ve varyans analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma için etik kurul onayı ve araştırmaya katılan gebelerden yazılı onam alınmıştır.

Bulgular: Olgularımızın yaş ortalamasının 30 ± 6.21 olduğu, %46.3'ünün ilköğretim mezunu olduğu, %28.1'inin çalıştığı, %60.7'sinin gelirinin giderine denk olduğu saptanmıştır. Gebelerin sağlık öyküleri değerlendirildiğinde; %14'ünün sigara içtiği, %13.3'ünün akraba evliği yaptığı, %20'sinin kronik bir hastalığının olduğu ve %14'ünün sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır.

Gebelerin prenatal tanı testleri hakkında bilgi durumu değerlendirildiğinde, %76 oranıyla ikili testin birinci sırada, %75 oranıyla ayrıntılı ultrasonun ikinci sırada olduğu, mevcut gebeliklerindeki risk durumunun %45.3 oranıyla ayrıntılı ultrasonla konulduğu, test sonucu ile ilgili %22.5'nin genetik danışmanlık aldığı belirlenmiştir.

*Dr., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EA.H Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü

**Hem., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EA.H Perinatoloji Hemşiresi

***.Dr.Öğr.Üyesi, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

*Msc., Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EA.H ARGE Hemşiresi

Kadınların engelli çocuk tanısı konulduğunda gebeliğinizi sonlandırır mısınız? sorusuna %80.4 oranı ile sonlandırmam yanıtını verdiği, bunun nedenini ise %40 oranında "engelli de olsa o benim bebeğim yaşama hakkı var" olarak belirttikleri", %10'unun gebeliğini sonlandırmayı seçtiği, bunun nedenini ise %35 oranında "ona engelli bir yaşam vererek haksızlık yapmak istemiyorum" olarak ifade ettikleri belirlenmiştir.

Sonuç ve Öneriler: Çalışma sonucunda gebelerin riskli gebelik süreci konusunda orta düzeyde bilgi sahibi oldukları, gebelik kontrollerinde gebe eğitim birimlerinden danışmanlık alma konusunda istekli oldukları, sürece ait beklentilerinin daha fazla bilgilendirilmek, aile odaklı ve destekleyici hizmet almaya yönelik olduğu saptanmıştır. Prenatal hizmet sunumlarında başvuranların beklenti ve memnuniyetlerinin sürekli ölçülerek sürecin bu değerlendirmeler doğrultusunda iyileştirilmesi, hizmetin daha kaliteli ve istendik bir özellik kazanması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Gebelik, Görüş, Risk

The Views Of Pregnant Women Who Were Diagnosed With High Risk

Pregnancy After Prenatal Diagnosis Tests Regarding The Process

Aim: In this study, the aim was to determine the views of pregnant women diagnosed with high risk pregnancies regarding the process and thus to develop the effective nursing processes within the context of the determined requirements and to improve the steps of the care provided.

Materials and method: The study was descriptive conducted in an Obstetrics and Pediatrics Hospital located in Istanbul between January and May 2015. The sample of the study consisted of 285 pregnant women who presented at the perinatology clinic with a high risk pregnancy diagnosis after prenatal diagnosis. As data collection gathering tools, a 30 item data form developed by the researchers to determine the socio demographic characteristics, pregnancy histories, and views regarding the high risk pregnancy process of the participants and prenatal attachment scale was used. The data obtained was evaluated using the SPSS program via percentages, t tests, and variance analysis. Permission from the relevant ethical board and written consent from the participating pregnant women were taken.

Findings: The mean age of the participants was found to be 30 ± 6.21 , with 36.3% being elementary school graduates, 28.1% being employed, and 60.7% having income roughly equivalent to expenses. When the health histories of the pregnant women were evaluated, it was found that 14% smoked, 13.3% had consanguineous marriages, 20% had a chronic disease, and that 14% continuously used medication. When the status of the pregnant women regarding information on the diagnostic tests, it was determined that binary testing came first with 76%, detailed ultrasound came second with 75%, that the present high risk pregnancy diagnoses were made 45.3% via detailed ultrasound, and that 22.5% of the participants received genetics counseling regarding the test results. It was further determined that to the question “would you end your pregnancy if you were diagnosed with a handicapped baby?” the women answered no with a 80.4% rate, with 40% stating “even if disabled, he/she is my child and has a right to live”, and the 10% that answered yes stated with 35% prevalence that “I wouldn’t want to be unfair to the child by sentencing him/her to a disabled life”.

Conclusion and suggestions: As a result of the study, it was found that pregnant women had medium levels of information on the high risk pregnancy process, that they were willing to receive counseling from training the units during controls, and that their expectations regarding the process was being informed further and receiving more family based supportive services. It is very important to continuously measure the expectation and satisfactions of the patients and to improve the process within the context of these evaluations since it would provide care with more desired characteristics and higher quality.

Key words: Pregnancy, View, Risk

GİRİŞ

Gebelik, oğu kadının doğurganlık döneminde deneyimlediği mutluluk verici bir durum olarak görülmektedir. Ancak her zaman istedik ynde ilerlemeyebilir ve sağlıklı bebek sahibi olmayı bekleyen çiftler gerek anne gerekse bebekle ilgili risklerle karşılaşabilirler. Gebelikte karşılaşılan riskler düşük riskli gebelik, riskli gebelik ve

yüksek riskli gebelik olmak üzere 3 gruba ayrılır. Gebe olan her kadın düşük risk grubunda değerlendirilir. Riskli gruptakiler ise laboratuvar tarama testleri normal olan ancak takip altında olması gereken gebelerdir. Bebek veya annenin sağlığının tehlikede olduğu gebelikler ise yüksek riskli grup olarak değerlendirilir (Aydemir ve Hazar 2014).

Gebeliğe yönelik risklerin prenatal dönemde tanımlanması için prenatal tanı testleri kullanılır. Bu testler anne ve bebeğin sağlığının korunması, olası sağlık sorunlarının erken tespiti, anomalisi olan bebeğe doğumdan hemen sonra gerekli ve doğru müdahalenin yapılması bakımından büyük önem taşımaktadır. Ancak bebek anne karnında iken prenatal testler ile tanılanan ölümcül anomali, ölümcül olmayan anomali veya ölümcül olmayan ve doğum sonrasında cerrahi operasyon ile tedavi edilebilecek anomaliler anne üzerinde psikolojik travmalara neden olmaktadır (Titapant, and Chuenwattana 2015; Fonseca et al. 2012; Kaasen et al. 2017).

Aniden gelişen bebeğini kaybetme korkusu, özellikle ilk gebelikler için hamileliğin öğrenilmesinden sonra edinilen annelik rolünün yok olma korkusu, engelli bebeğe sahip olma ve bakımı konusunda yaşanan endişeler ve dini inancı gebeliğinin devamına karar verme sürecinde annenin yaşayacağı psikolojik travmanın boyutunu etkileyebilir. Gourounti ve arkadaşları riskli gebelik tanısı alan annelerde %18-58 oranında yüksek depresyon riski olduğunu belirtmişlerdir. Bu dönemde annenin yaşadığı psikolojik sorunlar hem annede hem de beklenen bebekte ciddi sağlık sorunlarına neden olabileceğinden iyi yönetilmesi gereken bir süreçtir (Gourounti et al. 2015). Gümüldaş ve ark.'nın yapmış olduğu çalışmada riskli gebelik tanısı alan gebelerin normal bir hamilelik süreci geçiren gebelere oranla özellikle gebeliklerinin son dönemlerinde daha fazla psiko-sosyal desteğe ihtiyaç duydukları belirtilmiştir (Gümüldaş ve ark 2014). Bunun nedeni ise üçüncü trimesterde prenatal bağlanmanın gerçekleşmesidir (Armstrong and Hutti 1998; Körükçü and Kukululu 2010).

Riskli gebelik tanısı alan annelere sosyal destek sağlanması konusunda hemşireler büyük bir rol üstlenmektedirler. Şen ve Şirin riskli gebelik tanısı alan gebelerin hemşire ve ebelerle telefon görüşmeleri yapmasının, gebeler için destek gruplarının oluşturulmasının ve gebelikteki riskli durumlarla baş etme yöntemleri ile ilgili

bilgilendirme yapmalarının sosyal desteğin arttırılması yönünde etkili olabileceğini belirtmişlerdir (Şen ve Şirin 2013).

Çalışmada, riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşlerini ve prenatal bağlanma durumlarını belirleyerek, belirlenen ihtiyaçlar dahilinde etkin hemşirelik süreçlerini geliştirmek ve sunulan hizmet basamaklarını iyileştirmek amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Şekli: Araştırma, prenatal tanı testleri sonrasında riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşlerini değerlendirmek amacıyla tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir.

Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman: Araştırma İstanbul ili Anadolu yakasında hizmet sunan Kadın ve ocuk Hastalıkları Hastanesi'nin perinatoloji bölümünde Ocak - Mayıs 2015 tarihleri arasında yapılmıştır. Araştırmanın yürütüldüğü hastane, kadın doğum alanında sunmuş olduğu etkin hizmet sunumunun yanında, eğitim ve danışmanlık alanında birçok ilke imza atan projelerin gerçekleştirildiği bir hastanedir. Özellikle perinatoloji alanında kapsamlı hizmeti ve başvuran hasta yoğunluğu ile önemli perinatal merkezler arasında yer alan bir kurum özelliği taşımaktadır.

Araştırmanın Evren ve rnekleme: Araştırmanın evrenini çalışma sürecinde ilgili hastanede perinatoloji polikliniğine araştırma sürecinde riskli gebelik tanısı ile başvuran tüm gebeler oluştururken, araştırmanın örnekleme kriterlerini karşılıyan (perinatal tanılama sonrasında riskli gebelik tanısı perinatoloji polikliniğine başvuran, en az 18 yaşında, 20 ve üzeri gebelik haftasında, Türkçe konuşabilen ve anlayabilen ve çalışmaya katılmaya gönüllük gibi örnekleme dahil olma kriterlerini karşılıyan) 285 gebe oluşturmuştur.

Veri Toplama Araçları: Çalışmada veri aracı olarak; gebelerin demografik, bireysel ve gebelik özelliklerinin yer aldığı anket formu ve Yılmaz ve arkadaşları tarafından gebelerin prenatal bağlanma durumlarını değerlendirmek için geçerlilik ve güvenirlilik çalışması yapılan (cronbach alpha 0.84) "Prenatal Bağlanma Envanteri" (The Prenatal Attachment Inventory) kullanılmıştır. Mary Muller tarafından 1993 yılında gebelik boyunca kadınların yaşadıkları düşünceleri, duyguları, durumları açıklamak ve bebeğe prenatal dönemdeki bağlanma düzeylerini belirlemek amacıyla geliştirilen Prenatal Bağlanma Envanteri 21 maddeden oluşmaktadır. Her madde 1 ile 4

Prenatal Tanı Testleri Sonrasında Riskli Gebelik Tanısı Alan Gebelerin arasında puan alabilen dörtlü likert tiptedir. Ölçekten en az 21 en fazla 84 puan alınabilmektedir. Gebenin aldığı puanın artması bağlanma düzeyinin de arttığını göstermektedir. 1:Hiçbir zaman, 2:Bazen, 3:Sık sık, 4:Her zaman şeklinde puanlanmaktadır (Yılmaz ve Beji 2013).

Verilerin Toplanması: Veriler ilgili bölüme başvuran ve çalışmaya katılmayı kabul eden gebelerle yüz yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi: Araştırmada, katılımcıların sosyo-demografik verileri ve sürece yönelik görüşleri ortalama ve yüzde ile hesaplanmıştır. Katılımcıların prenatal bağlanma puanları bireysel özellikler ile karşılaştırılmıştır. Karşılaştırmalar t test ve aralarındaki ilişki korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir.

Etik Boyut: Araştırma için hastaneden kurum izni ve Zeynep Kamil Hastanesi'nden etik kurul kararı alınmıştır. Ayrıca veri toplama süreci öncesi katılımcılardan yazılı onam alınmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Araştırma sadece bir Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışma süresinde hastane renovasyon sürecinde olduğundan hasta sayısında istenen sayıya ulaşamamıştır.

BULGULAR

Olguların yaş ortalaması 30 ± 6.21 olup %46.3'ü ilköğretim mezunudur ve %28.1'inin çalıştığı saptanmıştır. Gebelerin sağlık öyküleri değerlendirildiğinde; %14'ünün sigara içtiği, %13.3'ünün akraba evliği yaptığı, %20'sinin kronik bir hastalığının olduğu ve %14'ünün sürekli ilaç kullandığı saptanmıştır.

Gebelerin doğurganlık özellikleri incelendiğinde; %31.6'sının ilk gebeliğinin olduğu, %14.4'ünün daha önce en az bir kez abortus yaptığı, %31.9'unun bir tane yaşayan çocuğunun olduğu, mevcut gebeliklerin %74'ünün planlı olduğu, %91.6'sının bu gebeliğinde düzenli kontrole gittiği belirlenmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Gebelerin Bireysel ve Obstetrik zelliklerine Göre Dağılımları

Bireysel ve Obstetrik zellikler	Oranlar	
	n	%
Yaş Grupları (yaş ort; X\pmSD=30\pm6.21)		
18-25	73	25.6
26-33	132	46.3
34-41	72	25.3
42-zeri	8	2.8
<u>Eğitim Durumları</u>		
İlkokul	80	28.1
Ortaokul	52	18.2
Lise	95	33.3
Lisans	58	20.4
<u>alışma Durumu</u>		
Evet	80	28.1
Hayır	205	71.9
<u>Gebelik Sayısı</u>		
0-1	90	31.6
2-3	135	47.3
4-zeri	60	21,1
<u>Planlı Gebelik</u>		
Evet	211	74.0
Hayır	74	26.0
<u>Gebelik şekli</u>		
Spontan	259	90.9
Asiste	26	9.1
<u>Gebe Okulu Danışmanlığı Alma</u>		
Evet	85	29.8
Hayır	200	70.2
Toplam	285	100.0

Tablo 2. Gebelere Uygulanan Tanı Testleri Ve Testleri Bilme Durumları

Prenatal test görüşleri	Oranlar	
	n	%
<u>Testleri Bilme Durumu*</u>		
İkili testi biliyorum	218	76.5
Üçlü testi biliyorum	203	71.2
Ayrıntılı ultrasonu biliyorum	215	75.4
Kordosentezi biliyorum	57	20.0
Amniyosentezi biliyorum	107	37.5
CVS biliyorum	30	10.5
<u>Riskli gebelik tanı testi</u>		
İkili test	97	34.0
Üçlü test	59	20.7
Ayrıntılı ultrason	129	45.3
<u>Genetik danışmanlık alma</u>		
Evet	64	22.5
Hayır	221	77.5
Toplam	285	100.0

*Satır yüzdesi alınmıştır.

Gebelerin prenatal tanı testleri hakkında bilgi durumu değerlendirildiğinde, %76.5 oranıyla ikili testin birinci sırada, %75.4 oranıyla ayrıntılı ultrasonun ikinci sırada olduğu, mevcut gebeliklerindeki risk durumunun %45.3 oranıyla ayrıntılı ultrasonla konulduğu, test sonucu ile ilgili %22.5'nin genetik danışmanlık aldığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Tablo 3. Gebelerin Riskli Gebelik Süreçlerinde Gebeliklerini Sonlandırmaya Yönelik Görüşleri

Gebeliklerini Sonlandırmaya Yönelik Görüşleri	Oranlar	
	n	%
<u>Bebeğin engelli olma durumunda gebeliği</u>		
Hayır sonlandırmam	229	80.4
Evet sonlandırırım	29	10.1
Kararsızım	27	9.5
<u>Gebeliğimi sonlandırma nedeni</u>		
Engelli bir ocuk istemiyorum	6	20.6
Bebeğime engelli bir hayat vermek istemiyorum	23	79.4
<u>Gebeliğimi sonlandırmama nedeni</u>		
Engelli de olsa o benim ocuğum	106	46.4
Dini inançlarım gereği	64	27.9
Engelli de olsa yaşama hakkı var	59	25.7

Gebelerin engelli ocuk tanısı konuğunda gebeliğinizi sonlandırır mısınız sorusuna %80.4 oranı ile sonlandırmam yanıtını verdiği, bunun nedenini ise %46.4 oranında "engellide olsa o benim bebeğim yaşama hakkı var" olarak belirttikleri", %10'unun gebeliğini sonlandırmayı seçtiği, bunun nedenini ise %79.4 oranında "ona engelli bir yaşam vererek haksızlık yapmak istemiyorum" olarak ifade ettikleri belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 4. Gebelerin Riskli Gebelik Süreçlerine Yönelik Destek Durumları

Destek durumları	Oranlar	
	n	%
<u>Destek ve danışmanlık aldı mı?</u>		
Evet	211	74.0
Hayır	74	26.0
<u>Destek almak gerekli mi?</u>		
Gerekli	250	87.7
Gerekli değil	35	12.3
<u>Riskli gebelik sürecinde destek önerileri nelerdir?</u>	114	40.0
Aile odaklı etkin danışmanlık hizmetleri verilmeli	57	20.0
Tanılara yönelik açıklayıcı broşürler verilmeli	52	18.0
Süreç boyunca eşle birlikte hizmet almayı sağlayıcı ortam sağlanmalı	34	12.0
Riskli gebeliklerin takibi daha sık yapılacak şekilde ayarlanmalı	29	10.0
Süreci destekleyici psikolojik destek basamakları aktifleştirilmeli		

Gebelerin tanı sonrası %74'ünün destek aldığı, %87.7'sinin destek almayı gerekli gördüğü belirlendi. Riskli gebelik sürecini iyileştirmek için önerileri arasında; %40 ile aile odaklı etkin danışmanlık hizmetlerinin aktifleştirilmesi, %20 ile tanılara yönelik açıklayıcı broşürlerin verilmesi, %18 ile riskli gebelik sürecinde eşle birlikte hizmet almayı sağlayıcı koşulların oluşturulması, %12 ile riskli gebeliklerin takip süreçlerinde takiplerin daha sık olacak şekilde ayarlanması ve % 10 ile süreci destekleyici psikolojik destek basamaklarının aktifleştirilmesi yer almıştır (Tablo 4).

Tablo 5. Gebelerin Prenatal Bağlanma Durumları (n:285)

Prenatal bağlanma	Oranlar	
	Min-max puan aralığı	Ortalama \pm SS sapma
Prenatal bağlanma oleği	21-84	57.75 \pm 9.39

Tablo 6. Gebelerin Bireysel ve Obstetrik zelliklerine Göre Prenatal Bağlanma Durumları (n:285)

Gebelerin zellikleri		Oranlar		
		Ortalama \pm SS sapma	P*	F/t
Tanımlayıcı zellikler				
Eğitim Durumu	İlkretim	54.65 \pm 8.32	0.0431	1.132
	Ortaretim	56.42 \pm 9.26		
	Yksekretim	57.65 \pm 9.13		
Yaş Grupları	18-25	53.25 \pm 10.42	0.0325	2.214
	26-33	58.62 \pm 9.15		
	34-41	57.25 \pm 8.16		
	42-üzeri	55.32 \pm 9.28		
Obstetrik zellikler				
Gebelik Sayısı	0-1	56.15 \pm 9.22	0.033	3.675
	2-3	58.28 \pm 9.11		
	4-üzeri	54.43 \pm 10.12		
Gebelik Şekli	Spontan	55.24 \pm 9.24	0.0493	2.536
	Asiste	58.42 \pm 9.36		

* p<0.05

Gebelerin prenatal dönemde bağlanma durumları değerlendirildiğinde; ortalama puanın 57.75 ± 9.39 olduğu, puanların gebelerin tanımlayıcı ve gebelik özellikleri ile karşılaştırıldığında eğitim durumu, yaş grupları, gebelik sayısı ve gebelik şekli arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ($p < 0.05$) saptanmıştır (Tablo 5).

TARTIŞMA

Riskli gebelik tanısı alan gebelerin sürece yönelik görüşlerini ve prenatal bağlanma durumlarını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen çalışmada, veriler iki bölümde değerlendirilmiştir. Birinci bölümde katılımcıların sosyo-demografik özellikleri, gebelik durumlarına yönelik görüşlerine yer verilirken diğer bölümde prenatal bağlanma durumları tartışılmıştır.

Gebelerin yaş ortalamasının genelde yüksek olduğu çalışmada ilköğretim mezunlarının ve ev hanımlarının ağırlıkta bulunduğu saptanmıştır. Gebelerin sağlık öyküleri değerlendirildiğinde; %14'ünün sigara içtiği, %13,3'ünün akraba evliliği yaptığı, %20'sinin kronik bir hastalığının olduğu ve %14'ünün sürekli ilaç kullandığı belirlenmiştir.

Literatürde yüksek riskli gebelik nedenleri arasında yaş, kronik hastalık öyküsü, istenmeyen alışkanlıklar, akraba evliliği vb. birçok etken bulunmaktadır (Coşkuner Potur ve ark.2009; Atar Güler ve Kemin 2007). Çalışmada da literatürle uyumlu olarak gebelerin benzer riskleri taşıdığı saptanmıştır.

Çalışmada gebelerin doğurganlık özellikleri incelendiğinde; %31.6'sının ilk gebeliğinin olduğu, mevcut gebeliklerin %74'ünün planlı olduğu, %91.6'sının bu gebeliğinde düzenli kontrole gittiği belirlenmiştir (Tablo 1). Gebeliklerin genelde ilk olması, düzenli kontrole gidilmesi mevcut riskli durumların erken tanınması ve erken müdahale edilmesi açısından önemli olmuştur. Özellikle riskli gebelik durumda bile düzenli kontrole gitmeyen %8.4'lük gebe oranı dikkate çekmiştir. Düşükte olsa bu oranda kontrole gitmemenin gebelerin durumları hakkında farkındalıklarının yetersiz olabileceğinden kaynaklandığı düşünülmüştür. Gebelik izleminin temel ilkesi olan, kadının gebelik haftası itibari ile taşıdığı olası riskler belirlenerek, gerekli tedbirleri almak ve hastayı aydınlatarak yönlendirmek ilkesi çalışmada önemsenmiş ve gerekli bilgilendirmeler yapılmıştır.

Araştırmada gebelerin prenatal tanı testleri hakkında bilgi durumu değerlendirildiğinde; %76.5 oranıyla ikili testin birinci sırada, %75.4 oranıyla ayrıntılı ultrasonun ikinci sırada olduğu, mevcut gebeliklerindeki risk durumunun %45.3 oranıyla ayrıntılı ultrasonla konulduğu, test sonucu ile ilgili %22.5'nin genetik danışmanlık aldığı belirlenmiştir (Tablo 2).

Çalışmada gebelerin engelli ocuk tanısı konuğunda genelde gebeliğinizi sonlandırmak istemedikleri dikkati çekmiştir. Bunun nedenini ise %46.4 oranında "engellide olsa o benim bebeğim yaşama hakkı var olarak belirttikleri" belirlenmiştir (Tablo 3).

Gebeliği sonlandırma fikri gebeliği oğrendikten sonra ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde 1983 yılında 2827 sayılı kanunla kadınlara gebeliğin 10. haftasına kadar gebeliği sonlandırma hakkı tanınmıştır. Gebeliğin sonlandırılması, hem aile hem de hekim için zor verilebilen bir karardır. İntrauterin dönemde herhangi bir anomali ya da fetüse ait bir hastalık tanısı konulduğunda, toplum ve aile genellikle gebeliğin sonlandırılması yönünde eğilim göstermektedir (Coşkuner Potur 2009; Kuru 2007). Fakat dini inanç vb. sebeplerle gebeliğini sonlandıramamış kadınlara 20. hafta ve üzerinde bağlanmada etkili olduğu düşünülen olayları (bebeğin hareketlerini hissetme ve anlamlandırmaya çalışma vb.) yaşamaya başladığı ve böylece gebeliğini sonlandırmayı düşünen kadınlara da sonlandırmayı düşünmeyenler kadar bebeklerine bağlanabildikleri grlmştir (Yılmaz ve Beji 2010; Aksoy ve ark. 2016). Çalışmada ki gebelerin gebelik sonlandırma kararına yönelik yaklaşımları genelde endikasyon olsa dahi gebeliğin devamı yönünde olmuştur. Bu durumda çalışma sonuçları ile paralellik göstermiştir.

Tıbbi olarak gebelik süresine bakılmaksızın gebeliğin hekim tarafından sonlandırılması ancak hekimin hastalık varlığını kesin olarak saptadığı ve doğru endikasyon belirlediği durumlarda etik olarak sorun yaratmamaktadır (Dönmez ve ark. 2012). Sağlık alışanlarının prenatal tanı testleri sonrasında hastalık varlığı belirlendiğinde gerekli önlemlerin belirlenip uygulanabilmesi için bireylere doğru danışmanlık vermesi gereklidir. Bu danışmanlık sürecini yönetecek olan perinatoloji ekibi hekim, hemşire, ebe, psikolog, biyolog, sosyal hizmet uzmanı, diyetisyen, genetik danışman ve fizyoterapist gibi farklı sağlık profesyonellerinden oluşmaktadır.

Hemşireler sağlık profesyoneli içinde hastaya en yakın mesafede olan ve hastayla en fazla zaman geçiren sağlık profesyonelidir. Bu yüzden danışmanlık sürecinde rolleri oldukça önemlidir (Dönmez ve ark. 2012; Coşkun 1999; Turan ve ark. 2008).

Riskli gebeliklerde yapılan danışmanlığın önemine yönelik birçok çalışma bulunmaktadır. NG ve ark.'nın (2004) amniyosentez işleminden birkaç gün önce, Balcı ve ark.'nın (2011) da işlemden hemen önce verilen danışmanlığın anksiyete düzeyini azalttığını saptamışlardır. Başka bir çalışmada işlem öncesi verilen danışmanlıkta kadınların anksiyeteli olduğunu ve bu anksiyeteli kadınların işlem sonrası anksiyete düzeylerinin arttığı saptanmıştır (Tercyak et al. 2001). Ayrıca Al ve ark. (2009) işlem ile ilgili bilgi verilen kadınlarda işlem sırasında daha az ağrı ve daha az anksiyete yaşandığı saptanmıştır.

Araştırmada gebelerin tanı sonrası %74'ünün destek aldığı, %87.7'sinin destek alma konusunu gerekli gördüğü, riskli gebelik sürecini iyileştirmek için önerileri arasında; %40 ile aile odaklı etkin danışmanlık hizmetlerinin aktifleştirilmesi, %20 ile tanılara yönelik açık broşürlerin verilmesi, özellikle %18 ile riskli gebelik sürecinde eşle birlikte hizmet almayı sağlayıcı koşulların oluşturulması, %12 ile riskli gebeliklerin takip süreçlerinde zaman dilimlerinin daha fazla olacak şekilde ayarlanması ve % 10 ile süreci destekleyici psikolojik destek basamaklarının aktifleştirilmesi yer almıştır (Tablo 4).

Yüksek riskli bir gebelik, yalnızca annenin ve fetüsün fiziksel sağlığıyla ilgili olmayıp, tüm ailenin duygusal sağlığını da tehdit etmektedir. Bu nedenle, tüm aile üyelerine ciddi şekilde yardım edilmesine önem verilmedir. Anne ve ailesi, yüksek riskli gebeliğin getirdiği kriz durumuyla baş etmek için, hem geçmişte kullandıkları baş etme mekanizmalarına başvurmak, hem de yeni mekanizmalar öğrenmek zorundadır (Gilbert and Harmon 2002).

Hemşire, geçmişte kullandıkları baş etme yollarını tartışmalı ve onları işe yarar taktikleri kullanmaya cesaretlendirmelidir. Kadının içinde bulunduğu durumla ilgili bilgi, tekrarlı olarak verilmelidir. Bilgilendirme olaylara gerçekçi yaklaşmayı kolaylaştıracak ve çifti gelecekteki potansiyel olaylara hazırlayacaktır. Bilgi verilirken gebe kendisi için önemli insanlarla, özellikle eşi ile bir araya getirilmelidir. Hastaneye yatma durumunda eşinin yanında bulunabilmesi için hastane kuralları esnetilmeli ve ayrılık mümkün olduğunca azaltılmalıdır (Gilbert and Harmon 2002).

Anne adayı fiziksel yönde olduğu kadar duygusal yönden de desteklenmelidir. Gebelik süresince yapılan fetal sağlığın değerlendirilmesine yönelik testler öncesinde ve sonrasında sağlık personeli tarafından anne adaylarına yapılan açıklamaların, onların korku ve endişelerinin azalması yönünde etki gösterdiği görülmüştür. Yapılan alışmalar, anne adaylarını gebeliğe ilişkin yeterli bilgileri olduğunda ve profesyonel bakım aldıklarında olumlu, mutlu ve sağlıklı bir gebelik geçirdiklerini göstermektedir (Akçay ve Terzioğlu 2007; Atar Güler ve Kemik 2007; Dülgerler ve ark. 2005, Coşkun 2008).

Gebelerin prenatal dönemde bağlanma durumları değerlendirildiğinde; ortalama puanın 57.7 ± 59.39 olduğu, puanların gebelerin tanımlayıcı ve gebelik özellikleri ile karşılaştırıldığında sadece eğitim durumu, yaş grupları, gebelik sayısı ve gebelik şekli arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu ($p<0.05$), diğer özelliklerle anlamlı ilişki olmadığı saptanmıştır (Tablo 5).

Bowlby bağlanma kelimesini iki kişi arasındaki güçlü bir bağ olarak tanımlamıştır. Bağlanma teorisi anneye veya rahatlatıcı bir başka fiğure bağlanmanın, çocuğun yaşamını sürdürmesinde önemli bir işlevi olduğunu savunmaktadır (Schetter et al. 1996; Baldwin 1967). Peppers ve Knapp anne bebek bağlanmasının neonatal dönemde değil prenatal dönemde başladığını ne sürmüşler ve bu konuda tartışmaların yapılmasına ve sürecin ilerlemesine katkıda bulunmuşlardır (Aksoy ve ark. 2016). Bu konuda yapılan çalışmalar sonucu elde edilen temel bilgiler bağlanmanın doğumdan çok daha önce başladığını göstermiştir.

Aksoy ve ark. (2016)'nın çalışmasına katılan riskli gebelerin PAI (Prenatal Attachment Inventory) puan ortalamaları $56,76\pm 9,23$ (min=34,max=74) olarak saptanmıştır. Bakır ve ark. (2014) riskli gebelerle yaptıkları çalışmada PAI puan ortalamasını $61,96\pm 9,24$ olarak bulmuşlardır. Siddiqui ve Hagglof (2000) yaptıkları çalışmada PAI puan ortalamasını $57,42\pm 8,89$, Vedova ve ark. (2008) ise 250 sağlıklı gebe ile yaptıkları çalışmada $60,91\pm 9,28$ olarak bulmuşlardır. Riskli gebeler üzerinde yapılan bu çalışmadaki PAI puan ortalamaları literatürle benzerlik göstermektedir.

Beji ve ark. çalışmasında (2010), genç kadınların PBI puan ortalamalarının daha yüksek olması, anneliğe daha hazır olmalarından ve gebe kalmayı daha fazla istemelerinden kaynaklanabildiği ifade edilmiştir. Yali ve Lobel'in (1999) çalışmalarında genç kadınların daha çok anneliğe hazırlandıkları, dua ettikleri ve bireysel bakımlarına dikkat ettikleri bildirilmiştir. Bu çalışmada prenatal bağlanmanın genç gebelerde yüksek olduğu sonucunu desteklemektedir. Literatürde yapılan çalışmaların aksine eğitim seviyesi çalışmada prenatal bağlanmayı etkilediği bulunmuştur (Beji ve ark. 2010). Yapılan çalışmalarda gebeliğin şeklinin ve sayısının bağlanma üzerine etkili olduğu belirtilmiştir. Literatürde Bu yönüyle bulgular literatür bilgisini desteklememektedir.

SONUÇ

Gebelik kadın, eşi ve ailesinde birçok değişimin yaşandığı özel bir dönemdir. Bu dönemde risklerin erken dönemde tanınması ile annenin yaşam kalitesi yükseltilebilir ve anne ölümleri azaltılabilir. Çalışma sonucunda gebelerin riskli gebelik süreci konusunda orta düzeyde bilgi sahibi oldukları, prenatal bağlanma düzeylerinin orta düzeyde olduğu, gebelik kontrollerinde gebe eğitim odalarından danışmanlık alma konusunda istekli oldukları, sürece ait beklentilerinin daha fazla bilgilendirilmek, aile odaklı ve destekleyici hizmete yönelik olduğu saptanmıştır.

Prenatal hizmet sunumlarında başvuranların beklenti ve memnuniyetlerinin sürekli ölçülerek sürecin bu değerlendirmeler doğrultusunda iyileştirilmesi, gebeleri bilgilendirmek için standart bir eğitim programlanması ve bu eğitimin hastanelerde yürütülmesi, riskli gebelik süreçlerinde aile odaklı bir hizmet sürecinin aktifleştirilmesi, danışmanlık süreçleri ile ilgili broşür, afiş hazırlanması ve bunların kitle iletişim araçları ile gebe kitlesine ulaştırılması önerilir.

KAYNAKLAR

1. Akçay P, Terzioğlu, F (2007).Amniyosentez ve koryon villus örnekleme uygulanan gebe kadınların yaşadıkları sorunlar ve anksiyete düzeyleri. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,23-34.

2. Al RA, Yalvac S, Atlar OY, Dolen Ib (2009). Perceived Pain and Anxiety Before and After Amniocentesis Among Pregnant Turkish Women. Clin Exp Obstet Gynecol. 36(3):184-6.
3. Armstrong, D., & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: the relationship between anxiety and prenatal attachment. Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing, 27(2), 183-189.
4. Atar Güler S, Kemin VD (2007). Gebeliğe ilişkin bilgi düzeyi, etkenleri ve bunun doğum öncesi bakım üzerine etkisi. Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst. 17:101-109
5. Aydemir, H., & Hazar, H. U. (2014). Düşük Riskli, Riskli, Yüksek Riskli Gebelik Ve Ebenin Rolü.
6. Bakır N, Ölçer Z, Oskay Ü (2014). The levels and affecting factors of prenatal attachment in high risk pregnant. International Refereed Journal of Gynaecology and Maternal Child Health 1(1):26-37.
7. Balci O, Acar A, Mahmoud AS, Colakoglu MC (2011). Effect of Pre-Amniocentesis Counseling on Maternal Pain and Anxiety. J. Obstet. Gynaecol. Res.37(12):1828–1832.
8. Baldwin AL (1967). Theories of child development. New York: Willey; p.118-122.
9. Coşkun A (2008). Yüksek Riskli Gebelikler Fetus / Yenidoğana Etkisi ve Hemşirelik Yaklaşımı, Dağoğlu T (ed.), Görak G (ed.). Temel Neonatoloji ve Hemşirelik İlkeleri.2. Baskı. ISBN: 978-975-420-630-2 İstanbul - ss: 59-65.
10. Coşkuner Potur D, Yiğit F, Çıtak Bilgin N (2009). Anne Adaylarının Fetal Sağlığı Değerlendiren Testlere Yaklaşımının Kalitatif İncelenmesi, Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi, Cilt:2,Sayı:3.
11. Della Vedova AM, Dabrassi F, Imbasciati A (2008)., Assessing prenatal attachment in a sample of Italian women. J Reprod Infant Psyc, 26(2):86-98.
12. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N (2010). Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler, Genel Tıp Derg. 20(3)
13. Dereli Yılmaz S, Kızılkaya Beji N (2013). Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik Ve Geçerlilik Çalışması, Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2013;16:2
14. Dönmez S, Dağ H, Kazandı M (2012). Amniyosentez Öncesi Gebelerde Anksiyete ve Depresyon Risk Düzeylerinin Belirlenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt: 3, Sayı: 4: 255-261.

15. Dülgerler Ş, Ergin E, Erten G (2005). Gebelerin ruhsal belirti dağılımlarının incelenmesi. Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 21(1):115-126.
16. Erkal Aksoy Y, Yılmaz S, Aslantekin F (2016). Riskli Gebelerde Prenatal Bağlanma Ve Sosyal Destek. Türkiye Klinikleri J Health Sci, 1(3):163-9.
17. Fonseca A., Nazaré B., Canavarro M.C (2012). Parental psychological distress and quality of life after a prenatal or postnatal diagnosis of congenital anomaly: a controlled comparison study with parents of healthy infants. Disability and Health Journal, 5(2), 67-74.
18. Gilbert ES, Harmon JS (2002). Yüksek Riskli Gebelik ve Doğum El Kitabı. Palme Yayıncılık, (Ed: Lale Taşkın). 117-197.
19. Gourounti C, Karpathiotaki N, Vaslamatzis G. (2015). Psychosocial Stress in High Risk Pregnancy. International Archives of Medicine, 8.
20. Gümüşdaş M, Apay SE, Özorhan EY (2014). Riskli olan ve olmayan gebelerin psiko-sosyal sağlıklarının karşılaştırılması. Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi, 1(2), 32-42.
21. Kaasen A, Helbig A, Malt UF, Næs T, Skari H, Haugen G (2017). Maternal psychological responses during pregnancy after ultrasonographic detection of structural fetal anomalies: A prospective longitudinal observational study. PloS one, 12(3), e0174412.
22. Kızılkaya Beji N, Dereli Yılmaz S (2013). Prenatal Bağlanma Envanterinin Türkçe'ye Uyarlanması: Güvenilirlik ve Geçerlilik Çalışması. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16:2.
23. Körükcü Ö, Kukulu K (2010). Perinatal kayıp ve ebeveynlere yansması. Dicle Tıp Dergisi, 37(4).
24. Kuru A. Yüksek Lisans Tezi; "Gebelerin Risk Durumunun Belirlenmesinde Kullanılan "Knox Skorlama Sisteminin Geçerliliğinin Değerlendirilmesi" Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Ebelik Anabilim Dalı, Tez Yöneticisi; Yrd. Doç. Dr. Neriman Soğukpınar. İzmir - 2007.
25. Ng CCM, Lai FM, Yeo GSH (2004). Assessment of Maternal Anxiety Levels Before and After Amniocentesis. Singapore Med J. 45(8):370-374.
26. Schetter DC, Sagrestano LM, Feldman P, Killingsworth C (1996). Social support and pregnancy. In: Pierce GR, Sarason BR, Sarason IR, eds. Handbook of Social Support and the Family. 1st ed. New York: Plenum Press; p.399-401.
27. Siddiqui A, Hägglöf B (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction? Early Hum Dev 59(1):13-25.

- 28.** Şen E, Şirin, A. (2013). Preterm eylem tanısı alan gebelerin kaygı, depresyon ve algılanan sosyal destek düzeyini etkileyen faktörler. Gaziantep Medical Journal, 19(3), 159-163.
- 29.** Tercyak KP, Johnson SB, Roberts SF, Cruz AC (2001). Psychological Response to Prenatal Genetic Counseling and Amniocentesis. Patient Education and Counseling, 43:73-84.
- 30.** Titapant V, Chuenwattana P (2015). Psychological effects of fetal diagnoses of non-lethal congenital anomalies on the experience of pregnant women during the remainder of their pregnancy. Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, 41(1), 77-83.
- 31.** Turan T, Ceylan SS, Teyikçi S. (2008). Annelerin düzenli prenatal bakım alma durumları ve etkileyen faktörler. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 3(9), 157-172.
- 32.** Yali AM, Lobel M (1999). Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. J Psychosom Obstet Gynecol 20:39-52.

Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor?

Çiğdem GÜLŞEN*, Yeliz DOĞAN MERİH*

Amaç: Çalışmada, doğum sonrası dönemde annelerin kimden hangi desteği beklediğini ve doğum sonu alınan destek düzeylerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışma İstanbul'da özel dal eğitim-araştırma hastanesinde tanımlayıcı olarak gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın örneklemini, hastanede doğum yapmış ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş 104 anne oluşturmuştur. Çalışmada veri aracı olarak araştırmacılar tarafından doğum sonrası döneme ait destek süreçlerini belirlemek için geliştirilen 25 soruluk veri formu ve Doğum Sonrası Destek Ölçeği kullanılmıştır. Elde edilen veriler SPSS programı dahilinde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Olguların yaş ortalamasının 25 ± 3.12 olduğu, %62.5'inin ilköğretim mezunu olduğu, %11.7'sinin çalıştığı saptanmıştır.

Katılımcıların doğurganlık özellikleri incelendiğinde; %67.3'ünün gebelik sayısının 1-2 aralığında yer aldığı, mevcut gebeliğin %84'ünün planlı olduğu, %73.9'unun bu gebeliğinde düzenli kontrole gittiği, % 34.6'sının gebelik süreci konusunda danışmanlık aldığı, % 82.6 oranında doğum şeklinin normal doğum olduğu belirlenmiştir.

Annelerin doğum sonrası dönemde %38.4 oranında uyku ve dinlenme konusunda sorun yaşadığı, %70.2 oranında en fazla eşlerinden destek beklediği, %65 oranında bebek bakımı ve beslenmesi konusunda destek bekledikleri, daha önceki doğumlarında en çok gerçekleştiremediği uygulamanın %31.4 oranında kendi öz bakımına özen gösterememe olduğu saptanmıştır.

Annelerin Doğum Sonu Destek toplam puan ortalamasının ihtiyacın önemi kısmında 121.24 ± 24.6 , alınan destek puan ortalamasının 97.54 ± 29.72 olduğu saptanmıştır. Alınan puan değerlendirildiğinde kadınların önemli düzeyde desteğe ihtiyaç hissettikleri, ancak bu ihtiyaca yönelik alınan desteğin çok fazla olmadığı saptanmıştır.

Sonuç: Çalışmamız sonucunda, doğum sonu dönemde annelerin %38.4 oranında uyku ve dinlenmede güçlük çektiği ve %70.2 eşlerinden destek beklediği görülmüştür.

* Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Anahtar Kelimeler: Anneler, Destek, Doğum Sonu, Loğusalık

What Support Do Postpartum Mothers Expect, And From Whom?

Aim: In this study, it was aimed to determine what support mothers expect and who exactly they expect to receive the aforementioned support from, as well as the level of support received during the postpartum period.

Method: This descriptive study was conducted at a private division training research hospital in Istanbul. The sample included 104 mothers who had delivery at the study hospital and who agreed to participate in the study. Data was collected using a 25-item questionnaire developed by the researchers in order to identify postpartum support processes and the Postpartum Support Scale. Data was analyzed using the SPSS.

Results: Mean age was 25 ± 3.12 . Among the participants, 62.5% graduated from elementary school and 11.7% were employed.

Examination of participants' fertility factors revealed that 67.3% had 1 or 2 pregnancies 84% had their current pregnancy planned, 73.9% attended routine check-ups during their current pregnancy, 34.6% received counseling on pregnancy, and 82.6% had a normal delivery.

It was found that 38.4% of postpartum mothers had sleeping and resting problems, 70.2% expected support mostly from their spouses, and 65% expected support for infant care and feeding. The most neglected activity was reported to be attending self-care activities, with 31.4% of the sample stating so.

It was found that the mean total Postpartum Support score pertaining to the importance of the need was 121.24 ± 24.6 , while mean received support score was 97.54 ± 29.72 . It was determined that women need significant levels of support, but the actual support received was relatively low.

Conclusion: As a result of our study, it was seen that 38.4% of the mothers had difficulty sleeping and resting and 70.2% of the mothers expected support in the postpartum period.

Keywords: Mothers, support, postpartum, confinement

GİRİŞ

Doğum sonu dönem bir kadının hayatındaki en özel dönemlerden biridir. Bedenindeki hızlı değişimler, ev ortamındaki değişiklikler, sosyal hayattaki değişiklikler, duygusal durumundaki değişikliklerin en çok yaşandığı dönemdir. Kadınlar hayatındaki bu derece farklılıkları bir arada yaşadıkları dönemde çevresindekilerin desteğine ihtiyaç duyarlar. Bu 6 hafta süren dönemde kadının gebelik öncesi döneme ve aile fertlerinin yeni rollerine uyum sağlamaları için gerekli bir geçiş dönemi olarak düşünülmektedir (Bozkuş Eğri ve Konak 2011; Özkan ve ark. 2013)

Ülkemizde herhangi bir sağlık sorunu yoksa kısa sürede hastaneden eve taburculuk gerçekleşmektedir. Ancak taburculuk sonrası süreçte evde annenin ve bebeğin bakımında bir karmaşa yaşanmaktadır. Annenin düşük benlik algısı, destek sistemlerinin olmayışı, yanlış ya da eksik olması, evlilik problemleri, doğumdan sonra devam eden yorgunluğu kendi ve bebeği için bakım yetersizliklerine neden olabilmektedir (Beydağ 2007).

Doğum dünyanın her yerinde olduğu gibi ülkemizde de mutluluk verici bir olaydır. Doğum eyleminde anne ve bebek yorgun düştükleri için doğum sonu dönemde anne ve bebeği korumak, yalnız bırakmamak, anneye karbonhidratlı sıvılar vermek gibi özel uygulamalar bulunmaktadır. Bu uygulamalar zamanla kültürümüze yerleşmiş ve doğum sonu kültürünü oluşturmuştur. Doğum işaretlerinin gelmesiyle birlikte aile büyüklerinin, yakın akrabaların gelmesi ile birlikte doğum yapan kadın kendini mutlu bir kalabalığın içinde yalnız hissetmektedir. Böylece, aileye yeni bir bireyin gelmesi heyecanı ile bebek herkesin ilgi odağı olmakta, beslenmesi, bakımı, banyosu, uykusu vb. ihtiyaçları anneyi ikinci plana atmaktadır.

Ülkemizde postpartum bakım hizmeti alan kadınlara ilişkin düzenli bir veri bulunmamaktadır. Postpartum bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile hastalık nedenleri (postpartum kanama, enfeksiyon, preeklamsi) ve bunların kontrol altına alınmasına yönelik konulara öncelik verilmektedir (Akdolun Balkaya 2002).

Annenin dinlenmesi, evdeki güncel yaşantının devam etmesi, yeni bir bireyin aileye katılımına uyum sağlanması, eşiyile birlikte duygusal vakitlerin geçirilmesi gibi ihtiyaçları göz önüne alınmalıdır ve aileye bu imkanlar destek vericiler tarafından

sağlanmalıdır. Yapılan bir çalışmada; annelerin doğum sonu yaşamlarından daha az memnun olduklarını ifade etmişlerdir (Hammoudeh, Mataria, Wick, Giacaman 2009). Ayrıca annelerin taburculuğa hazır oluşluk konusunda düşüncelerinin dikkate alınması, annelerin bakımdan beklentilerinin dikkate alınması, bunlara yönelik girişimlerde bulunulması ve taburculuk süresinin bireysel olarak planlanması da gerekmektedir (Altuntuğ ve Ege 2013)

Doğum sonu dönemde annenin taburcu olduktan sonraki dönemde evde kimlerden destek alacağı, ne kadar süre ile destek alacağı ve hangi konularda destek almak istediği annenin tercihinin bırakılmalıdır. Diğer aile üyeleri bu konuda anneye saygı duymalıdır. Sosyal destek bireye yakın çevresi tarafından sağlanan her türlü destektir. Postpartum dönemdeki sosyal destek ise; anneye yakın çevresi tarafından sağlanan bebek bakımına destek, ev işlerine yardım ve duygusal desteği içermektedir. Sosyal destek annelerde, annelik rolüne ilişkin yeterlilik duygusunu artırarak depresyon görülme riskini azaltmakta ve bebeğin sağlığını olumlu yönde etkilemektedir (Yılmaz Bingöl ve Tel 2007)

Bu destek, genelde kişinin etkileşimde bulunduğu eşi, ailesi, arkadaşı, iş çevresi ya da profesyonel kişiler tarafından karşılanmaktadır. Mermer ve ark. yaptığı çalışmada doğum sonu dönemde görülen psikiyatrik bozuklukların önemli nedenleri arasında sosyal destek yetersizliği, eşler arasında uyumsuzluk ve stresli yaşam şartları gösterilmektedir (Mermer, Bilge, Yücel, Çeber 2010). Doğum sonrası depresyon, dünya çapında önemli bir halk sağlığı sorunudur. Pakistan' da 2006 yılında yapılan çalışmada gelişmekte olan ülkelerde doğum sonu desteğin eksikliğinin daha çok görüldüğü ve Pakistanlı kadınlarda doğum sonu desteğin düşük olduğu tespit edilmiştir (Husain, Bevc, Chaudhry, Atif, Rahman 2006).Halbreich, Karkun'un 40 ülkedeki postpartum depresyon üzerine yaptığı çalışmaları incelediğinde sosyo-ekonomik farklılıkların (yoksulluk, sosyal destek ya da algı, beslenme, stres düzeyleri), depresyon düzeyi üzerine etkili olduğunu göstermiştir (Halbreich ve Karkun 2006). Inandi ve ark. yaptığı çalışmada, doğum sonu depresyonun ekonomik durumu ile ilişkili olduğu, kadının aile üyeleri ve yakın arkadaşlarından destek alamaması, gebelikte duygusal sıkıntı, gebelik planlanmış olup olmadığını, gebelik

sırasında sağlık sorunları, doğum sonrası bebek bakımı gibi konularda eksiklik olması ile ilişkilidir (Inandi, Buğdaycı, Dundar, Sumer, Şaşmaz 2005).

Yapılan çalışmalarda sosyal desteğin gebelik ve doğum sonrası dönemdeki kadının annelik rolüne adaptasyon sürecini olumlu yönde etkilediği, bebeğine olan duyarlılığını arttırdığı ve yakınları ile ilişkilerini kolaylaştırdığı belirtilmiştir (Şahin, Dişsiz, Dinç, Soypak 2014). Çalışmamızdaki amacımız; doğum sonrası dönemde annelerin taburculuk sonrası kimden, hangi desteği beklediğini ve doğum sonu alınan destek düzeylerini belirlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmamız bir kamu dal hastanesinde doğum sonu servisinde taburculuğu planlanmış hastalara yapılmıştır. Çalışma, Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Etik Kurulu'ndan izin alınarak yapılmıştır. Araştırmanın evrenini doğum sonu servisinde bir ayda yatmış olan 342 anne örneklemini ise hastanede doğum yapmış ve araştırmaya katılmayı kabul etmiş 104 anne oluşturmuştur. Veriler, literatür bilgileri doğrultusunda hazırlanan 25 soruluk görüşme formu ve (Longsdon 2004) tarafından geliştirilen, (Ertürk 2007) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan "Doğum Sonu Destek Ölçeği (DSDÖ)" aracılığıyla toplanmıştır.

Ölçek "İhtiyacın Önemi" ve bu ihtiyaca yönelik "Alınan Destek" olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. Ölçek kolay okunabilir ve anlaşılabilir olarak hazırlanmış ve 8'li likert tipinde "Önemli Değil" (0) - "Çok Önemli" (7) şeklinde puanlandırılmış, 34 maddelik bir ölçektir.

Ölçekte yer alan sorular her iki bölüm için de ayrı ayrı sorulmakta ve her iki bölüm için ayrı toplam puan elde edilmektedir. Değerlendirme sonucunda, toplam puan ne kadar yüksek ise, desteğe olan ihtiyacın önemi ve alınan destek o kadar fazladır.. DSDÖ'nin her iki bölümü de 4 alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçeğin alt boyutları Maddi Destek (1, 5, 8, 9, 11,19, 22, 23, 30); beslenme, hijyen, para ve kadının görevleri konusunda özgür seçimi ile ilgili destek görmesini içermektedir. Duygusal Destek (2, 10, 12, 13, 15, 20, 25, 27, 33, 34); cesaretlendirilme, sevilme, onaylanma ve birlikteliği hissettirmeye dayanmaktadır. Bilgi Desteği (3, 6, 7, 14, 17, 21, 24, 26, 28,

31); bilgiyi paylaşma, yenilikler konusunda bilgilendirilme ve problem çözümünde yardım görmeyi içermektedir. Karşılaştırma (4, 16, 18, 29, 32); benzer durumda (doğum sonrası dönemde) başka bir kadın ile kendini kıyaslamaya dayanmaktadır. Ölçeğin her iki bölümü için de alınabilecek en düşük puan 0 en yüksek puan 238'dir. İhtiyacın Önemi boyutunda alınan puan "130 puan ve altında" ise "Önemli Değil", "131-150 puan arasında" ise "Önemli" ve "151 puan ve üstü" ise "Çok Önemli" olarak üç kategoride değerlendirilmiştir. Alınan Destek boyutunda alınan puan "99 puan ve altında" ise "Destek Yok", "100-134 puan arasında" ise "Destek var" ve "135 puan ve üzeri" ise "Destek Çok Fazla" olarak üç kategoride değerlendirilmiştir (Longsdon 2004; Ertürk 2007). Ölçekler verilen puan ortalamaları ve yüzdeleri alınarak hesaplanmıştır. Elde edilen veriler SPSS programı dahilinde değerlendirilmiştir. Sayı ve yüzdeler bakılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan annelerin %55.8'i 25 ile 31 yaşları arasında oldukları, %62.5u ilköğretim mezunu, %88.5'i ise bir işte çalışmayan annelerden oluşmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Katılımcıların Demografik ve Mesleki Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler		Sayı	%
Yaş Dağılımı	18-24 yaş	20	19.2
	25-31 yaş	58	55.8
	32-38 yaş	26	25.0
Öğrenim Durumları	İlköğretim	65	62.5
	Lise	22	21.1
	Lisans	15	14.5
	Y.Lisans ve Üstü	2	1.9
Çalışma Durumu	Çalışan	12	11.5
	Çalışmayan	92	88.5
Toplam		104	100.0

Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor?

Katılımcıların %51'inin ilk gebeliği olduğu ve %84.6'sını planlı gebeliklerin oluşturduğu, %73.9'u düzenli kontrollere geldiği, %65.4'ü gebelikte aile danışmanlığı almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %73'ü normal doğum gerçekleştirmiştir(Tablo 2).

Tablo 2. Katılımcıların Doğurganlık Özelliklerine Göre Dağılımları

Özellikler		Sayı	%
Gebelik Sayısı	1. gebelik	53	51.0
	2. gebelik	17	16.3
	3. ve üzeri gebelik	34	32.7
Gebeliğin Planlı Olması	Evet	88	84.6
	Hayır	16	15.4
Düzenli Kontrole Gitme	Evet	76	73.9
	Hayır	28	26.1
Gebelikte Danışmanlık Alma	Evet	36	34.6
	Hayır	68	65.4
Mevcut Doğum Şekli	Normal Doğum	76	73.1
	Müdahaleli Normal Doğum	10	9.6
	Sezaryen Doğum	18	17.3
Toplam		104	100.0

Katılımcıların yaşadığı sorunlara bakıldığında %38.4 oranında uyku ve dinlenmeye ihtiyaç duydukları, %17'si kabızlık ve distansiyon sorunları yaşadığını, 12.7% 'si perine bölgesi bakımında sorun yaşadığını dile getirmiştir. %11.5i ise banyo yapmada sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir(Tablo3)

Tablo 3. Katılımcıların Yaşadığı Doğum Sonu Sorunlar

Yaşanan sorunlar	Sayı	%
Banyo yapma	12	11.5
Beslenme	3	2.9
Uyku ve dinlenme	40	38.4
Duygusal başatme	10	9.6
Kabızlık-distansiyon	18	17.3
Perine bölgesi bakımı	13	12.7
Emzirme	8	7.6
Toplam	104	100.0

Katılımcıların % 70.2 si doğum sonu dönemde en çok eşinden destek almak istediğini ifade etmiştir. %22 oranında da annesinden, %5.8 kayınvalidesinden destek beklemektedir. Katılımcılar hangi konuda destek almak istiyor sorusuna ise, %65.4 oranında bebek bakımı ve beslenmesi ve %26.9 oranında ev işleri konusunda destek beklerini ifade etmişlerdir(Tablo 4).

Tablo 4. Katılımcıların Destek Almak İstedikleri Aile Üyeleri

Aile Üyeleri	Sayı	%
Eşim	73	70.2
Annem	23	22.1
Kayınvalidem	6	5.8
Diğer	2	1.9
Toplam	104	100.0

Katılımcılar hangi konuda destek almak istiyor sorusuna ise, %65.4 oranında bebek bakımı ve beslenmesi ve %26.9 oranında ev işleri konusunda destek beklerini ifade etmişlerdir.

Tablo 5. Katılımcıların Destek Almak İstedikleri Konular

Aile Üyeleri	Sayı	%
Annenin öz bakımı	8	7.7
Bebek bakımı ve beslenmesi	68	65.4
Ev işleri	28	26.9
Toplam	104	100.0

Daha önceki gebeliklerinde gerçekleştirmekte en zorlandıkları konu nedir sorusuna ise, %31.4 oranında kendi öz bakımına özen gösterememek olduğunu ifade etmiş ikinci sırada ise eşim ile sosyal ortamlarda yeterince bulunamadığını belirtmiştir. %11.9'u ise bebeğinin bakımını kendi isteği doğrultusunda gerçekleştiremediğini ifade etmiştir (Tablo 6).

Tablo 6. Katılımcıların Daha Önceki Gebeliklerinde Gerçekleştirmekte Zorlandığı Konular

Zorlanılan Konular	Sayı	%
Kendi öz bakımına özen gösteremedim	16	31.4
Bebeğimin bakımını kendi isteğim doğrultusunda gerçekleştiremedim	6	11.9
Bebeğimi istediğim gibi besleyemedim	4	7.8
Eşimle birlikte sosyal ortamlarda yeterince bulunamadım	8	15.6
Lohusalık döneminde istediğim ev koşullarını sağlayamadım	5	9.8
Ev işlerinde yeterince destek bulamadım	4	7.8
Duygusal olarak yeterince destek bulamadım	3	5.9
Eşimden yeterince destek göremedim	5	9.8
Toplam	51	100.0

Çalışmamızda doğum sonu destek ölçeği sonucuna göre, ihtiyacın önemi 121.24 ± 24.6 , alınan destek 97.54 ± 29.72 olarak tespit edilmiştir (Tablo 7). İstatistiksel olarak fark anlamlı olmasa da aradaki farkın fazla olmasının destek ihtiyacının önemli olduğunu ancak alınan desteğin beklenen destek olmadığını söyleyebiliriz

Tablo 7. Katılımcıların Doğum Sonu Destek Ölçeği'nden Aldıkları Puan Ortalamalarının Dağılımı

Kriterler	Doğum Sonu Destek Ölçeği Ort.±SS
İhtiyacın önemi	121.24±24.6
Alınan destek	97.54±29.72

TARTIŞMA

Çalışmamızda katılımcıların %51'inin ilk gebeliği olduğu ve %84.6'sını planlı gebeliklerin oluşturduğu, %73.9'u düzenli kontrollere geldiği, %65.4'ü gebelikte aile danışmanlığı almadığını ifade etmiştir. Katılımcıların %73' ü normal doğum gerçekleştirmiştir. Bingöl ve Tel'in yaptığı çalışmada planlayarak gebe kalan annelerin sosyal destek puanlarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Yılmaz Bingöl ve Tel 2007) (Arıkan ve Kahrıman 2002) yaptığı çalışmada, ilk doğum yapan annelerde annelik rolü eşi tarafından onaylanan, önemli sorunlarını eşiyile paylaşabilen kadınların yeni rollerinde daha doyumlu oldukları ve daha az çatışma yaşadıkları tespit eden çalışmalar sunmuşlardır. Çalışmamız literatürle benzerlik göstermektedir. Kaplan ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, gebelerin %61.9'u bu gebeliklerini isteyerek planladıklarını belirtmiştir. Çalışmamızda bu oran daha yüksek bulunmuştur. %67'si gebelik ve doğum hakkında bilgi aldıklarını, belirtirken çalışmamızda aile danışmanlığı desteği alan anne sayısı düşük bulunmuştur (Kaplan, Bahar ,Sertbaş 2007).

Katılımcıların yaşadığı sorunlara bakıldığında %38.4 oranında uyku ve dinlenmeye ihtiyaç duydukları, %17'si kabızlık ve distansiyon sorunları yaşadığını, 12.7% 'si perine bölgesi bakımında sorun yaşadığını dile getirmiştir. %11.5i ise banyo yapmada sıkıntı yaşadıklarını ifade etmişlerdir. Çalışmamızda uyku ve dinlenmeye ihtiyacın yüksek olmasının sebebi evde destek sağlayıcıların eksik destek sağlaması ve evdeki kalabalık ortamdan annenin dinlenmeye fırsat bulamaması olarak

Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor?

değerlendirilebilir. Sağlık Bakanlığı' nın 2014 yılında kadın sağlığı üzerine yaptığı bir çalışmada postpartum dönemde yaşanan sağlık sorunları incelenmiş, %24.63'lük oranla meme sorunları, %23.02'lik oranla duygusal değişiklikler, en çok yaşanan sağlık sorunları arasında yer almıştır (Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf, erişim tarihi : 06.2.2016)

Katılımcıların % 70.2 si doğum sonu dönemde en çok eşinden destek almak istediğini ifade etmiştir. %22 oranında da annesinden, %5.8 kayınvalidesinden destek beklemektedir. Kadınların %53.3'ü şu anda aile büyükleri ile aynı evi paylaşmakta, eşleri ve aile büyükleri tarafından bebek bakımında yardımcı olmaktadır(Yaman Efe , Taşkın , Eroğlu 2009). Çalışmamızda annelerin destek almak istedikleri ilk sırada eşler yer almaktadır literatür ile uyumluluk göstermemektedir, Moshki ve Cheravi çalışmasında diğer destek sağlayıcılardan ziyade ailedeki bireylerin sağladığı destek daha yüksek bulunmuştur(Moshki ve Cheravi 2015). Cebeci ve ark. çalışmasında, doğum sonrası dönemde kadınlarda aile ve eşten algılanan sosyal desteğin arkadaştan algılanan sosyal desteğe göre daha fazla olduğunu bildirmişlerdir(Cebeci, Aydemir, Göka 2002). bu sonuçlar çalışmamızla paralellik göstermektedir. Kültürümüzde sadece eşten alınan destek değil aile büyüklerinden alınan desteğinde çok önemli olduğu bilinmektedir. Büyük şehirlerde çekirdek aile yapılarında destekleyicilerin varlığının doğum öncesi dönemde planlanması, doğum sonu kriz dönemi için rahatlatıcı olabilir. Ege ve arkadaşlarının 2008 yılında yaptığı çalışmada doğum sonu dönemde olumsuz desteğin doğum sonu depresyonu arttırdığı söylemişlerdir(Ege, Timur, Zincir, Geçkil, Sunar 2008).

Aksakallı ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı çalışmada lohusaların %35.9'u daha önce ki doğumlarında bebek bakımı konusunda destek almış ve lohusaların %65.9'u şimdiki doğumlarında bebek bakımı konusunda destek alacaklarını belirtmişler ve destek almayı düşünenlerin hepsi bu desteği akrabalarından (anne, kayınvalide, eş, kız kardeş, görümce) sağlayacaklarını söylemişlerdir. Kadınların doğum sonu dönemde önemli düzeyde desteğe ihtiyaç hissettikleri, ancak bu ihtiyaca yönelik alınan desteğin çok fazla olmadığı saptanmıştır(Özkan ve ark. 2013). Baser ve ark. çalışmasında doğum sonu süreçte annelerin en çok bebek beslenmesine ve

bakımına yönelik duyulan ihtiyaçlar sıralandığında çalışmamızla benzer sonuçlar elde edilmiştir(Aksakallı, Çapık, Ejder Apay, Pasinlioğlu, Bayram 2012).

Daha önceki gebeliklerinde gerçekleştirmekte en zorlandıkları konu nedir sorusuna, %31.4 oranında kendi öz bakımına özen gösterememek olduğunu ifade etmiş ikinci sırada ise eşim ile sosyal ortamlarda yeterince bulunamadığını belirtmiştir. %11.9'u ise bebeğinin bakımını kendi isteği doğrultusunda gerçekleştiremediğini ifade etmiştir. Literatürde bu sorulara yönelik eşleştirebilecek çalışma bulunamamıştır. Bu sonuç destek vericilerin annenin istediği desteği değil de kendi bildikleri desteği uyguladıklarını gösterdiğini düşündürmektedir.

Gelişmiş ülkelerde kadınların %97'si prenatal bakım hizmetlerinden yararlanırken, ülkemizde bu oran %67.5'tir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), dünyada kadınların sadece %35'inin postpartum bakım hizmetlerinden yararlandığını belirtmektedir. Postpartum bakım hizmetleri içinde daha çok anne ve bebek ölümleri ile ilgili hastalık nedenleri ve bunların kontrol altına alınmasına öncelik verilmektedir(Başer, Mucuk, Korkmaz, Seviği 2009). Türkoğlu ve ark. yaptığı çalışmada annelerin doğum sonrası destek ölçeği, ihtiyacın önemi boyutu toplam puan ortalaması 138.20±47.7 ve alınan destek boyutu toplam puan ortalaması 111.96±45.4'dür(Türkoğlu, Sis Çelik, Pasinlioğlu 2014). Bu sonuç çalışmamızla benzerlik göstermektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Doğum sonu dönemin bir kadının hayatındaki en farklı ve en özel durum olduğu, bu dönemde duygusal ve fiziksel yönden sorunlar yaşadığı ve mutlak suretle desteğe ihtiyaç duyduğu bir dönemdir. Anneler bu dönemde; Bebek bakımı ve beslenmesi konusunda desteğe ihtiyaç duyduğu, bu desteği eşinden beklediği, en çok uyku ve dinlenmeye ihtiyaç duydukları bir önceki doğumundaki olumsuz tecrübelerinin kendi öz bakımlarına özen gösterememesi olduğu, doğum sonu desteği önemsedikleri belirlenmiştir. Ayrıca, doğum sonu dönemde annelere kimden destek almak istedikleri konusunda görüşünün sorulmadığı ortaya çıkmıştır.

Doğum sonu dönemde bu tespitlerin erkenden tanımlanması ebeveynlik davranışlarının gelişmesi için gerekli desteğin verilmesine katkı sağlayabilir

Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor?

(Türkoğlu, Sis Çelik, Pasinlioğlu 2014). Ailelere doğum sonu dönemde hastanede geçirilen kısa zaman süreci içinde kapsamlı bir sağlık hizmeti sunmak her zaman mümkün değildir. Dolayısıyla bu tür hizmetlerin taburculuktan sonra da evde devam ettirilmesi gerekmektedir(Chabrol ve Teissedre 2004). Sağlık çalışanları kadınları gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek alma durumları açısından değerlendirmelidir. Ayrıca sosyal destek sistemlerini harekete geçirme ve olumlu yöne çevirme konusunda annelere yardımcı olmalıdırlar. Özellikle kadınların gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek sistemlerini nasıl algıladıklarının bilinmesi önem taşımaktadır. Özellikle primapar kadınların ve eşlerinin yenidoğan bakımı dahil olmak üzere doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası gereksinimlerine yönelik etkin eğitim ve bakım hizmeti almaları, doğum sonu dönemde annenin ve bebeğin bakımına yönelik gereksinimlerinin annenin isteği doğrultusunda belirlenmesi, bakım, eğitim ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve kapsamlı bir destek hizmetinin sunulması anne bebek sağlığı için önemlidir. Sonuç olarak; annenin doğum sonu dönemde ihtiyacı olan ve istediği destek konusunda duygularını ifade etmesi istenirken doğum sonu dönemde neleri istemediği de özellikle sorgulanmalıdır.

KAYNAKLAR

- Aksakallı, M., Çapık, A., Ejder Apay, S., Pasinlioğlu, T., Bayram, S. (2012). Loğusaların destek ihtiyaçlarının ve doğum sonu dönemde alınan destek düzeylerinin belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 3(3), 129-135
- Arıkan, D., Kahrıman, İ. (2002). Yenidoğan Bebeği Olan Primipar Annelerin Ailelerinden Algıladıkları Sosyal Desteğin Sorun Çözme Becerilerine Etkisi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 5(1): 60-67
- Altuntuğ K, Ege E, (2013). Sağlık Eğitiminin Annelerin Taburculuğa Hazır Oluş, Doğum Sonu Güçlük Yaşama ve Yaşam Kalitesine Etkisi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, 15(2), 45-56,
- Balkaya, N. A. (2002). Postpartum dönemde annelerin bakım gereksinimleri ve ebe-hemşirenin rolü. *Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 6(2), 42-9

- Başer, M., Mucuk, S., Korkmaz, Z., Seviğ, Ü. (2005). Postpartum dönemde anne ve babaların yenidoğan bakımına ilişkin gereksinimlerinin belirlenmesi. *Sağlık Bilimleri Dergisi*, 14(1), 54-58.
- Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 6(6), 479-484.
- Bozkuş Eğri, G., Konak, A. (2011). Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. *Zeitschrift für die Welt der Türken/Journal of World of Turks*, 3(1), 143-155.
- Bingöl, T. Y., Tel, H. (2007). Postpartum Dönemdeki Kadınlarda Algılanan Sosyal Destek ve Depresyon Düzeyleri İle Etkileyen Faktörler. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(3)
- Cebeci, S. A., Aydemir, Ç., Göka, E. (2002). Puerperal dönemde depresyon semptom prevalansı: obstetrik risk faktörleri, kaygı düzeyi ve sosyal destek ile ilişkisi. *Kriz Dergisi*, 10(1), 11-18.
- Ege, E., Timur, S., Zincir, H., Geckil, E., Sunar Reeder, B. (2008). Social support and symptoms of postpartum depression among new mothers in Eastern Turkey. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*, 34(4), 585-593.
- Ertürk, N. (2007). Doğum Sonrası Destek Ölçeğinin Türk Toplumuna Uyarlanması. Yüksek Lisans Tezi. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Efe, Y. Ş., Taşkın, L., Eroğlu, K. (2009). Türkiye'de postnatal depresyon ve etkileyen faktörler. *J Turkish German Gynecol Assoc*, 10, 14-20
- Halbreich, U., & Karkun, S. (2006). Cross-cultural and social diversity of prevalence of postpartum depression and depressive symptoms. *Journal of affective disorders*, 91(2), 97-111.
- Hammoudeh, W., Mataria, A., Wick, L., Giacaman, R. (2009). In search of health: quality of life among postpartum Palestinian women. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research*, 9(2), 123-132.
- Husain, N., Bevc, I., Husain, M., Chaudhry, I. B., Atif, N., Rahman, A. (2006). Prevalence and social correlates of postnatal depression in a low income country. *Archives of women's mental health*, 9(4), 197-202.

Doğum Sonu Dönemde Anneler Kimden Hangi Desteği Bekliyor?

- İnandi, T., Bugdayci, R., Dundar, P., Sumer, H., Sasmaz, T. (2005). Risk factors for depression in the first postnatal year. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 40(9), 725-730.
- Kaplan, S., Bahar, A., Sertbaş, G. (2007). Gebelerde Doğum Öncesi ve Doğum Sonrası Dönemlerde Durumluk Kaygı Düzeylerinin İncelenmesi. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 10(1)
- Longsdon, M. C. (2004). The Postpartum Support Questionnaire. *Social Support and Quality of Life*, 16, 199-212.
- Mermer, G., Bilge, A., Yücel, U., Çeber, E. (2010). Gebelik ve doğum sonrası dönemde sosyal destek algısı düzeylerinin incelenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(2), 71-76.
- Moshki, M., Cheravi, K. (2016). Relationships among depression during pregnancy, social support and health locus of control among Iranian pregnant women. *International Journal of Social Psychiatry*, 62(2), 148-155.
- Özkan, H., Kanbur, A., Apay, S., Kılıç, M., Ağapınar, S., Özorhan, E. Y. (2013). Annelerin doğum sonu dönemde ebeveynlik davranışlarının değerlendirilmesi. *Şişli Etfal Hastanesi Bülteni*, 47(3), 117-21
- Şahin NH, Dişsiz M, Dinç H, Soypak F, (2014). Erken Lohusalık Sürecinde Kadınların Algıladıkları Eş Desteği: Ölçek Geliştirme Çalışması. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*,17:2
- Türkiye Kadın Sağlığı Araştırması, Sağlık Araştırmaları Genel Müdürlüğü, Sağlık Bakanlığı, http://www.sagem.gov.tr/kadin_sagligi_arastirmasi_28_04_2014.pdf, erişim tarihi : 06.2.2016
- Teissedre, F., Chabrol, H. (2004). A study of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) on 859 mothers: detection of mothers at risk for postpartum depression. *L'Encephale*, 30(4), 376-381.
- Türkoğlu, N., Çelik, A. S., Pasinlioğlu, T. (2014). Annelerin doğum sonrası sosyal destek ihtiyaçlarının ve alınan desteğin belirlenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1), 18-24.

0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel Uygulamalar ve Tutumlarının Belirlenmesi*

Selver GÜLER**, Sezer AVCI**, Feride YİĞİT***, Tülay ORTABAĞ****

Giriş-Amaç: Bebeklerin bakımında birincil sorumluluğu üstlenen annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi yetersizliği ciddi sorunlara neden olabilmektedir. Çalışmamız 0–12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında başvurdukları geleneksel uygulamaları ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Yöntem: Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde Mayıs -Temmuz 2013 tarihlerinde yatan çocukların yanındaki annelere veri oluşturmuş olup, çalışmaya katılmayı kabul eden toplam 172 anne araştırmanın örneklemini oluşturmuştur. Çalışma verileri araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu aracılığıyla ve annelerle yüz-yüze görüşme yöntemiyle toplanmıştır. Verilerin analizleri SPSS for Windows 20.0 programında yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistik olarak sayı, yüzde ve karşılaştırmalarda ki-kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan annelerin yaş ortalaması 29.91 ± 5.76 , %16.3'ü okur-yazar değil ve %57.6'sı ilköğretim mezunudur. Annelerin; %96.5'inin bebeğini emzirdiği, %59.3'ünün göbek bakımı yaptığı ve %66.3'ünün bebeğin ilk banyosunu 1-10. günleri arasında yaptığı belirlenmiştir. Bebeklerini nazardan korumak için; %76.7'sinin dua okuduğu, %5.8'inin nazar boncuğu taktığı, bebekte sarılığı önlemek için; %12.2'sinin sarı tülbent örttüğü, %7'sinin ışığın altına tuttuğu, bebeğini kolay uyutmak için; %53.5'inin salladığı, %11'inin ninni söylediği ve %0.6'sinin bebeğini kundakladığı, bebeğin göbeğinde enfeksiyonu önlemek için; %2.9'unun kahve koyduğu, %1.2'sinin bebek pudrası kullandığı ve %0.6'sinin göbeğine kazan karası sürdüğü belirlenmiştir.

Annelerin yaş (yıl), eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu ve bebeğin bakımına yardım alma durumları ile nazardan korunmak için dua okuma ve bebeği kolay uyutmak için sallama durumları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı saptanmıştır ($p > 0.05$).

* 5. Ulusal 2. Uluslararası Akdeniz Pediatri Hemşireliği Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur (Ankara 15-18 Kasım 2015).

** Öğr. Gör. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.

*** Dr. Öğr. Üyesi Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.

**** Prof. Dr. Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Gaziantep.

Sonuç: Annelerin bebek bakımları sırasında geleneksel özellikler içeren uygulamalar yaptıkları görülmüştür. Bu nedenle sağlık çalışanlarının; annelere bebek bakımı konusunda eğitim vererek yanlış geleneksel uygulamalar konusunda bilgilendirilmesi ve eğitimlerin sürekli yapılmasının yararlı olacağı önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Anne, bebek bakımı, geleneksel uygulamalar.

The Determination of Attitudes and Traditional Applications Which Mothers Having 0-12 Months Babies Use in Infant Care

Introduction-Aim: Insufficient information about baby care by mothers, who take primary responsibility for baby care, may cause serious issues. Our study was planned as a descriptive study to determine traditional practices and attitudes of mothers who have infants in baby care.

Method: Our study's population was mothers who stay with their patient children at Gaziantep Children's Hospital between May – July 2013 and sampled with 172 mothers who accepted to participate in our study. Data were collected with a questionnaire, which developed by researchers, via talking to mothers in face-to-face interview method and were analyzed using the IBM SPSS Statistics for Windows v20. Findings evaluated as descriptive statistics with frequency, percentage values and Chi-Square Test.

Findings: The age average of mother who participated in our study is 19.91 ± 5.76 , 16.3% of them are illiterate and 57.6% of them are primary school graduate. It was determined that 96.5% of mothers are breastfeeding, 59.3% of them doing umbilical care and 66.3% of them gave the first baby bath in 1-10 days after birth. Mother's attitudes regarding to protect their babies against the evil eye were determined as; 76.7% of them praying, 5.8% of them using evil eye talisman. Mother's attitudes against icterus were like these; 12.2% of them covering babies with a yellow muslin, 7% of them exposing babies to the light. The ways they use in order to putting the babies sleep are; %53.5% of them rocking babies to sleep, 11% of them singing lullabies and 0.6% of them swaddling babies. Mother's attitudes against umbilical infection were determined as; 2.9% of them applying coffee grounds, 1.2% of them

using baby powder and 0.6% of them applying boiler soot. It was noted that there were not any significant relationship between mother's age, mother's educational status, monthly income status, number of living children, having knowledge about baby care, receiving help for baby care with praying for protecting babies against the evil eye, rocking the baby to put babies sleep ($p>0.05$).

Results: It is determined that mothers have some traditional practices about baby care. Therefore, it is advisable to health professionals should train mothers in baby care about malpractice and keep that training continuous.

Keywords: Mother, baby care, traditional practices

GİRİŞ

Kültür; bir grup insan tarafından öğrenilen, paylaşılan, nesilden nesle aktarılan değerler, inançlar, tutum ve davranışlar, örf ve adetler olarak tanımlanmaktadır (1). Gelenekler ise, kuşaktan kuşağa ve toplumdan topluma geçen kültür mirasları, alışkanlıklar, bilgiler ve davranışlardır. İnsanların sağlıkla ilgili inanç ve uygulamaları, içinde yaşadığı toplumun kültürünün bir parçasıdır. Kültür ve toplum ayrılmaz bir bütündür. Her konuda olduğu gibi sağlıkla ilgili konularda da kültürün etkisi görülmektedir (2,3,4).

Bilinçsizce sadece kulaktan dolmabilgilerle yapılan bazı uygulamalar çoğu zaman sağlık açısından zararlı olabilmektedir. Geleneksel uygulamalardan en çok etkilenen grupta ise bebekler yer almaktadır(5,6). Bebeklerin bakımında birincisorumluluğu üstlenen annelerin bebek bakımına ilişkin bilgi yetersizliği veya öğrendiği yanlış geleneksel inanç, bilgi ve uygulamalar bebeklerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Sık görülen bu tür yanlış uygulamalar, bebeklerin erken tanıve tedavisini geciktirmekte ve bebeklerin sağlığını olumsuz etkilemektedir. Bununla birlikte annelerin bebek bakımı uygulamalarını bilmesi önem taşımaktadır (7).

Gebelik, doğum ve doğum sonu dönemlerde, bireylerin geleneksel uygulamalarının bilinmesi, bu dönemlerde ailelere sunulacak sağlık hizmetlerinde ve bakım vermede önceliklerin belirlenmesi için de yol gösterici olacaktır (1,8). Bu nedenle çalışmamızda; 0–12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında başvurdukları geleneksel uygulamaları ve tutumlarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Araştırma, Gaziantep'te Çocuk Hastanesi'nde 1 Mayıs- 31 Temmuz 2013 tarihleri arasında tanımlayıcı olarak yapılmıştır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evreni, belirtilen tarihler arasında Gaziantep Çocuk Hastanesi'nde yatan 0-12 aylık çocukların anneleri oluşturmaktadır (N:567). Araştırma örneklem kriterlerine uyan 172 anne ile tamamlanmıştır. Örneklem kriterleri; 0 – 12 aylık bebeği olan, iletişim kurulabilen, bebeği yoğun bakımda olmayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden annelerdir.

Veri Toplama Araçları

Veriler araştırmacılar tarafından geliştirilen soru formu kullanılarak toplanmıştır. Soru formu annelerin sosyo-demografik özellikleri ve bebek bakımına yönelik yaptıkları geleneksel uygulamaları belirlemeye yönelik hazırlanmış toplam 53 sorudan oluşmaktadır.

Verilerin Toplanması

Araştırmaya başlamadan önce Gaziantep Kamu Hastaneler Genel Birliği Sekreterliği'nden ve Gaziantep Çocuk Hastanesi'nden gerekli izinler alınmıştır. Araştırmaya dahil olmayı kabul eden annelerin onamları alınmıştır. Soru formları yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak uygulanmıştır.

Verilerin Değerlendirilmesi

Veriler araştırmacılar tarafından bilgisayarda SPSS for Windows 20.0 programı ile değerlendirilmiştir. Tanımlayıcı istatistikler (frekans dağılımı) ve aralarında ilişkiyi belirlemek için ki-kare testi kullanılmıştır. Araştırma sonuçları $p < 0.05$ değereri anlamlı olarak kabul edilerek yorumlanmıştır.

BULGULAR

0–12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında başvurdukları geleneksel uygulamaları ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla elde edilen verilerin değerlendirilmesi sonucunda aşığıdaki bulgulara ulaşılmıştır.

Tablo 1: Annelerin Tanıtıcı Özellikleri (N=172)

Tanıtıcı Özellikler	n	%
Yaş (yıl)		
20 yaş ve altı	13	7.6
21-32 yaş arası	132	76.7
33 yaş ve üzeri	27	15.7
İkamet yeri		
İl	117	68.0
İlçe	32	18.6
Köy	23	13.4
Eğitim durumu		
Okur- yazar değil	28	16.3
Okur-yazar	26	15.1
İlköğretim	99	57.6
Lise ve üstü	19	11.0
Çalışma Durumu		
Çalışmıyor	166	96.5
Çalışıyor	6	3.5
Aylık gelir düzeyi		
Düşük	25	14.5
Orta	131	76.2
İyi	16	9.3
Yaşayan çocuk sayısı		
1 -2	95	55.3
3 -4	62	36.0
5 ve üzeri	15	8.7
Bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu		
Alan	88	51.2
Almayan	84	48.8
Bebegin bakımına yardım alma durumu		
Alan	119	69.2
Almayan	53	30.8

Annelerin sosyo-demografik özellikleri incelendiğinde; büyük çoğunluğunun (%76.7, 132 anne) 21—32 yaşları arasında olduğu, yaş ortalamalarının da 29.91 ± 5.76 olduğu belirlenmiştir. Annelerin yarısından fazlasının ilköğretim mezunu olduğu (%57.6 oranında 99 kişi), büyük çoğunluğunun aylık gelir düzeyinin orta olduğunu ifade ettiği (%76.2 oranında 131 kişi), yarısından fazlasının 1 ya da 2 çocuğu olduğu (%55.3 oranında 95 kişi) ve %51.2'sinin daha önceden sağlık personelinden bebek bakımı hakkında bilgi aldıkları tespit edilmiştir (Tablo1).

Tablo 2: Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Uygulamalarının Dağılımı (N=172)

	n	%
Emzirme durumu		
Emziren	166	96.5
Emzirmeyen	6	3.5
İlk emme zamanı		
Doğduğunda	146	84.9
Doğumdan birkaç gün sonra	23	13.4
1 ay sonra	3	1.7
Ek gıda verme zamanı		
Doğduğunda	45	26.2
6 aydan önce	50	29.0
6 aylık ve sonrası	77	44.8
Emzirdikten sonragaz çıkartma		
Evet	149	86.6
Hayır	23	13.4
Göbek bakımı		
Yapan	102	59.3
Yapmayan	70	40.7
İlk banyosu		
Doğduğu gün	26	15.1
1-10 gün arasında	114	66.3
11 günden sonra	32	19.6

Annelerin bebek bakımı ile ilgili uygulamalarının dağılımı oranları incelendiğinde; tamamına yakınının bebeğini emzirdiği (%96.5 oranında 166 kişi), çok az bir kısmının bebeğinin ilk emme zamanının (%13.4 oranında 23 kişi) doğumdan birkaç gün sonra olduğunu ifade ettiği, yarısından fazlasının göbek bakımı yaptığı (%59.3 oranında 102 kişi) ve %66.3'ünün bebeğin ilk banyosunu 1-10. günleri arasında yaptığı saptanmıştır (Tablo2).

Annelerin bebek bakımı ile ilgili yaptıkları geleneksel uygulamaları incelendiğinde; nazardan korumak için; %76.7'sinin dua okuduğu, sarılığı önlemek için; %12.2'sinin sarı tülbent örttüğu, bebeğini kolay uyutmak için; %53.5'inin salladığı, %11'inin ninni söylediği ve %0.6'sının bebeğini kundakladığı, göbekte enfeksiyonu önlemek için; %2.9'unun kahve koyduğu, %1.2'sinin bebek pudrası kullandığı ve %0.6'sının göbeğine kazan karası sürdüğu belirlenmiştir (Tablo 3).

Tablo 3: Annelerin Bebek Bakımı İle İlgili Yaptıkları Geleneksel Uygulamalarının Dağılımı (N=172)

Yapılan geleneksel uygulamalar	n	%
Nazardan korumak için;		
Dua okuma	132	76.7
Nazar boncuğu takma	10	5.8
Kurşun dökme	3	1.7
Sarılığı önlemek için;		
Sarı tülbent örtme	21	12.2
Işığın altına tutma	12	7.0
Sarımsak ile üzümü beşiğine takma	3	1.7
Şekerli su içirme	3	1.7
Bebeği kolay uyutmak için;		
Ninni söyleme	19	11.0
Sallama (ayak,beşik,kucak)	92	53.5
Kundaklama	1	0.6
Göbekte enfeksiyonu önlemek için		
Kahve koyma	5	2.9
Bebek pudrası kullanma	2	1.2
Kazan karası sürme	1	0.6

Annelerin sosyo-demografik özellikleri ile nazardan korumak için dua okuma durumları arasındaki ilişki tablo 4'tedir. Buna göre; yaş (yıl) ile nazardan korunmak için dua okuma arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Eğitim durumu ile nazardan korunmak için dua okuma arasında da istatistiksel olarak bir fark olmadığı bulunmuştur ($p>0.05$).

Tablo 4: Annelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Nazardan Korumak İçin Dua Okuma Durumları Arasındaki İlişki(N=172)

Tanıtıcı Özellikler	Dua Okuyan		Dua Okumayan		Toplam		X ² p
	N	%	N	%	n	%	
Yaş (yıl)							
20 yaş ve altı	64	37.2	21	12.2	85	49.4	0.20
21-32 yaşları arasında	47	27.3	13	7.6	60	34.9	0.90
33 yaş ve üzeri	21	12.2	6	3.5	27	15.7	
İkamet yeri							
İl	95	55.2	22	12.8	117	68.0	4.15
İlçe	22	12.8	10	5.8	32	18.6	0.12
Köy	15	8.7	8	4.7	23	13.4	
Eğitim durumu							
Okur- yazar değil	23	13.4	5	2.9	28	16.3	3.76 0.28
Okur-yazar	18	10.5	8	4.7	26	15.1	
İlköğretim	79	45.9	20	11.6	99	57.6	
Lise ve üstü	12	7.0	7	4.1	19	11.0	
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	128	74.4	38	22.2	132	76.7	0.55
Çalışıyor	4	2.3	2	1.2	40	23.3	0.62
Aylık gelir düzeyi							
Düşük	21	12.2	4	2.3	25	15.4	2.30
Orta	97	56.4	34	19.8	131	76.2	0.31
İyi	14	8.1	2	1.2	16	9.3	
Yaşayan çocuk sayısı							
1 -2	71	41.3	24	14.0	95	55.2	2.12
3 -4	51	29.7	11	6.4	62	36.0	0.34
5 ve üzeri	10	5.8	5	2.9	15	8.7	
Bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu							
Alan	68	39.5	20	11.6	88	51.2	0.28
Almayan	64	37.2	20	11.6	84	48.8	0.86
Bebeğin bakımına yardım alma durumu							
Alan	90	52.3	29	16.9	119	69.2	0.26
Almayan	42	24.4	11	6.4	53	30.8	0.60

Tablo 5: Annelerin Sosyo-demografik Özellikleri İle Bebeği Kolay Uyumlamak İçin Sallama Durumları Arasındaki İlişki (N=172)

Tanıtıcı Özellikler	Sallayan		Sallamayan		Toplam		X ² p
	N	%	N	%	n	%	
Yaş (yıl)							
21 yaş ve altı	46	26.7	39	22.7	85	49.4	0.04
21-32 yaşları arasında	32	18.6	28	16.3	60	34.9	0.97
33 yaş ve üzeri	14	8.1	13	7.6	27	15.7	
İkamet yeri							
İl	59	34.3	58	33.7	117	68.0	1.81
İlçe	18	10.5	14	8.1	32	18.6	0.40
Köy	15	8.7	8	4.7	23	13.4	
Eğitim durumu							
Okur- yazar değil	15	8.7	13	7.6	28	16.3	
Okur-yazar	11	6.4	15	8.7	26	15.1	4.45
İlköğretim	52	30.2	47	27.3	99	57.6	0.21
Lise ve üstü	14	8.1	5	2.9	19	11.0	
Çalışma Durumu							
Çalışmıyor	89	44.8	77	44.8	166	96.5	0.03
Çalışıyor	3	1.7	3	1.7	6	3.5	0.86
Aylık gelir düzeyi							
Düşük	17	9.9	8	4.7	25	14.5	2.85
Orta	68	39.5	63	36.6	131	76.2	0.24
İyi	7	4.1	9	5.2	16	9.3	
Yaşayan çocuk sayısı							
1 -2	56	32.6	39	22.7	95	55.2	2.86
3 -4	28	16.3	34	19.8	62	36.0	0.23
5 ve üzeri	8	4.7	7	4.1	15	8.7	
Bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu							
Alan	45	26.2	43	25.0	88	51.2	0.40
Almayan	47	27.3	37	21.5	84	48.8	0.52
Bebeğin bakımına yardım alma durumu							
Alan	61	35.5	58	33.7	119	69.2	0.77
Almayan	31	18.0	22	12.8	53	30.8	0.38

Tablo 5'te annelerin sosyo-demografik özellikleri ile bebeği kolay uyutmak için sallamadurumları arasındaki ilişki yer almaktadır. Tabloyu incelediğimizde; yaş (yıl), eğitim durumu, aylık gelir düzeyi, yaşayan çocuk sayısı, bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu ile bebeği kolay uyutmak için sallama durumları arasındaki ilişkide istatistiksel olarak bir fark olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$).

TARTIŞMA

0–12 aylık bebeği olan annelerin bebek bakımında başvurdukları geleneksel uygulamaları ve tutumlarının belirlenmesi amacıyla yapılan çalışmada, annelerin %51.2'sinin daha önceden sağlık personelinden bebek bakımı hakkında bilgi aldıkları belirlenmiştir. Uğurlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da annelerin %59.4'ünün bebek bakımı konusunda sağlık personelinden bilgi aldığı belirlenmiştir (9).

Araştırmaya katılan annelerin tamamına yakınının (%96.5 oranında 166 anne) bebeğini emzirdiği belirlenmiştir. Yenidoğanların emzirilmesi sağlıklı büyümeye katkı da bulunan en önemli unsurlardan biridir. Anne sütü, bebeklerin yaşamlarındaki ilk 4-6 ayda gereksinimleri olan tüm besinleri içerir. Emzirme ülkemizde oldukça yaygındır, temel özelliklere göre çok küçük farklılıklar gösterse de TNSA (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması) 2013 sonuçlarına göre, tüm çocukların %96'sı bir süre emzirilmiştir (10).

Postpartum dönemde bebeğin emme refleksinin uyarılması, laktasyon ve involüsyon sürecinin başlaması için bebeğin ilk 30 dakika içinde emzirilmesi gerekmektedir (11). Çalışmamızda annelerin %84.9'u bebeğini doğduğunda hemen emzirmiştir. Literatürde de birçok çalışmada bebeğe ilk gıda olarak annelerin büyük bir oranda anne sütü verdikleri bulunmuştur (4, 9, 12, 13, 14, 15, 16) TNSA 2013'ten elde edilen bilgi ise, bebeklerin %50'sinin doğumdan sonraki ilk bir saat içinde emzirildiğini göstermektedir (10). TNSA 2013 sonucuna göre; çalışmamızda annelerin daha yüksek oranda bebeğini doğduğunda hemen emzirmiş olmaları annelerin doğum öncesi dönemden itibaren emzirme konusunda eğitilmiş olduklarını düşündürmektedir.

Araştırmada annelerin yarısından fazlası %59.3'ü göbek bakımı yapmaktadır. Göbek bakımında amaç, kordonun kurumaması ve enfeksiyona zemin hazırlamayacak şekilde nemli tutulmasıdır. Kordonun bebek bezi ile örtülü olmaması, gerekirse bezin kendi üzerine katlanarak göbek alanının açıkta kalması gerekmektedir, aksi halde o bölge sürekli nemli kalacaktır (17). Göbeğin kısa sürede düşmesini sağlamak için göbek üzerine konulan maddeler, yenidoğandatatanoz ve diğer enfeksiyonların gelişmesine ve bebeklerin sepsisten ölmesine neden olan risk faktörleri olarak değerlendirilir (11). Dünya Sağlık Örgütü, göbek kordonunun kurumaması için alkol, mersol benzeri maddeler kullanılması yerine, kendi kendine düşmesinin beklenilmesini, sadece Afrika, Afganistan gibi gelişmekte olan ülkelerde bir antiseptik solüsyonun kullanılmasını önermektedir (11).

Literatür bilgisinin aksine çalışmamızda annelerin bebeklerinde göbekte enfeksiyonu önlemek için; %2.9'unun kahve koyduğu, %1.2'sinin bebek pudrası kullandığı ve %0.6'sinin göbeğine kazan karası sürdüğü gibi geleneksel uygulamalar yaptıkları belirlenmiştir. Konuya ilişkin yapılan diğer çalışmalarda; Biltekin ve ark.'nın çalışmasında annelerin %31'nin kahve tozu, Dinç'in çalışmasında annelerin %36'sinin pudra, Arısoy ve ark.'nın çalışmasında annelerin %2,7'sinin yanmış kül uyguladığı belirlenmiştir (18, 19, 20). Yenidoğan ölümlerinin çoğunun 0-1 ayda gerçekleştiği göz önüne alınırsa yapılan bu uygulamaların, risk faktörlerini (hipotiroidi, enfeksiyon, neonatal tetanoz gibi) daha da artırdığı söylenebilir (21). Göbek kordonuna yönelik geleneksel uygulama oranlarının Özyazıcıoğlu ve Polat'ın (8) çalışmasında %66.7, Çalışkan ve Bayat'ın (13) çalışmasında %22,4, Biltekin ve ark.'nın (18) çalışmasında %31, Eğri ve Gölbaşı'nın (22) çalışmasında %37,3 olduğu saptanmıştır. Bütün bu çalışmalar göbek bakımında geleneksel uygulamaların hala yüksek düzeyde uygulandığını göstermektedir.

Çalışmamızda annelerin %15.1'i bebeğin ilk banyosunu doğduğu gün yaptığı tespit edilmiştir. Bebeğin ilk banyosu göbeği düşmeden önce silme banyo, göbeği düştükten sonra normal banyo şeklinde yapılmalıdır. Islak ve nemli ortam, göbek kordonunun kuruyup düşmesini engellediği gibi mikroplanarak enfekte olmasına neden olacağından dikkat edilmesi gereken bir konudur (9,11).

0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel

Çalışmamızda bebeklerini nazardan korumak için annelerin; %76.7'sinin dua okuduğu, %5.8'inin nazar boncuğu taktığı ve %1.7'sinin kurşun döktüğü belirlenmiştir. Türk toplumunun kültüründe “nazar değmesi, göz değmesi, göze gelme, kem göz, kötü göz” olarak ifade edilen nazar inancına çok sık rastlanılmaktadır (22). Kurşun döktürme; nazar değdiğine inanılan kişinin başının üstüne çarşaf örtülür ve üzerinde erimiş kurşun su dolu tabağa dökülür. Döküldüğünde kurşunun aldığı şekil üzerinde tahminler yapılarak nazarı kimin değdirdiği bulunmaya çalışılır (23). Sivri'nin çalışmasında annelerin %91,3'ünün bebeklerini nazardan korumak için, %89,9'unun da nazara uğradığında nazarın zararını önlemek için uygulamalara başvurduğu tespit edilmiştir (21). Uğurlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada da nazara inanan annelerin %46.4'ü bebeklerine nazarlık takmakta, %29.6'sı ise nazardan korumak için dua etmektedir(9). Bölükbaş ve ark.'nın çalışmalarında da bebeklerini nazardan korumak için annelerin %42,4'ü dua okumakta, %26.6'sı mavi boncuk takmaktadır (12). Eğri ve Gölbaşı'nın çalışmalarında annelerin %92,3'ü bebeğinin nazara uğradığını düşündüğünde bunu gidermek için geleneksel uygulamaya başvurmaktadır. Annelerin %84,7'si bebeklerini nazardan korumak için dua okumaktadır (22). Winch ve ark.'nın Bangladeş'te yaptığı çalışmada da doğumdan sonra ilk dokuz gün bebeklerin dışarıya çıkarılmadığı, kıskanç insanlardan ve kötü niyetli ruhlardan korumak için Kuran-ı Kerim'den alınarak yazılmış muska takıldığı görülmüştür (24). Çalışmalarda görüldüğü gibi annelerin bebekteki nazara yönelik olarak yaptıkları nazar boncuğu takma, muska takma, dua okuma, kurşun döktürme uygulamalarının bebeğe fiziksel zararı/yararı olmayabilir. Ancak annelerin birçok hastalık ve belirtilerinin nazar değmesi şeklinde yorumlayıp, çocuğu herhangi bir sağlık kuruluşuna götürmek yerine, çeşitli geleneksel uygulamalara başvurmaları bebek sağlığını olumsuz yönde etkileyebilecektir.

Çalışmamızda annelerin sarılığı önlemek için; %12.2'sinin sarı tülbent örttüğü, %7'sinin ışığın altına tuttuğu, %1.7'sinin beşiğine sarımsak ile üzüm taktığı ve %1.7'sinin bebeğine şekerli su içirdiği belirlenmiştir. Sarılık, doğumdan 24 saat sonra görülüyorsa fizyolojik; 24 saat içinde görülüyorsa patolojik sarılıktır. Sarılık meydana geldiğinde fizyolojik olsa dahi takibi yapılmalıdır, aksi takdirde bebeğin kanındaki bilirubin seviyesinin aşırı yükselmesi sonucunda, bebekte önemli beyin hasarlarına

neden olan kernikterus tablosu gelişebilir (11). Uğurlu ve ark.'nın yaptıkları çalışmada annelerin sarılığı önlemek için %32.2'si ise bebeğine sarı tülbent bağlamaktadır (9). Kahriman'ın yaptığı çalışmada annelerin %12.1'i bebeklerini florasan lambaya tutmaktadır (15). Özyazıcıoğlu ve Polat'ın çalışmalarında annelerin %41.8'i çocuğa altın takma, altın suyu ve yumurta sarısı ile yıkama ya da sarı giysiler giydirme gibi yöntemlere başvurmakta, %19'u ise kadercı bir yaklaşımla hiçbir şey yapmamaktadır (8). Çalışkan ve Bayat'ın çalışmasında sarılık olan bebeğe annelerin %48,9'u doktora götürdükten sonra sarı giydirme, altın takma (13), Işık ve ark.'nın çalışmasında annelerin %40'ı sarı örtü örtme (4), Sivri'nin çalışmasında annelerin bebeğe maden suyu içirme uygulamalarını yaptıkları belirlenmiştir (21). Koyun ve ark.'nın çalışmasında da annelerin %74'ü yeni doğan sarılığına karşı bebeğin yüzünü sarı tülbentle örtmüştür (25). Yapılan çalışmalarda da bizim çalışmamızda olduğu gibigeleneksel uygulamalarda kültürel ve bölgesel oransal farklılıklar olduğu görülmektedir. Annelerin sarılığı önlemek amacıyla zararsız olan uygulamaları (altın takma, sarı tülbent örtme vs.) yapmalarında sakınca görülmemektedir ancak annelere bebeklerini sık sık emzirmeleri ve sarılık olduğunda sağlık kuruluşuna götürmeleri gerektiği anlatılmalıdır.

Çalışmamızda bebeklerini kolay uyutmak için annelerin; %53.5'inin salladığı, %11'inin ninni söylediği ve %0.6'sının bebeğini kundakladığı bulunmuştur. Bölükbaş ve ark.'nın yaptıkları çalışmada annelerin çocuklarını uyutmak için ne gibi uygulamalara başvurduğu sorulduğunda; %33.0'ının ayağında sallayarak, %25.6'sının beşikte sallayarak, %15.8'inin de ninni söyleyerek bebekleri uyuttuğu bulunmuştur. Bebeklerin ayakta ya da beşikte sallanarak uyutulması Türk toplumunda oldukça yaygın bir uygulamadır (12). Geçmişten günümüze hemen her toplumun halk kültüründe varlığını sürdürmüş olan ninniler, çocukları uyutmak, ağladıklarında susturmak, rahatlatmak amacıyla genellikle anneler tarafından ezgiyle söylenen, anonim halk edebiyatı türlerinden biridir (26).

Eğri ve Gölbaşı tarafından yapılan bir çalışmada, annelerin %89.8'i bebeklerin iyi uyuması, bacaklarının güzel ve sırtlarının rahat olması için bebeklerini kundakladıkları bulunmuştur (22). Dinç'in çalışmasında annelerin %12.8'inin bebeklerin uyurken düşmemesi için kundakladıkları tespit edilmiştir (19).

0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel

Karabulutlu'nun çalışmasında da annelerin doğum sonu dönemde yenidoğanı kundaklama nedenleri arasında çocuğun rahat uyuması (%77.1) uygulaması ilk sırada yer almaktadır (27). Kundaklama, gelişimsel kalça displazisi için risk faktörleri arasında belirtilmektedir (11). Bu nedenle kundak yapma bebek sağlığını olumsuz etkileyen bir geleneksel uygulamadır. Kolları ve bacakları bağlı olan bebekler rahat hareket edemezler. Annelere bebeklerini kundaklamamaları ve bunun nedenleri konusunda bilgi verilmesi gerekmektedir.

Annelerin yaş (yıl), ikamet yeri, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, yaşayan kaç çocuk sayısı, bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu ve bebeğin bakımına yardım alma durumları ile nazardan korunmak için dua okuma arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı belirlenmiştir. Annelerin yaş (yıl), ikamet yeri, eğitim durumu, çalışma durumu, aylık gelir düzeyi, yaşayan kaç çocuk sayısı, bebek bakımı hakkında bilgi alma durumu ve bebeğin bakımına yardım alma durumları ile bebeği kolay uyutmak için sallama arasında istatistiksel olarak bir fark olmadığı görülmüştür.

İnsanlar çok farklı yerlerde, farklı coğrafik şartlarda yaşasalar bile, doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamalar yapılmaya devam etmektedir. Geleneksel inanç ve uygulamalar ile ilgili Türkiye genelini kapsayan geniş bir çalışma bulunmamaktadır. Ancak yöresel halk hekimliği uygulamalarını inceleyen çeşitli bölgelerde yapılmış çalışmalar bulunmaktadır (23). Ancak literatürdeki birçok çalışmaya bakıldığında toplumlarda doğum sonu dönemde yapılan geleneksel uygulamaları eğitim düzeyi düşük, sosyoekonomik durumu kötü anneler tarafından daha fazla yapıldığı görülmüştür.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara bakıldığında; annelerin tamamına yakınının bebeğini emzirdiği, büyük çoğunluğunun bebeğin gazını emzirdikten sonra çıkarttığı tespit edilmiştir. Ayrıca annelerin yine çoğunluğunun ek gıdalara uygun zamanda başladığı belirlenmiştir.

Annelerin yarısından fazlasının göbek bakımı yaptığı, göbekte enfeksiyonu önlemek için kahve koyduğu, bebek pudrası kullandığı ve göbeğe kazan karası sürdüğü saptanmıştır.

Annelerin bebek bakımına ilişkin kundaklama, sarılığın önlenmesi, uyutma amacıyla yapılan uygulamalarda geleneksel yöntemlere başvurdukları görülmüştür. Bebeğe uygulanan bu geleneksel uygulamalar bebeğin hastalanmasına veya tedavi sürecinin uzamasına, bebekte enfeksiyon gelişmesine ve bebeğin ileriki yaşamında sekel kalmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle çocuk sağlığını olumsuz etkileyebilecek geleneksel sağlık uygulamalarının birinci basamakta görev yapan sağlık çalışanlarının, annelere bebek bakımı konusunda eğitim vererek yanlış geleneksel uygulamalar konusunda bilgi verilmesi ve bu eğitimlerin sürekli yapılmasının yararlı olacağı önerilmektedir.

KAYNAKLAR

1. Eğri G.B, Konak A. Doğum sonu dönem ile ilgili geleneksel inanç ve uygulamalara dünyadan ve Türkiye'den örnekler. Journal of World of Turks, 2011;3(1):143-155.
2. Accorsi S., Fabrani M., Ferrarese N, Iriso R., Lukwiya M., Declich S. The Burden of Traditional Practices, Ebino and Tea- tea, On Child Health in Northein Uganda, Social Science&Medicine, 2003; 57: 2183-2191.
3. Geçkil E., Şahin T., Ege E. Traditional Postpartum Practices of Women and Infants and Factors Influencing Such Practices in South Eastern Turkey, Midwifery, 2007:1-10.
4. Işık M.T., Akçınar M., Kadioğlu S. Mersin ilinde gebelik, doğum ve loğusalık dönemlerinde anneye ve yenidoğana yönelik geleneksel uygulamalar, Uluslar arası İnsan Bilimleri Dergisi, 2010;7(1):63-84.
5. Meriç M., Elçioğlu O. (2004). Halk tababetinin çocuklara yönelik uygulamaları, 1. Halk Bilim Sempozyumu Sempozyum Kitabı, 30 Eylül-1 Ekim 2004, Eskişehir, s: 133-141.
6. Halk hekimliği (geleneksel tıp). <http://discoverturkey.com/kultursanat/halk-hekim.html> (Erişim tarihi: 01.02.2018).
7. Çalışkan I. Z., Yaramış N., Karataş N., Koç N., Gök, Y., ve ark. Bebeklik ve çocuklukta karşılaşılan sorunlara ilişkin geleneksel inanç ve uygulamalar, 13. Ulusal Neonatoloji Kongresi (Uneko 13) ve Yenidoğan Hemşireliği Kongresi Bildiri Kitabı, 2005 Kayseri, s 489.

0-12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Bebek Bakımında Başvurdukları Geleneksel

8. Özyazıcıoğlu N., Polat S. 12 aylık çocuğu olan annelerin bazı sağlık sorunlarında başvurdukları geleneksel uygulamalar. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2004;7(2): 30-38.
9. Uğurlu S.E.,Başbakkal Z., Dayılar H., Çoban V., Ada Z. Ödemiş'te bulunan annelerin bebek bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemlerin incelenmesi, Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi,2013;2(3):342-360.
- 10.Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması-TNSA 2013 Sonuçları. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2013-AnaRapor.pdf> (Erişim tarihi: 01.02.2013).
11. Törüner K.E.,Büyükgönenç L. Çocuk Sağlığı Temel Hemşirelik Yaklaşımları. 1. Baskı. Cilt 1. Ankara: Göktuğ Yayıncılık; 2011.
12. Bölükbaş N., Erbil N., Altunbaş H., Arslan Z. 0-12 aylık bebeği olan annelerin çocuk bakımında başvurdukları geleneksel uygulamalar, Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi, 2009; 6(1):164-176.
13. Çalışkan Z., Bayat M. Annelerin bebek bakımı uygulamaları ve etkileyen faktörler: Bir Kapadokya örneği. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 2011;14(2):23-30.
14. Arısoy A.,Canbulat N., Ayhan F. Karaman ilindeki annelerin bebeklerinin bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi 2014;17(1):23-31.
- 15.Kahriman G. Trabzon İl Merkezinde 6-12 Aylık Çocuğu Olan Annelerin Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamaları, Halk Sağlığı Anabilim dalı Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2007, Trabzon.
- 16.Yıldız A., Baran E., Akdur R., Ocaktan E., Kanyılmaz O. Bir sağlık ocağı bölgesinde 0-11 aylık bebekleri olan annelerin emzirme durumları ve etkileyen faktörler, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası, 2008;61(2):61-67.
- 17.Perk Y. Yenidoğan yoğun bakım enfeksiyonları; korunma ve kontrol, İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Hastane Enfeksiyonları: Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 2008;60, 137-141.
18. Biltekin Ö., Boran Ö.D, Denkli M.D, Yalçınkaya S. Naldöken Sağlık Ocağı Bölgesinde 0-11 aylık bebeği olan annelerin doğum öncesi dönem ve bebek bakımında geleneksel uygulamaları.STED2004;13(5):166-168.

19. Dinç S. Şanlıurfa merkezde bulunan 4 numaralı sağlık ocağına kayıtlı 0-1 yaşında çocuğa sahip annelerin çocuklarının bakımında kullandıkları geleneksel uygulamalar. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,2005;1(2):53-64.
20. Arısoy A, Canbulat N, Ayhan F. Karaman ilindeki annelerin bebeklerinin bakımında uyguladıkları geleneksel yöntemler. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi* 2014;17:23-1.
21. Sivri B.B. 12 Aylık Bebeği Olan Annelerin Anne-Bebek Bakımına İlişkin Geleneksel Uygulamaları. (Yüksek Lisans Tezi). Kayseri: Erciyes Üniversitesi; 2012.
22. Eğri G., Gölbaşı Z. 15-49 yaş grubu evli kadınların doğum sonu dönemde bebek bakımına yönelik geleneksel uygulamaları. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2007;6(5):313-320.
23. Sivri B.B., Karataş N. Toplumun kültürel yönü: Doğum sonu dönemde anne ve bebek bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamalar ve dünyadan örnekler. *J Curr Pediatr* 2015; 13: 183-193.
24. Winch P.J., Alam M.A., Akther A., Afroz D., Ali N.A., Ellis A.A, et al. Local understandings of vulnerability and protection during the neonatal period in Sylhet District, Bangladesh: A qualitative study. *Lancet* 2005;366:478-85.
25. Koyun A., Çamuroğlu C., Korkmaz G., Menteşe N., Ocak F. Kadınların gebelik, doğum ve yenidoğan bakımına ilişkin geleneksel inanç ve uygulamaları. *Aile ve Toplum* 2010;6(22):57-64.
26. Coşkun Ç.N. Türk ninnilerine işlevsel yaklaşım, *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish* 2013;8(4) p. 499-513.
27. Karabulutlu Ö. Kars ilinde doğum sonu dönemde yenidoğan bakımına yönelik yapılan geleneksel uygulamaların belirlenmesi. *DEUHYO ED* 2014;7 (4):295-302.

Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarında Cinsel

Yaşam Kalitesi*

Hatice KAHYAOĞLU SÜT**, Burcu KÜÇÜKKAYA**

Amaç: Bu çalışmanın amacı, premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesinin incelenmesidir.

Yöntem: Kesitsel tipte bu araştırma Eylül-Aralık 2015 tarihleri arasında Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Menopoz ve Jinekoloji Polikliniğine başvuran, 45-60 yaş arası premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemlerde bulunan cinsel aktif 225 kadın üzerinde yürütülmüştür. Çalışmaya katılmayı kabul eden kadınlara sosyo-demografik verileri sorgulayan bir bilgi formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) uygulanmıştır.

Bulgular: Premenopoz (64.1 ± 24.1), perimenopoz (61.6 ± 19.3) ve postmenopoz (57.2 ± 21.3) dönemleri CYKÖ-K toplam puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p=0.034$). Menopozal dönemler arasında vajinal kuruluk şikayeti varlığı ve disparoni şikayeti varlığı yönünden anlamlı fark saptanmıştır ($p<0.001$). En yoğun vajinal kuruluk şikayetinin perimenopozal dönemde, en yoğun disparoni şikayetinin postmenopozal dönemde yaşandığı belirlenmiştir. Tüm menopozal dönemlerde vajinal kuruluk şikayeti olanların CYKÖ-K toplam puanlarının, vajinal kuruluk şikayeti olmayanlardan düşük olduğu fakat sadece postmenopozal dönemde anlamlı olduğu bulunmuştur ($p=0.027$).

Sonuç: Menopozal geçiş dönemi arttıkça cinsel yaşam kalitesi de azalmaktadır. En yoğun vajinal kuruluk şikayeti perimenopozal dönemde, disparoni şikayeti ise postmenopozal dönemde yaşanmaktadır. Postmenopozal dönem vajinal kuruluk şikayeti cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Anahtar kelimeler: Cinsel yaşam kalitesi; kadın; premenopoz; perimenopoz; postmenopoz

* Bu çalışma 25-29 Mayıs 2016 tarihleri arasında Adana'da düzenlenmiş olan 3.Uluslararası Doğu Akdeniz Hemşirelik Kongresi'nde sözel bildiri olarak sunulmuştur.

**Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Edirne, Türkiye.

Sexual Quality of Life in Periods Premenopause, Perimenopause and Postmenopause Women

Aim: The aim of this study was to investigate sexual quality of life in periods premenopause, perimenopause and postmenopause women.

Methods: This cross-sectional study was conducted on 225 women who aged 45-60, being menopausal periods, and had sexual active at the Menopause and Gynecology clinics of Trakya University Medical Faculty between September and December 2015. Women who willing to participate to the study were filled an information form inquiring socio-demographic characteristics and Sexual Quality of Life Questionnaire-Female (SQLQ-F).

Results: There was found significantly difference in the SQLQ-F score among premenopause (64.1 ± 24.1), perimenopause (61.6 ± 19.3) and postmenopause (57.2 ± 21.3) periods ($p=0.034$). There was found significantly difference in presence of vaginal dryness and dyspareunia among premenopause, perimenopause and postmenopause periods ($p<0.001$). The most intensive vaginal dryness complaint was determined in the perimenopause period, also the most intensive dyspareunia complaint was determined in the postmenopause period. The SQLQ-F score in women who had vaginal dryness was found lower than women who had not vaginal dryness in all menopausal periods, but significantly difference was only found in postmenopausal period ($p=0.027$).

Conclusion: Sexual quality of life decreases when the menopausal transition stage increases. The most intensive complaints are vaginal dryness in perimenopause and dyspareunia in postmenopause periods. Vaginal dryness complaint in postmenopausal period negatively effects sexual quality of life.

Key words: Sexual quality of life; women; premenopause; perimenopause; postmenopause

GİRİŞ

Kadının reproduktif dönemden non-reproduktif döneme geçişine klimakteryum dönem adı verilmektedir. Bu dönemin en çarpıcı değişikliği menopozdur (Şahin, 1998). Dünya Sağlık Örgütü'ne göre menopoz (doğal menopoz), overlerdeki folikül

rezervinin tükenmesine bağlı olarak menstruasyonun kalıcı olarak durmasıdır (WHO, 1996). Menopoz döneminde folikül rezervinin tükenmesiyle östrojen düzeyinde azalma, FSH ve LH düzeyinde ise normal sınırlar üzerinde yükselme görülmektedir. Üreme çağı kadınlarının menstrual sikluslarında serum östrodiol düzeyi 65.6 ile 137.2 pg/mL arasında iken, postmenopozal kadınlarda östrojen düzeyinin % 90 oranında azalarak, ortalama 6.5 pg/mL'a kadar düştüğü bildirilmiştir (Novi, and Book, 2009). Menopoz kendi içerisinde premenopoz, perimenopoz, postmenopoz olarak üç döneme ayrılmaktadır. Premenopozal dönem, klimakteryumun ilk fazıdır. Menopozdan önceki 2-6 yıllık süreç olan premenopozal dönemde adetler genellikle düzenlidir. Folliküler fazda FSH düzeylerinde değişiklik yoktur. Bununla birlikte AMH ve antral folikül sayısı düşüktür. Doğurganlığın azalmaya başladığı ve kadının menstrual döngülerinde değişiklikler görmeye başlayacağı geç üreme dönemidir. Perimenopozal dönem, kendi içinde 2'ye ayrılmaktadır. 7 gün ve üzeri kalıcı adet gecikmesi olanlar erken perimenopoz, 1-3 yıl boyunca aralıklı olarak 60 günden fazla adet görmeme geç perimenopoz olarak adlandırılmaktadır. Özellikle de vazomotor semptomlar, bu dönemde ortaya çıkabilmektedir. Postmenopozal dönemde kendi içinde 2'ye ayrılmaktadır. Menopoz sonrası 6-8 yıllık dönem erken postmenopoz, sonrası geç postmenopoz olarak tanımlanmaktadır. Menopoz ise, perimenopoz sonrası ve erken postmenopozun başlangıcında, son 12 ay adet görmeme durumuna denir (Harlow et al., 2012). Menopoza girme yaşı coğrafi özellikler ve ırka göre farklı olup Kuzey Amerika'da 50-51, Avrupa'da 50-53 Asya'da 42-49 yaşları arasında değişmektedir (Palacios, Henderson, Siseles, Tan, and Villaseca, 2010). Türkiye'de 48-49 yaş arası kadınların %49'unun menopoza girdiği belirlenmiştir (TNSA, 2013). Dünya Sağlık Örgütü cinsel sağlığı "cinsel yaşamın bedensel, ruhsal, zihinsel ve sosyal açıdan bir bütün olarak ele alınması yoluyla kişilik, iletişim ve sevginin olumlu yönde zenginleşmesi ve güçlenmesi" olarak tanımlamaktadır (PAHO, 2000; Tuğut ve Gölbaşı, 2010). Cinsellik, insanın bireysel varlığını devam ettirmesi için yaşamsal bir zorunluluk olmasa da, bireyin yaşam kalitesini artırması bakımından önemlidir. Cinsel yaşam kalitesi, cinsel işlevde genel iyilik halinin olması ve cinsel işlevden memnuniyet olarak tanımlanmaktadır (Şenol ve Türkay, 2006; Gülsün, Ak ve Bozkurt, 2009). Menopozal dönemlerde ortaya çıkan değişiklikler kadın cinsel sağlığı

üzerine etki ederek cinsel yaşam kalitesinin olumsuz etkileyebilmektedir (Dennerstein, Guthrie, Hayes, DeRogatis, and Lehert, 2008). Kadın menopoz ile birlikte vücut imajının olumsuz etkileneceği ve kadınlık fonksiyonlarının sona ereceği kaygıları ile cinselliğe olan ilgisini de kaybedebilmektedir (Liu et al., 2015; Karakuş ve Yanikkerem, 2016).

Cinsel yaşam kalitesini etkileyen bedensel faktörler, kişinin vücudundaki değişikliklerle ilgilidir. Menopozal geçiş döneminde cinsel yaşam kalitesini etkileyen en önemli bedensel faktör östrojen seviyesindeki uzun süreli azalmadır. Östrojen seviyesindeki azalma sonucu vajinal duvar kalınlığı inceler, daha çabuk hasar görür ve vajinal ortam daha az asidik hale gelir. Dolayısıyla vajinada kuruluk, ürogenital sistem organlarında atrofi görülür. Bu değişikliklerle bağlantılı olarak kadınlar vajinal lubrikasyonda yetersizlik, disparoni, orgazm bozukluğu, cinsel istek, uyarılma ve doyumda azalmadan yakınmaktadırlar (Dennerstein et al., 2008; Ishak, Low, and Othman, 2010; Karakuş ve Yanikkerem, 2016). Menopozal kadınların %50'sinin östrojen eksikliği nedeniyle yaşadıkları genitoüriner semptomların, cinsel yaşam üzerinde olumsuz etkiye sahip olduğu bildirilmiştir (Farrell, 2017). Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada vulvar-vajinal atrofisi olan postmenopozal kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Nappia, Palaciosb, Panayc, Particcod, and Krychmane, 2016). Postmenopozal dönemde olan 1805 kadın üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %34'ünde cinsel isteğin azaldığı, %54'ünde cinsel ilginin azaldığı bildirilmiştir (Dennerstein, Lehert, and Burger, 2005). Ülkemizde perimenopozal dönem kadınlarında cinsel disfonksiyonun yüksek olduğu tespit edilmiştir (Çalışkan, Çorakçı, Doğer, Coşkun, Özeren ve Çorapçioğlu, 2010).

Sağlık hizmeti veren ekip içerisinde anahtar rol üstlenen hemşireler tarafından cinselliğin hemşirelik bakımının ayrılmaz bir parçası olarak kabul edilmesi ve cinsel fonksiyon bozukluklarının hemşirelik tanıları içerisinde yer alması hemşirelik alanında cinselle ilgili araştırmaların önemini ortaya koymaktadır. Cinselle ilgili ulusal düzeyde yapılacak çalışmalarda riskli gruplara öncelik verilmesi, hemşireler için hem sosyal sorumluluk olup hem de uygulama alanlarında bakımın kalitesini artırmaya yönelik çalışma yapma imkanı sağlayabilmektedir (Santis, and Vasquez, 2010; Kömürcü, Demirci, Yıldız ve Gün, 2014). Yapılacak çalışmalar menopoz alanında

çalışan hemşirelere, menopozal dönemlerdeki kadınların cinsel sağlık tanılamalarını yapmaları, uygun bakım girişimlerinin belirlenmesi açısından yol gösterici olacaktır.

Bu çalışmanın amacı premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarında cinsel yaşam kalitesini incelemektir. Literatür incelendiğinde, ülkemizde premenepozal, perimenepozal ve postmenopozal dönemlerde cinsel yaşam kalitesi ile ilgili çok az sayıda çalışma tespit edilmiş olup, çalışma bulguları hem literatürü destekleyecek hem de menopoz alanında çalışan hemşirelere farkındalık kazandıracaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmanın Tipi: Bu araştırma kesitsel tipte bir çalışmadır.

Araştırmanın Yeri ve Zamanı: Bu araştırma Eylül-Aralık 2015 tarihleri arasında, Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Menopoz ve Jinekoloji Polikliniği'nde yürütülmüştür.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme: Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemleri CYKÖ-K puanları arasında 5.5 puanlık bir fark, 10 birim standart sapma, %5 yanılma payı ve %95 power değeri ile her bir gruptan n=103'er olmak üzere, örneklem sayısı n=309 olarak hesaplanmıştır. Çalışma için belirlenen tarihler arasında menopoz ve jinekoloji polikliniğine başvuran, dahil edilme kriterlerine uygun (45-60 yaş arası, premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemlerinde olup cinsel aktif olan kadınlar), çalışmaya katılmaya gönüllü n=225 (premenopoz=65, perimenopoz=40, postmenopoz=120) kadın ile araştırma tamamlanmıştır.

Veri Toplama Araçları: Katılımcılara sosyo-demografik ve menopozal dönemlere ilişkin özelliklerin sorgulandığı bir bilgi formu ve Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K) uygulanmıştır. Araştırmacılar tarafından literatür incelenerek hazırlanan bilgi formu; sosyo-demografik özelliklerin (yaş, medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanma durumu), menopozal döneme ilişkin özelliklerin (menopoza girme şekli, menopozal dönemi, cinsel birliktelikte vajinal kuruluk şikayeti, cinsel birliktelikte disparoni şikayeti) sorgulandığı 14 sorudan oluşan bir formdur.

Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın (CYKÖ-K); Symonds ve ark. tarafından 2005 yılında geliştirilmiş CYKÖ-K ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği Turgut ve Gölbaşı tarafından 2010 yılında 18-65 yaş grubundaki kadınlarda yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı olan Cronbach Alpha değeri 0.83 olarak bulunmuştur. Güvenirlik düzeyi yüksek olan CYKÖ-K'nın türk toplumundaki kadınların cinsel yaşam kalitesini değerlendirmede kullanılabileceği belirlenmiştir. Altılı likert tipinde, 18 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesi son dört hafta içindeki cinsel yaşam kalitesi düşünülerek yanıtlanmaktadır. Çalışma da 1-6 puan sistemi (1=Tamamen katılıyorum, 2=Büyük ölçüde katılıyorum, 3=Kısmen katılıyorum, 4=Kısmen katılmıyorum, 5= Büyük ölçüde katılmıyorum, 6=Hiç katılmıyorum) kullanılmaktadır. Toplam puan hesaplanmadan önce 1., 5., 9., 13., 18. madde puanları tersine çevrilerek, ölçekten alınan toplam puan 100'e dönüştürülmüştür. Ölçek toplamından alınan puanın yüksek olması cinsel yaşam kalitesinin iyi olduğunu göstermektedir (Tuğut ve Gölbaşı, 2010; Symonds, Boolell, and Quirk, 2005).

Araştırmanın Etik Yönü: Çalışma için Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kuruluna başvurularak 2015/154 protokol nolu onay alınmıştır.

Verilerin Toplanması: Veriler toplanmadan önce katılımcılara araştırmanın amacı açıklanarak bilgilendirilmiş onamları alınmıştır. Araştırmaya sadece katılmaya gönüllü olanlar dahil edilmiştir. Verilerin gizli tutulacağı ve yalnızca bilimsel amaçlı kullanılacağı, sorulardan rahatsız olduklarında bilgi formunu doldurmaktan vazgeçebilecekleri, bilgi formları üzerine ad-soyad yazılmaması gerektiği konularında bilgi verilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi: Verilerin değerlendirilmesinde nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluklarında tek örneklem Kolmogorov Smirnov testi, normal dağılan yaş değerlerinin karşılaştırılmasında parametrik test yöntemleri, normal dağılmayan CYKÖ-K puanlarının karşılaştırılmasında non-parametrik test yöntemleri kullanılmıştır. Menopozal dönemler arasında CYKÖ-K puanlarının karşılaştırılmasında Kruskal Wallis Test; menopozal dönemlere göre yaş ile CYKÖ-K puanı arasındaki ilişkiyi incelemeye Spearman Korelasyon Analizi yöntemleri kullanılmıştır. Ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0.94 olarak bulunmuştur. Değişkenlerin sonuçları ortalama \pm standart sapma, sayı (n) ve yüzde (%) olarak

gösterilmiş olup $p < 0.05$ değeri istatistiksel anlamlı kabul edilmiştir. Verilerin analizinde SPSS 20 .0 istatistiksel paket programı kullanılmıştır.

Araştırmanın Sınırlılıkları: Dahil edilme kriterlerine uygun premenopoz ve perimenopoz dönem kadınların, araştırmanın konusu nedeniyle çalışmaya katılmak istememeleri yada veri formunu doldurmaktan vazgeçmeleri nedeniyle belirlenen örneklem sayısına ulaşamaması araştırmanın sınırlılığdır.

BULGULAR

Çalışmada premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınlarının ($n=225$) sosyo-demografik özelliklerini ve menopoza girme şekillerini incelediğimizde; kadınların %97.8'i evli olup %71.6'sının eğitim durumu ilköğretim ve altı olduğu bulundu. Kadınların %78.7'sinin gelir durumunun orta düzeyde olduğu, %81.8'unun çalışmadığı saptandı. Büyük çoğunluğunun sigara (%84.9) ve alkol (%98.2) kullanmadığı belirlendi. Postmenopozal dönemde olduğu tespit edilen 120 kadının %65'inin doğal, %32.5'inin cerrahi ve %2.5'inin erken menopoza girdiği tespit edildi. Premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönem kadınları arasında medeni durum, eğitim durumu, gelir durumu, sigara ve alkol kullanma durumu açısından anlamlı farklılık bulunmadı ($p > 0.05$). Sadece premenopozal dönem kadınlarının çalışma durumunun (%32.3), perimenopozal (%15) ve postmenopozal (%11.7) dönem kadınlarına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptandı ($p=0.002$) (Tablo 1).

Tablo 1. Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Kadınlarının Sosyo-Demografik Özellikleri ve Menopoza Girme Şekilleri (n=225)

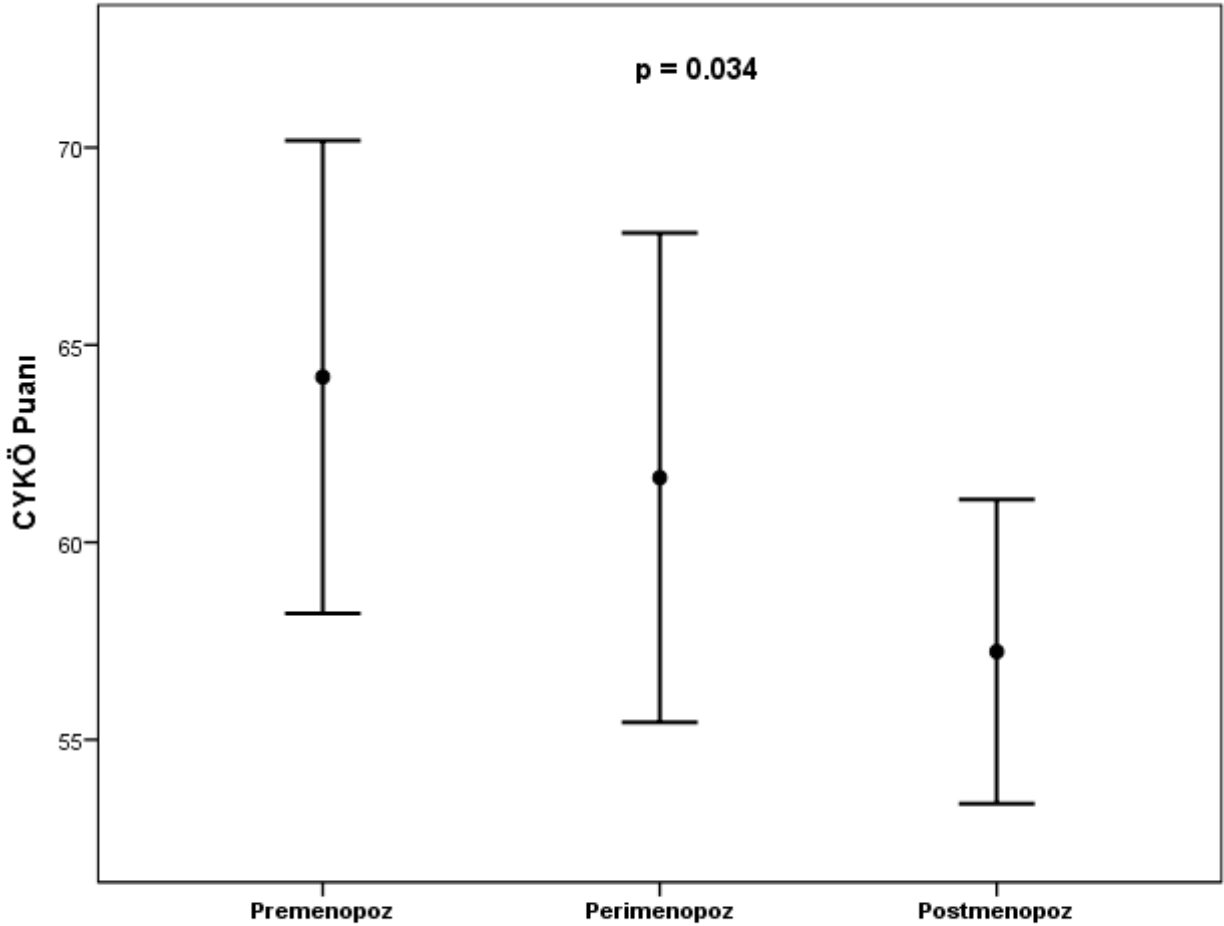
	Toplam (n=225)	Premenopoz (n=65)	Perimenopoz (n=40)	Postmenopoz (n=120)	p
Medeni Durum					
Evli	220 (97.8)	62 (95.4)	39 (97.5)	119 (99.2)	0.247
Bekar	5 (2.2)	3 (4.6)	1 (2.5)	1 (0.8)	
Eğitim Durumu					
İlköğretim ve altı	161 (71.6)	41 (63.1)	32 (80.0)	88 (73.3)	0.143
Lise ve üstü	64 (28.4)	24 (36.9)	8 (20.0)	32 (26.7)	
Gelir Durumu					
Kötü	5 (2.2)	1 (1.5)	0 (0.0)	4 (3.3)	
Orta	177 (78.7)	54 (83.1)	30 (75.0)	93 (77.5)	0.669
İyi	42 (18.7)	10 (15.4)	10 (25.0)	22 (18.3)	
Çok iyi	1 (0.4)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (0.8)	
Çalışma Durumu					
Çalışmıyor	184 (81.8)	44 (67.7)	34 (85.0)	106 (88.3)	0.002
Çalışıyor	41 (18.2)	21 (32.3)	6 (15.0)	14 (11.7)	
Sigara					
Hayır	191 (84.9)	51 (78.5)	36 (90.0)	104 (86.7)	0.202
Evet	34 (15.1)	14 (21.5)	4 (10.0)	16 (13.3)	
Alkol					
Hayır	221 (98.2)	63 (96.9)	40 (100.0)	118 (98.3)	0.506
Evet	4 (1.8)	2 (3.1)	0 (0.0)	2 (1.7)	
Menopoza Girme Şekli					
Doğal	-	-	-	78 (65.0)	-
Cerrahi	-	-	-	39 (32.5)	
Erken	-	-	-	3 (2.5)	

Çalışmada premenopoz (37.2 ± 9.6), perimenopoz (47.0 ± 3.8) ve postmenopoz (52.9 ± 6.9) dönem yaşları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.001$). Bu sonuca göre premenopozdan postmenopoza doğru geçiş süreci arttıkça, yaş da artmaktaydı. Premenopoz (64.1 ± 24.1), perimenopoz (61.6 ± 19.3) ve postmenopoz (57.2 ± 21.3)

dönemleri CYKÖ-K toplam puanları arasında anlamlı fark bulundu ($p=0.034$). Bu sonuca göre de premenopozdan postmenopozla doğru geçiş süreci arttıkça CYKÖ-K toplam puanı azalmaktaydı (Tablo 2, Şekil 1).

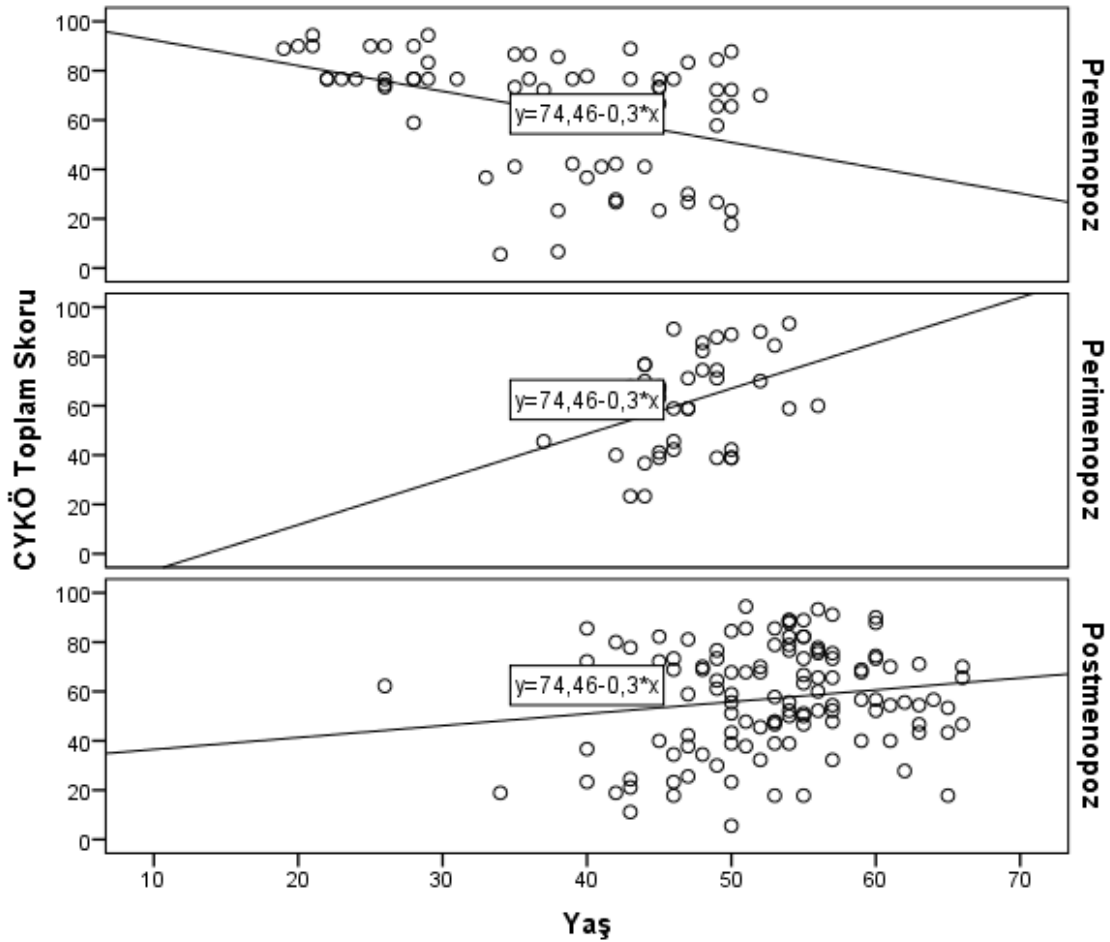
Tablo 2. Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönemleri Arasında Yaş ve CYKÖ-K Toplam Puanının Karşılaştırılma Sonuçları

	Premenopoz (n=65)	Perimenopoz (n=40)	Postmenopoz (n=120)	p
Yaş	37.2 ± 9.6	47.0 ± 3.8	52.9 ± 6.9	<0.001
CYKÖ-K toplam puanı	64.1 ± 24.1	61.6 ± 19.3	57.2 ± 21.3	0.034



Şekil 1. Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönemlerine göre CYKÖ-K Toplam Puanlarının Grafikselleştirilmesi

Çalışmada premenopozal dönem yaşı ile CYKÖ-K toplam puanı arasındaki negatif yönde anlamlı korelasyon bulundu ($r=-0.472$; $p<0.001$). Buna göre premenopozal dönem yaşı arttıkça cinsel yaşam kalitesi azalmaktaydı. Ancak perimenopozal dönem yaşı ile CYKÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde anlamlı korelasyon saptandı ($r=0.337$; $p=0.033$). Buna göre perimenopozal dönem yaşı arttıkça cinsel yaşam kalitesi de artmaktaydı. Postmenopozal dönemde ise yaş ile CYKÖ-K toplam puanı arasında pozitif yönde ilişki gözlenmesine karşın korelasyon katsayısı anlamlı bulunmadı ($r=0.142$; $p=0.122$) (Şekil 2).



Şekil 2. Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönem Yaşı ile CYKÖ-K Toplam Puanı Arasındaki Korelasyonların Grafikselleştirilmesi

Çalışmada premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemleri arasında vajinal kuruluk şikayeti varlığı yönünden anlamlı fark bulundu ($p<0.001$). Buna göre en yoğun vajinal kuruluk şikayeti perimenopozal dönemde yaşanmaktaydı. Menopozal dönemler arasında disparoni şikayeti varlığı yönünden anlamlı fark saptandı ($p<0.001$). Buna göre en yoğun disparoni şikayeti postmenopozal dönemde yaşanmaktaydı (Tablo 3).

Tablo 3. Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönemleri Arasında Vajinal Kuruluk ve Disparoni Şikayeti Varlığının Karşılaştırılması

	Toplam	Premenopo z	Perimenop oz	Postmenopo z	p
Vajinal kuruluk					
Hayır	151 (%67.1)	56 (%86.2)	21 (%52.5)	74 (%61.7)	<0.001
Evet	74 (%32.9)	9 (%13.8)	19 (%47.5)	46 (%38.3)	
Disparoni					
Hayır	101(%58.4)	51 (%83.6)	15 (%46.9)	35 (%43.8)	<0.001
Evet	72 (%41.6)	10 (%16.4)	17 (%53.1)	45 (%56.3)	

Çalışmada vajinal kuruluk şikayeti varlığı ile premenopoz, perimenopoz ve postmenopoz dönemleri arasında CYKÖ-K toplam puanı karşılaştırma sonucuna baktığımızda; vajinal kuruluk şikayeti olanların CYKÖ-K toplam puanının düşük olduğu saptandı. Fakat sadece postmenopozal dönemde anlamlı fark bulundu ($p=0.027$). Disparoni şikayeti varlığı ile menopozal dönemler arasında CYKÖ-K toplam puan karşılaştırma sonucuna baktığımızda; disparoni şikayeti olanların CYKÖ-K toplam puanının düşük olduğu gözlemlendi. Fakat menopozal dönemler arasında anlamlı fark bulunmadı ($p>0.05$) (Tablo 4).

Tablo 4. Premenopoz, Perimenopoz ve Postmenopoz Dönemleri Arasında Vajinal Kuruluk ve Disparoni Şikayeti Varlığı İle CYKÖ-K Toplam Puanının Karşılaştırılması

CYKÖ-K Toplam Puanı	Vajinal kuruluk şikayeti varlığı			Disparoni şikayeti varlığı		
	Hayır	Evet	p	Hayır	Evet	p
Premenopoz	64.8 ± 24.6	60.0 ± 21.7	0.340	64.3 ± 24.3	62.8 ± 22.4	0.673
Perimenopoz	65.0 ± 20.5	57.8 ± 17.8	0.178	57.8 ± 17.8	57.7 ± 18.9	0.955
Postmenopoz	59.9 ± 22.4	52.9 ± 18.7	0.027	56.5 ± 25.9	53.0 ± 18.7	0.415

TARTIŞMA

Premenopozal, perimenopozal ve postmenopozal dönemlerde overlerde fonksiyon yetmezliği sonucu hipoöstrojenizm meydana gelir. Bu durum, hormonal, emosyonel, fizyolojik, psikososyal ve kişilerarası ilişkilerde birçok değişime ve cinsel fonksiyon bozuklukları riskinde artışa neden olabilmektedir (Şahin, 2016). Özellikle postmenopozal dönem kadınlarının üreme organlarında uzun süre östrojen yetersizliğine bağlı atrofi ortaya çıkar. Östrojen kaybı ile ortaya çıkan vajinal atrofi sonucu cinsel fonksiyonlarda bozulmalar görülür (Şahin, 2015). Özellikle postmenopozal döneme geçiş evresi olan perimenopozal dönemde başlayan cinsel problemler cinsel yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkilidir (Novi, and Book, 2009). Bu çalışma da menopozal geçiş dönemi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığı, premenopozal dönem cinsel yaşam kalitesinin, perimenopozal ve postmenopozal dönemden daha iyi olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde Altuntuğ ve ark. klimakterik dönem cinsel yaşam kalitesini inceledikleri çalışmalarında, menopozal geçiş dönemi arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığını belirlemişlerdir (Altundağ, Ege, Akın, Koçak ve Benli, 2016). Güvel ve ark. çalışmalarında, düzenli mensturasyon gören kadınların cinsel fonksiyonlarının, düzensiz mensturasyon gören, cerrahi veya doğal yolla menopoza girmiş kadınlara göre daha iyi olduğunu bildirmişlerdir (Güvel, Yayıoğlu, Bağış, Savaş, Bulgan ve Özkardeş, 2003). Kömürcü ve İşbilen çalışmalarında, 55 yaş üzeri kadınlarda ve 5 yıl üzeri postmenopozal dönemde cinsel yaşam kalitesinin kötü olduğunu belirlemişlerdir (Kömürcü ve İşbilen, 2011). Menopozal geçiş dönemleri arttıkça östrojen yetersizliğinin arttığı ve postmenopozal dönem kadınlarında östrojen kaybı ile ortaya çıkan ürogenital ve vajinal atrofi sonucu cinsel yaşam kalitesinin azaldığı görülmektedir.

Menopozal geçiş dönemlerinde görülen biyolojik ve hormonal değişimlerin yanı sıra ilerleyen yaş, cinsel fonksiyon bozukluğunda önemli bir faktördür (Şahin, 2016). Bu çalışma da premenopozdan postmenopoza doğru geçiş süreci arttıkça, cinsel yaşam kalitesinin azaldığı tespit edilmiştir. Ülkemizde yapılan son çalışmalarda, menopozal dönem yaş artışı ile cinsel fonksiyonlarda azalma olduğu bildirilmiştir (Yanikkerem, Göker, Çakır, and Esmeray, 2018; Gozuyesil, Surucu, and Alan, 2017; Andac, and Aslan, 2017; Yangın, Sozer, Sengun, and Kukulcu, 2008). Altundağ ve ark. çalışmalarında, menopozal dönem yaş artışı ile cinsel yaşam kalitesinde azalma olduğunu, menopoz semptomlarında artış ile cinsel yaşam kalitesinin kötüleştiğini belirlemişlerdir (Altundağ ve ark., 2016). Fernandes ve ark. İtalya'da yürüttükleri çalışmaların da, kadınların en fazla cinsel istek ve orgazm güçlüğünü premenopozal dönemde yaşadıklarını belirlemişlerdir (Fernandes, Costa-Paiva, and Pinto-Neto, 2014). Jonusiene ve ark. Brezilya'da yaptıkları çalışmalarında, 55-65 yaş arası kadınların, 40-45 yaş arası kadınlara göre cinsel fonksiyon bozukluğunu 7,3 kat daha fazla yaşamakta olduğunu bildirmişlerdir (Jonusiene, Zilaitiene, Adomaitiene, Aniuliene, and Bancroft, 2013). Menopozal dönemlerdeki kadının cinsel yaşamını yaşa ve menopoza bağlı fizyolojik değişiklikler belirlemektedir (Şahin, 2015). Premenopozal dönem, menopoz semptomlarının başlangıç dönemi olup, yaş ile beraber semptomlarda artış görülmesi nedeniyle kadın semptomlarla başetme sürecine girmekte ve bu süreç cinsel yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkili olabilmektedir.

Menopozal geçiş dönemlerinde ve menopoza sonra, östrojen düzeyinde azalma sonucu kadınların %45'inde vajinal atrofi gelişir (Woods, 2012). Menopozal dönemlerde östrojen kaybı sonucu oluşan vajinal atrofi ve vajinal lubrikasyon azalmasına bağlı vajinal esneklik ve kayganlık azalır. Bu nedenle cinsel ilişki sırasında kadında vajinal kuruluk ve dispareni şikayeti yaşanır. Bu çalışma da en yoğun vajinal kuruluk şikayetinin perimenopozal dönemde (%47.5), en yoğun dispareni şikayetinin postmenopozal dönemde (%56.3) yaşandığı belirlenmiştir. Nalbant çalışmasında, menopozal dönem kadınlarının %69.5'inde dispareni ve %68.7'sinde vajinal kuruluk şikayeti saptamıştır (Nalbant, 2009). İspanya'da, postmenopozal dönem kadınların %62.9'unda dispareni, %67.9'unda vajinal kuruluk şikayeti yaşandığı belirlenmiştir (Moral et al, 2018). Avrupa ülkelerinde yürütülen bir

çalışmada, vajinal kuruluk şikayeti olan postmenopozal kadınların %76'sında disparoni şikayeti olduğu bildirilmiştir (Nappia et al., 2016). Çalışmamız ve literatür sonuçları gösteriyor ki; östrojen yokluğuna bağlı gelişen vajinal atrofi sonucu, en yoğun vajinal kuruluk şikayeti perimenopozal dönemde yaşanmakta, postmenopozal dönemde yaşanan vajinal atrofi ve kuruluk, disparoninin en yoğun postmenopozal dönemde yaşanmasına neden olmaktadır.

Bu çalışma da vajinal kuruluk şikayeti olanların CYKÖ-K toplam puanının düşük olduğu fakat sadece postmenopozal dönem vajinal kuruluk şikayetinin cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilediği tespit edilmiştir. Randomize kontrollü tipte bir çalışmada, sağlıklı kontrol grubuna göre postmenopozal dönem kadınlarının cinsel yaşam kalitesinin anlamlı olarak daha kötü ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla disparoni şikayeti yaşadıkları bildirilmiştir (Priori et al., 2015). Avrupa ülkelerinde yapılan bir çalışmada, vulvar-vajinal atrofisi olan postmenopozal kadınların yaşam kalitesinin olumsuz etkilendiği belirlenmiştir. Özellikle postmenopozal kadınlarda vulvar-vajinal atrofisinin sık görülen bir şikayet olduğu, cinsel aktiviteyi olumsuz yönde etkilediği ve yaşam kalitesi üzerine oldukça etkili olduğu düşünülmektedir (Nappia et al., 2016; Nappia, and Krychmanb, 2016). Gozuyesil ve ark. çalışmalarında, menopoz dönemi kadınlarında cinsel semptomlar arttıkça cinsel yaşam kalitesinin azaldığını belirlemişlerdir (Gozuyesil, Surucu, and Alan, 2017). Kadınların üreme yeteneğinin son bulunduğu ve ürogenital atrofisinin arttığı postmenopozal dönemde yaşanan cinsel semptomlar ve özellikle vajinal kuruluk şikayetinin cinsel yaşam kalitesini azalttığı görülmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız sonucuna göre, menopozal geçiş dönemi arttıkça cinsel yaşam kalitesi azalmaktadır. En yoğun vajinal kuruluk şikayeti perimenopozal dönemde, disparoni şikayeti ise postmenopozal dönemde yaşanmaktadır. Postmenopozal dönem yaşanan vajinal kuruluk şikayeti, cinsel yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir.

Bu sonuçlar doğrultusunda; menopoz alanında çalışan hemşirelere menopozal dönemlerdeki kadınların öncelikli olarak cinsel sağlık tanılamalarını yapmaları, kadınların cinsel yaşam kalitesini artırmaya yönelik eğitim ve danışmanlık hizmeti vermeleri, uygun bakım girişimlerini planlamaları, gereken durumlarda ilgili alanda bir uzmana yönlendirmeleri önerilmektedir.

KAYNAKLAR

- Altundağ, K., Ege, E., Akın, R., Koçak, V., Benli, S. (2016). Sexual Quality of Life in Women during the Climacteric Period. *International Journal of Caring Sciences*, 9(1), s. 296-307.
- Andac, T., Aslan, E. (2017). Sexual Life of Women in the Climacterium: A Community-Based Study. *Health Care for Women International*, 38(12), p. 1344-1355.
- Çalışkan, E., Çorakçı, A., Doğer, E., Coşkun, E., Özeren, S., Çorapçioğlu, A. (2010). Türk Kadınlarının Menopoza Geçiş ile Menopoz Döneminde Cinsel Fonksiyonlarının ve Yaşam Kalitesinin Kesitsel Olarak Değerlendirilmesi. *Turkiye Klinikleri Journal of Medical Sciences*, 30(5), s. 1517-23.
- Dennerstein, L., Guthrie, J. R., Hayes, R. D., De Rogatis, L. R., Lehert, P. (2008). Sexual Function, Dysfunction, and Sexual Distress in a Prospective, Population-Based Sample of Mid-Aged, Australian-Born Women. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(10), p. 2291-9.
- Dennerstein, L., Lehert, P., Burger, H. (2005). The Relative Effects of Hormones and Relationship Factors on Sexual Function of Women Through the Natural Menopausal Transition. *Fertility and Sterility*, 84, p. 174–180.
- Farrell, E. (2017). Genitourinary Syndrome of Menopause. *Australian Family Physician*, 46,(7), p. 481-484.
- Fernandes, T., Costa-Paiva, L. H., Pinto-Neto, A. M. (2014). Efficacy of Vaginally Applied Estrogen, Testosterone, or Polyacrylic Acid on Sexual Function in Postmenopausal Women: a Randomized Controlled Trial. *The Journal of Sexual Medicine*, 11(5), p. 1262-1270.
- Gozuyesil, E., Surucu, S. G., Alan, A. (2017). Sexual Function and Quality-of-Life-Related Problems During the Menopausal Period. *Journal of Health Psychology*, DOI: 10.1177/1359105317742194.
- Gülsün, M., Ak, M., Bozkurt A. (2009). Psikiyatrik Açıdan Evlilik ve Cinsellik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1, s. 68-79.

Güvel, S., Yaycıoğlu, Ö., Bağış, T., Savaş, N., Bulgan, E., Özkardeş, H. (2003). Evli Kadınlarda Cinsel Fonksiyonlara Etkin Faktörler. *Türk Üroloji Dergisi*, 29(1), s. 43-48.

Harlow S. D. , Gass, M., Hall, J. E., Lobo, R., Maki, P., Rebar, R. W., Sherman, S., Sluss, P. M., de Villiers, T. J. (2012). STRAW + 10 Collaborative Group. Executive Summary of the Stages of Reproductive Aging Workshop + 10: Addressing the Unfinished Agenda of Ataging Reproductive Aging. *Climacteric*, 15, p. 105–114.

Ishak, I. H., Low, W. Y., Othman, S. (2010). Prevalence, Risk Factors, and Predictors of Female Sexual Dysfunction in A Primary Care Setting: A Survey Finding. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(9), p. 3080-3087.

Jonusiene, G., Zilaitiene, B., Adomaitiene, V., Aniuliene, R., Bancroft, J. (2013). Sexual Function, Mood and Menopaus Symptoms in Lithuanian Postmenopausal Women. *Climacteric*, 16(1), p. 185-193.

Karakuş, A., Yanikkerem, E. (2016). Klimakterik Dönemde Cinsel Disfonksiyon: Female Sexual Function Index (FSFI) - Kadın Cinsel Fonksiyon İndeksi ile Yapılan Son 5 Yıllık Çalışmalar. *Gümüşhane University Journal of Health Sciences*, 5(1), s. 64-85.

Kömürcü, N., Demirci, N., Yıldız, H., Gün, Ç. (2014). Türkiye'deki Hemşirelik Dergilerinden Cinselliğe Bakış: Bir Literatür İncelemesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 11(1), s. 9-17.

Kömürcü, N., İşbilen, A. (2011). Postmenopozal Dönemde Kadınların Cinsel Yaşama Uyumunu. *Turkish Journal of Urology*, 37(4), s. 326-330.

Liu, P., Yuan, Y., Liu, M., Wang, Y., Li, X., Yang, M. et al. (2015). Factors Associated with Menopausal Symptoms among Middle-Aged Registered Nurses in Beijing. *Gynecological Endocrinology*, 31(2), p. 119-124.

Nalbant, M. A. (2009). Menopozal Semptomlar ile Cinsel Yaşam Arasındaki İlişkiler. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Doğum-Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi , Aydın.

Nappia, R. E., Palaciosb, S., Panayc, N., Particcod, M., Krychmane, M. L. (2016). Vulvar and Vaginal Atrophy in Four European Countries: Evidence from the European Revive Survey. *Climacteric*, 19(2), p. 188–197.

- Nappia, R. E., Particob, M., Bigliac, N., Cagnaccid, A., Carloe, D. C., Luisif, S. et al. (2016). Attitudes and Perceptions Towards Vulvar and Vaginal Atrophy in Italian Post-Menopausal Women: Evidence from the European REVIVE Survey. *Maturitas*, 91, p. 74–80.
- Nappia, R. E., Krychmanb, M. L. (2016). The American–European Difference in Vulvar and Vaginal Atrophy Views: A Lesson from the REVIVE Survey. *Climacteric*, 19(3), p. 252–255.
- Novi, J. M., Book, N. M. (2009). Sexual Dysfunction in Perimenopause A Review. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 64(9), p. 624-631.
- PAHO. (2000). World Health Organization. Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action, Guetamala.
- Palacios, S., Henderson, V. W., Siseles, N., Tan, D., Villaseca, P. (2010). Age of Menopause and Impact of Climacteric Symptoms by Geographical Region. *Climacteric*, 13(5), p. 419-428.
- Priori, R., Minniti, A., Derme, M., Antonazzo, B., Brancatisano, F., Ghirini, S. et al. (2015). Quality of Sexual Life in Women with Primary Sjögren Syndrome. *The Journal of Rheumatology*, 42(8), p. 1427-31.
- Santis, J. D., Vasquez, E. P. (2010). An Appraisal of the Factors Influencing Human Sexuality Research in Nursing. *Nursing Forum*, 45(3), p. 174-184.
- Symonds, T., Boolell, M., Quirk, F. (2005). Development of a Questionnaire on Sexual Quality of Life in Women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31, p. 385–397.
- Şahin, N. H. (2016). Klimakteryum ve İleri Yaş Döneminde Cinsellik. *Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics*, 2(1), s. 42-50
- Şahin, N. H. (2015). Klimaktertum Dönemi ve Menopoz. In: Beji NK, Eds. Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevi, s. 135-142.
- Şahin, N. H. (1998). Bir Kilometre Taşı: Menopoz. İ.Ü.F.N.H.Y.M Derneği Yayınları, s. 11.
- Şenol, Y., Türkay, M. (2006). Yaşam Kalitesi Ölçütlerinde Taraf Tutma: Cevap Kayması. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, 5(5).
- TNSA. (2013). Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü, s. 113.

- Tuğut, N., Gölbaşı, Z. (2010). Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kadın Türkçe Versiyonunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *Cumhuriyet Medical Journal*, 32, s. 172-180.
- WHO. (1996). Report of a World Health Organization Scientific Group. Research on the Menopause in the 1990 s. Technical Report Series 1996; 866: 1-2. http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_866.pdf (Erişim tarihi: 15.06.2017).
- Woods, N. F. (2012). An Overview of Chronic Vaginal Atrophy and Options for Symptom Management. *Nursing for Women's Health*, 16(6), p. 482–494.
- Yangın, H. B., Sozer, G. A., Sengun, N., Kukulu, K. (2008). The Relationship Between Depression and Sexual Function in Menopause Period. *Maturitas*, 61, p. 233–237.
- Yanikkerem, E., Göker, A., Çakır Ö., Esmeray, N. (2018). Effects of Physical and Depressive Symptoms on the Sexual Life of Turkish Women in the Climacteric Period. *Climacteric*, 21(2), p. 160-166.
- Moral, E., Delgado, J. L., Carmona, F., Caballero, B., Guillán, C., González, P. M. & as the writing group of the GENISSE study. (2018). Genitourinary Syndrome of Menopause. Prevalence and Quality of Life in Spanish Postmenopausal Women. The GENISSE study. *Climacteric*, 21(2), p. 167–173.

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler*

Birsen ALTAY**, **Nazlı BALTACI*****, **İlknur AYDIN AVCI******, **Nahide AYDIN*******

Amaç: Bu araştırma, tedaviye başvuran infertil kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılmıştır.

Materyal ve Metod: Tanımlayıcı ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Merkezinde Ocak-Mayıs 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Çalışmanın örneklemini ise, tüp bebek merkezine başvuran uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda primer veya eş kaynaklı infertilite tanısı almış olan, olasılıksız örnekleme yöntemiyle seçilen, araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden toplam 287 infertil kadın oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında kişisel bilgi formu ve Spielberger durumluk-sürekli kaygı envanteri kullanılmıştır. Veriler bu formlar aracılığıyla aracılığıyla yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, Mann-Whitney U-testi ve Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmayan, çekirdek aile yapısına sahip olan, 11 yıl ve daha fazla süredir evli olan, görücü usulüyle isteyerek evlenen, evlilik hayatını "iyi" olarak değerlendiren kadınların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Geliri giderine denk olan kadınların ise durumluk ve sürekli kaygı puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Daha önce infertilite tedavisi alınması durumu, infertilite tedavisi konusunda bilgisi olma durumu, kullanılan tedavi yöntemi ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$).

İnfertilitenin kaynaklandığı kişinin durumluk kaygı düzeyini etkilemediği fakat, sürekli kaygı düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$).

*Bu çalışmanın bir bölümü 4. Ulusal Ebelik Öğrenci Kongresinde sözel bildiri olarak sunulmuştur. Mayıs 2013. OMÜ.Samsun Sağlık Yüksek Okulu. Samsun

**Dr. Öğr.Üyesi. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi e.mail: baltay@omu.edu.tr

***Öğr. Gör. Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Nazli.baltaci@omu.edu.tr

****Prof.Dr.Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi e.mail: ilknura@omu.edu.tr

*****Ebe Samsun Medikalpark Hastanesi, e.mail:nahide_55@windowslive.com

Sonuç: İnfertilite tedavisi gören kadınların durumluluk kaygı puan ortalaması 45.1 ± 9.4 ve sürekli kaygı puan ortalaması 46.0 ± 7.7 olarak yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. İnfertilite tedavisi alan kadınların kaygı durumları ve etkileyen faktörlerin bilinmesi uygun hemşirelik girişimlerinin zamanında planlanması ve kadınların olası problemler ve kaygı problemlerini en az düzeyde yaşamaları açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Kadın; İnfertilite; Sürekli Kaygı; Durumluluk Kaygı

Level of Anxiety and Affecting Factors At Women Who Have Received Infertility Treatment

Objective: This study in women undergoing infertility treatment is carried out to investigate

the effect of some variables related to the anxiety state of being infertile.

Materials and Methods: This study which is descriptive nature of relations detectors, Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine IVF Center was made during the dates between January- May 2014. The sample of the study, in vitro fertilization and primary gynecological evaluation made by experts who applied to the center or co-sourced, which had been diagnosed with infertility, selected by unprobability sampling method, formed voluntarily accepting a total of 287 infertile women to participate in research. The data were collected personal information form and Spielberger state-trait anxiety inventory were collected through face to face interviews. In analyzing the data, descriptive statistics, Mann-Whitney U-test and Kruskal-Wallis test was used.

Results: Inoperative, with the nuclear family, who have been married for more than 11 years and, arranged marriage willingly married, married life as "good" was found to be higher in women evaluates state anxiety levels ($p < 0.05$). The women with income equivalent to resolve state and trait anxiety scores were significantly higher ($p < 0.05$). Before taking the case of infertility treatment, infertility treatment information on the situation to be a statistically significant difference between state anxiety scores and the treatment method used it has been identified ($p < 0.05$).

Women 34.1% is self-caused infertility is caused by the wife mentioned that 24% of the people that caused infertility but does not affect the state anxiety, trait anxiety level was found to significantly affect ($p < 0.05$).

Conclusion: The women undergoing infertility treatment trait anxiety mean score of 45.1 ± 9.4 and mean trait anxiety scores were found to have high levels of anxiety as 46.0 ± 7.7 . Nurses should know the factors on anxiety levels of Infertile women during treatment and the protocols for the women on the infertile treatment especially for the timing. Then, Women face lowered problems caused anxiety

Key Words: Women; Infertility; Trait Anxiety; State Anxiety

GİRİŞ

İnfertilite; en az bir yıllık korunmasız düzenli cinsel ilişki olmasına rağmen, gebeliğin gerçekleşmemesi olarak tanımlanır (Altuntuğ ve ark. 2012, Oltuluoğlu ve ark. 2014). Dünya Sağlık Örgütü' ne göre infertilitenin görülme sıklığı %15 olarak bildirilmektedir (WHO 2015). Türkiye'de infertilite sıklığı açısından çok net bilgiler bulunmamakla birlikte %10-20 arasında olduğu belirtilmektedir (Taşçı ve ark. 2008, Kırca ve Pasinlioğlu 2013).

İnfertilite, bir çift için biyolojik olarak acı veren, psikolojik olarak tehdit edici ve stresli, sosyal olarak utanç verici, ekonomik olarak pahalı ve karmaşık bir yaşam krizidir (Taşçı ve ark. 2008, Sezgin ve Hocaoğlu 2014). Türkiye'de çocuk sahibi olamama yetersizlik olarak algılanmakta ve evli çiftlere çocuk sahibi olmaları gerektiği konusunda toplumsal baskı oluşturmaktadır. Doğurganlık sıklıkla kadının sorumluluğu olarak görülmekte ve toplumsal baskı daha sıklıkla kadına yönelik yaşanmaktadır. Kadınlar çocuk sahibi olamadıkları takdirde evlilikleri riske girmekte, bazı yörelerde ikinci eşe razı olmak zorunda kalmakta, bazı yörelerde ise boşanma ile sonuçlanmaktadır (Taşçı ve ark. 2008, Keskin ve Gümüş 2014). İnfertilite sürecinde kadınlar erkeklere göre daha fazla endişe ve kendini suçlama duygusu yaşamaktadır (Kırca ve Pasinlioglu 2013).

Tanı işlemleri, uygulanan testler, tedaviler ve sonuçları ile ilgili yaşanan anksiyete ve ambivalan duygular, tedavi seçeneklerine ilişkin karar verememe, tedavi sürecine ilişkin yeterli bilgi verilmemesine yönelik keder duygusu yaşama, prognozu kontrol edememeye bağlı olarak yaşanan güçsüzlük duygusu, tanı ve tedavi sürecinde

yaşanan fiziksel sıkıntılar ve ağrı infertil kadınların ruh sağlığını etkilemektedir (Yanikkerem ve ark. 2008). Çocuksuzluğun kadın yönünden psikolojik anlamı, doğuramama (işlevsel bozukluk), kontrol kaybı (bedenim isteklerime uymuyor), psikolojik eksiklik (analık güdüsünün doyurulamaması), kendini kadın toplumunun dışında hissetme, değersiz görme, yalnız kalma (duygusal olarak evlat desteğinin olmaması), sosyal güvence azlığı (yaşlılıkta bakacak kimsenin olmaması), sosyal rol eksikliği (ana, hamile kadın, loğusa, kayınvalide) ve benlik saygısında azalmadır (Kırca ve Pasinlioglu 2013, Yanikkerem ve ark. 2008).

Kaygı ve depresif semptomlar infertilitenin sebebi (Saleh ve ark 2003) ya da sonucu olabilmektedir. Kadınların infertilite tedavisi başlangıcındaki yüksek kaygı düzeyi ve depresif semptom şiddetinin gebelik şansını azaltabildiğini gösteren araştırma sonuçları bulunmaktadır (Smeenck ve ark. 2001; Gülseren ve ark. 2006). Bu araştırma infertilite tedavisi gören kadınlarda infertil olma durumu ile ilgili bazı değişkenlerin kaygı düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM

Tanımlayıcı ilişki arayıcı nitelikte olan bu çalışma, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Tüp Bebek Merkezinde Ocak-Mayıs 2014 tarihleri arasında yapılmıştır. Bu çalışmanın evrenini Tüp Bebek Merkezinde infertilite tedavisi gören kadınlar (n=295) oluşturmuştur. Çalışmanın örneklemini ise, araştırmanın yapıldığı dönemde ilgili merkezde infertilite tedavisi için invazif yöntemlerden en az birini seçen, uzmanlar tarafından yapılan jinekolojik değerlendirme sonucunda primer veya eş kaynaklı infertilite tanısı almış olan, hayatı tehdit eden ciddi bir hastalık öyküsüne sahip olmayan, infertilite tanısı öncesi ve sonrasında bir psikiyatrik tanı almamış olan araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden kadınlardan olasılıksız örnekleme yöntemiyle seçilen, araştırmaya katılmayı gönüllü kabul eden toplam 287 infertil kadın oluşturmuştur.

Veriler literatürden yararlanılarak araştırmacılar tarafından hazırlanan, 26 sorudan oluşan kişisel bilgi formu ve Spielberger durumluk-sürekli kaygı envanteri aracılığıyla toplanmıştır.

Etik İlkeler: Veri toplama formu uygulanmadan önce, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesinden yazılı izin alınmıştır. Araştırmaya katılan kadınlardan çalışma hakkında bilgi verilerek sözel izinleri alınmıştır

Spielberger'in Durumluk - Sürekli Kaygı Envanteri

Orijinal formu Spielberger ve arkadaşları (1970) tarafından durumluk ve sürekli kaygı seviyelerini ayrı ayrı saptamak amacıyla geliştirilen ölçeğin Türkçeye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerlik çalışmaları Öner ve Le Compte (1983) tarafından yapılmıştır. Bir kendini değerlendirme türü olan ölçek, kısa ifadelerden oluşan toplam 40 maddeyi içermektedir. Ölçek, o anda hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulan 20 maddelik "durumluk kaygı formu" ve genel olarak hissedilenleri belirlemek amacıyla oluşturulan yine 20 maddelik "sürekli kaygı formu" olmak üzere iki kısımdan oluşmaktadır. 4'lü Likert tipi olan ölçeğin Alpha güvenilirliğinin .83 ile .87 arasında, test-tekrar test güvenilirliğinin .71 ile .86 arasında ve madde güvenilirliğinin .34 ile .72 arasında değiştiği bildirilmektedir (Öner ve Le Compte 1983).

Ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişmektedir. Puanın büyük olması kaygı seviyesinin yüksek olduğunu, küçük puan kaygı seviyesinin düşük olduğunu işaret eder. Oluşturulan kaygı puan ortalamalarına göre; "20-35 arası puan düşük kaygı düzeyine", "36-42 orta kaygı düzeyine", 42-80 yüksek kaygı düzeyine" sahip oldukları belirtilmiştir (Öner ve Le Compte 1983).

Veriler, görüşme odasında araştırmacılar tarafından yüz yüze görüşülerek 10-15 dakikalık sürelerde toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde, araştırmadan elde edilen veriler kodlandıktan sonra SPSS 15.0 paket programı kullanılarak analiz edilmiş, istatistiksel analizlerde tüm ölçümsel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile değerlendirilmiştir. Veriler normal dağılım göstermediği için iki grup ortalamasının karşılaştırılmasında Mann-Whitney U-testi ve ikiden fazla grup ortalamalarının karşılaştırılmasında Kruskal-Wallis testi kullanılmıştır.

Araştırmaya başlamadan önce Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nden resmi yazılı izin alınmış, örneklem grubuna giren katılımcılara çalışmanın amacı, kapsamı, verilerinin gizli tutulacağı ve çalışma hakkında bilgi verilmiş, katılmak isteyenlerden sözlü onamları alınarak veriler toplanmıştır.

Araştırmanın sınırlılıkları

Çalışmada bir kontrol grubunun olmaması, sadece kadın cinsiyeti ile çalışılmış olması çalışmamızın önemli kısıtlılıklarıdır.

Bulgular

Kadınların yaş ortalaması 31.9 ± 6.3 olup, % 28.9'u ilkokul mezunu, %34.1'inin lise mezunu, %79.1'inin gelirinin giderine denk olduğu, %12.5'inin geliri giderden fazla, %50.2'sinin çalıştığı, %93.7'sinin sosyal güvencesi olduğu ve %75.3 'ünün çekirdek aile yapısına sahip olduğu saptanmıştır. Kadınların eşlerinin yaş ortalaması yaş ortalaması 24.9 ± 5.9 olduğu belirlenmiştir. Kadınların evlenme 34.3 ± 6.7 olup, %34.5'inin lise mezunu, %25.1'inin Üniversite mezunu ve %34.8'inin memur, %35.5'inin serbest meslek sahibi olduğu belirlenmiştir.

Kadınların %51.9'unun 5 yıldan az, %32.1'inin 6-10 yıldır evli olduğu, %42.2'sinin görücü usulüyle isteyerek, %47'sinin tanışarak evlendiği ve %59.2'sinin evlilik hayatını "iyi", %27.5'inin çok iyi ve %12.5'inin de "fena değil" olarak değerlendirdiği saptanmıştır.

Kadınların %28.9'unun 1-2, %33.4'ünün 3-5 yıllık infertilite öyküsü olduğu, ve %45.6'sının daha önce infertilite tedavisi almadığı belirlenmiştir. Kadınların %48.8'i bir yıldan kısa süredir tedavi görürken, %11.5'i 6-10 yıl arası tedavi öyküsü vermiştir.

İnfertilite nedeni olarak kadınların %34.1'i kadından, %24.4 erkekten kaynaklanan organik kökenli infertilite vakaları olup, kadınların %72.1'i infertilite tedavisi konusunda bilgisi olduğunu bildirmiştir.

İnfertilite tedavi özgeçmişini olarak; kadınların %12.5'i daha önce hiç tedavi almamış, %46.0'sı aşılama, %14.3'ü aşılama ve hormon tedavisi, uygulanmıştır. Kadınların sadece %15.7'si çocuk sahibi olamazsa evlat edinmeyi düşünebileceğini, % 84.3'ü evlat edinmeyi düşünmediğini ifade etmiştir.

Kadınların %91.3'ü infertil olma durumunun yaşamlarını etkilediğini ve bu duruma üzüldüklerini, %50.2'si çocuk sahibi olduklarında eşleriyle olan ilişkilerinin daha iyi olacağını düşündüklerini ve %93.4'ü infertilite tedavisinin eşi ile ortak kararı olduğunu belirtmiştir. İnfertilite tedavisi gören kadınların durumluluk kaygı puan ortalaması 45.1 ± 9.4 (min 21.0-max 69.0) ve sürekli kaygı puan ortalaması 46.0 ± 7.7 (min 30.0-max 64.0) olarak bulunmuştur.

Tablo 1. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların Demografik ve Evlilik Hayatı İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler			Durumluk kaygı düzeyi		Sürekli kaygı düzeyi			
	n	%	x	sd	Istatistik	x	sd	Istatistik
Eğitim durumu								
Eğitim almamış	13	4,5	39,7	12,6	KW: 5.214 p: 0.157	43,9	7,2	KW: 1.652 p: 0.648
İlköğretim	122	42,5	45,5	8,3		46,1	7,0	
Lise	98	34,1	44,6	10,3		46,5	8,1	
Üniversite	54	18,8	46,1	9,2		45,7	8,6	
Çalışma durumu								
Çalışıyor	144	50.2	44,3	9.8	Mann-Whitney U testi: 8876.000 p: 0.043	46,3	8.3	Mann-Whitney U testi: 9798.000 p: 0.478
Çalışmıyor	143	49.8	45,8	9.0		45,8	7.1	
Gelir durumu								
Geliri giderden az	24	8.4	41,9	10,8	KW:9.508 p: 0.009	43,3	7.0	KW:11.268 p: 0.004
Geliri gidere denk	227	79.1	45,9	9.0		46,8	7.4	
Geliri giderden fazla	36	12.5	41,6	10,3		42,8	8.6	
Sosyal güvence								
Var	269	93.7	44,9	9.5	Mann-Whitney U testi: 2109.500 p: 0.360	46,0	7.6	Mann-Whitney U testi: 2415.000 p: 0.986
Yok	18	6.3	47,4	9.2		46,3	8,0	
Aile yapısı								
Çekirdek aile	216	75.3	46,1	9.1	Mann-Whitney U testi: 5781.000 p: 0.002	46,3	7.6	Mann-Whitney U testi: 7124.500 p: 0.370
Ataerkil aile	71	24.7	42,0	9.8		45,3	7.8	
Evlilik süresi (ort. 5.7±1,6)								
1-5 yıl	149	51.9	45,5	9.0	KW: 14.703 p: 0.001	46,2	7.7	KW: 2.174 p: 0.337
6-10 yıl	92	32.1	42,5	9.4		45,3	7.7	
11 yıl ve üzeri	46	16.0	48,9	9.7		47,1	7.5	
Evlilik biçimi								
Görücü usulüyle istemeden	31	10.8	45,8	9.2	KW: 12.830 p: 0.002	47,2	7.0	KW: 0.654 p: 0.721
Görücü usulüyle isteyerek	121	42.2	46,7	9.6		45,9	7.7	
Tanışarak	135	47.0	43,4	9.1		45,9	7.9	
Evlilik hayatı								
Çok iyi	79	27,5			KW: 8.722 p: 0.013			KW: 3.363 p: 0.186
İyi	170	59,2						
Orta	38	13,2						

İnfertilite Tedavisi Gören Kadınlarda Kaygı Düzeyi ve Etkileyen Faktörler

Kadınların demografik özellikleri ve evlilik hayatı ile ilgili bazı özellikleri ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; Çalışmayan, çekirdek aile yapısına sahip olan, 11 yıl ve daha fazla süredir evli olan, görücü usulüyle isteyerek evlenen, evlilik hayatını "iyi" olarak değerlendiren kadınların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p < 0.05$).

Geliri giderine denk olan kadınların ise durumluk ve sürekli kaygı puanları anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim, çalışma durumu, sosyal güvence durumu, aile yapısı, evlilik süresi, evlilik biçimi ve evlilik hayatı ile sürekli kaygı puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır ($p > 0.05$) (Tablo1).

Tablo 2. İnfertilite Tedavisi Gören Kadınların İnfertilite İle İlgili Bazı Özelliklerine Göre Durumluk ve Sürekli Kaygı Düzeylerinin Dağılımı

Özellikler			Durumluk kaygı düzeyi			Sürekli kaygı düzeyi		
	n	%	x	sd	Istatistik	x	sd	Istatistik
İnfertil olunan süre (ort. 5.3±1,3)					KW: 3.987 p: 0.263			KW: 1.697 p: 0.638
1-2 yıl	83	28.9	45.9	9.1		46.6	7.9	
3-5 yıl	96	33.4	44.2	9.1		45.2	7.6	
6-10 yıl	71	24.7	43.9	10.5		46.5	7.5	
11+ yıl	37	12.9	47.6	8.6		46.1	7.7	
Daha önce infertilite tedavisi alınması durumu					Mann-Whitney U testi: 7498,000 p : 0.043			Mann-Whitney U testi: 8561,000 p: 0.700
Almış	89	31.0	43.6	10.2		45.8	7.7	
Almamış	198	69.0	45.7	9.0	46.1	7.7		
İnfertilite tedavisi görülme süresi (ort. 1.4±0,3)					KW: 1.711 p: 0.789			KW: 3.157 p: 0.532
1 yıldan kısa süredir	140	48.8	45.2	9.3		45.5	8.1	
1-2 yıl arası	46	16.0	44.6	9.4		45.6	8.0	
3-5 yıldır	46	16.0	45.3	9.7		47.2	6.3	
6-10 yıl arası	33	11.5	43.9	11.2		45.6	8.0	
11 yıl ve daha uzun süredir	22	7.7	46.6	7.1	48.4	6.1		

İnfertilitenin kimden kaynaklandığı					KW: 4.430 p: 0.219			KW: 12.091 p: 0.007
Kadın	98	34. 1	44. 8	9.8		44. 4	7.5	
Hem kadın hem erkek	46	16. 0	42. 7	9.0		45. 4	7.5	
Erkek	70	24. 4	45. 1	9.1		46. 2	7.5	
Nedeni bilinmiyor	73	25. 4	46. 9	9.3		48. 5	7.7	
İnfertilite tedavisi konusunda bilgisi olma durumu					Mann-Whitney U testi: 6395,500 p: 0.003			Mann-Whitney U testi: 7079,000 p: 0.056
Var	207	72. 1	43. 7	9.6		45. 5	7.5	
Yok	80	27. 9	48. 5	8.0	47. 5	8.1		
Kullanılan tedavi yöntemi					KW: 10,096 p: 0.018			KW: 1,483 p: 0.686
IUI	209	72. 8	46. 1	9.5		46. 2	7.7	
IVF	13	4.5	40. 4	9.9		44. 6	8.3	
IUI ve varikosel tedavisi	30	10. 5	42. 0	8.5		46. 8	8.1	
ICSI	35	12. 2	43. 0	8.7	44. 8	7.0		
Çocuk sahibi olunamaması durumunda evlat edinmenin düşünülmesi durumu					Mann-Whitney U testi: 4905.000 p: 0.290			Mann-Whitney U testi: 4773.500 p: 0.188
Evet	45	15. 7	46. 4	7.1		47. 4	8.4	
Hayır	242	84. 3	44. 8	9.8	45. 8	7.5		
İnfertil olmanın yaşamı etkileme durumu					KW: 0.745 p: 0.689			KW: 7.037 p: 0.030
Eşimden ve ailesinden utanıyorum	10	3.5	47. 6	4.2		51. 3	3.3	
Boşanmaktan korkuyorum	15	5.2	46. 0	8.2		49. 0	5.1	
Üzülüyorum	262	91. 3	44. 9	9.7	45. 7	7.8		
Çocuk sahibi olunca eş ile ilişkinin daha iyi olacağını düşünülmesi durumu					Mann-Whitney U testi: 10216.500 p: 0.910			Mann-Whitney U testi: 9475.000 p: 0.242
Evet	144	50. 2	45. 0	8.2		46. 6	7.7	
Hayır	143	49. 8	45. 1	10. 6	45. 5	7.7		
İnfertilite tedavisinde eşinden destek alma durumu					Mann-Whitney U testi: 2330.000 p: 0.536			Mann-Whitney U testi: 2086.500 p: 0.188
Evet	268	93. 4	45. 1	9.6		45. 9	7.7	
Hayır	19	6.6	44. 3	7.8	48. 7	7.2		

Kadınların infertil olma ile ilgili bazı özellikleri ile durumluk ve sürekli kaygı puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; daha önce infertilite tedavisi alınması durumu, infertilite tedavisi konusunda bilgisi olma durumu, kullanılan tedavi yöntemi ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2).

Kadınların %34.1'i infertilitenin kendinden kaynaklandığını, %24'ü eşinden kaynaklandığını belirtmiş olup, infertilitenin kaynaklandığı kişinin durumluk kaygı düzeyini etkilemediği fakat, Sürekli kaygı düzeyini anlamlı düzeyde etkilediği saptanmıştır ($p<0.05$). İnfertil olmanın yaşamı etkileme durumu ile sürekli kaygı puanları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2).

İnfertilite tedavisi sürecinde olan, infertilite tedavisi konusunda bilgisi olmayan, aşılama yoluyla tedavi olan kadınların durumluk kaygı düzeylerinin (%46) daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). İnfertilite nedenini bilmeyen, infertil olduğu için eşi ve ailesinden utanan kadınların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0.05$) (Tablo 2). Kadınların infertilite tanısı aldıktan sonra geçen sürenin, infertilitenin kimden kaynaklandığının, infertilite tedavisi görme süresinin, çocuk sahibi olamama durumunda evlat edinme düşüncesinin, çocuk sahibi olunca eşiyle ilişkisinin daha iyi olacağı düşüncesinin ve infertilite tedavisinde eşinden destek alma durumunun durumluk ve sürekli kaygı puanlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 2).

Tartışma

infertilite tedavisi alan kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörleri incelemek amacıyla yapılan bu çalışmada kadınların yaş ortalaması 31.9 ± 6.3 yıl olarak bulunmuş olup, %34.1'inin lise mezunu, %79.1'inin gelirinin giderine denk olduğu, %50.2'sinin çalıştığı saptanmıştır.

Çalışmaya benzer olarak, Ataman ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında infertil grubun yaş ortalaması 32.98 ± 4.23 , Taşçı ve ark. (2008) 30.42 ± 5.20 , Altuntuğ ve ark. (2012) 27.50 ± 6.05 olarak bulunmuş olup, %75'inin ilköğretim mezunu, %81.9'unun ev hanımı olduğu ve %59.7'sinin gelir durumunu orta olarak değerlendirdiği saptanmıştır. Nijeryada yapılan bir çalışmada infertil kadınların yaş grubu 34.5 olarak saptanmıştır. İnfertil vakaların %87.5'inin çalıştığı belirtilmektedir

(Upkong D,Orji 2006). Çalışmamızda infertil kadınların yaş ortalaması bakımından literatüre benzerlik göstermektedir.

Çalışmada tüm kadınların durumluluk kaygı puan ortalaması 45.1 ± 9.4 ve sürekli kaygı puan ortalaması 46.0 ± 7.7 olarak yüksek kaygı düzeyine sahip oldukları bulunmuştur. Altuntuğ ve ark.(2012) çalışmalarında kadınların ve erkeklerin durumluluk kaygı puan ve sürekli kaygı puan ortalamaları karşılaştırılmış, kadınların durumluluk kaygı puanının 42.71 ± 8.85 (orta düzeyde kaygı), sürekli kaygı puanının 45.50 ± 8.26 (yüksek düzeyde kaygı), olarak saptanmıştır. Erkek ve kadın arasında kaygı puan ortalamaları bakımından anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir. Tedavi alan kadınlar tedavinin başarılı olup olmayacağı konusunda kaygı duymaları beklenen bir durumdur.

Kadınların eğitim durumunun durumluluk ve sürekli kaygı durumunu etkilemediği bulunmuştur ($p > 0.05$). Altuntuğ ve ark. (2012)'in, Ataman ve Arslan (2010) çalışmasında benzer sonuçlar elde etmişlerdir. Çalışmamızdan farklı olarak Kavlak ve Saruhan (2002) çalışmalarında eğitim düzeyi arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin azaldığını bildirmişlerdir.

Çalışmayan kadınların durumluluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmış olup, çalışma durumunun durumluluk kaygı puanını etkilediği ($p < 0.05$), sürekli kaygı puanını etkilemediği ($p > 0.05$) bulunmuştur (Tablo 1). Altuntuğ ve ark.(2012)'nin çalışmasında kadının çalışma durumu ile durumluluk Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır. Çalışmayan kadınlar ev ortamında geleneksel aile yaşantısını daha fazla deneyimledikleri için infertil olmanın verdiği olumsuz yaklaşımlara daha fazla maruz kalabilmekte buda kaygı düzeylerini artırmaktadır şeklinde düşünülebilir.

Çalışmada geliri giderine denk olan kadınların durumluluk ve sürekli kaygı puanları yüksek bulunmuş olup, gelir durumunun durumluluk ve sürekli kaygı puanını anlamlı düzeyde etkilediği bulunmuştur ($p < 0.05$) (Tablo 1). Literatürde infertilite tedavisinin ekonomik boyutunun çiftler üzerindeki olumsuz etkisini belirten çalışmalar mevcuttur (Devine and et.al.2014 ; Wu and et.al 2013). Kavlak ve Saruhan (2002) çalışmalarında erkeğin gelir durumu arttıkça depresyon ve anksiyete düzeyinin azaldığını bildirmişlerdir. Karabulut'un (2013) çalışmasında gelir düzeyi yüksek olan kişilerin ilişkiyel alt boyut puanının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmadan

farklı olarak, Altuntuğ ve ark.(2012) çalışmalarında aylık gelir durumları ile durumluluk sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Çalışmada geliri giderine denk olan kadınların durumluluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek bulunmasını infertilite tedavi sürecinin uzun olması ve pahalı bir tedavi olması ve dolayısıyla aile ekonomisine yük getirmesi nedeniyle durumluluk ve sürekli kaygı puanlarının yüksek olması beklenen bir sonuç olabilir.

Çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 1). Altuntuğ ve ark. (2012) çalışmalarında çiftlerin %66.7'sinin çekirdek ailede yaşadığı ve aile tipi ile Durumluluk Sürekli Kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Bu çalışmada Çekirdek aile yapısına sahip olan kadınların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olmasını çekirdek ailede aile desteğinin az olması ile ilişkilendirebiliriz.

Kadınların evlilik süresi, evlilik biçimi, evlilik hayatı ile durumluk kaygı puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 1). Kadının eğitim düzeyinin artmasıyla birlikte, çalışma imkanının artması, kariyer yapması, evlenme yaşını ve doğum yaşını geciktirmektedir. Amerika'da her beş kadından birinin 35 yaşından sonra ilk bebeğe sahip olduğu bildirilmektedir (Özkan ve Baysal 2006). Çalışmada 11 yıl ve daha fazla süredir evli olan, görücü usulüyle isteyerek evlenen, evlilik hayatını "iyi" olarak değerlendiren kadınların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Altuntuğ ve ark (2012)'nin çalışmasında; evlilik süresi ve infertilite süresi ile durumluluk-sürekli kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır($p>0.05$).

Görücü usulüyle isteyerek evlenen, kadınların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 1). Geleneksel aile yapısında ailelerin infertil çiftlerden bebek beklentilerinin daha fazla olması evli çiftleri özellikle kadınları olumsuz etkilemekte ve kaygı puanlarını artırmaktadır şeklinde değerlendirilebilir.

11 yıl ve daha fazla süredir evli olan kadınların durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo1). Taşçı ve ark (2008) çalışmada infertil kadınların evlilik süresi ortalaması 8.35 olarak saptanmıştır. Altuntuğ ve ark.(2012) çalışmalarında kadının evlilik süresi ile durumluluk sürekli

kaygı puan ortalamaları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ataman ve Arslan (2010) çalışmalarında infertilite tedavisi görmüş vakaların yaşları, eşlerinin yaşları ve evlilik süreleri ile Rosenberg Benlik Saygı Ölçeği arasındaki ilişki araştırılmış, Anksiyete ile evlilik süresi arasında negatif yönlü zayıf ilişki, anlamlı bulunmuştur.

Kadınların %59.2'si evlilik hayatını "iyi", %12.5'i "fena değil" olarak değerlendirmiştir Evlilik hayatını "iyi" olarak değerlendiren kadınların durumluk kaygı düzeylerinin anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır ($p<0.05$) (Tablo 2). Evlilik hayatı iyi olan kadınlar infertil olmanın evlilik hayatını olumsuz etkilemesinden korktukları için kaygı düzeyleri daha yüksek çıkmış olabilir.

Kadınların %45.6'sı daha önce infertilite tedavisi almadığını belirtmiş olup, Şu anda tedavi aldığını bildiren kadınların durumluluk kaygı puanı anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. ($p<0.05$) (Tablo 2). Uğur (2014) çalışmasında kadınların %23.3'ünün daha önce infertilite tedavisi almadığı saptanmıştır. Literatür incelendiğinde Sömek'in (2008) çalışmasında kadınların %36'sının, Eren'in (2008) çalışmasında %45.2'sinin, Kuş (2008) çalışmasında %39.6'sının daha önceden infertilite tedavisi almadığı ve bu sonuçların çalışma bulgumuzdan yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda kadınların yaş ortalamasının (31.9 ± 6.3) yüksek olması nedeniyle daha önce infertilite tedavisi almış oldukları düşünülebilir.

İnfertilitenin %34.1'i kadından, %24.5'i erkeklerden kaynaklı vakalar olup, nedeni bilinmeyen (46.9 ± 9.3) ve erkekten kaynaklanan (45.1 ± 9.1) infertilitenin durumluluk kaygı puanı anlamlı düzeyde en yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Çalışmalarda infertilite nedeninin büyük çoğunluğunu kadınların oluşturduğu bulunmuştur. Oğuz'un (2004) çalışmasında %34.2, Altuntuğ ve ark.(2012)'nin çalışmasında %41.7'sinin, Ataman ve Arslan (2010)'ın çalışmasında infertilitenin nedeninin %24'ünün kadın kaynaklı olduğu bulunmuştur. Çalışmadan farklı olarak, Taşçı ve ark. (2008) çalışmalarında infertilite nedeninin %49.3'ünün eşlerden kaynaklandığı belirlenmiştir. Toplumda infertilite nedeninin daha çok kadından kaynaklandığı görüşü yaygındır. Genel olarak infertilitenin kadının sorunu olduğu kabul edilir (Oğuz 2004). Oysaki infertilite kimden kaynaklanırsa kaynaklansın çiftin sorunudur, her iki çiftte çocuk sahibi olma mutluluğundan mahrum kalmaktadır. Kadınla erkek arasındaki bu farklarla ilgili olarak sosyal rol teorisi öne sürülmektedir. Toplumumuzda İnfertilitenin kadınlar için bir rol

kaybı olarak değerlendirildiği düşüncesi literatürlerle de desteklenmiştir (Kavlak, Saruhan 2002).

Kadınların %72.1'inin infertilite tedavisi konusunda bilgisi olup, infertilite tedavisi konusunda bilgisi olmayan kadınların durumluluk kaygı puanı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 2). Bu durum vakalarımızın %52.9'unun lise ve üzeri eğitimde olmaları ve %50.2'sinin çalışıyor olmalarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ataman ve Arslan (2010) çalışmasında infertilite tedavisi gören grubun infertilite süreleri ortalama 3.51 yıl, tedavi görme süreleri ise 1.46 yıl olarak saptanmış olup; grubun %96'sının tedaviler ile ilgili bilgisinin olduğu görülmüştür.

İnfertilite tedavisi sürecinde olan, aşılama yoluyla tedavi olan kadınların durumluk kaygı düzeylerinin daha yüksek (%46) olduğu saptanmıştır ($p<0.05$)(Tablo 2).

Literatür incelendiğinde Sömek (2008) çalışmasında kadınların %36'sının ve Kargın'ın (2009) çalışmalarında çoğunluğunun daha önce IVF tedavisi aldığı, Kırço'nun (2009) çalışmasının çalışmamızla benzer şekilde kadınların çoğunluğunun (%76,7) ilk tedavisinin IVF olduğu saptanmıştır. Teskereci (2010) ve Eren'in (2008) çalışmasında %45.1'inin ve Kuş'un (2008) çalışmasında da %39.6'sının sıklıkla daha önce IUI tedavisi aldıkları saptanmıştır. Bu sonuçların çalışma bulgumuzdan yüksek olduğu görülmektedir. Çalışmamızda olguların yaş ortalamasının (33.96 ± 5.38) yüksek olması nedeniyle daha önce infertilite tedavisi almış oldukları düşünülebilir.

İnfertilite nedenini bilmeyen, infertil olduğu için eşi ve ailesinden utanan kadınların sürekli kaygı düzeylerinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir ($p<0,05$) (Tablo 2). Güz ve ark. (2003), sadece eşinden ve eşinin ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve benlik saygısında düşme saptamıştır. Benzer şekilde, Gülseren ve ark. (2006) yalnız kocaları ve kocalarının aileleri ile ilişkide zorluk yaşayan infertil kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtilerine rastlamıştır. Uğur (2014) çalışmasında infertilite tanısı alan kadınların ve eşlerinin yarından fazlasının çocuk sahibi olamadığı için utanma, kendini ezik-çaresiz his tuttuğu ve baskı hissettikleri belirtilmiştir. Literatürdede benzer sonuçlar belirtilmiştir (Taşcı 2008; Koçyiğit 2012; Kırca 2011; Greil and et.al 2011; Şen ve ark. 2014).

Kadınların %93.4'ünün infertilite tedavisinde eşinden destek aldığını belirtmiş olup, eşinden destek alma durumunun durumluk ve sürekli kaygı puanlarını etkilemediği bulunmuştur ($p>0.05$) (Tablo 2). Çalışmamızdan farklı olarak; Güz ve ark. (2003) çalışmasında sadece eşinden ve eşinin ailesinden olumsuz tepkilerle karşılaşan infertil kadınlarda anksiyete ve benlik saygısında düşme saptamıştır. Benzer şekilde, Gülseren ve ark. (2006) yalnız kocaları ve kocalarının aileleri ile ilişkide zorluk yaşayan infertil kadınlarda yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon belirtilerine rastlamıştır. Şen ve ark. (2014) çalışmalarında kadınların %43.2'sinin kendi ailesinden, %41.8'inin eşinden destek aldığı ve %83.6'sının profesyonel destek almadığı saptanmıştır. Sosyal desteği olmayan infertil kadınlarda depresyon ve kaygı belirtilerinin de daha fazla olduğu da araştırmalardan elde edilen sonuçlar arasındadır.

Sonuç Ve Öneriler

Bu araştırmanın sonucuna göre infertil kadınların kaygı düzeyinin orta düzeyde olduğu saptanmıştır. İnfertilite tedavisi konusunda bilgisi olmayan kadınların durumluluk kaygı puanı anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. Geliri giderine denk olan, çocuk sahibi olamama nedenini bilmeyen ve infertil olduğu için eşi ve ailesinden utanan kadınların ise süreklilik kaygı düzeyinin daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

İnfertilite tedavisi alan kadınlarda kaygı düzeyi ve etkileyen faktörlerin bilinmesi uygun hemşirelik girişimlerinin zamanında planlanması ve bireylerin olası problemler ve kaygı problemlerini en az düzeyde yaşanması açısından değerlidir.

Bu nedenle, kadınların infertilite ve nedeni, tedavi yöntemleri ve tedavi süreci hakkında bilgi durumlarının belirlenmesi, kaygıyı azaltmaya yönelik kadınların etkili iletişim teknikleri kullanılarak bilgilendirilmesi, başetme mekanizmalarının geliştirilmesi ve infertil kadınlar üzerindeki sosyal baskının azaltılması ve bunun için toplumun eğitilmesi çok önemlidir.

Kaynaklar

- Altuntuğ K, Kızılırmak A, Başer M ve ark.(2012). İnfertil çiftlerde kaygı düzeyi ve sosyodemografik özellikler. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 7: 65-78.
- Ataman H, Arslan H. (2010). Doğal gebelikler ile infertilite tedavisi sonucu oluşan gebeliklerde psiko-sosyal bakım gereksinimleri *Aile ve Toplum*, 11(6): 23 Ekim-Kasım-Aralık 2010 ISSN: 1303-0256.2
- Devine K, Stillman RJ, Decherney A. (2014).The affordable care act: early implications for fertility medicine. *Fertility And Sterility*, 101: 1224-1227.
- Eren N. İnfertil çiftlerde algılan sosyal desteğin infertilite ile ilişkili stres ve evlilik uyumu üzerine etkisi. [Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi] Ankara: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD; 2008.
- Greil AL, Shreffler KM, Schmidt L, McQuillan J. (2011).Variation in distress among women with infertility: evidence from a population-based sample. *Hum Reprod*, 26:2101-12.
- Güz, H., Ozkan, A., Sarısoy, G., Yanık, F., Yanık, A.(2003). “psychiatric symptoms in turkish infertile women” *J Psychosom Obstet Gyneco*, 24: 267-271
- Gülseren L, Çetinay P, Tokatlıoğlu B, Sarıkaya OO, Gülseren S, Kurt S.(2006). Depression and anxiety levels in infertile Turkish women. *J Reprod Med*, 51(5): 421-426.
- Karabulut A, Özkan S,Oğuz N. (2013).Predictors of fertility quality of life (fertiqol) in infertile women:analysis of confounding factors. *European Journal Of Obstetrics & Gynecology And Reproductive Biology*,170:193–197.
- Kargın M.(2009). İnfertil bireylerde umutsuzluğun belirlenmesi. gazi üniversitesi sağlık bilimleri enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, Ankara.
- Kavlak, O., Saruhan.(2002). “İnfertil kadınlarda yalnızlık düzeyi ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi” *Ege Tıp Dergisi*, 41(4):229-232.
- Keskin G, Gümüş BA.(2014). İnfertilite: Umutsuzluk Perspektifinden Bir İnceleme. Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - *Journal of Psychiatric Nursing*, 5(1): 9-16.
- Kırca N, Pasinlioğlu T.(2013). İnfertilite tedavisinde karşılaşılan psikososyal sorunlar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(2): 162-178.
- Kırca N. (2011). İnfertilite tedavisinde başarılı olmuş kadınların tedavi sürecinde yaşadıkları psikososyal sorunların değerlendirilmesi. Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, Erzurum.
- Kırço T.(2009). İnfertilitenin cinsel yaşam üzerine etkisinin incelenmesi. Haliç Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Koçyigit O.T. (2012).İnfertilite ve sosyokültürel etkileri. *İnsan Bilimleri Dergisi*, 1:27-38.
- Kuş C.(2008). İnfertilite durumunda kadınların yaşam kalitesi ve algıladıkları sosyal desteğin belirlenmesi. Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Ens.*Yüksek Lisans Tezi*, İstanbul.
- Oğuz DH.(2004). infertilite tedavisi gören kadınlarda infertilitenin ruh sağlığına, evlilik ilişkileri ve cinsel yaşama etkileri, *Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi*, istanbul.

- Oltuluoğlu H, Günay U, Aylaz R.(2014). İnfertil çiftlerin duygu durumları: niteliksel bir çalışma. *Sağlık Bilimleri Dergisi (Journal of Health 92 Sciences)*, 23 (2): 92-98.
- Öner N, Le Compte A.(1983). Durumluk ve sürekli kaygı envanteri el kitabı. İstanbul: *Boğaziçi Üniversitesi Yayınları*, 1,3.
- Özkan M, Baysal B.(2006). Emotional distress of infertile women in Turkey. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 33:44-46.
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE.(2006). Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod*, 21:2443-9.
- Saleh RA, Ranga GM, Raina R ve ark.(2003). Sexual dysfunction in men undergoing infertility evaluation: a cohort observational study. *Fertil Steril*, 79(4):909-12.
- Sezgin H, Hocaoğlu Ç.(2014). İnfertilitenin psikiyatrik yönü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6: 165-184.
- Smeenk JM, Verhaak CM, Eugster A ve ark.(2001). The effect of anxiety and depression on the outcome of in-vitro fertilization. *Hum Reprod*, 16(7):1420-1423.
- Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R. (1970).Manual for the state-trait anxiety inventory. CA: Consulting Psychologists Press
- Sömek A.(2008). İnfertil Bireylerde Yalnızlık Düzeyi Ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi. İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi* İstanbul.
- Şen E, Bulut S, Şirin A.(2014). Primer infertil kadınlarda eşlerarası uyumun incelenmesi. *F.N. Hem. Dergisi*, 22(1): 1: 17-24 ISSN 2147-4923.
- Taşçı E, Bolsoy N, Kavlak O ve ark.(2008). İnfertil kadınlarda evlilik uyumu. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 5: 105- 110.
- Teskereci G. (2010). İnfertilite tedavisi gören çiftlerde yaşam tarzının, yaşam kalitesine etkisi. Akdeniz Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, *Yüksek Lisans Tezi*, Antalya.
- Uğur A.S.(2014). İnfertilite tedavisi alan kadınlarda üreme problemlerinin fiziksel, duygusal, sosyal ve ilişkiyel yaşam alanlarına etkisi. İstanbul Bilim Üniversitesi *Sağlık Bilimleri Enstitüsü Hemşirelik Yüksek Lisans Programı* İstanbul.
- Upkong D,Orji E.(2006). Nijerya'daki infertil kadınlarda ruh sağlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 17(4): 259- 65.
- WHO. Mother or nothing the agony of infertility. WHO Bulletin. Available from URL: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/12/10.011210.pdf> (Erişim tarihi: 21 July 2015).
- Wu AK1, Elliott P, Katz PP, Smith JF.(2013). Time costs of fertility care: The hidden hardship of building a family. *Fertility And Sterility*, 99:2025-30.
- Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil Ü. (2008). İnfertil çiftlerin yaşadıkları sorunlar ve hemşirelik yaklaşımı. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11: 112-121.

Fekal İnkontinans ve Hemşirelik Yaklaşımı

Çiğdem BİLGE*, Nezihe KIZILKAYA BEJİ**

Fekal inkontinans, hastanın kendi isteği dışında gaz ve gaita kaçırmasıdır. Bu patolojik durum yaş ilerledikçe görülen, topluma maliyeti yüksek, sağlık profesyonellerinin iş yükünü artıran ve hastada psikolojik problemlere sebep olan önemli bir hastalıktır. Fekal inkontinansı olan hastaların, sosyal baskılar nedeniyle bu durumu belirtmemelerinden dolayı, hastalığın gerçek prevalansı kesin olarak bilinmemektedir. Fekal inkontinansın konstipasyon, diyare, enfeksiyon, obstetrik yaralanmalar, anal cerrahi, yaşlılık gibi nedenleri vardır. Fekal inkontinans şikayet eden kişiler sosyal izolasyon yaşar. Bunun yanında kötü koku ve cilt tahrişleri de hastaların en fazla belirttikleri şikayetler arasındadır. Bu hastalığın tedavi aşamasında ise hemşirenin oldukça etkin rolü vardır. Hemşireler sağlığını geliştirmek için bütüncül yaklaşımla hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarını belirlemeli ve iyileştirme sürecine katılmalıdır. Hemşireler fekal inkontinansı olan hastalara, tanılamaya yardımcı olmak ve hastalığın yönetimini geliştirmek amacıyla uygun bakımı belirlemeli ve uygulamalıdır.

Anahtar kelimeler: Fekal inkontinans, hemşirelik bakımı, sosyal izolasyon

Fecal Incontinence And Nursing Approach

Fecal incontinence, the individual is involuntarily miss gas and stool. These pathological conditions seen in years progressed, the high cost to society, which increases the workload of health professionals and is an important disease that causes psychological problems in patients. Patients with fecal incontinence, specify in this case, merely because of social pressures, the true prevalence of the disease is uncertain.

There are reasons such as constipation, diarrhea, infections, obstetrical injuries, anal surgery, old age. Fecal incontinence complaints from people who live in social isolation. Besides, bad odors and skin irritation are also among the most complaints of patients stated. In the treatment phase of this disease nurse's role it is quite

* İ.Ü. Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği AD, Arş.Gör.MSc. e-posta: ciğdemaydinbilge@gmail.com

** İstanbul Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Prof. Dr.

effective. Nurses should determine the health of a holistic approach to improve the patient's health care needs and should be involved in the improvement process.

Nurses for patients with fecal incontinence, to help diagnose and improve the management of the disease should determine and implement the appropriate care.

Key Words: *Fecal incontinence, nursing care, social isolation*

GİRİŞ

Fekal inkontinans, anal sfinkter mekanizmasının kontrol yeteneğinin azalması veya kaybı sonucunda dışkı ya da gaz eliminasyonunu kontrol edememe olarak tanımlanmaktadır. Tüm yaş grubundaki bireylerde, nörojenik disfonksiyon, travma/yaralanmalar, serebrovasküler olaylar gibi nedenlerle fekal inkontinans meydana gelebilmektedir.

Toplumda fekal inkontinans görülme sıklığı literatürde %2-3 olarak belirtilirken, yaşın ilerlemesi ile birlikte bu oranın da arttığı ve %10'dan fazla olduğu bildirilmiştir (Dedeli, ve ark. 2008). Dünyada ise literatüre bakıldığında 65 yaş öncesi fekal inkontinans görülme sıklığı %0.5-1 arasında iken 65 yaş ve sonrasında bu oran %3-8 arasına çıkmaktadır. Bunun yanında, fekal inkontinans, postpartum period sonrası genç kadınlarda da görülen bir durum olarak gözlenmiştir (Mellgren 2010). 50 yaşından büyük kadınlarda fekal inkontinans görülme oranı %15.2; üriner inkontinans görülme oranı %48.4; hem üriner hem fekal inkontinansın birlikte görülme oranı ise %9.4 olarak tespit edilmiştir (Dudding ve ark. 2010).

Fekal inkontinans, özellikle uzun dönem yatağa bağımlı hastalarda görülen, enfeksiyon ve deri ülseri oluşumuna neden olan, tedavisi açısından maliyeti yüksek, hastanın yaşam kalitesini negatif yönde etkileyen bir durumdur. Fekal inkontinans hastanın deri bütünlüğü açısından tehlikeli bir sorundur. Bu problem septisemi nedeni olabilmektedir. Özellikle fekal inkontinans diyare şeklinde görüldüğünde deri irritasyonları ve dermatitlere sebep olur (Denat ve Khorshid 2009). Yapılan çalışmalarda fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda üriner sistem infeksiyonları, deri ülserleri, perineal cilt hasarı ve sepsis görülme riskinin fazla olduğu belirtilmiştir (Bellicini ve ark 2008). Hemşirelere hastaların cilt bakımının iyileştirilmesi ve korunmasında önemli sorumluluklar düşmektedir. Bu durumda hemşireler hasta

merkezli çalışarak hastanın ihtiyacı olan bakımı planlamalı ve uygulamalıdır (Rees ve Sharp 2009).

Fekal inkontinans şikayeti olan hastalar bu durumdan utanabilir ve kötü koktuklarını düşünebilir. Sonuç olarak hastalarda sosyal izolasyon da başlamaktadır. Bu problemi yaşayan hastaların depresyon ve anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu yapılan çalışmalarda ortaya konmuştur (Lacima ve ark. 2010; Fattorini ve ark. 2016).

Fekal inkontinansın üç klinik tipi tanımlanmıştır;

1. **Pasif inkontinans;** gaz veya gaitanın hasta farkında olmadan involunter çıkışı
2. **Urge inkontinans;** fekal materyali barsakta tutmak için aktif çabaya rağmen gaita çıkışı
3. **Fekal sızıntı;** farkında olmadan küçük miktarda gaita çıkarma veya normal dışkılamadan sonra iç çamaşırının kirlenmesi (Mellgren 2010).

Bu derleme fekal inkontinansın tedavi yöntemleri, hastaların yaşadıkları sıkıntılar ve hastaların sağlığını geliştirmede hemşirenin rol ve sorumlulukları ile hemşirelik bakımının önemini vurgulamak amacı ile yazılmıştır.

Fekal İnkontinans Tedavi Yöntemleri

Çoğu tedavi yöntemi fekal inkontinansın altında yatan konstipasyon, diyare, enfeksiyon gibi nedenlerde sfinkter kontrolünü arttırmak amacıyla nedene yönelik uygulanmaktadır. Bu durumda hemşireler hasta merkezli çalışarak hastaların ihtiyaçlarını belirlemeli, bu ihtiyaçları karşılamak için gerekli uygulamaları planlamalı ve uygulamalıdır. Hastanın sağlığını geri kazandırmak ve geliştirmek için bütüncül yaklaşımla hastanın sağlık bakım ihtiyaçlarını belirlemeli ve hastanın sosyo-emosyonel iyilik durumunu yeniden kazandırmak için çalışmalıdır (Findlay ve Maxwell-Armstrong 2010).

1. Biofeedback Tedavi: Fekal inkontinans için ilk tavsiye edilen tedavi seçeneğidir. Genellikle bu konuda uzman birinin gözetiminde, pelvik taban kasları ve anal sfinkterlerin çalıştırılması, abdominal, gluteal ve anal sfinkter kaslarının koordinasyonun geliştirilmesi ve anorektal duyusal algının artırılması amacı ile planlanan bir tedavi yöntemidir (Wang ve Abbas 2013). İstemli sfinkter aktivitesini ölçmek için hastanın anüsüne balonlu bir sonda yerleştirilir. Düzenek, işitsel veya görsel uyarı veren bir monitöre bağlanır. Hasta sfinkterini kasıp, anal basıncı arttırdığında oluşan uyarı gözlenmektedir. Böylece hastanın bu yanıtı geliştirmesi için

egzersiz yapmasına olanak sağlanmaktadır (Wang ve Abbas 2013). Başarı; hasta motivasyonu, rektal duyu kapasitesinin varlığı ve kasılabilen sfinkter varlığı ile doğru orantılıdır. Sfinkter simetrisi ve rektal kapasitenin korunduğu vakalarda başarı oranı %60'lara ulaşmaktadır (Bellicini ve ark. 2008; Mellgren 2010). Yapılmış bir çok çalışma fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda biofeedback tedavisinin %70 etkili olduğunu belirtmiştir (Lacima, Pera, Amador, et al. 2010; Lacima, Pera, Argente, et al. 2016; Mayer, Files ve Foxx-Orenstein 2013). 2006 yılındaki 11 çalışma (N: 564) incelendiğinde biofeedback tedavinin hastalara sınırlı etkisinden bahsedilirken (Norton, Cody ve Hosker 2006), son zamanlarda yapılan çalışmalarda bu tedavi yönteminin fekal inkontinansın etkilerini azalttığını belirtilmektedir (Heymen, Scarlett, Jones et al. 2009).

2. Pelvik Taban Kas Egzersizleri: Bu egzersizin amacı, pelvik taban kas hacmini ve kontraksiyon gücünü arttırmaktır. Pelvik taban kas egzersizleri, anal sfinkter kas gücünü artırır. Bu egzersizler her gün düzenli olarak yapılmalı ve eşit gevşeme aralıklarıyla 5- 10 sn. kontraksiyon şeklinde yapılmaktadır (Dunivan ve ark. 2010). Yapılacak kontraksiyon sayısı ise yapılmış olan çalışmalara göre 30 ile 160 kez arasında değişmektedir. Literatürde yapılan çalışmalarda ise pelvik taban kas egzersizi uygulanan grubun egzersiz uygulanmayan gruba göre daha fazla iyileşmesi olduğu belirtilmiştir (Demirci ve Coşar 2009).

Fekal inkontinanslı hastalarda, hastalara anal sfinkter kontrolü kazandırmak için yapılan uygulamalardan birisi hastaya bağırsak jimnastiği uygulanmasıdır. Hasta kapasitesi elverdiğince, hastaya egzersiz yaptırılmalıdır (Wang ve Abbas 2013). Hastanın defekasyon alışkanlığı belirlenmeli ve defekasyon zamanlarında sürgüye, oturaklı sandalyeye veya tuvalete kolayca ulaşması sağlanmalıdır. Gastrokolik refleks en çok kahvaltıdan sonra uyarıldığı için bu saatler defekasyon için uygun bir zamandır. Planlanan defekasyon saatinden önce bir fincan sıcak çay veya kahve içmek peristaltizmi uyarabilmektedir (Lacima, Pera, Amador, et al. 2010). Hekim tarafından önerilmişse hemşire hastaya her gün gaita yumuşatıcı ilaç verebilir, laksatif süpozituar uygulaması önerilmişse planlanan defekasyon saatinden 30 dakika önce süpozituar uygulanabilir. Hastaya tuvalete veya oturaklı sandalyeye otururken kalçaları üzerine öne doğru eğilmesi, elleriyle karına basınç yapması öğretilmelidir. İkinma hemoroid oluşmasına neden olabileceği için önerilmez. Fekal

inkontinansı azaltmak için her gün temizleyici lavman veya süpozituar uygulanabilmektedir (Denat ve Khorshid 2009).

3. Beslenme ve Diyet: Barsak alışkanlıkları, sıvı ve yiyecek alımının izlenmesi ile yemeklerden sonra defekasyona çıkma durumu öngörülerek değerlendirilmeli ve yenilenmelidir. Birçok gıda barsak aktivitesini etkileyebilmektedir (Findlay ve Maxwell-Armstrong 2010).

4. Farmakolojik Tedavi: Mekanizmaları farklı pek çok ilaç fekal inkontinans tedavisinde önerilmiştir. Loperamid hidroklorid veya difenoksilat/atropin sülfat gibi anti-diyare ilaçları genellikle kullanılmaktadır. Read M. Ve ark. Yaptığı bir çalışmada; günde üç kez 4 mg loperamidin gaita sıklığını ve sıklığı azalttığını, kolonik transit zamanını uzattığını, gaita ağırlığını azalttığını ve anal istirahat sfinkter basıncını arttırdığı tespit edilmiştir.

Kullanılan ilaçlar (Osterberg, Graf, Eeg-Olofsson 1999);

- Loperamid
- Kodein
- Östrojen
- Sodyum valproat
- Difenoksilat/atropin
- Kolestiramin/kolestipol
- Fenilefrin

5. Cerrahi Tedavi: Eğer noninvaziv yöntemler fekal inkontinansın tedavisinde etkili olmazsa tercih edilecek diğer bir tedavi yöntemi cerrahi tedavi yöntemidir. Bu tedavi yöntemi fekal inkontinansın şiddetine, sfinkter lezyonuna ya da hastanın yaşına bağlıdır. Bazı vakalarda yapay barsak sistemleri bir seçenek olabilir. Cerrahi tedavide uygulanan sıvı dolu cuff yöntemi post operatif ağrı ve enfeksiyona neden olmaktadır. Başarısız tedaviler sonucunda hastalara stoma açılmak durumunda kalınabilir. Bu durum da genç hastaların yaşam kalitesini olumsuz etkilemektedir. (Fattorini, Brusa, Gingert, et al. 2016; Forte, Andrade, Lowry, et al. 2016). Sfinkter tamirinde uzun dönemde başarı giderek azalmakta ve hastaların üçte birinden azı 5 yıl sonra sıvı veya katı gaita için inkontinans yaşamamaktadır (Alavi ve ark. 2015).

Kısaca cerrahi yöntemler şu şekilde sıralanabilmektedir (Alavi ve ark. 2015);

- Cerrahi Sfinkteroplasti
- Kolostomi
- Gracilis/gluteus kas transpozisyonu +/- stimülasyon
- Anterior onarım
- Yapay barsak sfinkter

Uzun Süreli Fekal İnkontinansı Kontrol Altına Alabilmek İçin Girişimler

Genellikle yatağa bağımlı hastalarda akut bakım ortamlarında kullanılan girişimlerdir. Bu girişimler cilt tahrişlerini önlemek amacıyla feçese teması azaltmak, kokuyu en aza indirmek, fekal kaçığı izlemek ve hastanın konforunu arttırmak amacıyla uygulanmaktadır. Bu dönemde hemşireler hastaları fiziksel veya kimyasal yaralanmaları önleyerek hastayı korumalıdır. Hastayı bilgilendirerek karar vermesinde yardımcı olmalıdır (Sparks ve ark. 2010). Fekal kaçığı önlemek amacıyla çeşitli uygulamalar vardır. Bu uygulamalar genel olarak iki grupta incelenmektedir; 1. Dışkı kaçığı önlenmesi; foley kateter, nazofarengal airway 2. Toplama ve muhafaza; Emici İnkontinans Ürünleri/ Diaperler, perineal torbalar (Willson ve ark. 2014).

1. Rektuma Foley Kateter Uygulama: Fekal inkontinansı kontrol altına almak için uygulanan yöntemlerden bir tanesi rektuma foley kateter uygulama. Foley kateterler geniş lümenlidir ve rektuma uygulanmaktadır. Fakat feçes diyare şeklinde değilse bu uygulamadan sonra hastada konstipasyon ya da ileus gibi şikayetler görülebilmektedir. Aynı amaçla rektal tüpler de kullanılabilir ama foley kateterin anal sfinkterin kapanmasını sağlayarak feçesin dışarı sızmasını önlemesi foley kateterin daha avantajlı bir yöntem olduğunu göstermektedir (Denat ve Khorshid 2009).

Rektuma foley kateter uygularken tıbbi asepsi tekniklerine uymak gereklidir. Uygulanan kateter sigmoid kolona ulaşmamalıdır. Foley kateter yerine yerleştirildikten sonra kateter balonu serum fizyolojik solüsyonu ya da hava ile şişirilmelidir. Kateterin ucu bir drenaj torbası ile birleştirilir. Kateterin balonundan dolayı oluşan baskıyı azaltmak için, balon her saat başı 5 dk süre ile söndürülür. Eğer bu işlem uygulanmazsa basınç sonucu sfinkterlerde nekroz görülebilmektedir (Nix ve Haugen 2010).

Rektuma kateter uygulamanın güvenilirliğini gösteren araştırma sayısı azdır. Bunun yanında balondaki basınç sonucu rektal nekroz, rektal perforasyon veya anal sfinkter hasarı gibi travmalar meydana gelebileceği yapılan çalışmalarda belirtilmiştir. Ayrıca rektuma uygulanan foley kateter, yeni geçirilmiş prostat ameliyatlarında, miyokart infarktüsünde, rektal mukoza hastalıklarında ve immun sistemin baskılandığı hastalıklarda kontrendikedir (Denat ve Khorshid 2009).

2. Nazofarengal Airway: Yapılan çalışmalarda rektal tüplerin 20 dk'dan daha uzun süre rektumda tutulması anal sfinkterin yanıt verme durumunu azalttığı için, bu tür tüplerin uzun süre rektumda kalmaması gerektiği belirtilmiştir. Buna ek olarak çalışmalarda nazofarengal airway kullanımının bu durumu yaratmadığı ortaya konmuştur (Yüksel, Leventoğlu ve Tezcaner 2008). Airway ucuna bir kayganlaştırıcı sürülür, iç ve dış sfinkterden geçirilerek rektuma yerleştirilir. Drenaj sistemi ile airwayin dışarıda kalan sistemi birleştirilir ve sistem hastaya ve yatağa sabitlenir. Airway iki günde bir değiştirilir ve tekrar takılmadan önce 1 st beklenir. Bu sistem nötropenili hastalarda, kanama riski olanlarda, perirektal apse ve gastrointestinal kanama gibi klinik durumlarda kontrendikedir (Denat ve Khorshid 2009). Literatürde, nazofarengal airway kullanımının pratiklik açısından uygun bir yöntem olup olmadığını değerlendirmek amacıyla 22 hasta ile yapılan bir çalışmada, hastaların tümünde dışkıyı toplama veya kontrol altına almak mümkün olduğu belirtilmiştir. Ayrıca deri bütünlüğü bozulmuş hastaların (20 hasta) %90'ında deri bütünlüğünde yenilenme ve iyileşme gözlenmiştir. Hastaların hiçbirinde anal sfinkterde hasar veya tonüste hiçbir değişim görülmemiştir. Hastaların %41'i rektal tüp yerleştirilirken rahatsızlık hissettiklerini belirtmiş, %86'sı tüpün pozisyonunu sürdürmede hiçbir rahatsızlık ifade etmemiştir (Watterworth ve Ryzevski 2005).

3. Emici İnkontinans Ürünleri/ Diaperler: Bu ürünler deriden feçesi emer ve sızıntının dışarı kaçmasını önlemektedir. Ayrıca bu ürünlere ulaşımın kolay olması, kullanımının pratikliği ve fiyat açısından da uygun olması nedeniyle hasta ve yakınları tarafından en çok tercih edilen ürünlerdendir (Beguin ve ark. 2010).

Diaperler yalnızca feçesi absorbe ettikleri için deri ve feçesin temasını engelleyemezler. Ayrıca buradaki nemli ortam mikroorganizmaların artmasını sağlayabilir. Bu nedenle yöntem deri ülserlerini de tetikleyebilmektedir. Deri, abrazyon, irritasyon ve infeksiyonlara karşı daha fazla hassaslaşabilir. Diaperlerin sık sık değiştirilmesi ve bakımının etkili ve dikkatli bir şekilde yapılması gereklidir (Watterworth ve Ryzevski 2005).

4. Perianal Torbalar: Bir eksternal toplama aracı olan perianal torbalar, bir drenaj torbası içine feçesi toplamak amacıyla perianal bölgeye yerleştirilen ostomi biçimli, fleksible plastik torbalardır (Denat ve Khorshid 2009). Ostomi uzun yıllardır stoma yaralarında kolaylıkla uygulanmaktadır. Bu durum günümüzde fekal inkontinansı

kontrol altına almak için de kullanılmaktadır. Torba hastanın perineal bölgesine yerleştirilir ve torba kolaylıkla boşaltılabilir, temizlenebilir veya yerçekimiyle drene olabilen bir torbaya eklenebilir. Bazı araştırmalar sonucu bu torbaların, hasta bezi veya rektuma uygulanan foley kateterden daha avantajlı bir yöntem olduğu belirtilmiştir. Perianal torba, dışkı toplamak ve deriyi korumak için yöntemi uygulama adına iyi bir yöntem olduğu ve fekal inkontinansı kontrol altına alarak yara iyileşmesini de sağlayan güvenilir bir uygulama olduğu belirtilmiştir (Watterworth ve Ryzevski 2005). Palmier ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptıkları çalışmada da perianal torba uygulayan ve bu hastaların bakımını üstlenen hemşirelerin %77'si uygulamayı, %98'i çıkan materyeli değerlendirmeyi, %78'i çıkarmayı, %96'sı perineal deriyi korumayı kolaylaştırdığını ve %70'i torbayı değiştirme sırasında uygulamanın perineal temizleme zamanını azalttığını belirtmişlerdir (Palmier, Benuzzi G ve Bellini 2005).

Perianal torbanın üçte biri ya da yarısı dolduktan sonra boşaltılmalıdır. Perineal torbalar doğru uygulandıklarında 24-48 saat dayanabilirler. Şayet torbanın perianal bölgeye yapışıklığı devam ediyorsa torba alttan kesilerek boşaltılır ve 50-100 cc'lik musluk suyu ile içerisi yıkanarak torbanın altı bir kıskaçla kapatılabilir. Gerekirse perianal torbanın alt ucu drenaj torbasına bağlanarak dışkının drenajı sağlanabilmektedir. Şayet torba sızdırıyorsa tekrar yeni torba yerleştirilir (Denat ve Khorshid 2009).

Fekal İnkontinanslı Hastalarda Hemşirelik Yaklaşımı

Yapılan çalışmalara göre fekal inkontinansın yaşlılarda görülme oranı yüksektir. Yaşlı hastanın fekal inkontinans nedeniyle sürekli ıslak olması, gaz kaçırmaları, kötü kokması, genel vücut hijyenini devam ettirememesi ve buna bağlı olarak utanması, sosyal izolasyon yaşaması yaşam kalitesini azaltabilmektedir (Newman, Fader ve Bliss 2004; Fattorini, Brusa, Gingert, et al. 2016). Özellikle yaşlı grupta dışkı kaçırmaya bazı komplikasyonlara neden olabilmektedir. Dışkı kaçırmaya bağlı hareketsizlik sonucu osteoporoz, hipertansiyon, koroner kalp hastalığı, depresyon, kaygı duyma gibi sorunlara yol açmaktadır. Dışkı kaçırmaya bağlı dermatit, deri infeksiyonuna yatkınlık, basınç ülseri gibi dermatolojik sorunlar da görülebilmektedir. Özellikle uzun süredir yatağa bağımlı olan hastaların bakımı çok dikkatli yapılmasına rağmen, hastada deri irritasyonları ya da deri ülserleri görülebilmektedir. Hastaların deri

bütünlüğünü kazandırmak ve geliştirmek için hemşirelerin uygulaması gereken üç büyük adım vardır; cildi temiz tutma, nemlendirme ve nem, feçes gibi iritanlardan cildi koruma. Hemşireler hastalardaki feçes kaçağı sıklığına, fekal inkontinansın üriner inkontinans ile birlikte görülüp görülmediğine, hastaların perine cilt durumuna ve hastanın cildinin kullanılan ürünlere karşı gösterdiği tepkiye bağlı olarak cilt bakımı bireyselleştirmelidir. Genellikle durulama gerektirmeyen, alkalin olmayan temizleyiciler ile yağlı yerine su bazlı nemlendiriciler tercih edilmelidir (Willson ve ark. 2014).

Fekal inkontinans şikayeti olan hastaların bakımı hem hasta hem de hemşire açısından oldukça zor bir süreç olmakta ve bakım verenin zamanının önemli bir bölümünü almaktadır (Denat ve Khorshid 2009). Fekal inkontinans yaşayan kişiler son derece kısıtlı bir hayat yaşarlar. Yaşantılarında genellikle tuvalete yetişme endişesi vardır. Her zaman yanlarında giysi taşıma ihtiyacı duymaktadırlar. Yaşadıkları sorunu aile ve arkadaşlarından gizlemeye çalışırlar. Bu nedenle, bu hastaların yaşam kalitesi düşüktür (Aktaş, Şahin ve Terzioğlu 2013). Bu nedenle hemşireler fekal inkontinansı olan hastalara uygun bakım verirken hastanın onurunu ve mahremiyetini de korumalıdır. Hemşireler hastalar için çok önemli olan bu konuda sorumluluk sahibi olmalıdır.

Fekal inkontinans yaşayan kadınların, beden imajlarının düşük olması, utanma duygularının fazla olması, koku nedeniyle endişe duymaları, koitus sırasında dışkı veya gaz kaçırma korkusu, partnerin olumsuz tepkileri ve çekiciliğin azaldığını düşünmesi hastanın cinsel hayatını olumsuz etkiler ve cinsel disfonksiyona sebep olmaktadır (Çelik ve Beji 2012). Bunun için hemşire hastalarla sade, açık anlaşılır bir dil kullanmalı, hastalara konuşması için kolaylık sağlamalı, riskleri belirlemelidir. Bu nedenle ayrıntılı bir cinsel anamnez almalıdır. Bu durumda hemşire danışmanlık ve eğitici rollerini kullanmalıdır. Hemşire kadında cinsel disfonksiyon olup olmadığını, psikolojisini ve yaşam kalitesini değerlendirmelidir (Aktaş, Şahin ve Terzioğlu 2013).

Fekal inkontinansı olan hastalarda feçesi toplamak, feçesin perianal deriyle olan temasını önlemek, kapalı bir sistemle feçesin drenajını sağlamak amacıyla rektal foley kateter, nazofarengeal airway, emici inkontinans ürünleri /diaperler ve perianal torbalar gibi pek çok ürün kullanılmaktadır. Hemşire özellikle yatağa bağımlı, fekal inkontinanslı hastaların bakımında bu ürünlerin seçiminden, uygulanması ve

bakımından sorumludur (Watterworth ve Ryzevski 2005). Fekal inkontinans şikayeti olan hastalarda tedavide amaç, kontinansın tekrar sağlanması ve yaşam kalitesini arttırmaktır. Destekleyici ve spesifik bazı yöntemler yararlı olabilmektedir (Weber 2007).

Hemşireler, birey - aile ve toplumun sağlığını geliştirmek ve korumak, doğru sağlık davranışları kazandırmak için planlı olarak eğitim vermelidir. Hastaların fekal inkontinansın nedenleri, tanımlayıcı testleri, tedavisi, cilt bakımı ve feçes kontrol ürünleri hakkında bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hemşireler hastanın verilen bilgiyi anlayıp anlamadığını belirlemeli ve mümkün olduğu kadar öğrenmesini sağlamalı, sağlık bakım amaçları ile ilişkili olarak hastanın durumundaki ilerlemeyi değerlendirmelidir.

Hemşire bu rolünü yerine getirirken, eğitim yöntemlerini kullanmalı ve meslek adayları ve mensuplarının da eğitiminden sorumlu olmalıdır.

Fekal inkontinansı olan hastalara uygulanan tedavilerin amacı hastalığın altında yatan nedenlere odaklanarak hastaya en az zararın gelmesini sağlamaktır. Bunun yanında hastanın sosyal izolasyondan kurtulması için ağrıyı azaltma, cildin korunması, uygun beslenme, sıvı elektrolit düzeyinin uygunluğu, koku kontrolü gibi adımlar atılmalıdır. Hemşireler fekal inkontinansı olan hastalara, tanılamaya yardımcı olmak ve hastalığın yönetimini geliştirmek amacıyla tüm bakım ortamlarında kullanılabilen barsak yönetim protokollerini uygulamalıdır.

SONUÇ

- Fekal inkontinans, yaşam kalitesini düşüren, kişinin sosyal ortamdan uzaklaşmasına yol açan, özellikle ileri yaşlarda artan sıklığı ve eşlik eden hastalıklarla topluma maliyeti oldukça yüksek olan bir hastalıktır.
- Uygulanan konservatif tedavi yöntemlerinde hemşirenin rolü büyüktür. Norton ve ark. bir hemşire tarafından gerekli eğitimin verilmesi ve diyare ve konstipasyon için kullanılan bazı ilaçların yardımıyla fekal inkontinans sıklığının %54 oranında azaltılabileceğini bildirmişlerdir (Yüksel, Leventoğlu, Tezcaner ve ark. 2008).
- Hemşire hastaya düzenli tuvalet alışkanlığı kazanması, kasları güçlendirici egzersizler yapması, yaşam tarzını düzenlemesi ve yeterli hijyenin sağlanması gibi konularda eğitim ve danışmanlık yapmalıdır.

- Hemşire tedavi süresi boyunca hastayı desteklemeli, klinik alandaki araştırma ve bakımı yönetmede öncü olmalı, kısacası lider olmalıdırlar.
- Fekal inkontinansın, toplumda görülme sıklığının %10'dan fazla olması, yaşın ilerlemesi ile sıklığının artış göstermesi, huzurevlerinde yaşayan yaşlılarda %50'ye kadar ulaşması bu sorunun yaşlılık döneminde oldukça önemli olduğunu göstermektedir.
- Fekal inkontinansda detaylı anamnez ve rektal tuşeyi de içeren fizik muayene tanıda, sık karşılaşılan nedenleri saptamada ve eşlik eden hastalıkları tanılamada yardımcıdır.
- Hastalara tüm tedavi boyunca psikolojik ve sosyal uyum desteği verilmelidir.
- Fekal inkontinansda kullanılan materyallerin hastaların cildini ve sağlık durumunu nasıl etkilediği araştırmalar ile desteklenmelidir.
- Fekal inkontinansda noninvaziv yöntemlerin ve hemşirelik bakımının etkisini değerlendirmek amacıyla yeni araştırmalar yapılmalıdır.
- Çevre dostu, ses ve koku kontrolü sağlayan, feçes inkontinansını azaltan, düşük riskli yüksek hasta toleransı yaratan, en az invaziv girişim gerektiren yeni araçlar araştırılmalı ve geliştirilmelidir.

Kaynaklar

Aktaş D, Şahin E, Terzioğlu F. (2013). Kadın Sağlığı Açısından Yaşlılık ve Yaşam Kalitesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*; 16(1): 65-71.

Alavi K, Chan S, Wise P, Kaiser AM, Sudan R, Bordeianou L. (2015). Fecal Incontinence: Etiology, Diagnosis, and Management. *J Gastrointest Surg*. 19(10):1910-1921.

Beguın AM, Malaquin-Pavan E, Guihaire C, Hallet-Lezy AM, Souchon S, Homann V, Zöllner P, Swerev M, Kesselmeier R, Hornung F, Smola H. (2010). Improving diaper design to address incontinence associated dermatitis. *BMC Geriatr*. 22;10:86-88.

Bellicini N, Molloy PJ, Caushaj P, Kozlowski P. (2008). Fecal incontinence: a review. *Dig Dis Sci*. 53:41-46.

Çelik DB, Beji NK. (2012). Pelvik Taban Fonksiyon Bozuklukları ve Yaşam Kalitesi. *İ.Ü.F.N. Hem. Derg*. 20(1): 69-79. ISSN 1304-4869.

Dedeli Ö, Fadiloğlu Ç, Turan İ, Bor S (2008). İzmir Huzurevlerindeki Yaşlılarda Fekal İnkontinans Sıklığı ve Yaşam Kalitesi Üzerine Etkisi. *Turkish Journal of Geriatrics*. 11(1): 33-41.

Denat Y, Khorshid L. (2009). Fekal İnkontinansın Bakımı ve Bakımda Kullanılan Ürünler. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 12 (2): 94-103.

Denirci N, Coşar F. (2009). Üriner inkontinans tedavisinde davranışsal tedavi yöntemleri. *S.D.Ü. Tip Fak. Derg.* 16 (3): 35-40.

Dudding TC, Pares D, Vaizey CJ, Kamm MA. (2010). Sacral nerve stimulation for the treatment of faecal incontinence related to dysfunction of the internal anal sphincter. *Int J Colorectal Dis.* 25:625-630.

Dunivan G, Heymen S, Palsson O, Von Korff M, Turner MJ, Melville JL, Whitehead WE. (2010). Fecal incontinence in primary care: prevalence, diagnosis, and health care utilization . *Am J Obstet Gynecol.* 202:493-495.

Ergin K. (1992). Yaşlanma İle İlgili Fizyolojik Değişiklikler. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi.* 8(2): 75-81.

Fattorini E, Brusa T, Gingert C, Hieber SE, Leung V, Osmani B, Dominietto MD, Chler FB, Hetzer F and Müller B. (2016). Artificial Muscle Devices: Innovations and Prospects for Fecal Incontinence Treatment. *Annals of Biomedical Engineering.* 44(5): 1355-1369.

Findlay J, Maxwell-Armstrong C. (2010). Current issues in the management of adult faecal incontinence . *Br J Hosp Med.* 71:335-339.

Forte ML, Andrade KE, Lowry AC, Butler M, Bliss DZ, Kane RL.(2016). Systematic Review of Surgical Treatments for Fecal Incontinence. *Diseases of the Colon & Rectum.* 59(5): 443-469.

Heymen S, Scarlett Y, Jones K, Ringel Y, Drossman D, Whitehead WE. (2009). Randomized controlled trial shows biofeedback to be superior to pelvic floor exercises for fecal incontinence. *Dis Colon Rectum.* 52(10): 1730-1737.

Hosker G, Cody JD, Norton CC. Electrical stimulation for faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev* 2007 Jul 18;(3):CD001310. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD001310.pub2>

- Lacima G, Pera M, Amador A, Escaramis G, Pique JM. (2010). Long-term results of biofeedback treatment for faecal incontinence: A comparative study with untreated controls. *Colorectal Dis* 12(8):742–749.
- Lacima G, Pera M, Gonzalez-Argent X, Torrents A, Valls-Sole J and Espuna-Pons M. (2016). Is Electromyography a Predictive Test of Patient Response to Biofeedback in the Treatment of Fecal Incontinence? *Neurourology and Urodynamics*. 35 (3): 390–394.
- Mayer AP, Files JA and Foxx-Orenstein AE. (2013). If You Don't Ask Her, She Won't Tell You: Fecal Incontinence in Women. *Journal of Women's Health*. 22(1): 104-105.
- Mellgren A. (2010). Fecal incontinence . *Surg Clin North Am*. 90:185-194
- Newman DK, Fader M, Bliss DZ. (2004). Managing Incontinence Using Technology, Devices and Products: Directions for Research. *Nursing Research* 53(6): 42-48.
- Nix D, Haugen V. (2010). Prevention and management of incontinence-associated dermatitis . *Drugs Aging*. 27:491-496.
- Norton C, Cody JD, Hosker G. (2006). Biofeedback and/or sphincter exercises for the treatment of faecal incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*.19(3):CD002111.
- Osterberg A, Graf W, Eeg-Olofsson K. (1999). Is Electrostimulation of the Pelvic Floor an Effective Treatment For Neurogenic Fecal Incontinence? *Scand J Gastroenterol*. 34(3): 319-324.
- Sparks D, Chase D, Heaton B, Coughlin L, Metha J. (2010). Rectal trauma and associated hemorrhage with the use of the ConvaTec Flexi-Seal fecal management system: report of 3 cases . *Dis Colon Rectum* 53:364-349 .
- Palmier B, Benuzzi G, Bellini N. (2005). The anal bag: a modern approach to fecal incontinence management. *Ostomy / Wound Management* 51(12): 44-52.
- Rees J, Sharpe A. (2009). The use of bowel management systems in the high-dependency setting. *Br J Nurs*. 18: 19-24 .
- Wang JY, Abbas MA. (2013). Current Management of Fecal Incontinence. *The Permanente Journal*. 17(3): 65-73.
- Watterworth B, Rzyzewski J. (2005). Letters to The Editor: Managing Fecal Incontinence, *Journal of Wound Ostomy and Continence Nursing* 32(4): 217: 218.

- Weber, AM. (2007). Epidemiology and psychosocial impact of pelvic floor disorders. Walters, M. D, Karam, MM. (Eds.). Urogynecology and Reconstructive Pelvic Surgery. 3rd ed, Mosby Elsevier, Philadelphia, 44–54.
- Willson MM, Angyus M, Beals D, Callan L, Francis K, Kingan MJ, Porras OK. (2014). Executive Summary: A Quick Reference Guide for Managing Fecal Incontinence (FI). J Wound Ostomy Continence Nurs. 41(1):61-69.
- Yüksel O, Leventoğlu S, Tezcaner T, Bostancı H, Dikmen K, Menteş B. (2008). İdiopatik Anal İnkontinans Tedavisinde Periferik Nöromodülasyonun Etkinliği. Kolon Rektum Hast. Derg. 18(3): 122-127.

Gebelik Öncesi Danışmanlık: Hemşire ve Ebelerin Sorumlulukları

Keziban AMANAK*

Gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi bakımla bütünleşen önemli bir kavramdır. Gebelik öncesi danışmanlıkta amaç; kadın sağlığını optimum hale getirip, kadını gebelik öncesinde bilgilendirerek olumsuz sağlık koşullarının kadın, fetus ve yenidoğan için oluşturacağı riski en aza indirmektir. Bu amaca ulaşmak için; gebelikte maternal ve fetal risk azaltılmalı, doğumsal malformasyonlar önlenmeli, yüksek riskli kadınlar riski azaltacak seçenekler konusunda bilgilendirilmelidir. Bu noktada hemşire ve ebelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire ve ebeler eğitimci ve danışman rolleri ile çiftleri ihtiyaç duyulan konularda danışmanlık yapmalıdırlar. Verilecek bu danışmanlık ile anne-bebek sağlığının yükseltilmesine büyük oranda katkı sağlanabilir.

Anahtar Kelimeler:Ebe, gebelik öncesi danışmanlık, hemşire.

Preconception Counselling: Responsibilities Of Nurses And Midwives

Preconception counseling is an important concept that integrates with prenatal care. The purpose of Preconception counseling; Optimizing women's health, informing women before pregnancy, and reducing the risk of negative health conditions for women, fetuses and newborns. To achieve this purpose; Maternal and fetal risk should be reduced in pregnancy, congenital malformations should be prevented, and high risk women should be informed about the options to reduce the risk. At this point there are important tasks for nurses and midwives Nurses and assistant educators and advisor roles should advise the couple on the matters that are needed. With this counseling, it is possible to make a great contribution to the increase of mother-infant health.

Key Words: Midwife, preconception counseling, nurse.

* Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Ebelik Bölümü, Öğr. Gör. Dr., e-mail:keziban.amanak@adu.edu.tr,

GİRİŞ

Gebelik her kadın için özel bir dönemdir ve beraberinde bazı fiziksel ve psikolojik rahatsızlıkları getirebilir. Bu rahatsızlıklar nedeniyle gebelik, uyum sağlamayı gerektiren bir yaşam olayı haline dönüşebilir (Demirbaş ve Kadioğlu 2014, Hu ve ark. 2015, Lee ve ark. 2011). Konsepsiyondan önce eşlerin sağlıklı olması, gebeliğe riskli girmemeleri açısından önemlidir. Bu nedenle çocuk sahibi olmaya karar veren çiftlerin bu kararı vermeden önce, sağlık durumlarını en üst düzeye getirmeleri gerekir (Terzioğlu 2016). Bu noktada karşımıza gebelik öncesi danışmanlık kavramı çıkmaktadır. Gebelik öncesi danışmanlık, doğum öncesi bakımla bütünleşen önemli bir kavramdır. Gebelik öncesi danışmanlıkta amaç; kadın sağlığını optimum hale getirip, kadını gebelik öncesinde bilgilendirerek olumsuz sağlık koşullarının kadın, fetus ve yenidoğan için oluşturacağı riski en aza indirmektir. Bu amaca ulaşmak için; gebelikte maternal ve fetal risk azaltılmalı, doğumsal malfarmasyonlar önlenmeli, yüksek riskli kadınlar riski azaltacak seçenekler konusunda bilgilendirilmelidir (CDC 2006, Gilbert 2011, Kömürcü ve Doğan 2012). Bu girişimler için erken gebelik dönemi geç olabilmekte, dolayısıyla bu danışmanlığın gebelik öncesi dönemde yapılması gerekmektedir. Dünyada tüm gebeliklerin yarısından fazlasının planlanmadığı tahmin edilmekte olup, en büyük riskleri bu gebelikler taşımaktadır. Plansız gebeliklerin çoğu genç, bekar, sigara ve alkol/uyuşturucu kullanan, DES ve folat desteği almayan kadınlardan oluşmaktadır (ACOG 2011, Cheng ve ark. 2009, Gilbert 2011, Lawrence 2010). Prekonsepsiyonel bakımda önem verilmesi gereken konular beslenme, gebeliğin erken döneminde ilaç kullanımı ve radyasyon maruziyeti, aile hikayesi ve genetik risk, sigara ve madde kullanımı, yüksek riskli davranışlar ve çevresel etmenler, aşılanma, sosyal ve mental sağlıkla ilgili konulardır (Bozsoy ve Özkan 2012, Şahin ve Yurdakul 2012, Terzioğlu 2016). Bu konuları kapsayan iyi bir doğum öncesi bakım hizmeti birçok olumsuz gebelik sonucunu önleyebilir. Bu makalede gebelik öncesi bakım hizmetinin başlıca parametreleri mevcut literatür doğrultusunda tartışılmıştır.

Gebelik Yaşı

Gebelik için uygun olan optimum yaştan (20-32) uzaklaştıkça gebelik bir çok riski beraberinde getirmektedir. 35 yaşın üstündeki gebeliklerde gestasyonel diyabet, hipertansif hastalıklar, preterm eylem, İntrauterin gelişme geriliği (IUGR)

fetalanöploidi riski artar. Adölesan gebeliklerde (18 yaşın altı), anemi, IUGR, preterm eylem ve neonatal mortalite daha fazla görülmekte olup ayrıca adölesanlar cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından artmış risk altındadır. Anne yaşı ile ilgili sözü edilen konularda gebelik öncesinde bilgilendirme birçok olumsuz gebelik sonucunun önlenmesine katkı sağlayabilir (Erdemir 2016, Gilbert 2011, Kömürcü ve Doğan 2012, Melekoğlu 2012).

Çevresel Etmenler

Gebelikte ilk iki ay (embriyogenesiz dönemi), gelişmekte olan embriyo ve fetusun çevresel zararlı etkenlere karşı en fazla duyarlı olduğu bir dönemdir. Bu dönemde pek çok kadın gebeliği fark edemeyebilir. Bu noktada gebelik öncesi danışmanlığın önemi bir kez daha karşımıza çıkmaktadır. Kadın yada erkek gebeliği olumsuz etkileyen çevresel etmenlerden anestezi ajanları, radyasyon ve kurşun gibi maddelerin bulunduğu ortamlarda çalışıyorlarsa eve döndüklerinde muhakkak iş kıyafetlerini evin dışında bırakmalıdırlar. Ayrıca sık sık (tercihen her gün) duş almalı ve içme suyu olarak da iyi kontrol edilmiş suları tercih edilmelidirler (Erdemir 2016, Gilbert 2011, Katz 2010, Kömürcü ve Doğan 2012, Yiğit 2010). Çevresel etmenler ile ilgili sözü edilen konularda gebelik öncesinde bilgilendirme birçok olumsuz gebelik sonucunun önlenmesine katkı sağlayabilir.

Beslenme Hazırlığı

Burada en önemli olan nokta kadınların gebelik öncesi beslenme alışkanlıklarının sorgulanmasıdır. Gebelikte önerilen kilo artışı normal (BKİ<18.-24.9) kiloya sahip kadınlar için 11.5-16.06, yüksek (BKİ<25.0-29.9) kiloya sahip kadınlar için 7.0-11.5, şişman (BKİ>30.0) kadınlar için ise ≤5.0-9.0'dır. Gebelik öncesi beden kitle indeksi hesaplanmalı, gerekirse kadın bir diyetisyene yönlendirilmelidir (Terzioğlu 2016). Gebelik öncesi obez ve gebelikte kilo kontrolü yapamayan kadınlarda gestasyonel diabetes mellitus, preeklampsi, makrozomi, acil yada planlanmış sezaryen oranı, postterm gebelik, üriner enfeksiyon, yara yeri enfeksiyonu, postpartum hemoraji ve ölü doğum riski artmaktadır. Diğer taraftan gebelik öncesi zayıf kadınlarda ise artmış IUGG, düşük doğum ağırlığı ve anemi riski artmıştır (ACOG 2011, Ağralı 2005, Bulut ve Mihmanlı 2014). Ayrıca et, yumurta, süt, süt ürünlerinin çiğ olarak tüketilmemesi konusunda kadının bilgilendirilmesi çok önemlidir (Erdemir 2016, Gilbert 2011, Kömürcü ve Doğan 2012). Gebelik öncesinde iyi bir beslenme

danışmanlığı verilerek anne-bebek sağlığına oldukça büyük oranda olumlu katkı sağlanabilir.

Folik Asit Kullanımı

Gebelik öncesi üç ay ve gebeliğin ilk iki-üç ayında kadınların günde 0,4mg /gün folik asit kullanımı önerilmektedir. Folik asit kullanımı fetüs gelişimi için çok önemli olup, protein sentezi, hücre çoğalması ve kemik iliğinin görevini eksiksiz yerine getirmesi gibi işlevlerde bulunur. Yeterli miktarda folik asit alımı ile bebekte merkezi sinir sistemi anomalilerinin (Nöral Tüp Defekti) görülme olasılığı önemli ölçüde azaltılabilir. Kadınlara gebelik öncesi folik asit kullanımının gerekliliği hakkında bilgilendirme ve uygulama doğan bebeklerde nöral tüp defekti görülme oranının düşmesine önemli katkı sağlayacaktır (Agrawal ve ark. 2015, Erdemir 2016, Gilbert 2011, Kömürcü ve Doğan 2012, Wilson RD ve ark. 2007).

Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Madde Kullanımı

Gebelikte sigara kullanımı plasenta previa, erken membran rüptürü (EMR), gestasyon haftasına göre düşük doğum ağırlığı (SGA) ve IUGG riskini artırır (Erdemir 2016, Gilbert 2011, Kömürcü ve Doğan 2012). Gebelik öncesi danışmanlıkta kadınla birlikte sigara içimini azaltıcı veya tamamen ortadan kaldıracı bir gebelik programı hazırlanmalı ve bu programa kadının uyması için destek olunmalıdır. Gebelikte alkol kullanımı abortus, ölü doğum, bebekte gelişme geriliği, çeşitli baş-yüz gelişim kusurları ve zeka geriliği gibi istenmeyen durumların oluşmasına neden olabilmektedir. Ülkemizde kadınlarda alkol kullanımı çok yaygın değildir ve bu durumun devamlılığını toplumsal sağlık açısından oldukça önemlidir. Alkol kullanımına ek olarak uyuşturucu madde kullanımı fetüsü doğumdan önce ve sonra olumsuz yönde etkilerken ayrıca bu kadınlarda kötü beslenme ve bozulmuş immünite ile ilgili problemlerde fetüseye ek bir yük getirmektedir. Diğer taraftan bu bebekler HBV ve HIV açısından da büyük bir risk altındadır (Erdemir 2016, Gilbert 2011, Kömürcü ve Doğan 2012, Yiğit 2010). Gebelik planlayan kadının bu konularda bilgilendirilmesi birçok olumsuz gebelik sonucunu önlemesi açısından önemlidir.

Gebelik Öncesi Hastalıklar ve İlaçlar

Gebelik öncesinde var olan hastalıkların iyi bir gebelik öncesi danışmanlık ile zararları en aza indirgenebilir. Gebelik öncesi danışmanlığa en olumlu yanıt veren hastalık diabetir. Hastalıkta iyi bir gebelik öncesi danışmanlıkla tüm komplikasyonları

azaltılması mümkündür. Epilepside gebelik öncesi danışmanlıkta mümkünse ilaçların kesilmesi, değilse tek ilaç, en düşük doz ve en az terotojen olan ilacın tercih edilmesi önemlidir (Adab ve ark. 2004, Agugliave ark.2009).

Egzersiz

Riskli durumlar hariç (kalp ve akciğer hastalıkları, servikal yetmezlik/serklaj uygulanan, preterm eylem riski olan, gebelikte kanama öyküsü olan, plesanta previa, preterm eylem riski, EMR, Preeklampsi/PİH) gebelik sırasında egzersiz yapılması önerilmektedir. Gebelikte egzersiz, bel ve sırt ağrılarını ve uyku problemini azaltır, gebeyi rahatlatır. Normal doğum sürecini kolaylaştırır ve doğum sonu süreçte annenin vücudunun daha çabuk toparlanmasını sağlar. Burada önemli olan nokta gebenin aşırı ve supin pozisyonda yapılan egzersizlerden kaçınması, denge gerektiren aktivitelerden uzak durması, sıvı alımı ve sıcaklığa dikkat etmesidir (Coşkun ve Beji 2008, Erdemir 2016, Kömürcü ve Doğan 2012). Bu konularda verilecek bilgilendirme ve destek gebenin kendine olan güvenini artıracak ve gebeyi egzersiz yapma konusunda cesaretlendirecektir.

Yardımcı üreme teknikleri

İleri yaşta gebelik düşünen kadınlarda karşımıza çıkan sorunlardan biri infertilitedir. İnfertilite sorunu yaşayan kadınların büyük bir çoğunluğu yardımcı üreme tekniklerine başvurarak çocuk sahibi olmaktadır. Amerika'da 2004 yılında üçüz gebeliklerin %40'ı, ikiz gebeliklerin %17'si yardımcı üreme teknikleriyle oluşmuş gebeliklerdir. Fakat bu gebeliklerde preterm eylem riskinden dolayı, mortalite ve morbidite oranı ciddi ölçüde artmıştır (ACOG 2011, Martin ve ark. 2007). Bu konuda çiftleri bilgilendirme olası sorunları önlemede etkili bir yöntemdir.

Enfeksiyonlar

Kadınlar gebelik öncesi dönemde rubella, varisella, Hepatit B ve HIV yönünden taranmalı ve kadının bağışıklığı yoksa muhakkak aşılmalıdır. HCV, TBC, sifiliz, gonore ve klamidya taraması ise sadece yüksek riskli olgularda yapılması önerilmektedir(ACOG 2011, Gilbert 2011).

İlaç Kullanımı

Yapılan araştırmalarda birçok ilacın bebek üzerine zararlı etkileri kanıtlanmıştır. Bu nedenle gebelik süresince özellikle ilk üç ay ilaç kullanmaktan kaçınılmalıdır. Gereksinim duyulduğunda sadece kesin endikasyon var ise ilaç kullanılmalı, tercihen

eski ve gebelerde kullanımı güvenli ilaçlar seçilmelidir. Bu ilacı kullanırken de etkin olabilecek en düşük doz tercih edilmelidir (İskit 2007, Kömürcü ve Doğan 2012, Terzioğlu 2011).

Genetik riskler

Gebelik öncesi danışmanlıkta öncelikle risk grupları belirlenmeli ve bu kişilere prenatal tanı ve tarama testleri ile ilgili bilgi verilmeli ve genetik danışmanlık için yönlendirilmelidir (Bozsoy ve Özkan 2012, Kömürcü ve Doğan 2012, Şahin 2012, Terzioğlu 2011).

Aile İçi Şiddet:

Gebelik; kadının hayatında yaşadığı en önemli deneyimlerden birisi olmasıyla birlikte hem duygusal hem de fizyolojik olarak pek çok değişikliği beraberinde getirmektedir. Bu süreçte çiftler arasında sorunlar çıkabilmekte ve bu sorunlar şiddete kadar uzayabilmektedir. Martin ve ark. (2007) bu dönemde görülen şiddetin gebelik intiharları ile ilişkili olabileceğini ifade etmektedir. Bu yüzden çiftlerin gebelik öncesi dönemde gebelik süreci ve çıkabilecek sorunlarla ilgili bilgilendirilmesi, çiftlerin uyum sürecine destek olunması oldukça önemlidir. Böylelikle çiftler arasında yaşanacak anlaşmazlıkların minimize edilmesi sağlanabilir.

Gebelik Öncesi Danışmanlıkta Hemşire ve Ebelerin Sorumlulukları

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve iyileştirme çabalarının başarısı insanların bilgi, düşünce ve değer yargılarının geliştirilmesi ile mümkündür. Sağlık eğitimi bu değişimde bireylere ve toplumlara sağlık sorunlarını fark ettirir, sorunların çözümleri için alternatifler gösterir ve davranışları istedik yönde değiştirir. Ayrıca varılacak amaçları belirler, yeni uygulamaları ve yöntemleri benimseterek değişimlere uyum yeteneklerini artırmaya çalışır. Öte yandan, bireylerin ya da grupların henüz farkında olmadıkları sağlık eğitim ihtiyaçlarını ortaya çıkararak, farkındalık sağlamaya ve potansiyel sağlık riski yaratabilecek konularda çözüm arayışı içinde olma yönünde birey ve grupları yönlendirir (Amanak 2015). Bu bilgiler ışığında; çiftlere gebelik öncesi verilecek danışmanlıkla gebelik ve gebelik öncesinde dikkat edilmesi gereken konular, karşılaşılabilecek sorunlar ve çözüm yolları konusunda bilgilendirme oldukça önemlidir. Bu noktada hemşire ve ebelere önemli görevler düşmektedir. Hemşire ve ebeler eğitimci ve danışman rolleri ile çiftleri ihtiyaç duyulan konularda danışmanlık

yapmalıdırlar. Verilecek bu danışmanlık ile anne-bebek sağlığının yükseltilmesine büyük oranda katkı sağlanabilir.

KAYNAKLAR:

1. Adab N, Kini U, Vinten J ve ark. (2004) Thelongertermoutcome of childrenborntomotherstwithpilepsy. J NeurolNeurosurgPsychiatry, 75: 1575-83.
2. Agrawal S, Fledderjohann J, Vellakkal S, Stuckler D (2015). Adequatelydiversifieddietaryintakeandironandfolicacidsupplementationduringpregnancy is associatedwithreducedoccurrence of symptomssuggestive of pre-eclampsizoreclampsia in Indianwomen. PLOS-ONE; 10(3).
3. Aguglia U.,Barboni G., Battino D (2009). Italianconsensusconference on epilepsyandpregnancy, laborandpuerperium. Epilepsia;50:7-23. Suppl. 1
4. Ağralı G (2005). MaternalObeziteninPerinatal ve Neonatal Sonuçlar Üzerine Etkisi. T. C. Sağlık Bakanlığı Bakırköy Doğumevi Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Hastanesi Uzamanlık Tezi, İstanbul.
5. Amanak K (2015). Roy Adaptasyon Modeline göre verilen eğitimin gestasyonel hipertansiyon, gebelik uyumu ve gebelik sonuçlarına etkisin. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Enstitüsü, yayınlanmamış doktora tezi, İzmir.
6. Bozsoy NG, Özkan S(2012). Gebelik Öncesi (Prekonsepsiyonel) Bakım: Halk Sağlığı Perspektifi PreconceptionCare: A PublicHealthPerspective, Gazi Med J; 23: 77-90.
7. Bulut B, Mihmanlı V (2014). Obezite ve Gebelik, Okmeydanı Tıp Dergisi 30 (Ek sayı 1):24-28.
8. Cheng L ve ark.(2009). Polyamineaccumulation in transgenictomatoenhancesthetolerancetohightemperaturestress. J IntegrPlantBiol 51(5):489-99.
9. Coşkun A, Kızılkaya Beji N, Hotun Şahin N ve ark. (2008).Hemşire ve Ebelere Yönelik Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Öğrenim Rehberi, İstanbul Medikal Yayıncılık, İstanbul.

10. Demirbaş H, Kadioğlu H (2014). Prenatal dönemdeki kadınların gebeliğe uyumu ve ilişkili faktörler. MÜSBED 2014; 4(4):200-206.
11. Gilbert ES (2011). Manuel of High Risk & Delivery, Fifth Edition, MosbyElsevier.
12. Hu Rang, Li, Yingxue, I, Zhang Z, Yan W (2015). Antenatal depressive symptoms and the risk of preeclampsia or operative deliveries: A meta-analysis. PLOS-ONE: 10(3).
13. İskit AB (2007). Gebe hastada ilaç seçimi. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi; 16 (1): 15- 17.
14. Katz VL (2010). Prenatal Bakım. In: Danforth's Obstetrik ve Jinekoloji. Eds: Gibbs S, Karlan YB, Haney FA, Nygonard I. Çeviren: Ayhan A: İstanbul: Güneş Tıp Kitabevi.
15. Kömürcü N, Doğan Merih Y (2012) Doğum Öncesi Dönem, Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı, Coşkun AM (Editör). 1'nci baskı, Koç Üniversitesi Yayınları, İstanbul, p. 131-167.
16. Lawrence BF (2010). Unintended pregnancy among U.S. adolescents: accounting for sexual activity. Journal of Adolescent Health (2010).
17. Lee LYK, Tsang AYK, Wong KF, Lee JKL (2011). Using the Roy Adaptation Model to develop an antenatal assessment instrument. Nursing Science Quarterly; 24(4) 363–369.
18. Martin OV, Lester JN, Voulvoulis N, Boobis AR (2007). Human health and endocrine disruption: a simple multicriteria framework for the qualitative assessment of endpoint-specific risks in a context of scientific uncertainty. Toxicol Sci; 98(2):332–347.
19. Melekoğlu R (2012). Adölasan Gebelikler: Maternal ve fetal sonuçlar, Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi, Adana; 25-37.
20. şahin M, Yurdakul M (2012). Gebelik Öncesi Danışmanlık. İ.Ü.F.N. Hem. Derg, Cilt 20 - Sayı 1: 80-85.

21. Terzioğlu F (2016) Doğum Öncesi Bakım (Ed. Taşkın L.) Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği, Genişletilmiş XIII. Baskı, Reaksiyon Matbaacılık, Ankara, p. 157-184.
22. The American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) (2011). 2011 Women's Health Stats & Facts. <https://www.acog.org/-/media/NewsRoom/MediaKit.pdf> Erişim: 27.01.2016
23. Wilson RD, Johnson JA, Wyatt P, Allen V, Aagnon A ve ark (2007). Pre-conceptional vitamin/folic acid supplementation 2007: the use of folic acid in combination with a multivitamin supplement for the prevention of neural tube defects and other congenital anomalies. *J Obstet Gynaecol Can.* Dec;29(12):1003-26.
24. Yiğit F (2010). Perinatoloji Hemşireliği. Ed. Kömürcü N, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Sağlık Müdürlüğü Eğitim Şube Müdürlüğü Bakanlık Yayını.

Aile Planlaması Yöntemlerinde Güncel Gelişmeler

Neslihan DEĞERLİ KODAZ*, Kamile ALTUNTUĞ**, Emel EGE**

Kontrasepsiyon ihtiyacı erken cinsel deneyim ve geç menopoz nedeniyle 30 yıl kadar devam etmektedir. Kontrasepsiyon kadınların mesleki kariyer ve çalışma planını hesaba katarak, gebeliklerini sayı ve zaman açısından planlama fırsatı verir. Güvenilir kontrasepsiyonla istenmeyen gebelik korkusu, yasa dışı düşük ve doğum kaynaklı ölümleri önlemek mümkündür.

Kadınların birtakım farklı ihtiyaçlarının karşılanması, erken dönemde yöntem bırakmanın önlenmesi ve yöntem yan etkilerinin azaltılması amacıyla yeni kontraseptif yöntemler geliştirilmiştir. Kadına ait yöntemlerde yenilikler kombine kontraseptif formülasyonlar, kombine transdermal formülasyonlar, kombine kontraseptif vajinal halkalar, sadece progesteron içeren sistemler (implantlar, vajinal halkalar), bariyer yöntemler, intrauterin sistemler, histeroskopik sterilizasyon teknikleri ve acil kontrasepsiyondaki gelişmelerdir. Erkeğe ait yöntemlerde yenilikler ise hormonal yöntemler ve hormonal olmayan yöntemlerdeki gelişmelerdir.

Sağlık personeli kontraseptif danışmanlıkta hasta ve kontraseptif yöntem arasındaki en iyi uyumu oluşturmak için güncel bilgiye ulaşmalıdır. Aynı zamanda, sağlık personelinin kadınlara bazı özel tıbbi durumlarda da kontraseptif sağlaması gerekebilir. Çiftlerin kendilerine uygun aile planlaması yöntemini bilerek tercih etmelerine yardım etmek için yöntemlerle ilgili bilgi verilmelidir. Aile planlaması kliniklerinin kullanımı sunulan kontraseptif seçeneklerin çeşitliliği ile doğrudan ilgilidir.

Anahtar Kelimeler: Aile Planlaması; Kontrasepsiyon; Gebelik; Güncel Gelişmeler

* Selçuk Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, nesli_degerli@hotmail.com

** Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, kaltuntu@yaho.com

** Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, emelege@hotmail.com

Updated Developments In Family Planning Methods

Contraception requirement continues for about 30 years due to early sexual experience and late menopause. Contraception takes professional career and working plan of women into account and allows them to plan their pregnancy in terms of quantity and time. Together with reliable contraception, it is possible to prevent unintended pregnancy fear, illegal abortion and birth related deaths.

New contraceptive methods were developed for fulfilling various requirements of women, for preventing method leaving at early period and for diminishing side effects of the method. In methods related with women, the innovations are combined contraceptive formulations, combined transdermal formulations, combined contraceptive vaginal circles, systems containing only progesterone (implants, vaginal circles), barrier methods, intrauterine systems, hysteroscopic sterilization techniques and developments in emergency contraception. The innovations in methods related with men are developments in hormonal methods and non-hormonal methods.

Health personnel should be able to reach updated information in order to create the best harmony between patient and contraceptive method in contraceptive consultancy. At the same time health professional may provide contraceptive in some special women specific medical situations. In order to help couples to select the suitable family planning method intentionally, information about methods should be provided. Usage of family planning clinics is directly related with variety of provided contraceptive options.

Keywords: Family Planning; Contraception; Pregnancy; Updated Developments

GİRİŞ

Kontrasepsiyon ihtiyacı erken cinsel deneyim ve geç menopoz nedeniyle 30 yıl kadar devam etmektedir (Bahamondes ve Bahamondes 2014). Kontrasepsiyon kadınların mesleki kariyer ve çalışma planını hesaba katarak, gebeliklerini sayı ve zaman

açısından planlama fırsatı verir. Güvenilir kontrasepsiyonla istenmeyen gebelik korkusu, yasa dışı düşük ve doğum kaynaklı ölümleri önlemek mümkündür (Dhont 2010). Kontrasepsiyon alanıyla ilgili çalışmalar gittikçe çoğalmaktadır (Sanhal ve ark. 2012). Kadınların birtakım farklı ihtiyaçlarının karşılanması, erken dönemde yöntem bırakımının önlenmesi ve yöntem yan etkilerinin azaltılması amacıyla yeni kontraseptif yöntemler geliştirilmiştir. Ayrıca kontrasepsiyon ve HIV'e karşı koruma özelliği bulunan yöntem çalışmaları yürütülmekte ve kontraseptif özelliğinin yanında başka özellikleri olan non-hormonal kontraseptif yöntemler de araştırılmaktadır (Bahamondes ve Bahamondes 2014). Bu duruma örnek olarak yapılan bir çalışmada 0.451 mg levomefolate kalsiyum (Metafolin) içeren oral kontraseptif kullanımının nöral tüp defekti insidansını azaltabileceği bildirilmiştir (Taylor ve ark. 2011).

Sağlık personeli aile planlaması hizmetlerini istenilen seviyeye getirmek için kontraseptif yöntemlerin bırakılma durumunu bilmelidir. Kontraseptif yöntem kullananların üçte biri, yöntem kullanımını takip eden bir yıl içerisinde bırakmaktadır. Yöntem bırakma hızı en yüksekten düşüğe doğru sıralandığında hap, geri çekme ve kondomdur. Veriler doğrultusunda bu yöntemlerdeki sorunların çözüme ulaştırılması gerektiği düşünülmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması 2013). Sağlık personeli kontraseptif danışmanlıkta, hasta ve kontraseptif yöntem arasındaki en iyi uyumu oluşturmak için güncel bilgiye ulaşmalıdır. Aynı zamanda, sağlık personelinin kadınlara bazı özel tıbbi durumlarda da kontraseptif sağlaması sorumluluk alanı içindedir (Bonnema ve Spencer 2011).

Kadınlar çeşitli kontraseptif yöntemlere farklı biçimde yanıt verir (Hofmeyr ve ark. 2010). Aile planlaması hizmeti almak için gelen bireylerin yöntem tercihi etki eden etkenler ve ihtiyaçlar bilinmelidir. Çiftlerin kendilerine uygun aile planlaması yöntemini bilerek tercih etmelerine yardım etmek için yöntemlerle ilgili danışmanlık verilmesi gerekir (Türk ve Terzioğlu 2012). Bu çalışmada "Aile planlaması yöntemlerinde güncel gelişmeler nelerdir?" sorusu tartışılmıştır. Bu çalışmanın amacı aile planlaması yöntemlerinde güncel gelişmeleri açıklamaktır.

KADINA AİT YÖNTEMLERDE YENİLİKLER

Kadına ait yöntemlerde yenilikler kombine kontraseptif formülasyonlar, kombine transdermal formülasyonlar, kombine kontraseptif vajinal halkalar, sadece progesteron içeren sistemler (implantlar, vajinal halkalar), bariyer yöntemler, intrauterin sistemler, histeroskopik sterilizasyon teknikleri ve acil kontrasepsiyondaki gelişmelerdir. Bu alandaki güncel bilgi gözden geçirilerek konu aşağıdaki şekilde özetlenmiştir.

Oral Kombine Yeni Yöntemler

Kombine oral kontraseptif yöntemlerle ilgili yeni yaklaşımlar ve kullanım şekli ile ilgili bilgi Tablo 1'de özetlenmiştir.

Tablo 1: Oral Kombine Yeni Yöntemler

Ticari isim	Estrojen dozu	Progestin dozu	Diğer doz	Kullanım şekli	FDA Onay Yılı
Seasonale (Jacobson ve ark. 2012)	30 mcg EE	150 mcg LNG	-	84/7 (plasebo)	2003
Seasonique (Jacobson ve ark. 2012)	30 mcg EE 10 mcg EE	150 mcg LNG	-	84/7* *7 düşük doz estrojen	2006
Yaz (Oral Contraceptive Reference Chart 2014)	20 mcg EE	3 mg drospirenone	-	24/4 (plasebo)	2006
Beyaz (Oral Contraceptive Reference Chart 2014)	20 mcg EE	3 mg drospirenone	0.451 mg levomefolate calcium	24/4 (plasebo)	2010
Loestrin 24 Fe (Oral Contraceptive Reference Chart 2014)	20 mcg EE	1 mg noretindron	75 mg Fe	24/4 (plasebo)	2006
Lybrel (Oral Contraceptive Reference Chart 2014)	20 mcg EE	90 mcg LNG	-	365 gün	2007
Natazia (4 Fazik) (Highlights of Prescribing Information 2015)	3 mg EV (2 tb) 2 mg EV (5 tb) 2 mg EV (17 tb) 1 mg EV (2 tb) - (2 tb)	- 2 mg dienogest 3 mg dienogest - -	-	26/2 (plasebo)	2010

EE: Etilin Estradiol, EV: Estradiol Valerat, LNG: Levonorgestrel, FDA: U.S. Food and Drug Administration

Transdermal (TD) Kombine Kontraseptifler

Transdermal Kombine Kontraseptif Patch (Ortho Evra)

Patchlerin Amerika'da Ortho Evra, Kanada ve Avrupa'da kullanılan Evra adı altında iki çeşidi bulunmaktaydı. Amerika'da Ortho Evra patchin generik verisonu Xulane'in onay alması ile Ortho Evranın satışı durdurulmuştur. Ortho Evra ve Evra 20 cm² boyuttadır. Ortho Evra 0.75 mg Ethinyl Estradiol ve 6 mg Norelgestromin-a biologically active metabolite of norgestimate (NGMT) ve Evra 0.6 mg Ethinyl Estradiol and 6 mg Norelgestromin içerir. Kullanım 3 hafta uygulama 1 hafta ara şeklindedir (21/7). FDA Ortho Evra 2001 ve Xulane 2014 yılında onaylanmıştır (US Food and Drug Administration 2001). Patch kullanıcıların venöz tromboembolizm gelişmesi açısından doğum kontrol hapları kullananlardan fazla risk altında oldukları bildirilmiştir (US Food and Drug Administration 2001). Patch'ler KOK'a göre daha fazla yan etki göstermektedir. Bu nedenle kullanımının terk edilebileceği belirtilmektedir (Lopez ve ark. 2013). Türkiye'de satışına henüz izin verilmemiştir (Doğum Kontrol Flasteri (Evra) 2016).

Kombine Transdermal Kontraseptif Sprey ve Jeller

NES (Nestorone) içeren Metered Dose Transdermal System (MDTS) hızlı kuruyan likit spreydir. Cilt üzerine uygulanan sprey emilerek ovulasyonu engeller (Fraser ve ark. 2007). Nestorone ve estrojen (EE ve E2) içeren sprey kombinasyonunun farmakokinetik çalışmaları devam etmektedir (Sitruk-Ware ve ark. 2013). Abdominal cilde uygulanan Nestorone içeren jel formunun 1.2 mg günlük dozunun %83 oranında ovulasyonu inhibe ettiği belirtilmektedir (Sitruk-Ware ve ark. 2003). The Population Council (2005-devam ediyor) tarafından geliştirilen ve abdomen cildinden absorbe edilen jel Nestorone ve estradiol içermektedir. Faz 1 ve Faz 2 çalışmalarında Nestorone'un düşük dozda bile ovulasyonu baskılayabildiği belirtilmektedir. Faz 3 çalışmaları planlanmaktadır (Nestorone/Estradiol Transdermal Gel Contraception 2016). Abdomen üzerine 21 gün boyunca uygulanan Nestorone (NES) ve estradiol

(E2) içeren transdermal jelin ovulasyonu baskıladığı ve abdomen üzerinde tahriş etkisinin hafif düzeyde olduğu bulunmuştur (Brache ve ark. 2015).

Kombine Vajinal Halkalar

NuvaRing kombine kontraseptif vajinal halkadır. Etinilestradiol (EE) ve etonogestrel (ENG) içermekte olup ortalama günlük 120 mcg ENG ve 15 mcg EE salgılamaktadır. 3 hafta sürekli kullanımı takiben 1 hafta halkasız periyodu kapsar. Halka şeffaf, esnek ve yumuşaktır. Kadınlar yerleştirme ve çıkarma işlemini kolayca yapabilir (Mulders ve ark. 2002). Nuvaring KOK için iyi bir alternatifidir (Mohamed ve ark. 2011). Her siklus için bir halka ve tek boyut (120 mcg/gün etonogestrel ve 15 mcg/gün Etinil Estrediol) kullanılmaktadır. FDA tarafından 2001 yılında onaylanmıştır (FDA Approved Drug Products 2001). İlk ruhsat tarihi 2005'dir (Nuvaring Vajinal Halka 2005) Türkiye'de 2010 yılında satışa sunulmuştur (Doğum Kontrol Metodları 2016). Bir yıllık kontraseptif vajinal halka Nestorone ve etinil estradiol'ün Faz 3 çalışmaları tamamlanmıştır. Halka 13 siklusa kadar her siklusta 21 gün vajinada bırakılıp 7 gün çıkarılmaktadır. Ovulasyonu baskılayan halkanın önerildiği şekilde kullanıldığında gebeliği önlemede oldukça etkili olduğu belirtilmektedir (Population Council 2016).

Sadece Progestin İçeren Kontraseptifler

İmplantlar

İmplantlar ile ilgili yeni yaklaşımlar ve kullanım şekli ile ilgili bilgi Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: İmplantlar

Ticari isim	Çubuk sayısı	Estrojen dozu	Progesterin dozu	Koruyucu süresi	FDA Onay Yılı	Türkiye'de bulunması
Sino-implant (Lendvay ve ark. 2014)	(II) İki	-	150 mg LNG	4 yıl	-	-
Jadelle (Contraceptive Independence 2016)	İki	-	75 mg LNG	5 yıl	1996	-
Implanon (Implanon 2016)	Bir	68 mg etonogestrel (ENG)	-	3 yıl	2006	Bulunmaktadır (Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi 2014)
Nexplanon (Nexplanon 2016)	Bir	68 mg etonogestrel (ENG)	-	3 yıl	2006	-
Nestorone (NES) (NES Implant 2016)	Bir	93 mg Nestorone	-	2 yıl	-	-

Progesterinli Vajinal Halkalar (PCVR) ve Patchler

Progesteronlu Vajinal Halkadan yaklaşık günde 10 mg progesteron salınmaktadır. Laktasyondaki kadınlarda özellikle ovulasyonu baskılayarak fertilitiyi düzenlemektedir. Her halka 3 aya kadar devamlı kullanılabilir. Doğumdan sonra bir yıla kadar halkanın etkili olabilmesi için kadının günde en az dört kez emzirmeye devam etmesi önerilmektedir. Bu vajinal halkaların bazı ülkelerde emzirme döneminde kullanılabileceği belirtilmektedir (Hugon-Rodin ve ark. 2010). Orta ve Latin Amerika'da Progering® adı altında satılmaktadır (Obare ve ark. 2014). Diğer bir vajinal halka ise hem HIV geçişi hemde kontraseptif amaçlı prelinik çalışmaları devam eden çift-rezervuarlı bir halkadır. Halka LNG ve HIV'e karşı koruyucu tenofovir içeren iki çubuktan oluşmakta ve 90 günlük kullanım için planlanmaktadır (Clark ve ark. 2014).

Progesterinli patchler LNG içerir. Faz 2 çalışmaları devam eden yöntem emziren ve östrojen kullanımının kontraendike olduğu kadınlar için uygun bir yöntem olarak önerilmektedir (Jensen 2011).

Bariyer Yöntemler

Silikon kontraseptif (SILCS Diaphragm) diyaframdır. Tek ebat olarak üretilmiştir. İlişki sonrası iki saat önce takılıp en az 6 saat, en fazla 24 saat kalabilir. Bir diyaframın kullanımı ortalama 2 yıldır. HIV ve CYBH karşı koruyuculuğu yoktur (One size contraceptive diaphragm 2016). Tek kullanımlık, küçük ve poliüretan köpük olan kontraseptif sünger intravajinal olarak kullanılmaktadır. Today sponge adı ile satışı yapılan sünger nonoxynol-9 içermektedir (Black ve ark. 2015). Today sponge kontraseptif sünger FDA tarafından 2007 yılında onaylanmıştır (Today sponge contraceptive sponge 2007).

İntrauterin Sistemler

Uterusa yerleştirilecek bir takım maddelerin kontraseptif etkinliği Hipokrat döneminden itibaren bilinmektedir. Çok uzun sürede geliştirilmiş, farklı şekil ve içeriklerde yapılan RİA'lar kullanılmıştır. Milattan önce develerin uterusuna taş yerleştirilmesi RİA'ların ilk modeli olarak düşünülebilir (Rahim İçi Araçlar 2016).

Progesterinli İntrauterin Sistemler

Progesterinli intrauterin sistemlerle ilgili bilgi Tablo 3'te özetlenmiştir.

Tablo 3: Progestinli İntrauterin Sistemler

Ticari İsim	Progestin Dozu	Koruyuculuk Süresi	Onay Durumu	Türkiye’de Kullanımı
Mirena	52 mg LNG (Cox ve ark. 2002)	5 yıl (Levonorgestrel Releasing Intrauterine System 2016)	2000	Sağlık bakanlığı tarafından kabul edilmiştir (Rahim İçi Araçlar 2016)
The frameless FibroPlant LNG-IUS (Wildemeersch ve Andrade 2010)	14 mcg LNG (Wildemeersch ve Andrade 2010)	5 yıl (Wildemeersch 2007)	Belçika (Wildemeersch ve Andrade 2010)	- Henüz onay almamış
Femilis (standart) LNG-IUS (Wildemeersch 2012)	20 mcg LNG/24 saat	5 yıl	Belçika (Wildemeersch ve ark. 2009)	- Henüz onay almamış
Skyla (Levonorgestrel-releasing intrauterine system)	13.5 mg LNG (Magon ve ark. 2013)	3 yıl (Skyla 2016)	2013	-
Liletta (Levonorgestrel Releasing Intrauterine System 2016)	52 mg LNG	3 yıl	İlk ABD onayı: 2015 (Initial U.S. Approval:2015)	-
Kontraseptif+Ek Farmakolojik Özelliği Olan IUS (Goldstuck 2014)	Çok amaçlı olan bu sistemler, öncelikle kadın genital sistemi hastalıklarına yöneliktir. Ancak uterus bir rezervuar olarak kullanılarak diğer sistemlerin tedavisi mümkün olabilir. Gelişim aşamasında olan bu IUS'lerin alt ve üst genital sistem enfeksiyonlarını giderme ve çiftlere HIV geçişini önlemede yardımcı olabileceği düşünülmektedir.			
Levonorgestrel Intracervical Device (LNG ICD)	Bu alet LNG IUS'a göre daha küçüktür. Servikal kanala kolaylıkla uygulanır ve uterin boşluğa yerleştirilmesine gerek yoktur (LNG ICD 2017). Faz 1 aşamadır (Calliope 2017).			

Histeroskopik sterilizasyon teknikleri

Farklı yollarla yapılan sterilizasyon işlemi tubal açıklığı kapatarak veya tahrip ederek gebeliği önlemektedir (Lawrie ve ark. 2011). Bu amaçla kullanılan essure ve adian sterilizasyon yöntemleri bulunmaktadır.

Essure, her iki fallop tüpüne Mikro-insert denilen küçük esnek aletin yerleştirilmesini içerir. Daha sonra vücut hücreleri Micro-insertin içine büyür ve fallop tüplerini kapatır. Genel anestezi gerektirmemektedir. İşlemden 3 ay sonra mikro-insertin yerini belirlemek için pelvik röntgen çekilmektedir. Bu 3 aylık süre içinde alternatif kontraseptif tercihi sağlık personeli ile birlikte yapılabilir (The Essure Permanent Birth Control System 2016). Essure 10 dakikalık kısa bir işlem olup beş yıllık klinik çalışma verilerine dayanarak % 99'un üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir (What is essure 2016). FDA tarafından 2002 yılında (Summary of Safety and Effectiveness Data 2002) onaylanmıştır. Adiana ise fallop tüplerini tıkararak etki gösteren diğer bir yöntemdir. Fallop tüplerinin her ikisine silikon implant yerleştirilmektedir. Taşıyıcı katater transvajinal ve transservikal yoldan histeroskopik işlem ile hastaya uygulanır. İşlem sonrası üç ay etkili bir kontraseptif kullanılmalıdır. Histerosalpingografi ile çift taraflı tubal kapanma gerçekleşince koruyuculuk başlar (Summary of Safety and Effectiveness Data 2002). FDA tarafından 2009 yılında onaylanmıştır (Hamburg 2011). Tubal anomalisi bulunan bazı kadınlarda tercih edilebilmektedir. Adiana, Essure'un alternatifi olarak belirtilmektedir (Schuurman ve Veersema 2011).

Postkoital Kontrasepsiyon (Acil Kontrasepsiyon)

Tek doz 30 mg UPA (Ulipristal Acetate) korunmasız cinsel ilişki sonrası 120 saate kadar kullanılabilir (Jadav ve Parmar 2012). FDA tarafından 2010 yılında onaylanmış acil kontraseptif yöntemlerden biridir (Ulipristal Acetate 2010). Ayrıca günde 2500 mcg UPA salan 3 aylık vajinal halka formunun östrojen içeren yöntem kullanamayan gruplarda etkin bir kontraseptif yöntem haline gelebileceği bildirilmiştir (Huang ve ark. 2014). Orta-doz mifepristone'nin (25-50 mg) korunmasız cinsel ilişkiden sonra 120 saate kadar etkili olduğu bildirilmiştir (Cheng ve ark. 2012). FDA tarafından 2000 yılında onaylanmıştır (Mifeprex 2000). FDA mifepristone'nin (dozajını) 49 günlük (7 haftaya kadar) gebelik terminasyonu için kullanımına onay vermiştir (Mifeprex (mifepristone) Information 2016). Mifepristone'nin abortus amaçlı kullanılıyor olmasının, acil kontraseptif amacı kullanımını sınırlandırabileceği belirtilmektedir. Günümüzde Çin, Rusya, Ermenistan ve Vietnam'da acil kontraseptif amaçlı kullanımı mevcuttur (Trussell ve ark. 2014). Cinsel ilişki sonrası 120 saat

içinde 10-50 mg alınımı önerilmektedir (Koyama ve ark. 2013). Diğer bir yöntem olan LNG'nin acil kontrasepsiyon amacıyla bir doz (bir kez 1.5 mg LNG alındığında) veya iki doz (0.75 mg LNG 12 saat arayla alındığında) şeklinde kullanımı önerilmektedir (Piaggio ve ark. 2011; Koyama ve ark. 2013). FDA tarafından LNG'in 15 yaş üstü kadınlar için reçetesiz olarak acil kontrasepsiyon amacıyla kullanımı 2013 yılında onaylanmıştır (Levonorgestrel Releasing Intrauterine System 2013). Carraguard Vajinal Jel 0.75 veya 1.5 mg LNG içermekte ve CYBH karşı potansiyel ikili koruma için tasarlanmıştır (Sitruk-Ware ve ark. 2007). Dört ml'de 0.75 mg LNG içeren jelin koitus öncesi kullanımının kontrasepsiyon için uygun olabileceği belirtilmektedir (Brache ve ark. 2009).

ERKEĞE AİT YÖNTEMLERDE YENİLİKLER

Erkeklerle yönelik hormonal kontraseptif formülasyonların en az kadına ait kontraseptif yöntemler kadar etkili ve güvenli olabileceği belirtilmektedir (malecontraceptives 2016).

Hormonal Yöntemler

Testosteron undecanoate (TU) aylık 500 mg intramüsküler enjeksiyon uygulanmasında güvenilir ve etkili kontrasepsiyon sağladığı bildirilmiştir (Gu ve ark. 2009). Bir çalışmada testosteron (T) ve nestorone (NES; a nonandrogenic progestin) transdermal jellerin kombinasyonunun sperm sayısını ml'de 1 milyona indirdiği bildirilmiştir (Ilani ve ark. 2012). Kolun üçte bir kısmına 6 ay boyunca uygulanan Testosterone and Nestorone® içeren jeller kondom ve vazektomi yöntemleri ile sınırlı olan erkek kontrasepsiyonunda yeni geliştirilen, etkili ve geri dönüşümlü bir yöntem olarak görülmektedir (Roth ve ark. 2014). Androjen içeren yöntem olan Dimethandrolone undecanote (DMAU) ile ilgili oral ve enjeksiyon formu üzerinde Faz 2 çalışmaları sürmektedir. Ayrıca sentetik androjen, 7-alpha-methyl-19-nortestosterone subdermal implant formu üzerinde çalışılmaktadır (Meirik ve ark. 2009). Faz 3 çalışmalarında azospermi tespit edilmiştir. MENT'le ilgili 2012'de randomize kontrollü çalışma planlanmıştır (Attardi ve ark. 2011).

Hormonal Olmayan Yöntemler

Vas deferensleri kısmen tıkaçıcı ajan olarak etkisi bulunan RISUG(Reversible Inhibition of Sperm Under Guidance) erkek kontrasepsiyonunda vazektomiye alternatif olarak görülen bir yöntemdir (Chaki ve ark. 2003). RISUG ile ilgili Hindistan'da Faz 3 çalışması devam etmektedir. RISUG'un gelecekte olası hormonal olmayan bir kontraseptif seçeneği olabileceği ve herhangi bir ciddi yan etki olmadan etkili kontrasepsiyon sağlayacağı düşünülmektedir (Thakur ve ark. 2013). Vas deferenslere enjekte edilen polimer hidrojel olan vasalgelde spermlerin geçişini durdurarak benzer etki göstermektedir. Sperm içermeyen seminal mai atılmaya devam eder. Hayvan çalışmaları yapılmakta olup, insan denemesinin 2016 yılında küçük ve 2017 yılında ise daha büyük gruplarda yapılması planlanmaktadır. Çalışma sonuçlarına göre 2018 yılında Vasalgel'in satışı planlanmaktadır. RISUG ve Vasalgelin herikisinde de polimer jel kullanılmasına rağmen bileşimlerinde farklılık vardır (Vasalgel Faq's 2016). Vazektomiye alternatif olarak tasarlanan Intra Vas Devices (IVDs) spermleri öldürme ve sperm geçişini engelleyerek kontraseptif etki göstermektedir. IVD'nin erkek sterilizasyonda uzun süreli yan etkilerinin az olduğu belirtilmektedir. IVD erkek sterilizasyonun yeni bir kontraseptif yöntem olacağı düşünülmektedir. Vaz deferensler tamamen kapanmamakta, böylece hem kontraseptif etki sağlanmakta hem de komplikasyon oranı azalmaktadır (Lu ve ark. 2014).

Erkek yöntemlerine ait diğer alternatif yöntemlerden biride skrotum yüzeyine direkt ultrason uygulaması ile ilgili çalışmalardır. Yapılan bir çalışmada skrotum üzerine haftada üç gün düzenli ultrason uygulanmış, uygulama sonunda sperm sayısında ve motilitede azalma saptanmıştır (VandeVoort ve Tollner 2012). Yine yapılan başka bir çalışmada ultrasonun testiküler sıcaklığı artırarak sperm üretimini etkilediği, böylece infertilite etkisinin ortaya çıktığı ancak testosteron üretimi üzerinde etkisinin olmadığı bildirilmiştir (Leoci ve ark. 2015).

SONUÇ

Menopoza kadar çiftlerin kontrasepsiyon ihtiyacı devam etmektedir. Gelişmiş ve gelişmekte olan toplumlar plansız ve istenmeyen gebeliklerle mücadele etmeye devam etmektedir. İstenmeyen gebeliklerin olması kontraseptif yöntem sorununu göstermektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde ve Afrika ülkelerinde karşılanmayan kontrasepsiyon gereksinimi yüksektir. Farklı yaş, farklı cinsiyet, farklı üreme dönemi ve farklı sağlık problemi gibi değişiklik gösteren durumlarda kullanılacak kontraseptiflere ihtiyaç vardır. Kontrasepsiyonla ilgili yaklaşımlar hala kadın odaklı sürmektedir. Erkeğe ait yöntemlerdeki gelişmeler yavaş ve henüz onay alan yöntem olmamıştır. Problemin çözümü için güvenli ve etkili alternatif kontraseptif yöntemlere ihtiyaç vardır. Ayrıca kontraseptif özelliğinin yanı sıra ek yararı olan yöntemlerin geliştirilmesinin ülke ekonomisine katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

KAYNAKLAR

- Attardi, B. J., Engbring, J. A., Gropp, D. ve Hild, S. A., 2011, Development of Dimethandrolone 17 β -Undecanoate (DMAU) as an Oral Male Hormonal Contraceptive: Induction of Infertility and Recovery of Fertility in Adult Male Rabbits, *Journal of andrology*, 32 (5), 530-540.
- Bahamondes, L. ve Bahamondes, M. V., 2014, New and emerging contraceptives: a state-of-the-art review, *International Journal of Women's Health*, 6, 221-234.
- Black, A., Guilbert, E., Co, A., Costescu, D., Dunn, S., Fisher, W., Kives, S., Mirosh, M., Norman, W. V., Pymar, H., Reid, R., Roy, G., Varto, H., Waddington, A., Wagner, M. S., Whelan, A. M., Special, C., Ferguson, C., Fortin, C., Kielly, M., Mansouri, S. ve Todd, N., 2015, Canadian Contraception Consensus (Part 2 of 4), *J Obstet Gynaecol Can*, 37 (11), 1033-1039.
- Bonnema, R. A. ve Spencer, A. L., 2011, The new extended-cycle levonorgestrel-ethinyl estradiol oral contraceptives, *Clin Med Insights Reprod Health*, 5, 49-54.
- Brache, V., Croxatto, H., Kumar, N., Sitruk-Ware, R., Cochón, L., Schiappacasse, V., Sivin, I., Muñoz, C., Maguire, R. ve Foundes, A., 2009, Effect of sexual intercourse on the absorption of levonorgestrel after vaginal administration of 0.75 mg in Carraguard gel: a randomized, cross-over, pharmacokinetic study, *Contraception*, 79 (2), 150-154.

- Brache, V., Merkatz, R., Kumar, N., Jesam, C., Sussman, H., Hoskin, E., Roberts, K., Alami, M., Taylor, D., Jorge, A., Croxatto, H., Lorange, E., Mishell, D. R. ve Sitruk-Ware, R., 2015, A dose-finding, cross-over study to evaluate the effect of a Nestorone(R)/Estradiol transdermal gel delivery on ovulation suppression in normal ovulating women, *Contraception*, 92 (4), 289-297.
- Calliope, 2017, The Contraceptive Pipeline Database, [https://pipeline.ctiexchange.org/products?&&&&&&&field_sponsors_tid\[0\]=471](https://pipeline.ctiexchange.org/products?&&&&&&&field_sponsors_tid[0]=471)
- Chaki, S. P., Das, H. C. ve Misro, M. M., 2003, A short-term evaluation of semen and accessory sex gland function in phase III trial subjects receiving intravasal contraceptive RISUG, *Contraception*, 67 (1), 73-78.
- Cheng, L., Che, Y. ve Gülmezoglu, A. M., 2012, Interventions for emergency contraception, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (8), CD001324.
- Clark, J. T., Clark, M. R., Shelke, N. B., Johnson, T. J., Smith, E. M., Andreasen, A. K., Nebeker, J. S., Fabian, J., Friend, D. R. ve Kiser, P. F., 2014, Engineering a segmented dual-reservoir polyurethane intravaginal ring for simultaneous prevention of HIV transmission and unwanted pregnancy, *PLoS One*, 9 (3), e88509.
- Contraceptive Independence, 2016, Jadelle®Contraceptive Independence, [http://www.jadelle.com/static/documents/Jadelle General Brochure.pdf](http://www.jadelle.com/static/documents/Jadelle%20General%20Brochure.pdf)
- Cox, M., Tripp, J. ve Blacksell, S., 2002, Clinical performance of the levonorgestrel intrauterine system in routine use by the UK Family Planning and Reproductive Health Research Network: 5-year report, *Journal of Family Planning and Reproductive Health Care*, 28 (2), 73-77.
- Dhont, M., 2010, History of oral contraception, *Eur J Contracept Reprod Health Care*, 15 Suppl 2, S12-18.
- Doğum Kontrol Flasteri (Evra), 2016, Doğum Kontrol Flasteri (Evra) http://www.e-gebelik.net/aile%20planlamasi/yeni_yontemler/dogum_kontrol_flasteri_evra.asp
- Doğum Kontrol Metodları, 2016, Doğum Kontrol Metodları, <http://www.dr-hsenyurt.com/dogum-kontrol.html>
- Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi, 2014, Evlilik Öncesi Danışmanlık Rehberi, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/Evlilikoncesi%20DanismanlikRehberi.pdf>

- FDA Approved Drug Products, 2001, Drugs@FDA FDA Approved Drug Products, <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=SearchDrugDetails>
- Fraser, I. S., Weisberg, E., Kumar, N., Kumar, S., Humberstone, A. J., McCrossin, L., Shaw, D., Tsong, Y. Y. ve Sitruk-Ware, R., 2007, An initial pharmacokinetic study with a Metered Dose Transdermal System for delivery of the progestogen Nestorone as a possible future contraceptive, *Contraception*, 76 (6), 432-438.
- Goldstuck, N. D., 2014, Reducing Barriers to the use of the Intrauterine Contraceptive Device as a Long Acting Reversible Contraceptive, *African Journal of Reproductive Health*, 18 (4), 15-25.
- Gu, Y., Liang, X., Wu, W., Liu, M., Song, S., Cheng, L., Bo, L., Xiong, C., Wang, X., Liu, X., Peng, L. ve Yao, K., 2009, Multicenter contraceptive efficacy trial of injectable testosterone undecanoate in Chinese men, *J Clin Endocrinol Metab*, 94 (6), 1910-1915.
- Hamburg, M. A., 2011, Premarket Approval of Pediatric Uses of Devices – FY 2009-2011, *U.S. Department of Health and Human Services*.
- Highlights of Prescribing Information, 2015, Highlights of Prescribing Information, http://labeling.bayerhealthcare.com/html/products/pi/natazia_pi.pdf
- Hofmeyr, G. J., Singata, M. ve Lawrie, T. A., 2010, Copper containing intra-uterine devices versus depot progestogens for contraception., *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16 (6), CD007043.
- Huang, Y., Jensen, J. T., Brache, V., Cochon, L., Williams, A., Miranda, M. J., Croxatto, H., Kumar, N., Sussman, H., Hoskin, E., Plagianos, M., Roberts, K., Merkatz, R., Blithe, D. ve Sitruk-Ware, R., 2014, A randomized study on pharmacodynamic effects of vaginal rings delivering the progesterone receptor modulator ulipristal acetate: research for a novel estrogen-free, method of contraception, *Contraception*.
- Hugon-Rodin, J., Chabbert-Buffet, N. ve Bouchard, P., 2010, The future of women's contraception: stakes and modalities, *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1205, 230-239.

- Ilani, N., Roth, M. Y., Amory, J. K., Swerdloff, R. S., Dart, C., Page, S. T., Bremner, W. J., Sitruk-Ware, R., Kumar, N., Blithe, D. L. ve Wang, C., 2012, A New Combination of Testosterone and Nestorone Transdermal Gels for Male Hormonal Contraception, *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 97 (10), 3476-3486.
- Implanon, 2016, Implanon™ http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2009/021529s004lbl.pdf
- Jacobson, J. C., Likis, F. E. ve Murphy, P. A., 2012, Extended and continuous combined contraceptive regimens for menstrual suppression, *J Midwifery Womens Health*, 57 (6), 585-592.
- Jadav, S. P. ve Parmar, D. M., 2012, Ulipristal acetate, a progesterone receptor modulator for emergency contraception, *J Pharmacol Pharmacother*, 3 (2), 109-111.
- Jensen, J. T., 2011, The future of contraception: innovations in contraceptive agents: tomorrow's hormonal contraceptive agents and their clinical implications, *Am J Obstet Gynecol*, 205 (4 Suppl), S21-25.
- Koyama, A., Hagopian, L. ve Linden, J., 2013, Emerging options for emergency contraception, *Clin Med Insights Reprod Health*, 7, 23-35.
- Lawrie, T. A., Nardin, J. M., Kulier, R. ve Boulvain, M., 2011, Techniques for the interruption of tubal patency for female sterilisation, *Cochrane Database Syst Rev.*, 16 (2), CD003034.
- Lendvay, A., Otieno-Masaba, R., Azmat, S. K., Wheelless, A., Hameed, W., Shaikh, B. T., Kuria, S., Steiner, M. J., Chen, M. ve Feldblum, P. J., 2014, Effectiveness, safety and acceptability of Sino-implant (II) during the first year of use: results from Kenya and Pakistan, *Contraception*, 89 (3), 197-203.
- Leoci, R., Aiudi, G., Silvestre, F., Lissner, E. A., Marino, F. ve Lacalandra, G. M., 2015, Therapeutic Ultrasound as a Potential Male Dog Contraceptive: Determination of the Most Effective Application Protocol, *Reproduction in Domestic Animals*, 50 (5), 712-718.
- Levonorgestrel Releasing Intrauterine System, 2013, Levonorgestrel, <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=SearchDrugDetails>

- Levonorgestrel Releasing Intrauterine System, 2016, Levonorgestrel Releasing Intrauterine System, http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2008/021225s019lbl.pdf
- LNG ICD, 2017, Levonorgestrel (LNG) Intracervical Device (ICD), <https://pipeline.ctiexchange.org/products/lng-icd>
- Lopez, L. M., Grimes, D. A., Gallo M, F., Stockton, L. L. ve Schulz, K. F., 2013, Skin patch and vaginal ring versus combined oral contraceptives for contraception, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 30 (4), CD003552.
- Lu, W. H., Liang, X. W., Gu, Y. Q., Wu, W. X., Bo, L. W., Zheng, T. G. ve Chen, Z. W., 2014, A randomized, controlled, multicenter contraceptive efficacy clinical trial of the intravas device, a nonocclusive surgical male sterilization, *Asian J Androl*, 16 (3), 432-436.
- Magon, N., Chauhan, M., Goel, P., Malik, S., Kapur, K., Kriplani, A., Dhaliwal, L. ve Pandit, S. N., 2013, Levonorgestrel intrauterine system: Current role in management of heavy menstrual bleeding, *J Midlife Health*, 4 (1), 8-15.
- malecontraceptives, 2016, malecontraceptives.org, <https://www.malecontraceptive.org/>
- Meirik, O., Rowe, P. J., Peregoudov, A., Piaggio, G., Petzold, M., Iud Research Group at the Undp/Unfpa/Who/World Bank Special Programme of Research, D. ve Research Training in Human, R., 2009, The frameless copper IUD (GyneFix) and the TCU380A IUD: results of an 8-year multicenter randomized comparative trial, *Contraception*, 80 (2), 133-141.
- Mifeprex, 2000, Mifeprex, <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=SearchDrugDetails>
- Mifeprex (mifepristone) Information, 2016, Mifeprex (mifepristone) Information, <http://www.fda.gov/Drugs/DrugSafety/PostmarketDrugSafetyInformationforPatientsandProviders/ucm111323.htm>
- Mohamed, A. M., El-Sherbiny, W. S. ve Mostafa, W. A., 2011, Combined contraceptive ring versus combined oral contraceptive (30-µg ethinylestradiol and 3-mg drospirenone), *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 114 (2), 145-148.

Değerli Kodaz, Altuntuğ, Ege, KASHED, 2018 4 (1):109-130

Mulders, T. M., Dieben, T. O. ve Bennink, H. J., 2002, Ovarian function with a novel combined contraceptive vaginal ring., *Hum Reprod*, 17 (10), 2594-2599

NES Implant, 2016, NES Implant, <http://pipeline.ctiexchange.org/products/nes-implant>

Nestorone/Estradiol Transdermal Gel Contraception, 2016, Nestorone®/Estradiol Transdermal Gel Contraception, <http://www.popcouncil.org/research/nestorone-estradiol-transdermal-gel-contraception>

Nexplanon, 2016, Nexplanon, http://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2015/021529s011lbl.pdf

Nuvaring Vajinal Halka, 2005, Nuvaring Vajinal Halka, http://www.msdd.com.tr/Style%20Library/CountrySite/Turkey/Turkish/pdfs/NUVARING_Vajinal_Halka_KUB.pdf

Obare, F., Rajamani, D. ve S., R., 2014, Assessing the potential market for a progesterone contraceptive vaginal ring (pcvr) as a new contraceptive option in sub-saharan africa using needs-based market segmentation.

One size contraceptive diaphragm, 2016, New Product Review from the Clinical Effectiveness Unit One size contraceptive diaphragm (Caya®), <https://www.google.com.tr/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKewiZsKrBxJnTAhVD6xoKHZ7dCHYQFggeMAA&url=https%3A%2F%2Fwww.fsrh.org%2Fdocuments%2Fcec-ceu-newproductreview-caya-aug-2014%2Fcec-ceu-newproductreview-caya-aug-2014.pdf&usg=AFQjCNE4wwvzohLQds1AO7MlcnTwJ57HA&bvm=bv.152180690,d.d2s>

Oral Contraceptive Reference Chart, 2014, Oral Contraceptive Reference Chart, http://www.rmhp.org/docs/default-source/provider/oral_contraceptive_reference_chart.pdf?sfvrsn=7

Piaggio, G., Kapp, N. ve von Hertzen, H., 2011, Effect on pregnancy rates of the delay in the administration of levonorgestrel for emergency contraception: a combined analysis of four WHO trials, *Contraception*, 84 (1), 35-39.

Population Council, 2016, Population Council, <http://www.popcouncil.org/>

Rahim İçi Araçlar, 2016, Rahim İçi Araçlar, <http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/a%C3%A7sap35.pdf>

- Roth, M. Y., Shih, G., Ilani, N., Wang, C., Page, S. T., Bremner, W. J., Swerdloff, R. S., Sitruk-Ware, R., Blithe, D. L. ve Amory, J. K., 2014, Acceptability of a transdermal gel-based male hormonal contraceptive in a randomized controlled trial, *Contraception*, 90 (4), 407-412.
- Sanhal, C. Y., Ulukuş, M. ve İtil, İ. M., 2012, Kontrasepsiyonda Güncel Gelişmeler, *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi*, 9 (2), 85- 93.
- Schuurman, T. ve Veersema, S., 2011, Successful placement of the Essure device after a failed procedure using the Adiana system for hysteroscopic sterilisation, *BMJ Case Rep*, 2011.
- Sitruk-Ware, R., Small, M., Kumar, N., Tsong, Y. Y., Sundaram, K. ve Jackanicz, T., 2003, Nestorone®: clinical applications for contraception and HRT, *Steroids*, 68 (10-13), 907-913.
- Sitruk-Ware, R., Brache, V., Maguire, R., Croxatto, H., Kumar, N., Kumar, S., Montero, J. C., Salvatierra, A. M., Phillips, D. ve Faundes, A., 2007, Pharmacokinetic study to compare the absorption and tolerability of two doses of levonorgestrel following single vaginal administration of levonorgestrel in Carraguard gel: a new formulation for "dual protection" contraception, *Contraception*, 75 (6), 454-460.
- Sitruk-Ware, R., Nath, A. ve Mishell, D. R., Jr., 2013, Contraception technology: past, present and future, *Contraception*, 87 (3), 319-330.
- Skyla, 2016, Skyla, <http://www.skyla-us.com/index.php>
- Summary of Safety and Effectiveness Data, 2002, Summary of Safety and Effectiveness Data, http://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/pdf2/p020014b.pdf
- Taylor, T. N., Farkouh, R. A., Graham, J. B., Colligs, A., Lindemann, M., Lynen, R. ve Candrilli, S. D., 2011, Potential reduction in neural tube defects associated with use of Metafolin-fortified oral contraceptives in the United States, *Am J Obstet Gynecol*, 205 (5), 460 e461-468.
- Thakur, V., Choudhary, M., Mehta, V. ve Kumar, D., 2013, RISUG: A new perspective in non-hormonal male contraception, *Asian Pacific Journal of Reproduction*, 2 (2), 159-162.

The Essure Permanent Birth Control System, 2016, A New Method of Permanent Birth Control: The essure Permanent Birth Control System, http://www.fda.gov/ohrms/dockets/ac/02/briefing/3881b1_04.pdf

Today sponge contraceptive sponge, 2007, Today sponge contraceptive sponge http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cdrh/cfdocs/cfmaude/detail.cfm?mdrfoi_id=874974

Trussell, J., Raymond, E. G. ve Cleland, K., 2014, Emergency contraception: a last chance to prevent unintended pregnancy, *Contemp. Readings L. & Soc. Just.*, 6, 7.

Türk, R. ve Terzioğlu, F., 2012, Geri Çekme Yöntemi ve Kullanımını Etkileyen Faktörler, *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi*, 1 (3), 67-80.

Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, 2013, Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, *Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü*.

Ulipristal Acetate, 2010, Ulipristal Acetate, <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drugsatfda/index.cfm?fuseaction=Search.DrugDetails>

US Food and Drug Administration, 2001, U.S. Food and Drug Administration, <http://www.fda.gov/default.htm>

VandeVoort, C. A. ve Tollner, T. L., 2012, The efficacy of ultrasound treatment as a reversible male contraceptive in the rhesus monkey, *Reproductive Biology and Endocrinology*, 10.

Vasalgel Faq's, 2016, Vasalgel Faq's, <http://www.parsemusfoundation.org/projects/vasalgel/vasalgel-faqs>

What is essure, 2016, What is essure, www.essure.com/what-is-essure

Wildemeersch, D., 2007, New frameless and framed intrauterine devices and systems - an overview, *Contraception*, 75 (6 Suppl), S82-S92.

Wildemeersch, D., Janssens, D. ve Andrade, A., 2009, The Femilis LNG-IUS: contraceptive performance-an interim analysis, *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 14 (2), 103-110.

Wildemeersch, D. ve Andrade, A., 2010, Review of clinical experience with the frameless LNG-IUS for contraception and treatment of heavy menstrual bleeding, *Gynecol Endocrinol*, 26 (5), 383-389.

Wildemeersch, D., 2012, The LNG-IUS: The First Choice Alternative to Hysterectomy? Intrauterine Levonorgestrel-Releasing Systems for Effective Treatment and Contraception, INTECH Open Access Publisher.